



**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
Número Único: 0050400-47.2020.8.25.0001
Classe: Procedimento Comum
Situação: Andamento
Processo Origem: *****

Distribuição: 03/12/2020
Competência: Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito
Fase: POSTULACAO
Processo Principal: *****

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 Apenasdos:

--

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.

Corrobora 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 .

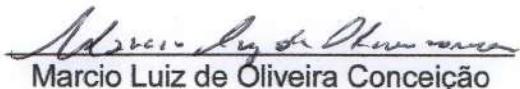
Outorgados:

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

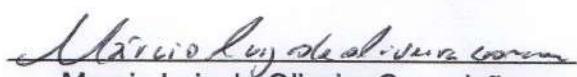
Declarante:

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:

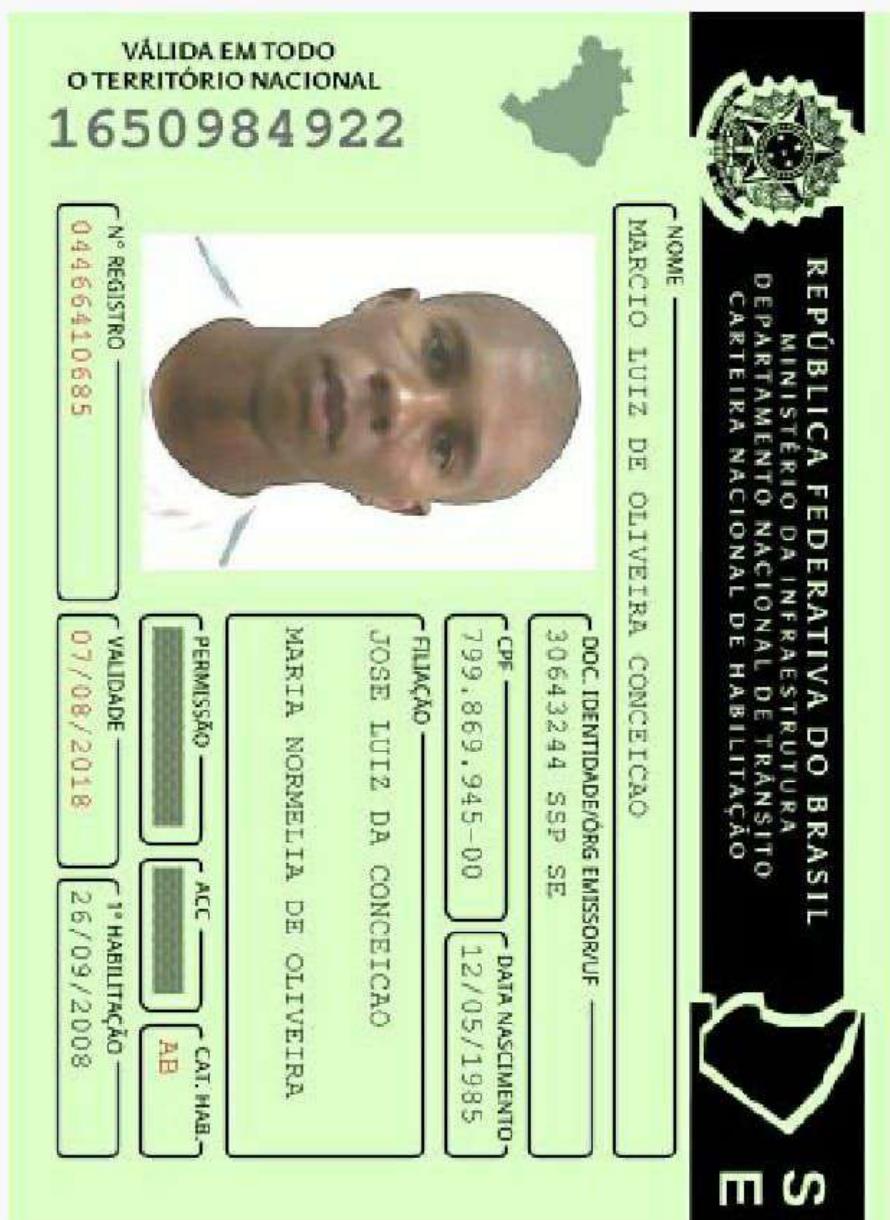
Declaro para os fins e efeitos de direito que sou pobre na acepção jurídica do termo, e não tenho condições para arcar com as custas e despesas processuais, sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, e pelo que requeiro assistência judiciária gratuita.

São Paulo/SP, 20 de outubro de 2020.


Marcio Luiz de Oliveira Conceição

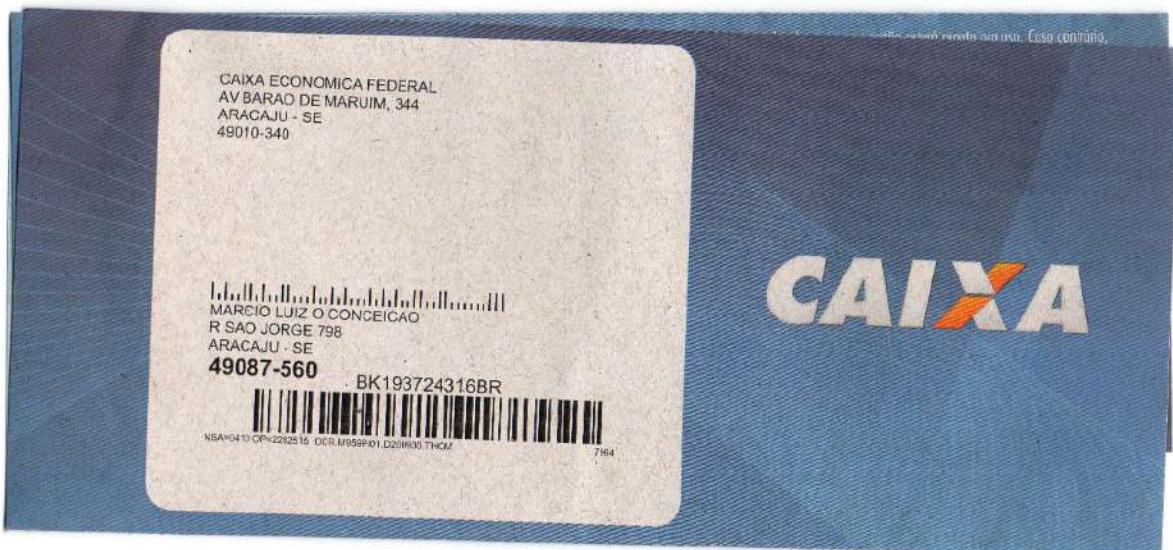
Habilitação

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

Verifique autenticidade do QR Code com o app [Vio](#)**Situação da CNH: VENCIDA**

• • •







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

DR. SILVIO C. V. ALMEIDA
SAGRA / HUSSARACAJU, xx de xx de 2020

CONDICOES DE ALTA: MELHORADO () TRANSFERIDO () EVASAO ()

MEDICOS ASSISTENTES:

M.D.X

EXAMES COMPLEMENTARES:

HISTÓRICO CLÍRGICO:

DATA DA ENTRADA: 16/09/2018
 NOME DO PACIENTE: MARCELO LIMA DE OLIVEIRA
 INTENSAO: DOENÇA DE PARKINSON, COMPLEXA E PROGRESSIVA, DE ORIGEM NEURODEGENITIVA
 DATA DA SAÍDA: 16/09/2018
 HISTÓRICO CLÍNICO:

INTERRAMENTO: PS () ENFERMARIA () UTI ()
 OBS.: Dados obtidos mediante anamnese do prontuario, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade

do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

NAME DO PACIENTE: MARCELO LIMA DE OLIVEIRA
 DATA DA ENTRADA: 16/09/2018
 DATA DA SAÍDA: 16/09/2018



Leito:

VT1
06

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICA

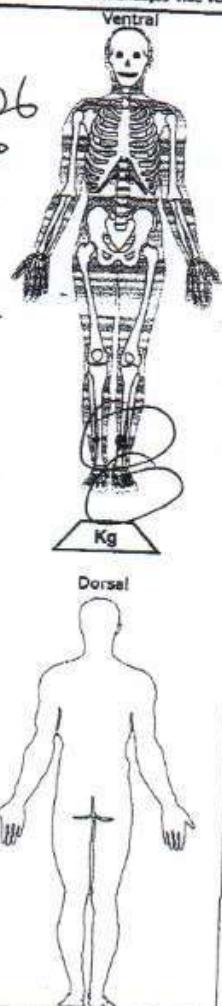
Nome: Márcio Luiz de Oliveira Cavalcante Nº do Registro: 176984
 Origem: Araçatuba Data Internação: 10/09/18
 Idade: 33 Sexo: M Causa: Acidente Cirurgia: / /
 Acidente: MOTO Médico(a): / /
 CID 10:

Diagnóstico: Fratura de Tibia e Fíbula (E) + Fratura
20 5º POF (E) Data da Prescrição: 11/09/18
03 DPO
 Tempo de internação:

Evolução de hoje: paciente operado, efeitos, era eq da
cer a enjugar com a enxaguagem
remédio de 15.000

Continuação Vide Verso

1- Dieta:	<u>ref jau 3m (bolinhos nova fision)</u>	Horários
2-	<u>Ce FA 200ml VO 45 min de 8/8h.</u>	<u>14 22 06</u>
3-	<u>S.F. 0,9% 1500 ml VO / 8h</u>	<u>sos 000000</u>
4-		
5- Dipirona 2 ml - AD 18 ml SF EV de 6/6 horas SOS		
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 falta</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 SOS		<u>SOS</u>
10- Insulina Regular (sub-cutânea) - esquema conforme resultado da glicemia capilar (mg/dl) de 6 em 6 horas antes das refeições: $70 \text{ a } 150 = \text{zero UI}$, $151 \text{ a } 200 = 2 \text{ UI}$, $201 \text{ a } 250 = 4 \text{ UI}$, $251 \text{ a } 300 = 6 \text{ UI}$, $301 \text{ a } 350 = 8 \text{ UI}$, $351 \text{ a } 400 = 10 \text{ UI}$ - Se > 400 ou < 60 (avisar ao plantonista).		
11- Captoril 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"/> Clexane 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>NOT</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.

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>1 /</u>	<u>OK</u>
Exames gráficos	ECG/ECOCARDIO	<u>1 /</u>	<u>11/09/18</u>	<u>OK</u>
Outros Exames	AIH	<u>10/09/18</u>	<u>11/09/18</u>	<u>OK</u>

Dr. Paulo Sérgio Nunes
CRM/SE 1145

Resultados de Exames

S/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/ FBH C.

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEICAO DOC...: 30643244
 IDADE: 33 ANOS NASC: 12/05/1985 SEXO...: MASCULINO
 ENDERECO: 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
 RESPONSAVEL: 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 VEJO 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: / /
 pelo Samu vítima de colisão carro-moto. Paciente estava pilotando a moto e fricção com o capacete.
 Negava trauma céfálico, perda de consciência, náuseas ou vômito. Refere dor no MTE. Sobre referência
 de deformidade e suspeitas em peito que encadra-se encurvado e com tala. Refere ainda dor
 em braço direito. Nega alguma evolução de base. (A) dor cervical pescoço cervicalgia; (B) Enxaqueca AG;
 (C) pulso, desnutrição, náuseas; (D) dor, coxas, ECG 15; (E) dor, dijitalgia, dor nas costas; (F)
 MIE encurvado e com tala ainda não avaliado; Nega uso de drogas, alcoolina.
 ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: Fractura tibial e fibular

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

(1) Radiografia de peito e tórax (E) ambas em 2 módulos

(2) SF 0,9% 100ml IV 40gts/min 500 500

(3) Profenid 100mg + 100ml de SF 0,9% IV 100

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

] EVASAO [] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

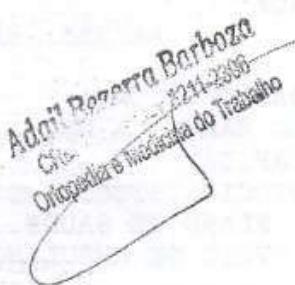
Marcio Luiz Oliveira

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

RECEBIDO EM 10/9/18
 AS 00:15 HORAS

Solicito avaliação da ortopedia

PX PT E Z dor



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



Impresso em: 10.09.2018
4:40:07AM

ARCHITECT

Página: 1 de 1



EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE

PRONTO SOCORRO ADULTO

Página n° 1

Nome do Paciente:

11 MAR 2017 14:15:18Z CONCORDE

七

1025

Unidade de Produção

Leito

Nº do Prentuário:

DATA	HORA	HISTÓRICO
10 09 18		<p>grav. 145° CLT + 11019 ESE para balsa n/ho 460m gris</p> <p>Adan Pacheco Robles Cpt. de la Aviación Civil Investigador de Tráfico</p>

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 176984
Número 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

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

INFORMACOES DE SAIDA

Proced. Realizado:
Dt. hr. Saída:
Especialidade:
Tipo de Saída:
CBO Principal:
CBO Secundário:
Principal:
Secundário:
Outros:

Mais para o outro hospital
Luz

DIH: 1º

DATA: 10 / 09 / 2018.

CORREDOR: catástrofe orto

LEITO: 00

NOME: Mauro Leiz Oliveira Concepç

33 A VT 1

DIAGNÓSTICO(S): FRATURA Continua Tomozela E

Evolução do período passado: Frustrada, África, dor intenso, dor no tornozelo, extrema

Hoje:

Frustada, África, dor intenso, dor no tornozelo, extrema

Solicitações: FIBRA Tela Plata, Lactulose 10ml VO, Prenatal 10ml VO, Nascitum

	Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º.	Dieta RICA EM FIBRA	
2º.	SOL.FISIOLOGICA 0,9% 500 ML EV 8/10 HS	8/10 HS
D	3º. KEFLIN 1G EV 6-6HS OU KEFAZOL 1G EV 8-8HS	8/10 HS
D	4º. GENTAMICINA 240MG /200ML EV 1X AO DIA	8/10 HS
	5º. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 30gts VO 6/6hs	8/10 HS
	6º. Nausedron 8mg EV 08/08hs SOS	8/10 HS
	7º. Omeprazol 40mg VO às 6hs OU ANTAK 150 VO 12-12HS	8/10 HS
	8º. Tramal 50mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 8/8hs	8/10 HS
	9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs	8/10 HS
	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	8/10 HS
	12º. GLICEMIA CAPILAR 3x ao dia (anotar)	-NÃO-
13º	Insulina Regular SC, após o GLICEMIA CAPILAR 201 – 250: 02UI 251 – 300: 04UI > ou = 401: 10UI	301 – 350: 06UI 351 – 400: 08UI
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.	Injeção Ortodoxa Colocar Novo tali em Sartorius Alvear	
24.	Elevar a Perna	

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



PRONTO SOCORRO ADULTO

HUSE

PREScrição MÉDICA

Nome: Fábio Luiz Oliveira Costa Idade: 14 Data: 10/09/18

DATA	HORA	PREScrição	HORÁRIO
10/09/18	14:48	D Profund Vmolo 40 100 ml s.f 12/12	14
18/09/18	14:48	D Dipirona 1g 1.v + 8ml AD 6/6 h. SOS	14
01/10/18	14:48	D Cloram 40 v s.c. dia	16
01/10/18	14:48	D Estro Mito. 8ml	Em 6/6 h
<i>Adail Bezerra Barrozo CRM/CE 2365 Cirurgião e Anestesiologista do Trabalho Ospedal</i>		<u>DIESTA LIVRE</u>	(SN)
10/09/18	14:48	Modifica Ruptif	
10/09/18	14:48	José R. Araújo CRM/SE 2801 TEOT5506	
foi realizada a troca de atadura com material Cressleto tipo monopórtico conforme prescreviu médico. Assinatura			



EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE – HUSE
PRONTO SOCORRO ADULTO

Página n° 1

Nome do Paciente: MARCIO LUIZ SILENTRA conceição Idade:

Sexo

Unidade de Produção:

Leito

Nº do Prontuário:



EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE – HUSE

PRONTO SOCORRO ADULTO

Página n° 1

Nome do Paciente: MARCIO LUIZ SILENTRA conceição Idade:

Sexo

Unidade de Produção:

Leito®

Nº do Prontuário:



Leito:

UTI
06

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICA

Nome: Márcio Luiz de Oliveira Cavalcante Nº do Registro: 176984
 Origem: Aracaju Data Internação: 10/09/18
 Idade: 33 Sexo: M Causa: MOTO
 Acidente: COLISÃO COM ÁRVORE Médico(a): _____
 Cirurgia: _____

CID 10:

Diagnóstico: Ruptura de tibia e fibula (L) + Ruptura de 5º PFD (E)

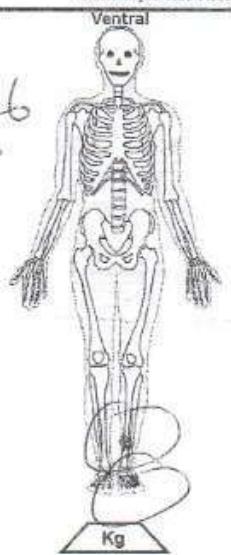
Data da Prescrição:
11/09/18
03 DPO
Tempo de Internação:

Evolução de hoje:

Paciente operado e está evoluindo bem, com alta de 15.000

Continuação Vide Verso

1- Dieta: sem far 3M (bebidas leves e sucos) Horários: 11h22 06
 2- CE Fria 200ml SF EV de 8/8h. 11h22 06
 3- S.F. 0,9% 1500ml EV / SOS 00h00 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 zero

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

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).

Kg

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

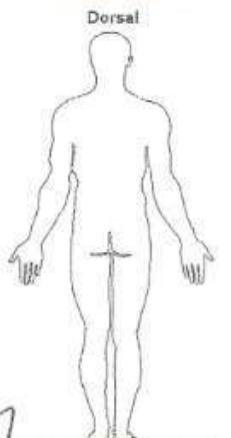
12- Heparina Sódica 5000UI, 01 ml SC 02 x ao dia / Clexane 40 mg SC 01 x ao dia 18

13- Fisioterapia: Motora () Respiratória ()

14- Controle dos dados vitais

15- Curativo diário das lesões N.D.

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.

Checagem 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	ECG/ECOCARDIO	<u>11/09/18</u>	<u>11/09/18</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
Outros Exames	U/H	<u>11/09/18</u>	<u>11/09/18</u>	<input checked="" type="checkbox"/>

Dr. Paulo Sérgio Nunes
CRM-SE 1143

Resultados de Exames

SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA

PREScrição

EVOLUÇÃO DIÁRIA

DIH: 3^o

DATA: 11 / 09 / 2018.

CORREDOR: catástrofe / orto

LEITO: 00

NOME: Marcos Luiz Almeida Conceição

A VT 1

DIAGNÓSTICO(S): FRATURA Cominutiva tibial e distal (+5º grade?)

Evolução do período passado: p dor

Hoje: Edema, dor, edema, dor intensa, dor de batores

Solicitações:

vs ORL Glucosa 10.09 20gyl de

	Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º.	Dieta RICA EM FIBRA	12h
2º.	SOL.FISIOLOGICA 0,9% 500 ML EV 8/8 HS	12h 14h 16h
D	3º. KEFLIN 1G EV 6-6HS OU KEFAZOL 1G EV 8-8HS	12h 14h 16h
D	4º. GENTAMICINA 240MG /200ML EV 1X AO DIA	12h 14h 16h
5º.	Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 30gts VO 6/6hs	08h 10h 12h 14h 16h 18h
6º.	Nausedron 8mg EV 08/08hs SOS	08h 10h 12h 14h 16h 18h 20h 02
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	SOS
9º.	Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs	08h 10h 12h 14h 16h 18h 20h 02
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	20h
12º.	GLICEMIA CAPILAR 3x ao dia (anotar)	6hs: 14hs: 22hs:
13º.	Insulina Regular SC, após o GLICEMIA CAPILAR 201 – 250: 02UI 251 – 300: 04UI > ou = 401: 10UI	301 – 350: 06UI 351 – 400: 08UI
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	12h 14h 16h
21.	CLONAZEPAM GOTAS : 10 GTS VO A NOITE	21h
22.	RISCO CIRURGICO COM A CARDIOLOGIA (sem efeito)	

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

Enviado 12/7/18

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

NAME DO PACIENTE:	MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEIÇÃO	DATA DE ADMISSÃO:	10/09/18
NAME DA MÃE:	MARIA NORMELIA DE OLIVERIA	DATA DE NASCIMENTO:	12/05/85
ENDEREÇO:	RUA SÃO JORGE Nº 822	IDADE:	33
CNS:	708606550571884	PLANO DE SAÚDE:	NÃO
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 CÓMOBIDADES:
NÃO

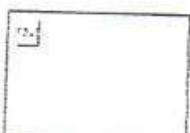
RÉSUMO DOS RESULTADOS DE EXAMES GRÁFICOS E POR IMAGENS(ANEXAR CÓPIAS DOS RESULTADOS E LAUDOS)
RX + LABORATORIO + ECG

RÉSUMO DE AVALIAÇÕES DOS ESPECIALISTAS (ANEXAR CÓPIAS DE LAUDOS E/OU AVALIAÇÕES)
FRATURA COMINUTIVA DE TORNOZELA ESQ.

RÉSUMO DA TERAPEUTICA INSTITUIDA E RESULTADOS
ANALGESIA + PROFILAXIA DE TVP

PARAMÉTROS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

PRESSÃO ARTERIAL	SATURAÇÃO DE O2	FREQUÊNCIA CARDÍACA	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	GLICEMIA	URÉIA	CREATININA
163x109	99%	81	18	99	175	140
HEMOGLOBINA	LEUCÓCITOS	POTÁSSIO	USO DE O2: SIM () NÃO ()	SECRETIVO: SIM () NÃO ()	INTUBADO: SIM () NÃO ()	COLAR CERVICAL: SIM () NÃO ()



Fundação do Desenvolvimento Hospital da Cirurgia

Data: 14/09/2018

Hora: 01:04

Laboratório

Atendimento realizado

Nome: MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEICAO
 Tp. Atend: Urgencia
 Endereço: RUA SAO JORGE
 Cidade:
 Sessão: Masculino

Data: 12/09/2018 14:47
 Convênio: sus
 Med. Sol:
 Bairro:
 Telefone: 98822-3338
 Idade: 33 anos

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTPA)

Data Coleta: 13/09/2018 11:16

Média: 30,3 Segundos
Desvio Padrão: 4,0 Seg.

Tempo de Tromboplastina (TTPA)

26,3 Segundos

Referência
30 a 40 seg.

Mônica Reino de Oliveira Esmeraldo
 Biomédica
 CRBM 1986

Edna Cristina Souza Santos
 Biomédica
 CRBM 0949

Anne Regina P.C. Carvalho
 Biomédica
 CRBM 0776

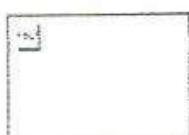
Marina Lira Santana
 Biomédica
 CRBM H-1939

Fernanda S. Almeida
 Biomédica
 CRBM 2860

Djago Mazzarenhas Nascimento
 Biomédico
 CRBM 2796

Jaqueline Lício dos Santos
 Biomédica
 CRBM 2875

Rashon Recha de Araújo
 Júnior
 Biomédico
 CRBM 7209



Laboratório

Atendimento 1031160
Nome MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEICAO
Tp. Atend URGencia
Endereço RUA SAO JORGE
Cidade
Sesso: masculino

Data 12/09/2018 14:47
Convenio sus
Med.Sol:
Baixro:
Telefone: 98829-5358
Idade: 33 anos

HEMOGRAMA COMPLETO

Data Coleta: 12/09/2018 14:49

macrócitico: Sangue total

macrócitico: Anticoagulado

HEMOGRAMA

		Referência
A) Eritrócitos	4,2 milh./mm ³	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) Hematócrito	32,1 %	Homem Mulher 40 - 50 35 - 47
INDICES HEMATÓLOGICOS		
A) V.C.M	76,43 fl	52 - 25
B) R.C.M	26,43 pg	25 - 34
C) C.R.C.M	24,58 g/dl	30 - 35
D) R.D.M	11,8 %	10 - 15
LEUCOCRITOS		
A) Leucócitos (global)	8.000/mm ³	5.000 a 10.000/mm ³
B) Contagem diferencial	/mm ³	
Segmentados	61,2%	40 a 70 1.600 a 7.300
Esinófilos	09,9%	01 a 04 30 a 400
Basófilos	00,2%	00 a 02 00 a 200
Lamelocitos	20,8%	20 a 30 1000 a 3000
Monócitos	07,2%	03 a 10 100 a 1000
PLAQUETAS		
Valor Encontrado	201.000 /mm ³	130.000 a 400.000/mm ³

Mônica Reis de Oliveira Esmeraldo
Biomédica
CRBM 1336

Edna Cristina Souza Santos
Biomédica
CRBM 0248

Anne Regina P.O. Carvalho
Biomédica
CRBM 0776

Marina Lira Santana
Biomédica
CRBM II-1339

Fernanda G. Almeida
Biomédica
CRBM 2980

Diego Macarenhas Nascimento
Biomédico
CRBM 2796

Jaqueleine Lúcia dos Santos
Biomédica
CRBM 2875

Rafaela Rocha de Araújo
Júnior
Biomédico
CRBM 7509

Fundação da Beneficência Hospital de Cirurgia

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

Laboratório

Atendimento 1051180

Nome: MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEICAO
 Tp. Atend: Urgênciam
 Endereço: RUA SAO JORGE
 Cidade:
 Sessão: Marcolina

Data: 12/09/2018 14:49
 Convenio: Sux
 Med. Sol:
 Bairro:
 Telefone: 99999-9999
 Idade: 33 anos

C-7 M+e

CREATININA

Data Coleta: 12/09/2018 14:49

Material: Soro
Metodo: Cinacina

Resultado: 0,74 mg/dl

Referência
 M: 0,9 - 1,3 mg/dl
 W: 0,5 - 1,1 mg/dl

GLICEMIA

Data Coleta: 12/09/2018 14:49

Material: Sangue Capilar
Metodo: Glicosilmauro

Resultado: 100 mg/dl

Referência
 60 a 99 mg/dl.

UREIA

Data Coleta: 12/09/2018 14:49

Material: Soro
Metodo: Néximotest Colorimetria

Resultado: 26 mg/dl

Referência
 Adulto: 17 - 43 mg/dl
 Criança: 11 - 43 mg/dl

Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo
 Biomédica
 CRBM 1996

Edna Cristina Souza Santos
 Biomédica
 CRBM 0949

Anne Regina P.C. Carvalho
 Biomédica
 CRBM 0776

Manns Lira Santana
 Biomédica
 CRBM II- 1939

Fernanda S. Almeida
 Biomédica
 CRBM 2860

Diego Maccarenhas Nascentes
 Biomedico
 CRBM 2795

Jaqueline Ucia dos Santos
 Biomedica
 CRBM 2875

Raiton Rocha de Araújo
 Júnior
 Biomedico
 CRBM 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,

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

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:

Ensaios	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

Autenticado e digitalizado
Laboratório de Análises Clínicas
SPMSE-2152

QUIPAMENTO 1

Sg Diagrama

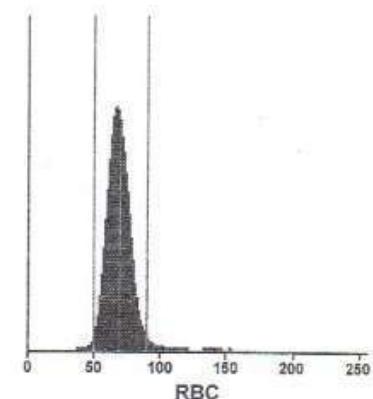
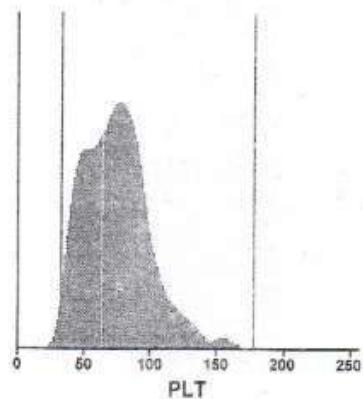
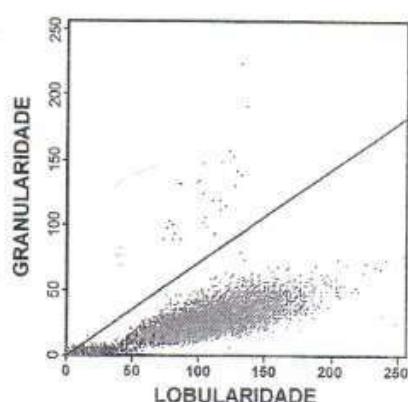
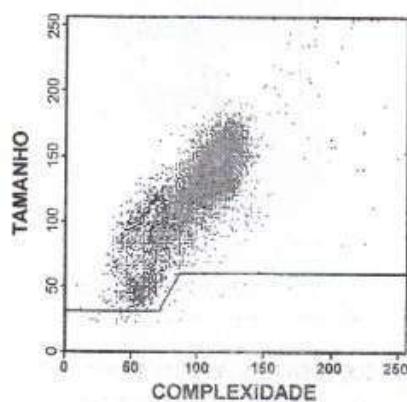
1 Amost No_ID
 nome Pac MARIO LUIZ O CONCEICAO
 1 Pac VERDE TRAUMA
 r.
 notação

Tipo Am Patient SEQ# 6461 IDOP Admin
 DN 12/5/1985 Sex Ignorado Corrida 10/9/2018 4:39
 DT/HR Coleta Test CBC
 Obs 1 Modo Aberto Param 1
 Obs 2 Limites Padrão (1)

VBC 15.1 10e3/uL
 NEU 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



REFERENCIAL MANUAL

MORFOLOGIA HEM

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

IF POR

DATA

INTERPRETAÇÃO

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

ANORMAL. DEF. POR USUÁRIO :

Leucocitose

Neutrofilia

IM. REF

/BC 4.00-10.0	RBC 4.30-5.90	PLT 140-450.
EU 1.60-8.00 40.0-80.0 %	HGB 11.5-15.7	MPV 6.90-10.6
YM .800-4.00 20.0-40.0 %	HCT 40.0-52.0	
MONO .800-1.00 2.00-10.0 %	MCV 76.0-96.0	
OS .400-6.00 1.00-6.00 %	MCH 27.0-32.0	
ASO 0.00-200 0.00-1.00 %	MCHC 31.0-36.0	
	RDW 11.0-16.0	



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE – HUSE PRONTO SOCORRO ADULTO



Página nº 1

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE – HUSE
PRONTO SOCORRO ADULTO



Página nº 1

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

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

Sigau crpe <sigau.crpe@gmail.com>

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

12 de setembro de 2018 12:46

Segue o código de autorização:

- CG1209HCO1A1CF5

Atenciosamente,

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

[O restante do documento anterior não é visível]

100%
email

nirhuse crpe <nirhuse.crpe@...>

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

Sigau crpe <sigau.crpe@gmail.com>

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

12 de setembro de 2018 12:40

Segue o código de autorização:

CG1209HCO1A1CF5

Atenciosamente,

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

HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGipe

EQUIPAMENTO ↑

Pág Diagrama

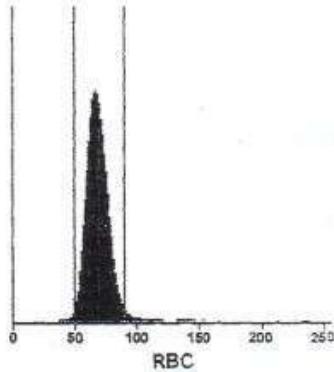
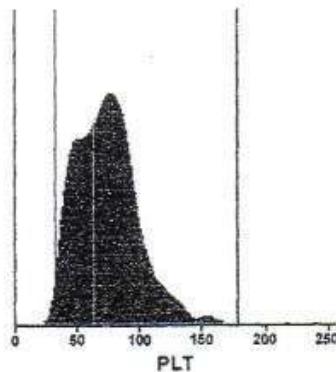
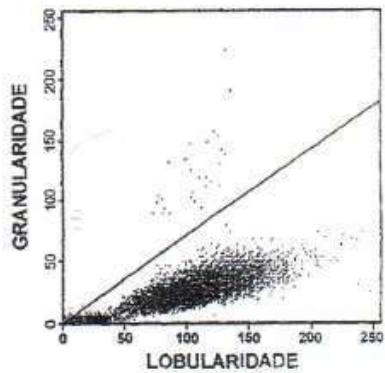
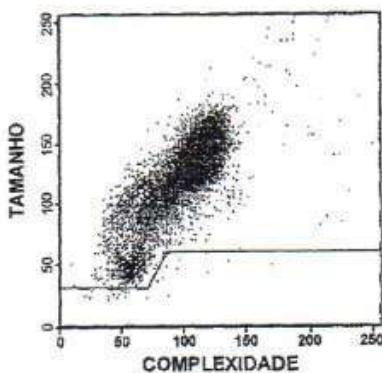
ID Amost No_ID
 Nome Pac MARIO LUIZ O CONCEICAO
 ID Pac VERDE TRAUMA
 Dr.
 Anotação

Tipo Am Patient SEQ# 6461 IDOP Admin
 DN 12/5/1985 Sex Ignorado Corrida 10/9/2018 4:39
 DT/HR Coleta Test CBC
 Obs 1 Modo Aberto Param 1
 Obs 2 Limites Padrão (1)

WBC	15.1	10e3/uL
NEU	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

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	PLT 140-450.
NEU	1.60-8.00	HGB	11.5-15.7	MPV 6.90-10.6
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	



RX + Orthopedic

MINTASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

NR. 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
 ENDERECO: 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
 RESPONSAVEL: 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] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []
 EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TO
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: Paciente queixou em protocolo DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /
 pelo Samu, vítima de colisão carro-moto. Paciente estava pilotando a moto fazia um dia quando
 teve trauma cervical, perda de consciência, náusea e vômito. Referiu dor no MIE. Samu referiu lesões
 de deformidade e angustia em seu pescoço que encontrou na paciente que encontrou na paciente.
 em braço direito. Usava algemas em ambos os braços. (A) Vias aéreas patentes e cervicalgia; (B) Espasmo AA;
 (C) Pulse propulsivo, não hemonazinônico; (D) Bradicardia, ECG 65; (E) ligeiro, diogo, estonias e sensação D;
 MIE enfraquecido e com tala ainda não avultada; Nega uso de lesida alucinogênicos.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: Fractura tibial e fibular E

CIB:

PRESRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

(1) Radiografia de pescoço e tórax (E) ambas em 2 incidências

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

500

500

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

00

00

DATA DA SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

HORA DA SAIDA:

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

1 EVASAO

[] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
 OBITO: []ATE 48HS [] APÓS 48HS

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Marcio Luiz Oliveira
 ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

RECEBIDO EM	10/09/18
AS 00:	58 HS HORAS

TELEMEDICINA

D A B A H I A

HUSE - HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE

ECG de Repouso

Exame: 6077

Reg.Clin.:

Nome: MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEIÇÃO

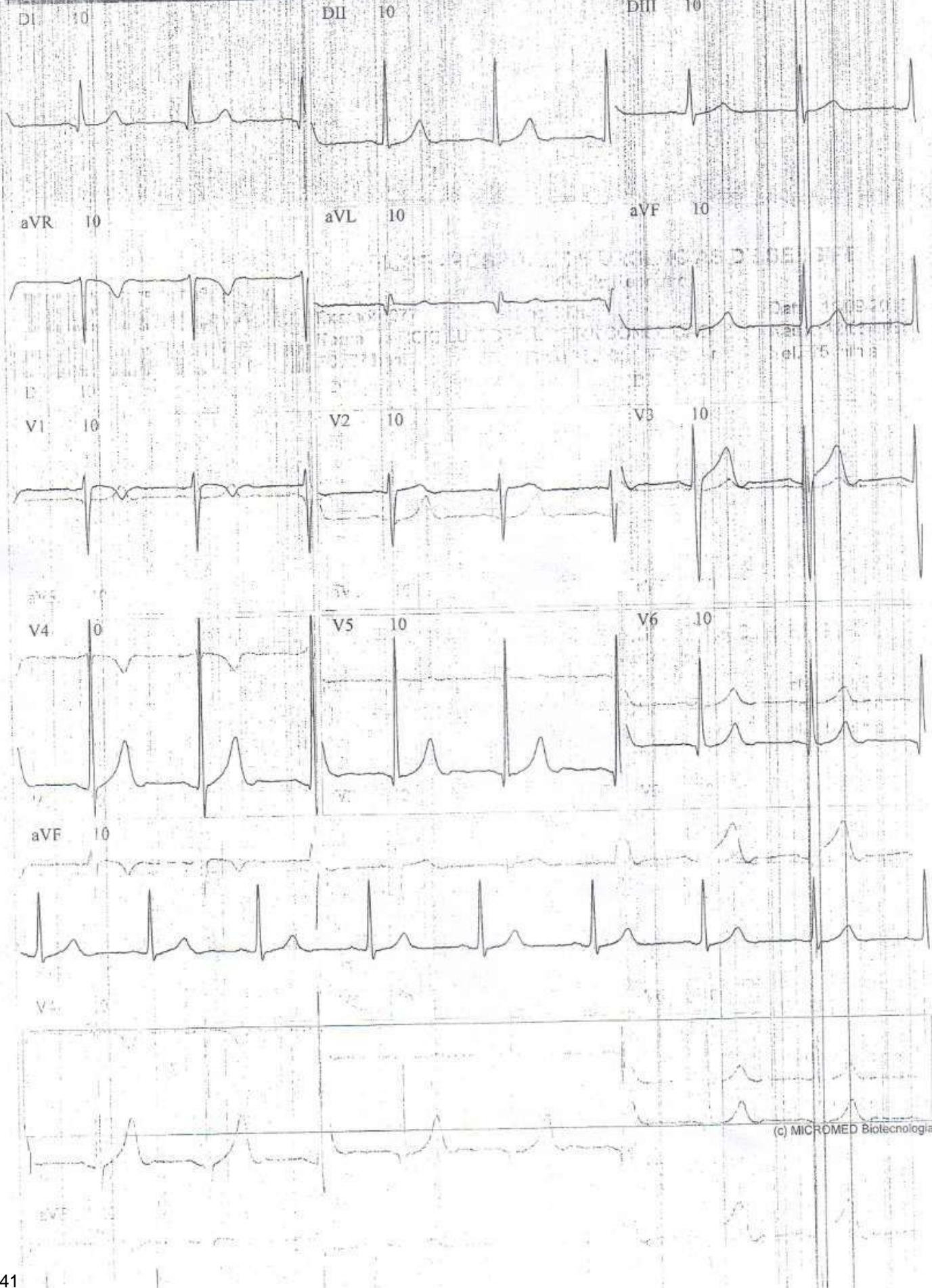
FC: 67 bpm

Filtros: 60Hz Muscular

Data: 11/09/2018

Nasc.: 12/05/1985

Vel.: 25 mm/s





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

NOME: MICU CURT O. CARVALHO MATRÍCULA _____ IDADE: 69 LEITO: 62 UNIDADE: ORTO-S SEXO: F () M ()
DATA: 31/09/13 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>U + L + V</u>					
2. GELCO HIDROLISADO.		<u>Edu VSV</u>				
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H.		<u>30</u>		<u>Paula</u>	<u>30</u>	<u>Josélin</u>
4. DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.		<u>30</u>		<u>Paula</u>	<u>20</u>	<u>Josélin</u>
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.		<u>30</u>		<u>30</u>	<u>20</u>	<u>Josélin</u>
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H.		<u>30</u>		<u>30</u>	<u>20</u>	<u>Josélin</u>
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.	<u>SOS</u>					
10. SONDA VESICAL DE ALÍVIO SOS.						
11. GLICEMIA CAPILAR DF. 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.		<u>30</u> <u>Pita</u>		<u>30</u>	<u>Paula</u>	<u>30</u> <u>Josélin</u>
16. CURATIVO DIÁRIO						
17. <u>TROCAR TALO.</u>						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO		
06						
12	<u>130x80</u>		<u>36,5</u>	<u>78</u>		
18	<u>140x80</u>		<u>36</u>	<u>98</u>		
24	<u>160 x 100</u>			<u>90</u>		

Ara Paula Oliveira Santos
Enfermeira
COREN-SE 00000000

Walle
Liane Siqueira



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

CF

NOmE: Maria Luriz da Silva MATRÍCULA _____ IDADE: _____ LEITO: _____ UNIDADE: _____ SEXO: F () M ()
DATA: 13/09/13 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>UO Cura</u>						
2. GELCO HIDROLISADO.							
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H.	<u>JUJU</u>						
4. DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.							
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.							
6. AMAL 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 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.	<u>JUJU</u>						
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. CGGG+SSVV 6/6H.							
17. CURATIVO DIÁRIO							
18. CIRURGIA 6000g FU 6/15 Dg							
19. Dr. Gilson Teixeira Médico Geral Ortopedia e Traumatologia Cirurgia de Ortopedia	<u>Dr. Gilson Teixeira</u>	<u>10</u>	<u>12</u>	<u>18</u>	<u>Dr. Aguiar</u> <u>24/09/2013</u> <u>Aguiar</u>		
20.							
21.							
22.							
23.							
HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO			
06							
12							
18							
24							

CRUZADA		Data: 14/09/18	Convênio:	Motriculo:
HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR. AUGUSTO LEITE"		Paciente: MARCOS WILS NE OLIVEIRA	Idade: ANOS:	CX
Item	PRESCRIÇÃO MÉDICA	Intemação: / /	Unidade:	Lerito:
Dia:	10/09	Distribuição de Horário		
Gelco hidrolizado		1º Turno 7 às 13h	Ass.	2º Turno 13 às 19h
Omeprazol 20mg Q1 CP VO às 6h;				Ass.
Cefalotina 1g EV de 6/6h; <i>500</i>				19 às 7h
Dipirona 2:8ml-AD EV 6/6h SOS+		10/09		<i>10/09</i>
Plasil 2:8ml AD EV 8/8h SOS		SOS		
Captopril 25mg VO se PA \geq 160x100mmHg SOS		SOS		
Profenid 100mg + 100ml SF EV 12/12h		SOS		
Tramal 100mg + 100ml AD EV 6/6h SOS		(12)		<i>10/09</i>
Clexane 40mg Ixdia 5C;				<i>10/09</i>
Glicemia capilar de 6/6h;				
Glicose 25% - Q4 amp. IV se glicemia < 70mg/dl				
Insulina Regular SC conforme esquema:	Até			
180=QU 181-250=02U 251-300=04U	301-			
350=06U 351-400=08U 401-10U				
Sinais vitais e cuidados gerais de 6/6h				
Biprofetacina 400 mg EV 18h/24h		10/09		<i>10/09</i>
cundimicina 600 mg EV 6/6h				<i>10/09</i>
Cirurgico diario				<i>10/09</i>
M. Vilela Sobral				



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

C/II

NOME: *Marcos Lui M. Oliveira* MATRÍCULA _____ IDADE: *27* LEITO: *C7* UNIDADE: SEXO: F () M ()
DATA: *15/3/18* 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 <i>Voo Cítrica</i>						
2. GELCO HIDROLISADO.						
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H. <i>/U/I.P.</i>						
4. DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H. <i>/U/I.P.</i>	<i>AA</i>	<i>Paula</i>	<i>BB</i>	<i>Paula</i>	<i>CC</i>	
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.	<i>AA</i>	<i>Paula</i>	<i>BB</i>	<i>Paula</i>	<i>CC</i>	
6. RAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H.	<i>AA</i>	<i>Paula</i>	<i>BB</i>	<i>Paula</i>	<i>CC</i>	
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINA 5.000UI SC 12/12H.	<i>AA</i>	<i>Paula</i>	<i>BB</i>	<i>Paula</i>	<i>CC</i>	
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. INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI - 251-300 4UI - 301-350 6UI - 351-400 8UI - 400 > 10UI. <i>/U/I.P.</i>						
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. <i>Línea 400mL FU 12/12h 0/0</i>	<i>AA</i>	<i>Paula</i>	<i>BB</i>	<i>Paula</i>	<i>CC</i>	
18. <i>Cura 400mL FU 12/12h 0/0</i>	<i>AA</i>	<i>Paula</i>	<i>BB</i>	<i>Paula</i>	<i>CC</i>	
19. <i>2</i>	<i>AA</i>	<i>Paula</i>	<i>BB</i>	<i>Paula</i>	<i>CC</i>	
21. <i>Dr. Gibson Telles</i> Clínico Geral Ortopedia/Traumatologia CRM-SP 1093						
22. <i></i>						
23. <i></i>						
HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO		
06						
12	<i>130x80</i>		<i>36</i>	<i>80</i>		
18	<i>130x80</i>		<i>37</i>	<i>94</i>		
24						



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

NO MEU CÓDIGO DEUS
DATA: 16/09/13 MATRÍCULA _____ IDADE: _____ LEITO: _____ UNIDADE: _____ SEXO: F () M ()
DATA INTERNAMENTO: / / DATA DA FRATURA: / / DATA DA CIRURGIA / / (Dr.

ITEM	DESCRIÇÃO	1º TURNO		2º TURNO		3º TURNO	
		HORÁRIO	ASSINATURA	HORÁRIO	ASSINATURA	HORÁRIO	ASSINATURA
1. DIETA	UO CIC 12	07:00 AS 13:00		13:00 AS 19:00		19:00 AS 07:00	
2. GELCO HIDROLISADO.							
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H.		Susp.	Rita				
4. DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.							
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.							
6. TAMAL 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.		SOS					
10. SONDA VESICAL DE ALVÍO SOS.		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.		FISIO					
16. CCGG+SSVV 6/6H.							
17. CURATIVO DIÁRIO							
18. CICATRIZAÇÃO 6/6H EV 16H DS							
19.							
20.							
21.	Dra. Gilson Teixeira Clínico Geral Ortopediatra Traumatologista CHMSE 4003						
22.							
23.							
HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO			
06							
12	140x90		36,6	87			
18	140x90		36,5	78			
24							

DATA: 12-09-18	1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Edrofítico <input type="checkbox"/> Cheso :	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"/> Acarulado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
	4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloso	5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Delirante	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"/> Líquido	vezes	8-INGESTAO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anuréxico	
9-EVAUCIAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	vezes	Alterações nas fezes:	
10-DURESE: Ausente: <input type="checkbox"/> horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: <input type="checkbox"/> vezes		<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardores <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:
<p>19:00 Colocou no tipo colo, condutora, orientação de dor e humor, fumou 100 grs de tabaco profundo, fumaça forte, não fumaço</p> <p>20:00 Foi ao banheiro, urinou, urinou</p> <p>21:00 Foi para a cama, dormiu</p> <p>23:50 Pôs o pijama, fumou 100 grs de tabaco, fumaça forte, voltou para a cama, dormiu</p> <p>00:00 Fumou 100 grs de tabaco, fumaça forte, dormiu</p> <p>01:00 Fumou 100 grs de tabaco, fumaça forte, dormiu</p> <p>06:00 Fumou 100 grs de tabaco, fumaça forte, dormiu</p> <p>PA 150/90</p>			



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

C7

NOME: Mario Luiz da Oliveira MATRÍCULA: _____ IDADE: _____ LEITO: _____ UNIDADE: _____ SEXO: F() M()
DATA: 17/09/18 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>20 (1LM)</u>						
2. GELCO HIDROLISADO.							
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H.	<u>10/10</u>						
4. DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.							
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.							
6. RAMAL 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 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.							
16. CURATIVO DIÁRIO							
17. <u>(1100 400, 1200 1200 03)</u>							
18. <u>Clinico Geral, 600g FU 070g PJ</u>							
19.							
21.	<u>Dr. Gilson Teixeira</u>	<u>Ana Paula Oliveira Santos</u>					
22.	Clinico Geral Ortopedia/Traumatologia CRM-SE 4003	Enfermeira COREN-SE 503400					
23.							
HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO			
06	<u>121x 78</u>			<u>92</u>			
12							
18							
24	<u>127x 91</u>			<u>103</u>			

Augusto César
Tec. Enfermagem
CORENSE 364519

Joselice de Andrade
Tecfisa de Enfermagem
CORENSE 004186709



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

NOME: *Miguel Cunha Oliveira* MATRÍCULA _____ IDADE: _____ LEITO: _____ UNIDADE: _____ SEXO: F() M()
DATA: *20/09/13* DATA INTERNAMENTO: / / DATA DA FRATURA: / / DATA DA CIRURGIA: / / (Dr. _____)

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	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	COR	SND					
2. GELCO HIDROLISADO.							
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H.	10	Agnar	18	24	06		
4. DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.	10	Agnar	18	24	06		
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.	10	Agnar	18	22			
6. AMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H.	09	Agnar	17	01			
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINA 5.000UI SC 12/12H.				21			
8. RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H.			18		06		
9. BROMOPRIDA 02ML+18ML AD EV 8/8H SOS.	SOS						
10. SONDA VESICAL DE ALÍVIO SOS.	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		18	24	06		
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL							
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180mmHg OU PAD > 110mmHg							
14. MUDANÇA DE DECIÚBITO 4/4H.	4K	Agnar	9K	9K			
15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.	M	T					
16. CCGG+SSVV 6/6H.	08	Agnar	14	20	06		
17. CURATIVO DIÁRIO							
18.							
19.							
20.							
21.							
22.							
23.							
HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO			
06					Augusto Cesar Tec. Enfermagem CORENSE 364519		
12					Denise Rinalda Ribeiro Enfermeira COREN-SE 377065		
18							
24							



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

UNIDADE:

PACIENTE:

MATRÍCULA:

IDADE:

SERVIÇO:

APTO:

QUARTO:

ENFERM.

LEITO:

CONVENIO:

DATA E
HORA

EVOLUÇÃO

Fev/14 - 01/02/14

19 - d 5º flt E b1

09 - fev/14 - 01/02/14

~~Dr. Gilson Teixeira~~

13-02-15 NCG D100-01

03-02-15 00-11-11

Dr. Gilson Teixeira
Clínico Geral
Ortopedista Traumatologista
CRM-SE 4003

14/02/15

= ORTOPEDIA

Paciente com fratura do fêmur distal do s. mtr (1), apresenta
forida com supuração importante.
Não apresenta condições para cirurgia.

Dr. Vinícius Sampaio
Ortopedista
CRM-SE 5189

03-02-15 Cirurgia suspenso por infecção de partes moles
VPM

15-02-15 NCG D100-01

Dr. Gilson Teixeira
Clínico Geral
Ortopedista Traumatologista
CRM-SE 4003

16-02-15 NCG D100-01

Dr. Gilson Teixeira
Clínico Geral
Ortopedista Traumatologista

HORA EVOLUÇÃO

12/9/11: MG, P. F. 2011
17-01 AG. G. L. G.

Dr. Gilson Teixeira
Clínico Geral
Pediatra/Imunologia
CRM-SE 4003

13/9/11: NOVOS DADOS

GILSON A.G. G. L. G.

Dr. Gilson Teixeira
Clínico Geral
Pediatra/Imunologia
CRM-SE 4003

União Europeia
Câmara dos Deputados
LBW-SE 0180

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

UNIDADE:

PACIENTE:

MATRÍCULA:

IDADE:

SERVIÇO:

APTO:

QUARTO:

ENFERM.

LEITO:

CONVÉNIO:

DATA E
HORA

EVOLUÇÃO

30/03/16 Foi admitido subindo a escada cursando
de Escola de Medicina de São Paulo (C) resgatado
pelo Exército com suspeita de
duális e Fratura.

Eduardo Boaventura Nunes
Medico
CRM-SE 5301
CRM-PI 4887

RX FBHC
INCIDÊNCIAS

02

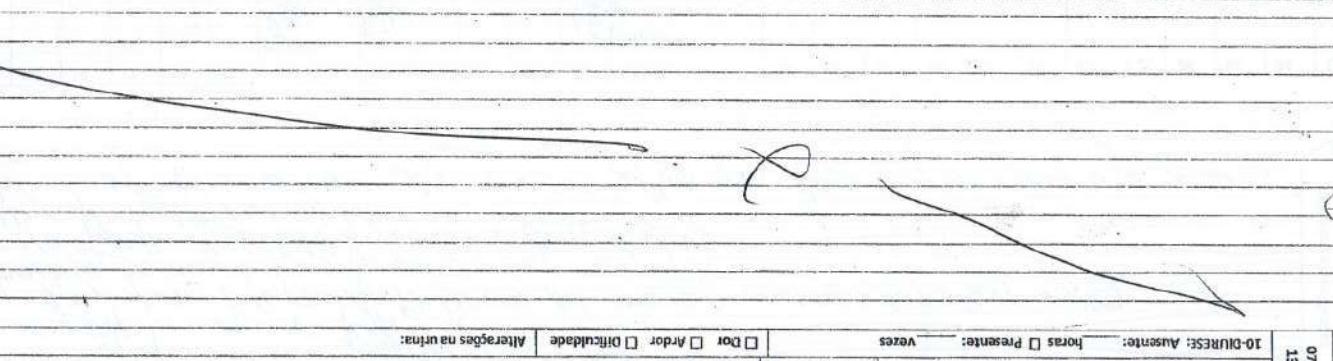
A/08/16
DIA
MORTAL GONICO
Schwe

Dr. Gilson Reis
Clínico Geral
Oncologia/Traumatologia
CRM-SE 40036

ANOTACOES DE ENFERMAGEM

CIRURGIA
HOSPITAL

33 [REDACTED] C7 [REDACTED] 4053473 [REDACTED] OUTDOOR AD

<p>Assinatura e identificação</p> 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">4-00131</td> <td style="padding: 5px;">DATA:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">13/07/07</td> <td style="padding: 5px;">9:00:13</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">CONSCIENTE: <input checked="" type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Desconfortável <input type="checkbox"/> Desembuba <input type="checkbox"/> Desmuda com audílio <input type="checkbox"/> Acadendo <input type="checkbox"/> Impossibilitado</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">4-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input checked="" type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confusão <input type="checkbox"/> Mecassível <input type="checkbox"/> Lesão por pressão <input type="checkbox"/> Sín <input type="checkbox"/> Néo</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">5-CRÉNTEGIA: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confusa <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Difícilmente <input type="checkbox"/> Anorexico</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">6-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input checked="" type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> vezes <input type="checkbox"/> Altegulos nos rectos</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/>oral <input type="checkbox"/> enteral <input type="checkbox"/> parenteral <input checked="" type="checkbox"/> zero <input type="checkbox"/> vezes <input type="checkbox"/> Altegulos nos rectos</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">8-CONSCIENTE: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confusa <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Difícilmente <input type="checkbox"/> Anorexico</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input checked="" type="checkbox"/> zero <input type="checkbox"/> vezes <input type="checkbox"/> Altegulos nos rectos</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">10-DURESE: Ausente: <input type="checkbox"/> horas <input type="checkbox"/> Presente: <input type="checkbox"/> Vezes <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Ar dor <input type="checkbox"/> Dificuldade <input type="checkbox"/> Altegulos na urina:</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">11-SINTOMAS: <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Profissional <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Desembuba <input type="checkbox"/> Desmuda com audílio <input type="checkbox"/> Acadendo <input type="checkbox"/> Impossibilitado</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">12-COMPAÑHIA: <input type="checkbox"/> Cognitiva <input type="checkbox"/> Eufórica <input type="checkbox"/> Dobsa <input type="checkbox"/> Descomprometida <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional <input type="checkbox"/> Desembuba <input type="checkbox"/> Desmuda com audílio <input type="checkbox"/> Acadendo <input type="checkbox"/> Impossibilitado</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">13-ORITÓPIA: <input type="checkbox"/> Cognitiva <input type="checkbox"/> Eufórica <input type="checkbox"/> Dobsa <input type="checkbox"/> Descomprometida <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional <input type="checkbox"/> Desembuba <input type="checkbox"/> Desmuda com audílio <input type="checkbox"/> Acadendo <input type="checkbox"/> Impossibilitado</td> </tr> </table>	4-00131	DATA:	13/07/07	9:00:13	CONSCIENTE: <input checked="" type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Desconfortável <input type="checkbox"/> Desembuba <input type="checkbox"/> Desmuda com audílio <input type="checkbox"/> Acadendo <input type="checkbox"/> Impossibilitado		4-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input checked="" type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confusão <input type="checkbox"/> Mecassível <input type="checkbox"/> Lesão por pressão <input type="checkbox"/> Sín <input type="checkbox"/> Néo		5-CRÉNTEGIA: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confusa <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Difícilmente <input type="checkbox"/> Anorexico		6-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input checked="" type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> vezes <input type="checkbox"/> Altegulos nos rectos		7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> enteral <input type="checkbox"/> parenteral <input checked="" type="checkbox"/> zero <input type="checkbox"/> vezes <input type="checkbox"/> Altegulos nos rectos		8-CONSCIENTE: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confusa <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Difícilmente <input type="checkbox"/> Anorexico		9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input checked="" type="checkbox"/> zero <input type="checkbox"/> vezes <input type="checkbox"/> Altegulos nos rectos		10-DURESE: Ausente: <input type="checkbox"/> horas <input type="checkbox"/> Presente: <input type="checkbox"/> Vezes <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Ar dor <input type="checkbox"/> Dificuldade <input type="checkbox"/> Altegulos na urina:		11-SINTOMAS: <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Profissional <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Desembuba <input type="checkbox"/> Desmuda com audílio <input type="checkbox"/> Acadendo <input type="checkbox"/> Impossibilitado		12-COMPAÑHIA: <input type="checkbox"/> Cognitiva <input type="checkbox"/> Eufórica <input type="checkbox"/> Dobsa <input type="checkbox"/> Descomprometida <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional <input type="checkbox"/> Desembuba <input type="checkbox"/> Desmuda com audílio <input type="checkbox"/> Acadendo <input type="checkbox"/> Impossibilitado		13-ORITÓPIA: <input type="checkbox"/> Cognitiva <input type="checkbox"/> Eufórica <input type="checkbox"/> Dobsa <input type="checkbox"/> Descomprometida <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional <input type="checkbox"/> Desembuba <input type="checkbox"/> Desmuda com audílio <input type="checkbox"/> Acadendo <input type="checkbox"/> Impossibilitado	
4-00131	DATA:																										
13/07/07	9:00:13																										
CONSCIENTE: <input checked="" type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Desconfortável <input type="checkbox"/> Desembuba <input type="checkbox"/> Desmuda com audílio <input type="checkbox"/> Acadendo <input type="checkbox"/> Impossibilitado																											
4-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input checked="" type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confusão <input type="checkbox"/> Mecassível <input type="checkbox"/> Lesão por pressão <input type="checkbox"/> Sín <input type="checkbox"/> Néo																											
5-CRÉNTEGIA: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confusa <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Difícilmente <input type="checkbox"/> Anorexico																											
6-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input checked="" type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> vezes <input type="checkbox"/> Altegulos nos rectos																											
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> enteral <input type="checkbox"/> parenteral <input checked="" type="checkbox"/> zero <input type="checkbox"/> vezes <input type="checkbox"/> Altegulos nos rectos																											
8-CONSCIENTE: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confusa <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Difícilmente <input type="checkbox"/> Anorexico																											
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input checked="" type="checkbox"/> zero <input type="checkbox"/> vezes <input type="checkbox"/> Altegulos nos rectos																											
10-DURESE: Ausente: <input type="checkbox"/> horas <input type="checkbox"/> Presente: <input type="checkbox"/> Vezes <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Ar dor <input type="checkbox"/> Dificuldade <input type="checkbox"/> Altegulos na urina:																											
11-SINTOMAS: <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Profissional <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Desembuba <input type="checkbox"/> Desmuda com audílio <input type="checkbox"/> Acadendo <input type="checkbox"/> Impossibilitado																											
12-COMPAÑHIA: <input type="checkbox"/> Cognitiva <input type="checkbox"/> Eufórica <input type="checkbox"/> Dobsa <input type="checkbox"/> Descomprometida <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional <input type="checkbox"/> Desembuba <input type="checkbox"/> Desmuda com audílio <input type="checkbox"/> Acadendo <input type="checkbox"/> Impossibilitado																											
13-ORITÓPIA: <input type="checkbox"/> Cognitiva <input type="checkbox"/> Eufórica <input type="checkbox"/> Dobsa <input type="checkbox"/> Descomprometida <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional <input type="checkbox"/> Desembuba <input type="checkbox"/> Desmuda com audílio <input type="checkbox"/> Acadendo <input type="checkbox"/> Impossibilitado																											

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Cacúptico <input checked="" type="checkbox"/> Edrotílico <input type="checkbox"/> Cheso		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 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		vezes		8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anuréxica	
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"/> Ardoar <input type="checkbox"/> Dificuldade Alterações na urina:	
<p>19:00 (olhem, no trato colo-rectal constipação, orinação, fáceas expulsas, flatus expulsos, flatus gás CO₂ feijão, grão amarelo PA 160/100 Adm. infusão hidrocor 1000 ml/hora 24:00 Adm. infusão m-a de leucos 1000 ml/hora 7:30 76/60 Hidrocor 1000 ml/hora PA 160/100 Adm. infusão hidrocor 1000 ml/hora 08:00 Adm. infusão hidrocor 1000 ml/hora EU, óleo projétil vo 09:00 Adm. infusão hidrocor 1000 ml/hora EU, óleo projétil vo 09:30 Adm. infusão hidrocor 1000 ml/hora EU, óleo projétil vo PA 150/90</p>					

Assinatura e identificação

França M. Lamego

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	100					Escala de Dor												
F. Cardíaca						60																			
F. Respiratória						69																			

1-Aspiração (1) TOT (2) TOT (3) Otorrinolaringe (4) Nasal	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	
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:		Mareio Luiz de oliveira Conceição		
IDADE:	33	LEITO:	C-7	REGISTRO: 3051174
		UNIDADE: 0to-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 07:00 às 13:00 h	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 <input type="checkbox"/> Alterações na urina:

07h P.Ti. no leito em uso de AVP. hidrolizado, segue cuidados.
 08h Aceitou diferentes oferecidos
 Administrou medicamento EV. tramal 50mg
 Aceitou lanche oferecido, Administrou medicamento EV. profenid 50mg
 12h Administrou medicamento ev. Cefalotina 1g + Dipirona
 Aceitou almoço oferecido
 1230 P.Ti permanece aos cuidados da enfermagem

Rita Rebeca Rodrigues
Assistente Enfermeira
Tec. Enfermagem
CORENSE 841216

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 13:00 às 19:00 h	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 <input type="checkbox"/> Alterações na urina:

13:00 - Em contraste de cálculos dentais, abscessos, arristéricos, afébris
 em uso gelos tridimensionais e Companhia de famílias.
 14:00 - Verificou-se temperatura 37,2°C, P: 92 T: 36°C.
 15:00 - Aceitou lanche oferecidos pela nutrição.
 16:00 - Administrado medicamento prescrita, tramal 50mg + 100 mg, glicopiroxido, cefalotina + dipirona, paracetamol, realizados mapeo AVP com gelo 10, curativos MTO com absorvedores, STO, B7, e aspirado bolhas feita enfermeira do setor, segue
 com cuidados.

Assistente Enfermeira Jesus Santos
Tec. Enfermagem
CORENSE 841216

Pain - 18	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-OCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acarriado <input type="checkbox"/> impossibilitado		
	4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloresco		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		
1900-46 0300-h	7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero		vezes	8-PINGESTÃO: <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-DURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____		vezes	<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Ardor	<input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:	

19:00 paciente no leito em decúbito dorsal, calmo, orientado, consciente e afibril, espasmos, acanótico, em uso de gelos hidroalizados.
20:00 paciente no leito em decúbito dorsal, sem queixas até o momento.
21:00 paciente acostou a lanche oferecido pelo grupo de nutrição. Paciente em dieta zero, não realizou procedimento cirúrgico amanhã.
22:00 Administrou medicamento com fand 100mg + 100ml SF 0,9%, constar prescrição.
24:00 Admunsitrou fridoz, Cefalotina 1g + 10ml AN, Dipirona 2ml + 08ml IV, Famlaf 100mg + 100ml SF 0,9% constar na prescrição médica.
03:00 paciente no leito dormindo sem queixas até o momento.
06:00 Administrou medicamento de banho, contém prescrição médica.
06:30 paciente sem queixas, aguardando chamado do L.C.



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME: MÁRCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEIÇÃO

IDADE: 33 LEITO: C7 REGISTRO: 1051174 UNIDADE: ORTOPEDIAT

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	
DATA: 07:00 às 13:00 h	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"/> Ardo <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

Assinatura e identificação

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	
DATA: 12:00 às 13:00 h	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"/> Ardo <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

16:30 - Paciente admitido neste setor Unids da ortopedia Térreo em uso de mala gelo hidrolizado e Campanha de família.
PA- 140x90 P- 69 T- 36,6

17:00 - No momento calmo, cansaço, sem queixas de algas.

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

A. P. Hospitalar de São Paulo Ltda.
Tec. G. S. F. 2016
CORENSE 84216



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

(manoel) Luiz de Oliveira Conceição

IDADE: 33 LETO: C-07 REGISTRO: 105.1174 UNIDADE: ortopedia I

J4 09 DATA 07-08-06 13h00 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 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	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 checked="" type="checkbox"/> Zero	vezes	Alterações nas fezes:
	10-DIURESE: Ausente: <input type="checkbox"/> horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: <u>2</u> vezes		<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardo <input type="checkbox"/> Dificuldade Alterações na urina:

7:30 Pede no leito, acordado, calmo, consciente, orientado, eupnico, afibril, rica noite, amigável, verbalizando. Em uso de gelo hidrolizado. Mas apresenta queixa no momento. Em dia 07/08 aguardando alta médica do C.C.
 7:10 Pede encaminhado ao C.C. por meio de maca em companhia de funcionária + máquina
 10:00 Pede retornou ao setor, tive cirurgia suspensa por edema no M.I.E
 11:00 Aceitou almoço oferecido
 12:30 Pede segue orientações dos cuidados da equipe 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"/> 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	
12h00 h 19h00 h	7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Zero	vezes	Alterações nas fezes:
	10-DIURESE: Ausente: <input type="checkbox"/> horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: <u>2</u> vezes		<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardo <input type="checkbox"/> Dificuldade Alterações na urina:

13:00 - Encantado de cinto dorsal, aliviado, anestésico, afibril - em uso gelo hidrolizado.
 14:00 - Verificado pulso PA 130x80 P.99, T 36°C.
 15:00 - Aceitou lanche oferecido pelo nutricionista.
 16:00 - Administrados medicamentos presentes, Glindamicina 600mg.
 18:00 - Nos fui administrados Sips para Gripe estando aguardando chegar sua farmacia. Segue cuidados.

- 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 da cabeceira**



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA: 07/08/05 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"/> Ardores	<input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

DATA

1-BIOTIPO: Caquético Eutrófico Obeso

NOME: MÁRCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEIÇÃO

IDADE: 33 LEITO: 67 REGISTRO: 1054473 UNIDADE: ORTOPEDIA I

Assinatura e identificação

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 13:00 h 18:00 h		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-MURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes					<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Ardores	<input type="checkbox"/> Dificuldade
					Alterações na urina:		

PLA-09-18

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 Confusa Inacessível **6-LESÃO POR PRESSÃO:** Sim Não

7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero 8-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anoréxica

9- EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero vezes Alterações nas fezes:

JU-SIURESE: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes Dor Ardor Dificuldade Alterações na urina:

16:30 - Paciente admitido neste setor. Vindo da ortopedia Ferro em uso de mala + gelos hidrolizados e Campanário de família.
A-340x90, P- 89 + 36C
17:00 - No momento calmo, borasiente, sem queixas de algios.
18:00 - Administrados medicamentos para gritar, Defluxina, segue cidadas.

Printed by the State of
Tec. ~~farm~~ ^{farm} ~~gen~~ ^{gen}
GREENSBURG 844-216

Ana Paula Oliveira Santos

Entomina

COREN E 489400



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

(monica) 21/07 de Oliveira Conceição

IDADE: 33 | LEITO: C-07 | REGISTRO: 105.1174 | UNIDADE: Ortopedia I

1-BIOTIPO: Caquético Eutrófico Obeso | 2-COMPANHIA: Desacompanhado Familiar Profissional | 3-LOCOMOÇÃO: Deambula Deambula com auxílio Acamado Impossibilitado4-CONSCIÊNCIA: Alerta Verbal Doloroso5-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inacessível6-LESÃO POR PRESSÃO: Sim NãoJ24
09
DATA/HORAS
07:00 h
13:00 h7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral

Zero

vezes

8-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anoréxica9-EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida

Zero

vezes

Alterações nas fezes:

10-DIURESE: Ausente: horas

Presente:

vezes

 Dor Ardo Dificuldade

Alterações na urina:

J: 30 Pte no leito, acordado, calmo, consciente, orientado, eupnico, afibril, rca, notícias, amígdalas, verbalizando. Em uso de gelo hidrolizado. Nas últimas queixas no momento. Em dia 2/07 aguardando alta médica do C.C.

J: 10 Pte encaminhado ao C.C. por meio de maca em companhia de funcionário + máquina

J: 10 Pte retornou ao setor, tive cirurgia suspensa por edema no M.I.E

J: 11:00 fezendo almoço oferecido

J: 12:00 Pte segue orientações das cuidados da equipe de enfermagem

Fernanda S. Ishimura
Assistente de Enfermagem
CORENSE 2954941-BIOTIPO: Caquético Eutrófico Obeso | 2-COMPANHIA: Desacompanhado Familiar Profissional | 3-LOCOMOÇÃO: Deambula Deambula com auxílio Acamado Impossibilitado4-CONSCIÊNCIA: Alerta Verbal Doloroso5-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inacessível6-LESÃO POR PRESSÃO: Sim Não03
DATA/HORAS
13:00 h
19:00 h7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral

Zero

vezes

8-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anoréxica9-EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida

Zero

vezes

Alterações nas fezes:

10-DIURESE: Ausente: horas

Presente:

vezes

 Dor Ardo Dificuldade

Alterações na urina:

J: 13:00 - Encantado de culeto dorsal, ali crônico, amigdálico, afibril - em uso gelo hidrolizado.

J: 14:00 - Verificadas sinus rituais PA 130x80, P 99, T 36°C.

J: 15:00 - Aceitou lanche oferecido pelo nutricionista.

J: 16:00 - Administrados medicamentos presentes, Clindamycin 600mg.

J: 18:00 - Foi administrado Lipos para cinto estomach aguardando chegada sua farmacia. Segue cuidados.

Foto: Kátia do Brasil Santos
Assistente de Enfermagem
CORENSE 041216

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME: MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEIÇÃO
 IDADE: 33 LEITO: C9 REGISTRO: 1051126 UNIDADE: ORTOPEDIA I

DATA: 08-12 07:00 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"/> Ardo <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:
<p>07:00 - Encontra-se de cama, sentado, acionando, anestetico, afebril em um gelo hidratado e compansão de família.</p> <p>08:00 - Realizado curativo com clorazolox, SE 019, e sulfatiazina MID realizados no AVP com gelo de leite perfumado.</p> <p>09:00 - Aceitou banho oferecido pela nutrição. Em tempo, às 8:00 hs - administrado medicamento para crise, bijer 400mg + tramal.</p> <p>10:00 - Administrado medicamento para crise, dipidena, Clindamycin, Em tempo, às 10:00 hs administrado medicamento profenid.</p>			

Assistente de Enfermagem de Santos
Técnico de Enfermagem de Santos
GEREUSE 841216

DATA: 08-12 12:00 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"/> Ardo <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:
<p>13:00 - Paciente repousando no leito.</p> <p>14:00 - Verificado sinais vitais PA - 140x80, P 90, T - 36°C.</p> <p>15:00 - Aceitou banho oferecido pela nutrição.</p> <p>16:00 - Realizado no AVP com gelo de leite perfume e administrado tramal 100mg + 100 SE 019.</p> <p>17:00 - Administrado medicamento para crise, Clindamycin, dipidena, segue cuidados.</p>			

Assistente de Enfermagem de Santos
Técnico de Enfermagem de Santos
GEREUSE 841216

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Cetônico <input checked="" type="checkbox"/> Endóflico <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 checked="" type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Nítida <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"/> Nada 19:00 h vezes	8-INGESTAO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Oliminada <input type="checkbox"/> Anoréxica	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input checked="" type="checkbox"/> zero vezes	10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezas	11-Alterações nas fezes: 12-Dor <input type="checkbox"/> Ardo <input type="checkbox"/> Dificuldade <input type="checkbox"/> Alterações na urina:
<p>19:00 paciente no leito em decúbito dorsal, calma, orientado, consciente, eupérico, acometido de arrepios. Em uso AVP + soro fisiológico. 20: Administração, líquido 200 ml, não administrado, elevar, cavidando chegar na farmácia.</p> <p>21:00 paciente recebeu o panche oferecido pela equipe de nutrição.</p> <p>22:00 Administração, clofenicol 100 mg + 100 ml SF 0,9% IV, contorno pulmonar.</p> <p>24:00 Administração, clindamicina 600 mg + 100 ml SF 0,9% IV + Dipirona 2ml + 08 AD, contorno pulmonar.</p> <p>23:00 paciente no leito, sem queixas.</p> <p>06:00 administração clindamicina 600 mg IV, Dipirona 2ml / 08 ml PD, contorno pulmonar. 08:30 segue zos curados da equipe de enfermagem.</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	36										Glicemia												
Pressão Arterial		120	120						140				Escala de Dor												
F. Cardíaca		90	90						100																
F. Respiratória									100																

1-Aspiração (1) TOT (2) TQT (3) Ofaringe (4) Nasal	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	
2-Troca de Fralda																									
3-Higiene (1) Oral (2) Ocular (3) Intima		123																							
4-Banho (1) Leito (2) Cadeira de banho (3) Banheiro			123																						
5-Curativo Operatório:																									
6-Curativo de Lesão por Pressão:																									
7-Mudança de Decúbito:																									
8-Elevação de cabecela																									



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Marcio Genuz de Oliveira Conceição

IDADE: 33 LEITO: C-7 REGISTRO: 1058874 UNIDADE: oito-5

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 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"/> Ar dor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

07h PTl. no leito em uso de AVP hidrolizado, segue cuidados
 08h Administrado medicagão EV. tramal 500mg, Aceitou levele oferecido.
 09h Administrado medicagão EV. Paracetamol 500mg.
 Aceitou levele oferecido.
 10h Administrado medicagão EV. Sípirona + clindamicina 600mg
 Aceitou 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 checked="" 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"/> Ar dor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

13h PTl. no leito tranquilo, segue cuidados
 15h Aceitou levele oferecido.
 16h Administrado medicagão EV. tramal 500mg
 18h Administrado medicagão EV. Sípirona + clindamicina 600mg
 Aceitou dieta oferecida
 18h30 PTl. permanece os cuidados da enfermagem

Ritual de encerramento
Tec. Enfermagem
CORTE

Ritual de encerramento
Tec. Enfermagem
CORTE

16	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"/> Acarreado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
09	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
19	7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero vezes	8-INSCERÇÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorexica	
DATA: 19/00 às 07:00 +	9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero vezes	Alterações nas fezes:	
	10-DURRSE: Ausente <input type="checkbox"/> horas <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:
<p>19:00- Pacote no leito acordado, verbalizando, estável em cuidados da coqueira de um ferimento</p> <p>20:00- Adm. medicação heptamina. Não adm. Cipro aquar domes para dor malária</p> <p>21:00- oferecido lanche pela nutrição</p> <p>22:00- Adm. medicação flogomed de horário</p> <p>23:00- Adm. tromaf + Elinda + di perone</p> <p>24:00- Administrado medicacao de horario epm</p> <p>Pacote segue mantendo o quadro clínico</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			36,6			36,5			32,0			32,0	Glicemia												
Pressão Arterial			130/90			120/80			120			120	Escala de Dor												
F. Cardíaca			87			78			78			76													
F. Respiratória									50			90													

	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:			
Mauricio Luiz da Oliveira Gonçalves			
IDADE:	LEITO:	REGISTRO:	UNIDADE:
33	C2		Operação T

DATA: 13/07/2013	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 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 type="checkbox"/> Presente: vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:	

07 Nao sente dor ou desconforto abdominal, nem queimaduras
 08 Nao sente cipre FIM para defecar? cipre 5500
 10 Nao sente pressão de hérnia por parte de dor no pescoco, sente dor
 11 Fim dia pressão claudica, sente dor de cintura

AUGUSTO Cé 27
 Identificação
 Tec. Enfermagem
 CORENSE 364513

DATA: 14/07/2013	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 checked="" 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:	

13:00 - Encontra-se deitado dorsal, acamado, semi-ereto, aferir -
 n.º de gelo hidrolizado e comparsão de família.
 14:00 - Verificado PMS 90/60, PA 100/60, P 86 T 36°C.
 15:00 - Almoço fornecido pela nutrição.
 16:00 - Realizadas curatéis MID com clorexidina, SFO 1% e óleo de ginseng e administrados medicamentos prescritos, fome, sono e sono.
 18:00 - Administrados medicamentos prescritos, diurético, Clindamicina 600mg, sennas, somnífero, istamos aguardando o sugar na farmácia.

A. Paula Andrade de Almeida Santos
 Tec. Enfermagem
 CORENSE 364513

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Cognitivo <input type="checkbox"/> Eufórico <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"/> Acarulado <input type="checkbox"/> impossibilitado																							
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Nítida <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"/> Irreversível	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"/> Fumigada <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	10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes																							
11-ALTERAÇÕES NAS FÉCES:	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardo <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:																							
<p>19:00h paciente no leito em decúbito dorsal, esfínter urinário relaxado, consciente, alerta, eupreco, acianótico. Em uso de Geleia hidroalcoólica.</p> <p>21:00 Administração, Heparina 5.000 UI SC, conforme prescrição médica.</p> <p>22:00 Administração, Profenac 500 mg + 100 ml SF 0,9% IV. Não administração, lipocondriose e farmaça Covidencar. Aceitou o lanche. O envelho seletivamente.</p> <p>23:00 Administração, Tramal 500 mg + 100 ml SF 0,9% conforme prescrição.</p> <p>24:00 Administração Diprospan 2ml 48ml AD IV + cefotafrina 8g + 100ml AB, cintilomanido 600 mg + 100 ml SF 0,9% conforme prescrição médica.</p> <p>03:00 paciente dormindo sem queixas ate o momento.</p> <p>06:00 Administração medicamento de horário, conforme prescrição médica.</p> <p>06:30 Segue as cordinadas da equipe de enfermagem.</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	35,4												Glicemia												
Pressão Arterial	100x74												Escala de Dor												
F. Cardíaca	86																								
F. Respiratória	16																								
	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	
<p>1-Aspiração (1) TOT (2) TQT (3) Otorrinolaringe (4) Nasal</p> <p>2-Troca de Fralda</p> <p>3-Higiene (1) Oral (2) Ocular (3) Intima</p> <p>4-Banho (1) Leito (2) Cadeira de banho (3) Banheiro</p> <p>5-Curativo Operatório:</p> <p>6-Curativo de Lesão por Pressão:</p> <p>7-Mudança de Decúbito:</p> <p>8-Elevação de cabeceira</p>																									



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME:			
Márcio Luiz da Cunha Correia			
IDADE:	LEITO:	REGISTRO:	UNIDADE:
33	27		Integridade

DATA: 18/01/2011 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 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 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"/> Anoréxica
	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"/> Ardo <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

07:00 - Descolade coluna na leito em uso de AVT bolo hidro longo nem quebrado
 08:00 - Aplicar SSW adesivo bucal de buceiro
 10:00 - Ades pegando, corte, corteira, dica e buceiro nesse período
 13:00 - Ades d'água, d'água, corteira d'água pegando

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
Tec. Enf. Magem
CORENSE 361512

DATA: 18/01/2011 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 checked="" 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"/> Anoréxica
	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"/> Ardo <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

13:00 - Encontra-se de corteira d'água, corteira, aricítrico, a gelo
 13:00 - Isto gelo hidrolizado e Companhia de família.
 14:00 - Verificado peso 70kg P 80, T 36°
 15:00 - A feita am. am. che. oferecido pela nutrição.
 16:00 - Adm. mistura medição prescrita, Transal 500mg + 500SF q.d.
 18:00 - Adm. farado medição prescrita, dipiridam, Transal 500mg
 Clin. Larini 600mg. Segue cui dados.

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
Tec. Enf. Magem
CORENSE 361512

DATA: 09/08	1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Extrófico <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																						
19:00 às 07:00 h	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"/> Anoréxica																						
	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"/> Arder <input type="checkbox"/> Dificuldade Alterações na urina:																						
<p>19:00 Pôs-se no leito cônico, com: mto dor, dificuldade para respirar, em uso de oxigênio. Hiperpigmentação abdominal, pele seca e fria. 21:00 Jeffon foi acordado. 21:30 Mto dor por dor, mto frio. Olhos mto vermelhos e inchados. 22:00 dor intensa, mto frio. Profundas crises. 23:00 dor intensa. Muito calor, mto suor. 24:00 dor intensa. Mto calor, mto suor. 25:00 dor intensa. Muito calor, mto suor. 00:00 Jeffon sentiu mto frio. Olhos mto vermelhos e inchados. Jeffon sentiu mto frio. 05:00 Jeffon sentiu mto frio. Olhos mto vermelhos e inchados.</p>																									
Sexta-feira mto frio, mto suor, mto dor.																									
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	35,6		36										Glicemia												
Pressão Arterial	122/72		130/80										Escala de Dor												
F. Cardíaca	86		90																						
F. Respiratória	19																								
1-Aspiração (1) TOT (2) TQT (3) Otorrингe (4) Nasal	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	
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: MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEIÇÃO
 IDADE: 33 LEITO: CP REGISTRO: 1051173 UNIDADE: ONTO PEDIAT

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	
DATA: 07:00 hs 13:00 h	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"/> Anoréxica		
	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:	

Ausinatura e identificação

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	
DATA: 13:00 hs 19:00 h	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"/> Anoréxica		
	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:	

Paciente retomou CC com cirurgia realizada, acordado
 2 níveis.
 16:00 - No momento calmo, sem queixas de algas e comparsas
 de famílias.
 18:00 - Administrados medicamentos prescrita, cefalotina, dipirona
 e seguir cuidados.

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME:		Mauricio Luiz da Oliveira Correia		
IDADE:	LEITO:	REGISTRO:	UNIDADE:	Otologista I
33	67			

DATA: 07/02/2012	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 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
07:00 às 13:00 h	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		Dor <input type="checkbox"/> Ar dor <input type="checkbox"/> Dificuldade <input type="checkbox"/> Alterações na urina:

27 h. Auerdade calma e a ligeira em uso de AVP + óculos tricôs ligados sem gêneros

28 h. Após cirurgia realizada cirurgia, adas. Ternal de incisão

29 h. Adm preparado cirurgia de alta

30 h. Adm alta, diária, orientar alta. De alta restando tratamento

Aula de enfermagem
Tec. Enf. I
CORENSE 36413

DATA: 08/02/2012	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 checked="" type="checkbox"/> Não
13:00 às 19:00 h	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 Presente: _____ vezes		Dor <input type="checkbox"/> Ar dor <input type="checkbox"/> Dificuldade <input type="checkbox"/> Alterações na urina:
13:00 - Faz contraste de cálculo dorsal, acústico, arictérico, afébris			
14:00 - Uso de go, febre AVP e companhia de familiar			
14:00 - Verificado pressão arterial PA 140x90, P 85, T 36°C			
15:00 - Paciente saiu de alta hospitalar em uso caducar de nada.			

Aula de enfermagem
Tec. Enf. I
CORENSE 36416

DATA: 19:00 h 07/00		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

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		36,6										Glicemia												
Pressão Arterial	136/78		120/80										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-Elevação de cabeceira																								

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Edrofólico <input type="checkbox"/> Gordo		2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input 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 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"/> Transiente		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"/> Líquido		vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorexica		
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: <input type="checkbox"/> horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: <input type="checkbox"/> vezes			<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:	
<p>19:00 Colocou no trono colorido, condutora, orientada, de bom humor, fala clara, sem glosas. Ficou sentado na maca, pronta para ir ao banheiro, fala clara, fala solta. 24:00 Volto - incontinência mictórica, colorido EU 73:50 Pef. Alimentar Hiperfunsos PA 160/80s Prol. mictórica mictórica cffg por volta Comprim. glicurina 100g EU 06:00 Pef. Alimentar mictórica mictórica PA 160/80s Prol. mictórica 07:00 Pef. Alimentar mictórica mictórica PA 160/80s Prol. mictórica 07:30 Pef. Alimentar mictórica mictórica PA 150/80s Prol. mictórica </p>					



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

(monica) 21/07 de Oliveira Conceição

IDADE: 33 | LEITO: C-07 | REGISTRO: 105.1174 | UNIDADE: Ortopedia I

1-BIOTIPO: Caquético Eutrófico Obeso | 2-COMPANHIA: Desacompanhado Familiar Profissional | 3-LOCOMOÇÃO: Deambula Deambula com auxílio Acamado Impossibilitado4-CONSCIÊNCIA: Alerta Verbal Doloroso5-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inacessível6-LESÃO POR PRESSÃO: Sim Não7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral | 8-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anoréxico9-EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida | 10-ZERO vezess | 11-ZERO vezess | Alterações nas fezes:

10-DIURESE: Ausente: horas | Presente: vezess | Dor | Ardo | Dificuldade | Alterações na urina:

7:30 Pente no leito, acordado, calmo, consciente, orientado, eupnico, afibril, rica noite, amnéstico, verbalizando. Em uso de gelo hidrolizado. Mas apresenta queixa no momento. Em dia de alta aguardando alta médica do C.C.

7:10 Pente encaminhado ao C.C. por meio de maca em companhia de funcionário + máquina

10:00 Pente retornou ao setor, tive cirurgia suspensa por edema no M.I.E

11:00 Fazendo almoço oferecido

12:00 Pente segue orientações dos cuidados da equipe de enfermagem

Fernanda S. Ishimura
Assistente de Enfermagem
CORENSE 2954941-BIOTIPO: Caquético Eutrófico Obeso | 2-COMPANHIA: Desacompanhado Familiar Profissional | 3-LOCOMOÇÃO: Deambula Deambula com auxílio Acamado Impossibilitado4-CONSCIÊNCIA: Alerta Verbal Doloroso5-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inacessível6-LESÃO POR PRESSÃO: Sim Não7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral | 8-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anoréxico9-EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida | 10-ZERO vezess | 11-ZERO vezess | Alterações nas fezes:

10-DIURESE: Ausente: horas | Presente: vezess | Dor | Ardo | Dificuldade | Alterações na urina:

13:00 - Encantado de culeto dorsal, alcatroco, amictérico, afibril - em uso gelo hidrolizado.

14:00 - Verificado pulmão bilateral PA 130x80, P 99, T 36°C.

15:00 - Aceitou lanche oferecido pelo nutricionista.

16:00 - Administrados medicamentos presentes, Clindamycin 600mg.

18:00 - Nas foi administrado Lipos para cinto estarmos aguardando chegada

mais farmacia. Segue cuidados.

Foto: Kátia do Brasil Santos
Assistente de Enfermagem
CORENSE 041216

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME: MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEIÇÃO
 IDADE: 33 LEITO: C9 REGISTRO: 1051126 UNIDADE: ORTOPEDIA I

DATA: 08-12 07:00 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"/> Ar dor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:
<p>07:00 - Encontra-se de cama linda, acalmo, alerta, orientado, afebril em um gelo hidratado ecompanhia de família.</p> <p>08:00 - Realizado curativo com clorazolina, SE 019, e sulfatiazina MID realizados no AVP com gelo de leite perfumado.</p> <p>09:00 - Aceitou banho oferecido pela nutrição. Em tempo, às 8:00 hs - administrado medicamento para crise, bijer 400mg + tramal.</p> <p>10:00 - Administrado medicamento para crise, dipidena, Clindamiciina, Em tempo, às 10:00 hs administrado medicamento profenid.</p>			

Assistente de Enfermagem Santos
Técnico de Enfermagem Santos
GERENTE 841216

DATA: 08-12 12:00 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"/> Ar dor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:
<p>13:00 - Paciente repousando no leito.</p> <p>14:00 - Verificado sinais vitais PA - 140x80, P 90, T - 36°C.</p> <p>15:00 - Aceitou banho oferecido pela nutrição.</p> <p>16:00 - Realizado no AVP com gelo de leite perfume e administrado tramal 100mg + 100 SE 019.</p> <p>17:00 - Administrado medicamento para crise, Clindamiciina, dipidena, segue cuidados.</p>			

Assistente de Enfermagem Santos
Técnico de Enfermagem Santos
GERENTE 841216

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Cetônico <input checked="" type="checkbox"/> Endóflico <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 checked="" type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Nítida <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"/> Nada 19:00 h vezes	8-INGESTAO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Oliminada <input type="checkbox"/> Anoréxica	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input checked="" type="checkbox"/> zero vezes	10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezas	11-Alterações nas fezes: 12-Dor <input type="checkbox"/> Ardo <input type="checkbox"/> Dificuldade <input type="checkbox"/> Alterações na urina:
<p>19:00 paciente no leito em decúbito dorsal, calma, orientado, consciente, eupérico, acometido de arrepios. Em uso AVP + soro fisiológico. 20: Administração, líquido 200 ml, não administrado, elevar, cavidando chegar na farmácia.</p> <p>21:00 paciente recebeu o panche oferecido pela equipe de nutrição.</p> <p>22:00 Administração, clofenicol 100 mg + 100 ml SF 0,9% IV, contorno pulmonar.</p> <p>24:00 Administração, clindamicina 600 mg + 100 ml SF 0,9% IV + Dipirona 2ml + 08 AD, contorno pulmonar.</p> <p>23:00 paciente no leito, sem queixas.</p> <p>06:00 administração clindamicina 600 mg IV, Dipirona 2ml / 08 ml PD, contorno pulmonar. 08:30 segue zos curados da equipe de enfermagem.</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	36										Glicemia												
Pressão Arterial		120	120						140				Escala de Dor												
F. Cardíaca		90	90						100																
F. Respiratória									100																

1-Aspiração (1) TOT (2) TQT (3) Ofaringe (4) Nasal	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	
2-Troca de Fralda																									
3-Higiene (1) Oral (2) Ocular (3) Intima		123																							
4-Banho (1) Leito (2) Cadeira de banho (3) Banheiro			123																						
5-Curativo Operatório:																									
6-Curativo de Lesão por Pressão:																									
7-Mudança de Decúbito:																									
8-Elevação de cabecela																									

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Cetônico <input checked="" type="checkbox"/> Endóflico <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 checked="" type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Falsa <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"/> Nada 19:00 h vezes	8-INGESTAO: <input type="checkbox"/> Aumento de <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Oliminada <input type="checkbox"/> Anoréxico	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> zero vezes	10-DIURESE: Ausente: <input type="checkbox"/> horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: <input type="checkbox"/> vezas	11-Alterações nas fezes: 12-Dor <input type="checkbox"/> Ardo <input type="checkbox"/> Dificuldade <input type="checkbox"/> Alterações na urina:

19:00 paciente no leito em decúbito dorsal, calma, orientado, consciente
 20:00 suspeito, agitado, ansioso. Em uso AVP + soro fisiológico
 20:00 Administração, líquido 400 ml, não administrado, elevar, cavidando chegar na farmácia.
 21:00 paciente recebeu o banho oferecido pela equipe de enfermagem.
 22:00 Administração, clofenicol 100 mg + 100 ml SF 0,9% IV, contém pulmão
 23:00 Administração, clindamicina 600 mg + 100 ml SF 0,9% IV + Dipirona 2ml
 + 08 AD, contém prescrição médica.
 23:00 paciente no leito, sem queixas.
 06:00 administração clindamicina 600 mg IV, Dipirona 2ml + 08 ml AD, contém prescrição. 06:30 segue aos 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		36	36										Glicemia												
Pressão Arterial		120	120						140				Escala de Dor												
F. Cardíaca		90	90						100																
F. Respiratória									100																

1-Aspiração (1) TOT (2) TQT (3) Ofaringe (4) Nasal	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	
2-Troca de Fralda																									
3-Higiene (1) Oral (2) Ocular (3) Intima		123																							
4-Banho (1) Leito (2) Cadeira de banho (3) Banheiro			123																						
5-Curativo Operatório:																									
6-Curativo de Lesão por Pressão:																									
7-Mudança de Decúbito:																									
8-Elevação de cabecela																									

Marcio Genuz de Oliveira Conceição

IDADE: 33 LEITO: C-7 REGISTRO: 1058874 UNIDADE: oito-5

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-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero vezes 8-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anoréxico

9-EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero vezes Alterações nas fezes:

10-DIURESE: Ausente: horas Presente: vezes Dor Ar dor Dificuldade Alterações na urina:

07h PTl. no leito em uso de AVP-hidrolizado, segue cuidados

08h Administrado medicagão EV. tramal 500mg, Aceitou levele oferecido

09h Administrado medicagão EV. Paracetamol 500mg

Aceitou levele oferecido

10h Administrado medicagão EV. Sípirona + clindamicina 600mg

Aceitou almoço oferecido

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-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero vezes 8-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anoréxico

9-EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero vezes Alterações nas fezes:

10-DIURESE: Ausente: horas Presente: vezes Dor Ar dor Dificuldade Alterações na urina:

13h PTl. no leito tranquila, segue cuidados

15h Aceitou levele oferecido

16h Administrado medicagão EV. tramal 500mg

18h Administrado medicagões EV. Sípirona + clindamicina 600mg

Aceitou dieta oferecido

18h30 PTl. permanece os cuidados da enfermagem

16	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"/> Acarreado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
09	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
19	7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input checked="" 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"/> Anorexica	
DATAS 19/00 às 07/00 +	9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input checked="" type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero vezes	Alterações nas fezes:	
	10-DURRSE: Ausente <input type="checkbox"/> horas <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:
<p>19:00- Pacote no leito acordado, verbalizando, estável em cuidados da cegueira devido fermação</p> <p>20:00- Adm. medicamentos de rotina. Não adm. Epi aquar domes para dor malária</p> <p>21:00- oferecido lanche pela nutrição</p> <p>22:00- Adm. medicamentos de rotina</p> <p>23:00- Adm. tromaf + Elinda + di perone</p> <p>00:00- Administrado medicamentos de horário epm</p> <p>Pacote segue mantendo o quadro clínico</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			36,6			36,5			32,0			32,0	Glicemia												
Pressão Arterial			130/90			120/80			120			120	Escala de Dor												
F. Cardíaca			87			78			78			76													
F. Respiratória									50			90													

	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:		Mauricio Luiz da Oliveira Gonçalves		
IDADE:	LEITO:	REGISTRO:	UNIDADE:	Dorogado T
33	C2			

DATA: 13/07/2013	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 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 type="checkbox"/> Presente: vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:	

07 Nas latas em uso de AVP + gelo hidratante calmante nem queimaduras
 08 Nas adms cíps Fm para demissão? círculos 55%
 10 Nas adms praguicida de hansenite por falta de uso no perioral. orientar dtsk
 11 Adm dipirona, clorader, acetato dtsk quando

DATA: 14/07/2013	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 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 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:	

13:00 - Encontra-se paciente lojal, acanártico, semi-crítico, a febre -
 n. uso gelo hidratante e compresse de família.
 Rx: - Verificado falso ritmo Rrta PA - 100x0, P - 86 T - 36°C.
 15:00 - Almoço lanche oferecido pela nutrição.
 16:00 - Realizado curativo MID com clorazolina, SFO, 9% e óleo de ginseng
 e administrados medicamentos prescritos, fomeal 100 SFO, 9%
 fls. Administrados medicamentos prescritos, diurético, Clindamicina 600mg
 sennas 100 mg duas doses aguardando clara sua formulação.

AUGUSTO Cé
Identificação
Tec. Enfermagem
CORENSE 364513

A. Paula Andrade de Almeida Santos
Tec. Enfermagem
CORENSE 841216

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Cognitivo <input type="checkbox"/> Eufórico <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"/> Acarulado <input type="checkbox"/> impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Nítida <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"/> Irreversível	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	vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Ausente <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	Aflorações nas fezes:
10-DURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes		<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardar <input type="checkbox"/> Dificuldade Alterações na urina:

19:00h paciente no leito em decúbito dorsal, esfínter urinário relaxado, consciente, alerta, eupreco, acianótico. Em uso de Geleia hidroalcoólica.
 21:00 Administração, Heparina 5.000 UI SC, conforme prescrição médica.
 22:00 Administração, Profenac 500 mg + 100 ml SF 0,9% IV. Não administração, lipocondriose e farmaça Covidencar. Aceitou o lanche. O envelho seletivamente.
 23:00 Administração, Tramal 500 mg + 100 ml SF 0,9% conforme prescrição.
 24:00 Administração Diprospan 2ml 0,8% AD IV + cefotafrina 8g + 100ml AB, cintilomanido 600 mg + 100 ml SF 0,9% conforme prescrição médica.
 03:00 paciente dormindo sem queixas ate o momento.
 06:00 Administração medicamento de horário, conforme prescrição médica.
 06:30 Segue as cidades 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												Glicemia												
Pressão Arterial	100x74		115	90					124	85			Escala de Dor												
F. Cardíaca	86		86						103																
F. Respiratória	16								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) Oropharinge (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 cabecelira																									



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME:			
Márcio Luiz da Cunha Correia			
IDADE:	LEITO:	REGISTRO:	UNIDADE:
33	27		Otologia T

DATA: 18/01/2011 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 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 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"/> Ardo <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

07:00 - Descolade coluna com leito em um de AVT pelo lado longo. Nenhum queixa.
 08:00 - Aplicado SSWJ sobre tumores de bexiga.
 10:00 - Adm. paracetamol, ciprat, acetaminofen, diclofenac e ibuprofeno para dor.
 13:00 - Adm. d'iprona, cloridr. acetazolamida d'ília e glicoproteína.

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
Tec. Enf. Magem
CORENSE 361512

DATA: 18/01/2011 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 checked="" 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 Presente: _____ vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardo <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

13:00 - Enccontra-se de cortejo larval, acarretico, arrictico, afebril e n. r. n. n. n. n. gelco hidroliizado e com parafina de familia.
 14:00 - Verificado peso 70Kg P. 80, T. 36°
 15:00 - Afebril com cheiro exercido pela nutrição.
 16:00 - Administrado medi-caco prescrita, Transal 500mg + 500SF q.d.
 18:00 - Administrado medi-caco prescrita, dipirona, Transal 500mg + 500SF q.d.
 Clín. Larri Giner 600mg. Segue cui dados.

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
Tec. Enf. Magem
CORENSE 361512

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME: MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEIÇÃO
 IDADE: 33 LEITO: CP REGISTRO: 1051173 UNIDADE: ONTO PEDIAT

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	
DATA: 07:00 hs 13:00 h	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"/> Anoréxica		
	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:	

Ausinatura e identificação

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	
DATA: 13:00 hs 19:00 h	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"/> Anoréxica		
	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:	

Paciente retornou CC com cirurgia realizada, acordado
 2 níveis de sedação, verificado PA - 120x80, P 80, T 35.
 16:00 - No momento calmo, sem queixas de algas e comparsias
 de famílias.
 18:00 - Administrados medicamentos prescrita, Cefalotina, dipirona
 e seguir cuidados.

DATA: 19/04 07:00 h	1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input 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 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 vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxica	
	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:
	<p>20h - Fiz 1 copo de urina e senti dor no abdômen.</p> <p>21h - Fiz 1 copo de urina e senti dor no abdômen.</p> <p>22h - Fiz 1 copo de urina e senti dor no abdômen.</p> <p>24h - Fiz 1 copo de urina e senti dor no abdômen.</p> <p>02h - Fiz 1 copo de urina e senti dor no abdômen.</p> <p>03h - Fiz 1 copo de urina e senti dor no abdômen.</p> <p>06h - Fiz 1 copo de urina e senti dor no abdômen.</p> <p>07h - Fiz 1 copo de urina e senti dor no abdômen.</p> <p>08h - Fiz 1 copo de urina e senti dor no abdômen.</p> <p>11h - Fiz 1 copo de urina e senti dor no abdômen.</p>		
	<p>Assinatura e Identificação:</p> <p>10/04/2018 1524008</p>		

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME:		Mauricio Luiz da Oliveira Correia		
IDADE:	LEITO:	REGISTRO:	UNIDADE:	Otologista I
33	67			

DATA: 07/02/2012	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 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	
07:00 às 13:00 h	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"/> Ar dor <input type="checkbox"/> Dificuldade Alterações na urina:	
<p>27 h. Auerdade calma e a ligeira em uso de AVP + óculos brilhos ligados sem gêneros</p> <p>28 h. Apedrejada respondeu corretamente, achar tremor de iniciação</p> <p>29 h. Pôm pugniciu a cultura de sputo</p> <p>30 h. Adm. leitura, dinâmica, orientar de dia. De alta restando tratamento</p>				

Aula pratica identificação
Tec. Enfermagem
CORENSE 36413

DATA: 08/02/2012	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 checked="" type="checkbox"/> Não	
13:00 às 19:00 h	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 Presente: _____ vezes		<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ar dor <input type="checkbox"/> Dificuldade Alterações na urina:	
<p>13:00 - Faz contração de cinto dorsal, sônoro, arrepios, afibril</p> <p>14:00 - Uso de go, febre AVP e companhia de familiar</p> <p>14:00 - Verificado pressão arterial PA 140x90, P 85, T 36°C</p> <p>15:00 - Paciente saiu de alta hospitalar em uso cadeira de rodas.</p>				

Aula prática identificação
Tec. Enfermagem
CORENSE 36416

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	Presente:	vezes			<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Ardor	<input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:				
															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			36,6									Glicemia												
Pressão Arterial	136x78			120x80									Escala de Dor												
F. Cardiaca	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-Elevação de cabeceira																									

 <p>HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR. AUGUSTO LEITE"</p>		Data: 19/08/18	Convenção:	Matrícula: 0110	
		Paciente: <i>Marius Cezar de Alencar</i>	Idade: 00 anos		
		Interno: 11	Unidade:	Leito: 02	
Item	PRESCRIÇÃO MÉDICA	Distribuição de Horário			
		1º Turno 7 às 13h	Ass.	2º Turno 13 às 19h	Ass.
Dietas: <i>CUSA</i>					
Sejco hidrolizado					
Omeprazol 20mg OD CP VO às 6h;					
Cefalotina 1g EV de 6/6h;	10				
Dipirona 2,8ml AD EV 6/6h SOS	12				
Plastil 2,8ml AD EV 6/6h SOS					
Captopril 25mg VO se PA > 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	08				
Glicemias 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				
350-400=06U 351-400=08U > 401=10U					
Sinais vitais e cuidados gerais de 6/6h	12				
<i>Ana Paula Oliveira Seixas</i> Enfermeira COREN-SE 489400					



HOSPITAL DE CLÍNICAS
"DR. AUGUSTO LEITE"

		Data: / /	Convênio:	Matrícula:	
		Paciente: <i>paciente Luis Alvaro</i>	Aniversário: <i>20/08/1980</i>		
		Internação: / /	Unidade:	Leito: C7	
Item	PRESCRIÇÃO MÉDICA	Distribuição de Horário			
		1º Turno 7 às 13h	Ass.: S	2º Turno 13 às 19h	Ass.
<i>Dieta: paciente Luis Alvaro</i>					
Gelco hidratado					
Omeprazol 20mg 01 CP VO às 6h;	12				
Cefalotínia 1g EV de 6/6h;					
Dipirona 2:8ml AD EV 6/6h SOS	S				
Plasil 2,8ml AD EV 8/8h SOS					
Captopril 25mg VO se PA \geq 160x100mmHg SOS					
Profenid 100mg + 100ml SF EV 12/12h SOS					
Tramal 100mg + 1.000ml AD EV 6/6h SOS					
Clexane 40mg 1xdia SC;					
Glicemia capilar de 6/6h;					
Glicose 25% - 04.amp. IV se glicemia \leq 70mg/dl					
Insulina Regular, SC, conforme esquema: 180=0U 181-250=02U 251-300=04U 350=05U 351-400=08U >401=10U	Alé: 301				
Sinais vitais e cuidados gerais de 6/6h	12				

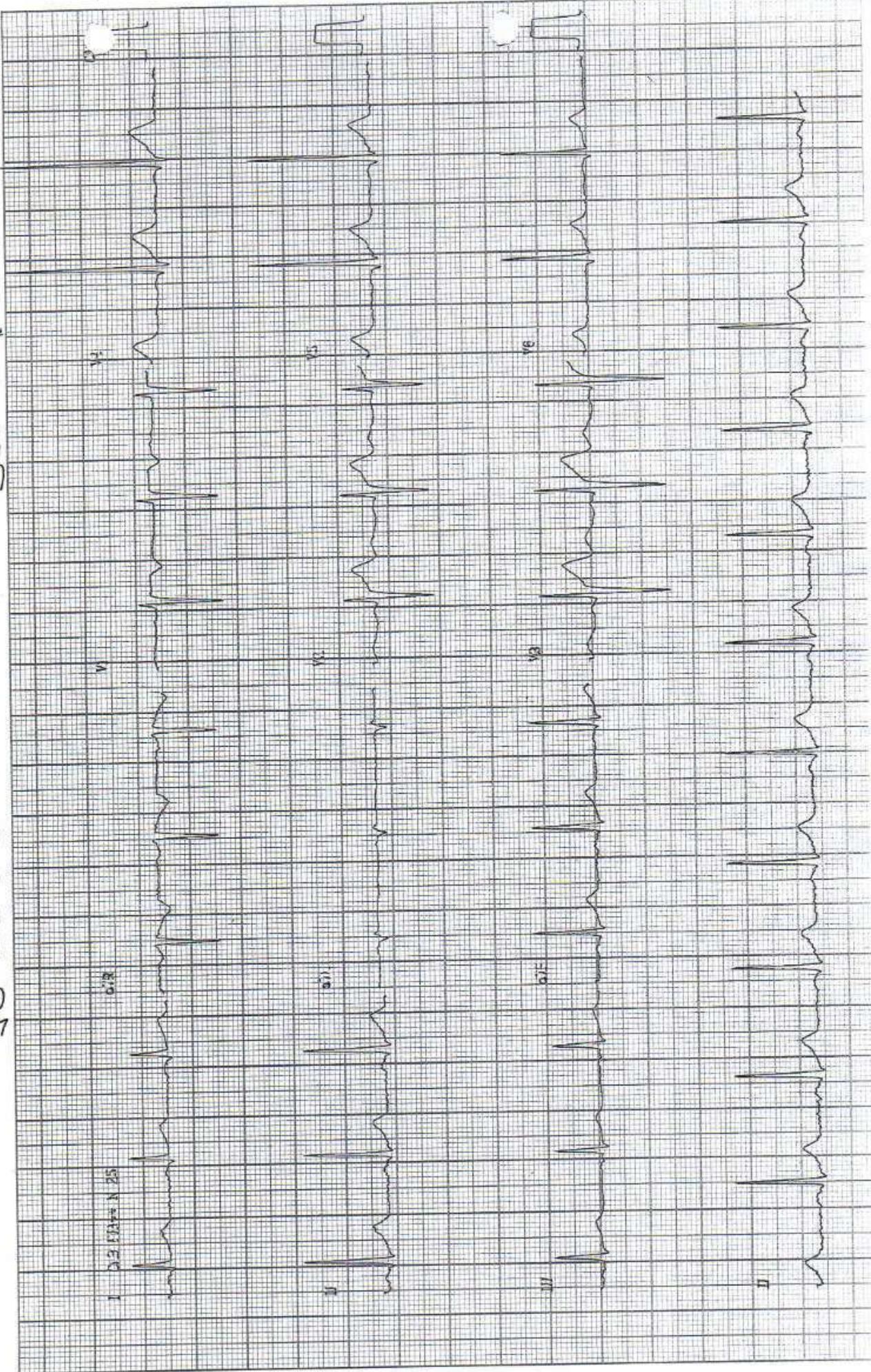
Ana Paula Oliveira Santos
Enfermeira
COREN-SE 489400

Ana Paula Oliveira Santos
Enfermeira
COREN-SE 489400

Mareu bonis de diversa concione
ante T. L. C 7

13.09.18

13:45h



Nome: Janeiro Almeida de Maria da Conceição Maricá
 Idade: 68 Admissão: Leito: CF

Diagnósticos:

Códigos:

M/111(N) DATA: 13/09/18

AP: GCS: FC: FR: PA: T:

VA: Sedação: DVA: RASS: IMS: MRC: NC: SpO₂:

Ventilação Modo: PC: TI: VC: Fluxo:

Mecânica: FIO₂: PEEP: PS: I:E: FR: Sens:

Monit. Vent: Cest: Cdin: Res: IRRS: PaO₂/FIO₂:

PROTÓCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE: () NÍVEL 1 / () NÍVEL 2 / () NÍVEL 3 / () NÍVEL 4

Reavaliação: Paciente desconforto respiratório, cefalórgico, diarreia,

discomodo respiratório, cefalórgico, diarreia.

Reavaliação: Paciente encontra-se acordado, cooperativo,

AAA ladrão respiratório misto, ritmo respiratório

regular, tónus e reflexos normais, reflexos especiais

normais, TTOC apresentando regular, CV: FR: 73 bpm

FR: 20 mmHg, PA: 130/100 mmHg, TO: 36.1°C

OBS: Dr. Rosane de Souza Santos

Fisioterapeuta

CREFI 7 236877-F

RAIO X:

M/111(N) DATA: 17-09-18

AP: NUTROANTX GCS: FC: 79

VA: UG Sedação: DVA: RASS: IMS: MRC: NC: SpO₂:

Ventilação Modo: PC: TI: VC: Fluxo:

Mecânica: FIO₂: PEEP: PS: I:E: FR: Sens:

Monit. Vent: Cest: Cdin: Res: IRRS: PaO₂/FIO₂:

PROTÓCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE: () NÍVEL 1 / () NÍVEL 2 / () NÍVEL 3 / () NÍVEL 4

Reavaliação: Paciente encontra-se acordado, cooperativo,

AAA ladrão respiratório misto, ritmo respiratório

regular, tónus e reflexos normais, reflexos especiais

normais, TTOC apresentando regular, CV: FR: 73 bpm

FR: 20 mmHg, PA: 130/100 mmHg, TO: 36.1°C

OBS: Dr. Rosane de Souza Santos

Fisioterapeuta

CREFI 7 236877-F

RAIO X:

FICHA DE EVOLUÇÃO
CIRURGIA
FISIOTERAPIA

CONDUITA: () FISIOTERAPIA MOTORA / () FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

DESMAME: () S / () D / () P - Horas: () 2 / () 4 / () 6 - FALHOU PRQ?

() TMB () 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/ MMII pend () SP () ORT () S/L () ME () DORE

Secreção: () P () M () S / () F () E () MU () IS () MS () MP () Am () Esv () Ros

OBS: Dr. Rosane de Souza Santos

Fisioterapeuta

CREFI 7 236877-F

RAIO X:

OBS: Prof. Dr. Thiago Abreu (piscop)

Fisioterapeuta

CREFI 155+8-F

Fisioterapeuta

EXAMES REALIZADOS

EXAME HORA

RESULTADOS

EXAME HORA

RESULTADOS

GASO: pH: PaO₂: PCO₂: HCO₃: BE:

RAIO X: OUTROS:

OUTROS:

OBS: ATENDIMENTOS NO TURNO:

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

Nome: Marcio Luiz Oliveira
Idade: 33 anos

Admissão:

Matrícula:

Leito: C 7

Exames:

<input checked="" type="checkbox"/> () TIN	<input checked="" type="checkbox"/> () DATA: 18/09/18	FC: 82	FR: 17	PA: 130/90	T: 35°C
AP: MV + em AHTX SIRA	GCS:	RASS:	IMS:	MRC:	NC:
VA: VE	Sedação:	DVA:		SpO ₂ :	
Ventilação	Modo:	PC:	TI:	VC:	Fluxo:
Mecânica:	PEEP:	PS:	I:E:	FR:	Sens:
Monit. Vent.	Cast:	Cdín:	Res:	IRRS:	PaO ₂ /FiO ₂ :

PROTÓCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE: () NÍVEL 1 / () NÍVEL 2 / () NÍVEL 3 / () NÍVEL 4

Reavaliação: Paciente encontra-se acordado, cooperativo, acianótico, anidérmico, padrão respiratório abdominal, ritmo regular, regular e aderente normais, tensões normais à pressão arterial, ausência de regras, palpação tibial e pélico facilmente REG: 15 VU PA: 140/100 mmHg, FC: 80 bpm, FR: 18 bpm, T: 35,0°C AP: MV + em AHTX SIRA

CONDUTA: () FISIOTERAPIA MOTORA () FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

DESMARQUE: () S / () D / () P - Horas: () 2 / () 4 / () 6 - FALHOU PRQ?

() THB	() EENM	() MRA	() TRE	VNI (tipo):	Tempo:
() TEP	() Ex. Resp	() Transporte	() TMR	() Monit	() Intub
() RPPI	() Pasic	() Cuff	() MAN	() RCP	() Extub
Motora: () Passiva	() Ativa-assistida		() Ativo	() Resistido	
() SL	() Sc/ MMII pend	() SP	() ORT	() S/L	() ME () DEA
Secreção: () P () M () G () F () E	() MU () JS () MS	() MP	() Am	() Esv	() Ros

OBS: Ped. Deiane Souza

Izoldelle Fontes

CREFI 15/86 F
Fisioterapeuta/CREFITO

Prof. Usc. Thiago Abreu (professor)

EXAMES REALIZADOS

EXAME	HORA	RESULTADOS			EXAME	HORA	RESULTADOS			
		pH:	PaO ₂ :	PCO ₂ :			HCO ₃ :	BE:	PCO ₂ :	HCO ₃ :
GASO:					GASO:					
GASO:					GASO:					
RAIO X:					RAIO X:					
				OUTROS:						OUTROS:

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

EXAMES REALIZADOS

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA	Fisioterapeuta/CREFITO
DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:	
CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA	Fisioterapeuta/CREFITO

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

LAUDO MÉDICO SUPLEMENTAR

Nº DO LAUDO DE AIH	SEQUÊNCIA	Nº DO LAUDO DE ALTO CUSTO :	Nº DO CARTÃO SUS :	Nº DO PRONTUÁRIO
UNIDADE SOLICITANTE FUNDACÃO BENEFICENTE HOSPITAL DE CIRURGIA		CÓDIGO DA UNIDADE 0002283	CGC 13.016.332.0001-06	
NOME DO PACIENTE <i>Marcos Augusto Almeida</i>				
NOME DA MÃE		SEXO: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>		
ENDERECO 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		PROcedimento 1	QTDE	PROcedimento 2	QTDE
<input type="checkbox"/> 10 - USO DE ÓRTESE/PRÓTESE		<input type="checkbox"/> 12 - UTI II		<input type="checkbox"/> 13 - UTI III	
<input type="checkbox"/> 11 - CIRURGIA MÚLTIPLO		<input type="checkbox"/> 14 - OUTROS		<input type="checkbox"/> 15 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	QTDE
<input type="checkbox"/> 17 - MUDANÇA DE PROCEDIMENTO		PROcedimento 3	QTDE	<input type="checkbox"/> 16 - DIÁRIA DE UTI I	QTDE
<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	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>0008050497</i>					
MÉDICO SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO) <i>Carlos Alberto Ferreira</i>		DIRETOR CLÍNICO DA UNIDADE (ASSINATURA E CARIMBO)			DATA DA SOLICITAÇÃO <i>10/05/10</i>

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Conforme exames radiológicos recentes evidenciando redução progressiva do tamanho do tumor. Sobre este assunto de proceder

Rnw &
Cirurgia
EXAMES COMPLEMENTARES
TRATAMENTO
PROCEDIMENTO AUTORIZADO
DESCRÍÇÃO 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 BUZO 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 N°: 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]

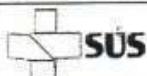
ORIGEM: Aracaju

DIAS INTERNAMENTO: 5

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

AIH.:

Com rigor e López do dor



Sistema
Único de da
Saúde
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

HOSPITAL
CIRURGIA

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

2 - CNES

0002283

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

4 - CNES

0002283

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEICAO

6 - N° DO PRONTO-UFFICIO

1051174

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

708606550571884

8 - DATA DE NASCIMENTO

12/05/1985

9 - SEXO

Masc.

1 Fem. 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

MARIA NORMELIA DE OLIVEIRA

12 - TELEFONE DE CONTATO

**Nº DO TELEFONE
98829-5388**

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

O PROPRIO

14 - TELEFONE DE CONTATO

**Nº DO TELEFONE
98829-5388**

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

RUA SÃO JORGE N° 822

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

ARACAJU

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

SE

49087000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*fadiga do fígado e na articulação
do joelho no osso (osteite) dia*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*fadiga dia no dia
e fadiga na noite*

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

RX

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fadiga fígado

24 - CID 10 PRINCIPAL

S820

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

V230

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

0408050500

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Hoje

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

12/09/18

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

281810015858-8

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

17/09/18

8
Auditoria Médica 04/09/2018

0604050608 5823

MS-DATASUS
VERSAO: 15.30

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

O.E : M280030801	ESFERA : PRIVADO	ESPELHO DA AIH	PAG.: 1
Num AIH : 231810015858-8	Situação : COM ERRO	Tipo : 01-INICIAL	APRESENTAÇÃO: 10 / 2018
Especialidade : 01 - CIRURGICO	Orgão Emissor : M280030801	CRC:	DATA : 28/09/2018
Doc autorizador : 190136126980000	Doc med resp : 206790614650009	Doc diretor clínico : 206790614650009	Doc médico solic : 102380227620003
CNES : 0002283 - FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA			CNS : 708606550571884
Paciente : MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEICAO			Prontuário : 1051174
Data Nasc. : 12/05/1985	Sexo : MASCULINO	Nacionalidade : 010 - BRASIL	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	UF: SE	CEP: 49087-000	Telefone : (79)9882-95388 Muda Proc.? : SIM
Município : 280030 - ARACAJU			
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 :
Caráter 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	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Cmpt	Descrição
1	0408050608	98001628247415422527000	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	07020303030		02681701000169	02681701000169	1	09/2018	PLACA STUBULAR 3,5MM INCUTUBARAFUSOS
4	0702030302	X	02681701000169	02681701000169	1	09/2018	PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM
5	0702030302	X	02681701000169	02681701000169	1	09/2018	PARAFUSOS SPONIOSO 3,0 MM
6	0302050019	980016287944507 223635	0002283	0002283	3	09/2018	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM
7	0302030021	980016287944507/223605	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

IDADE NAO PERMITIDA (SOLICITAR LIBERACAO)

Complemento

LINHA

PROCEDIMENTO INCOMPATIVEL COM PROCEDIMENTO PRINCIPAL DA AIH

Paciente: Idade = 33 anos 4 meses Proc: 0408050608

PROCEDIMENTO INCOMPATIVEL COM PROCEDIMENTO PRINCIPAL DA AIH

Proc: 07020303030

3

CID SECUNDÁRIO

Proc: 0702030302

4

Cid Característica

Descrição

V230 PREEXISTENTE

MOTOCICLISTA TRAUM. EM COL. C/CARRO, PICK-UP OU CAMINHON. - CONDUTOR TRAUM. EM ACID. Ñ-TRANSITO

Número de Nascedos

Número de Saldas

Nº Pré-Natal:

Vivos :

Altas :

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. Camila Soares Tavares
021-4885

04/01/18



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL CIRURGIA

RASTREABILIDADE DE INTEGRADORES QUÍMICOS

NOME: José Luiz de Oliveira Conceição

NUMERO DE INTERNAMENTO: 1051174

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: Trat. Cirúrgico de Dírfise

CIRURGIÃO: Dr. Paulo Solatti

ENFERMEIRO: Samanta

CIRCULANTE DE SALA: Fernando

ANESTESIOLOGISTA: Dr. Isabela

INSTRUMENTADOR: Marcia

DATA: 19-09-16

SALA CIRÚRGICA: 06

GRAMPEAR INTEGRADORES QUÍMICOS NOS ESPAÇOS ABAIXO

LOTES

~~2017~~
1810908
2510908

LOTES

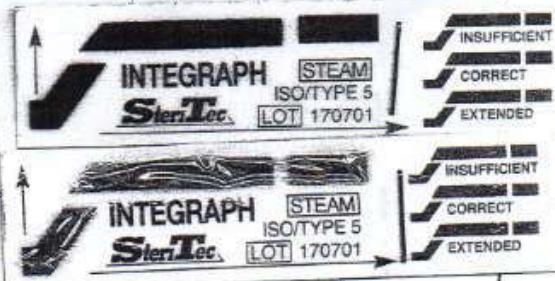
~~2018~~
1-2-18 R14

18 A 25 / 09

lot. 232

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

Obs.: permanecer junto ao prontuário





INSTITUTO DE INVESTIGACIONES

EN CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA Y PROBABILIDAD

PROBABILITY

Probability Theory

Probabilidad y Teoría de la Probabilidad

DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA Y PROBABILIDAD

ANALISIS

EJERCICIOS

EJERCICIOS

EJERCICIOS

EJERCICIOS

PACIENTE: *J. BH C*
 PRONTUÁRIO N° *1051174*
 Nº DAAIH:
 DATA DA CIRURGIA: *19.09.18*
 CONVÊNIO: *Ses*
 CIRURGÃO: *Paulo Sollato*
 PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS UTILIZADOS
Nº 017571

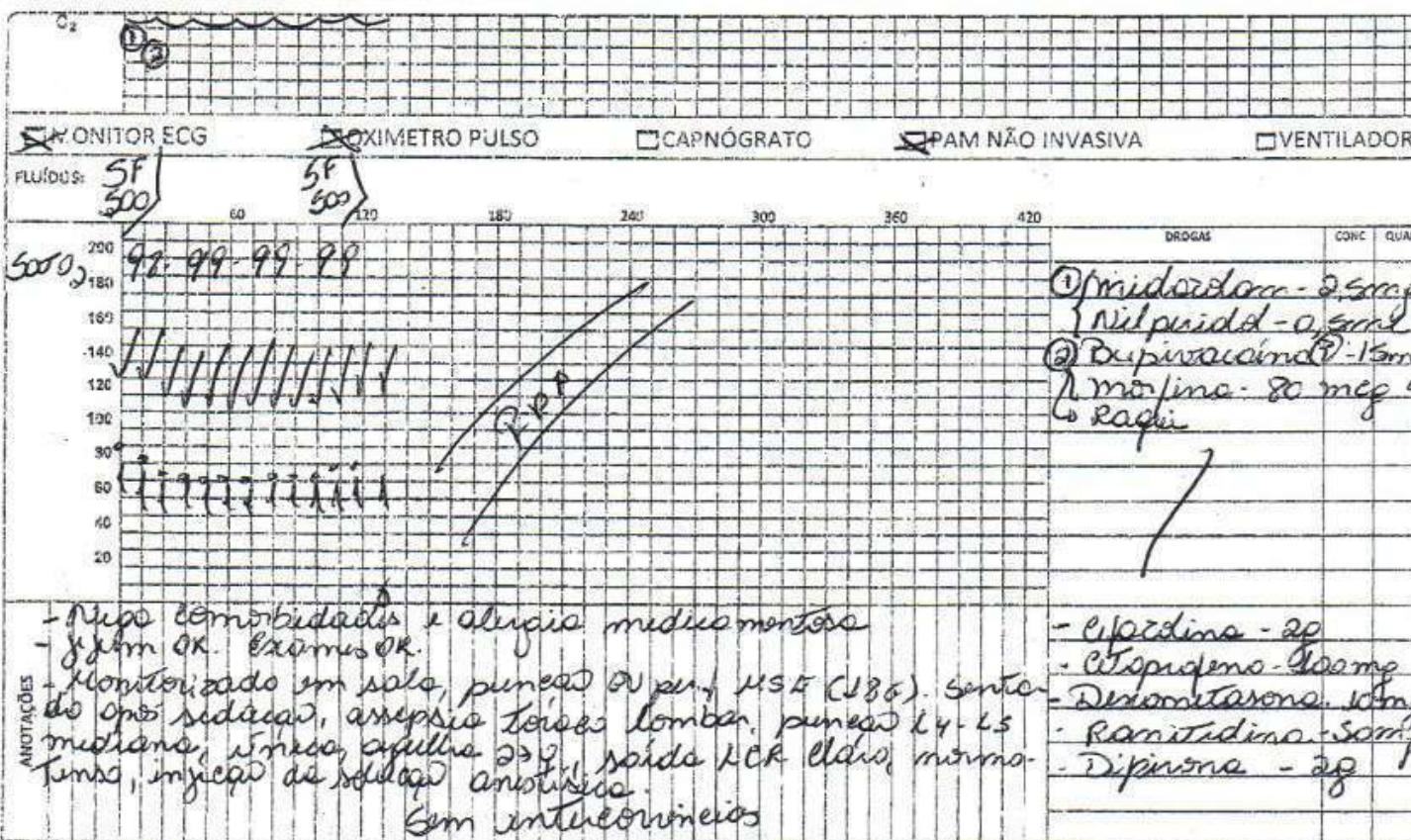
	MATERIAL	REF.	QUANT.	MATERIAL	REF.	QUANT.
Peq. Fragmentos	Arruela p/ Parafuso 3,5			Haste Bloqueada <input type="checkbox"/> Femur <input type="checkbox"/> Tibia <input type="checkbox"/> Umero		
	Placa em T 3,5			Pararafuso para Haste Bloqueada		
	Placa A/ C Estreita Peq. Fragtos 3,5			Pararafuso Tampão		
	Placa 1/3 Tubular Peq. Fragtos 3,5		07E01	Haste <input type="checkbox"/> Ender <input type="checkbox"/> Mini Ten <input type="checkbox"/> Ten		
	Placa em Trevo 3,5			Fixador ()		
	Placa de Reconstrução 3,5			Fixador Linear (Antebraço)		
	Arruela p/ Parafuso <input type="checkbox"/> 4,5 <input type="checkbox"/> 6,5			Fixador Linear (Úmero)		
	Placa A/ C Estreita 4,5		10F01	Fixador Linear (Mão e Pé)		
	Placa A/ C Larga 4,5			Fixador Linear (Femur/Tibia)		
	Placa Ponte Larga 4,5			Fixador Linear (Fêmur)		
Grandes Fragmentos	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 (Úmero)		
	Placa em L/T 4,5 <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda			Fixador Linear TP Preston (Fêmur)		
	Placa Tipo Puddu <input type="checkbox"/> Fêmur <input type="checkbox"/> Tibia			Fixador Articulado (TP Colles)		
	Placa Tubo Richards <input type="checkbox"/> 95° <input type="checkbox"/> 135°			Fixador Ilizarov		
	Parafuso Deslizante			Lâmina de Cartilagem		
	Parafuso de Compressão			Lâmina de Osso		
	Prótese Thompson			Equip. p/ Bomba Infusão		
	Parafuso p/ Acetáculo			Equip. Multivias		
Quadril	Acetáculo Bipolar			Ponteira de Rádiofrequência (Ablator)		
	Acetáculo NI Cimentado			Parafuso Transverso		
	Acetáculo Cimentado			Parafuso de Interferência		
	Inserto do Acetáculo			Agrafe		
	Cabeça Intercambiável			Âncora Femural (Endoboton)		
	Haste			Âncora		
	Centralizador			Cânula		
	Restritor de Cimento			Fio de Kirschner		
	Componente Femoral			Fio de Steinmann		
	Inserto Tibial			Fio de Cerclagem		
Joelho	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	MM	Nº	QTD	PARAFUSO TITANIO CORTICAL	MM	Nº	QTD
PARAFUSO CORTICAL	3,5MM	Nº 14 12	QTD 03 02	PARAFUSO TITANIO CORTICAL	MM 3,5	Nº 14 12	QTD 03 02
PARAFUSO ESPONJOSO	4,0MM	Nº 16 42	QTD 01	PARAFUSO TITANIO BLOQUEADO	MM 4,0	Nº 14 451 20012 509	QTD 01
PARAFUSO CORTICAL	4,5MM	Nº 30 42	QTD 03 01	PARAFUSO TITANIO BLOQUEADO	MM 4,5	Nº	QTD
PARAFUSO MALEOLAR	4,5MM	Nº	QTD	PARAFUSO AÇO TIT CANULADO 3,5	MM	Nº	QTD
PARAFUSO ESPONJ. R/16 CURTA		Nº	QTD	PARAFUSO AÇO TIT CANULADO 4,5	MM	Nº	QTD
PARAFUSO ESPONJ. R/32 LONGA		Nº 50	QTD 01	PARAFUSO AÇO TIT CANULADO R/16	MM	Nº	QTD
PARAFUSO TIPO HERBERT		Nº	QTD	PARAFUSO AÇO TIT CANULADO R/32	MM	Nº	QTD

DATA: 19/09/18

PACIENTE:	Marcio Luiz de Oliveira Leme				MATRÍCULA:	1051194	CONVÉNIO:	SUS	
IDADE:	33	SEXO:	M	CCR:	ENF:	QUARTO:	LEITO:	APTO:	
CIRURGIÃO:	Paulo Salvetti				ANESTESISTA:	Isabella Souza			
1º AUXILIAR:	Eduardo (R)				2º AUXILIAR:				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	Fratura pilos Tibial E								
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:									
CIRURGIA PROPOSTA:	TTO cir - Fratura Pilos Tibial E								
CIRURGIA REALIZADA:	o mesmo								CÓDIGO CIRÚRGICO
PRÉ-MEDICAÇÃO:					HORA:				RESULTADO:
INÍCIO DA ANESTESIA	10:00h / 11:40	INÍCIO DA OPERAÇÃO	10:00h / 11:35L	ALT DA ANESTESIA	RISCO OPERATÓRIO		ESTADO FÍSICO		
					1 - 2 - 3 - 4			1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	



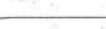
AGENTES ANESTÉSICOS:

TECNICA:	Rocurônio + Sido epw		
INDUÇÃO:	POSIÇÃO:	LOCAL PUNÇÃO:	LÍQUIDO RETIRADO:
TECNICA:	POSIÇÃO APÓS:	POSIÇÃO OPERATÓRIA:	RESULTADO B.R.M.
DURAÇÃO DA OPERAÇÃO:		DURAÇÃO DA ANESTESIA:	CONSCIÊNCIA:
PÓS-OPERATÓRIO: <input type="checkbox"/> UTI <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:
CURSURA REALIZADA:	DATA:	CIRURGIÃO
1º AUXILIAR:	2º AUXILIAR:	
ANESTESIA:	ANESTESIOLOGISTA:	
CIRGULANTE:		
ONOCRYL 5.0 REF Y844 1.6CM	I - CATH AMARELO () AZUL () VERDE ()	01
ONOCRYL 5.0 REF Y495	LÂMINA DE BISTURI Nº 15 () 23 () 24 ()	
ONOFYL 3.0 C\2 AG. 70CM	LATEX 204 AMARELO () SILICONE ()	03
ONONYLON Nº 0 4.2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 8 () 10 ()	05 LUVA ESTERIL 7.0	03
LEISTER (ETIBOND) Nº 0 () 5 ()	LUVA ESTERIL 7.5	02
LIPROPILENO (PROLENE) Nº 0 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ()	LUVA ESTERIL 8.0	
LYCRYL Nº 0 () 16 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 8 ()	PLACA DE BISTURI ELÉTRICO	02
CRYL Nº 0 5\AG.	SCALP Nº 19 () 21 () 23 () 25 () 27 ()	03
TGUT. SIMPLES C\AG. Nº () 0 () 1 () 2 () 3 () 5 ()	SERINGA DESCARTAVEL 1ML () 60ML ()	02
RÁ P\ OSSO	SERINGA DESCARTAVEL 3 ML () 5ML ()	01
ETRODO DESCARTAVEL P\ MARCAPASSO	SERRA DE GIGLI	01
TA CARDIACA FC 500	SONDA ASPIRAÇÃO Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 ()	
CATARATA 3\8 6.5MM REF KB5510	16 () 18 () 20 ()	
GA CLIP 100	SONDA CATETER P\ OXIGÊNIO Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 ()	
GA CLIP 300	16 ()	
ONOCRYL 0 REF Y967H 3.5CM	SONDA DE FOLLEY 2 VIAS Nº 10 () 12 () 14 () 16 () 18 () 20 ()	
ONOCRYL 3 REF Y305 1.5CM	22 ()	
ONOCRYL 3.0 REF 8450-30	SONDA DE FOLLEY 3 VIAS Nº 16 () 18 () 20 () 22 () 24 ()	
MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR	QNT	
GODÃO HIDROFIL	SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA C\ BALÃO Nº 3.0 () 3.5 () 4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 () 7.0 () 7.5 () 8.0 () 8.5 ()	
CATH Nº () 14 () 16 () 18 () 20 () 22 () 24	5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 () 7.0 () 7.5 () 8.0 () 8.5 () 9.0 () 9.5 ()	
BAIXADOR DE LINGUA (ESPATULA)	SONDA ENDOTRAQUEAL C\ BALÃO Nº 2.0 () 2.5 () 3.0 ()	3.5 ()
GULHA DESCARTAVEL Nº () 13 X 0.45 () 30 X 0.70 () 0.80 () 40 X 0.12	4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 ()	
GULHA PER DURAL Nº () 16 () 18 () 19 () 20	SONDA ENDOTRAQUEAL C\ BALÃO Nº 2.0 () 2.5 () 3.0 ()	
GULHA DE FAQUI Nº () 25 () 27	3.5 () 4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 ()	
TADURA ALISODÃO ORTOPEDICO 10CM () 20CM ()	SONDA GASTRICA Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () 16 () 18 ()	
TADURA CREPOM 10CM	20 () 22 ()	
TADURA CREPOM 15CM	SONDA RETAL Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () 16 () 18 ()	
TADURA CREPOM 20CM	20 ()	
TADURA GESSADA 10CM () 15CM () 20CM ()	SONDA URETRAL Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () 16 () 18 ()	
OLSA DE COLOSTOMIA	20 ()	
ANULA DE TRAQUEOSTOMIA Nº 7.0 () 7.5 () 8.0 () 8.5 () 0 ()	SONDA CATETER TIPO OCULOS	01
APA P\ MICROSCÓPIO () CAPA P VÍDEO ()	TORNEIRA PLASTICA 3 VIAS	QNT
OLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	FRACTIONADOS	
RENO DE KERH EM T Nº 12 () 4 () 5 () 6 ()	CAL SOLDADA	
RENO DE SUCCAO Nº 3.2 () 4.8 () 6.4 ()	ESPARADRAPO COMUM	
RENO DE TORAX Nº 28 () 36 ()	ESPARADRAPO ANTIALERGICO	
RENO PENROSE Nº 1 () 2 () 3 () 4 ()	ETER SULFURICO	
ETRODO DESCARTAVEL	FORMOL 10%	
QUIPO MACROGOTAS C\ INJETOR LATERAL	GORRO TURBANTE	
SCOVA PVPI	MÁSCARA DESCARTAVEL	
SPONJA GELFO AM MEDICINAL	POLVIDINE TÓPICO	
	POLVIDINE DEGERMANTE	

 HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR. AUGUSTO LEITE"		Data: <u>9/08/18</u> Convenio: Patiente: <u>Maria Cezar de Oliveira</u> Idade: anos Internação: / / Unidade: Distribuição de Horário	Matrícula: <u>D-10</u> Leito: <u>04</u>			
Item	Prescrição Médica	1º Turno	2º Turno	3º Turno		
		7 às 13h	Ass.	13 às 19h	Ass.	19 às 7h
Dietas:						
Gelco hidrolizado						
Omeprazol 20mg O1 CP VO às 6h;						
Cefalotina 1g EV de 6/6h;	12					
Dipirona 2,8ml AD EV 6/6h SOS	12					
Plasil 2,8ml AD EV 6/6h SOS						
Captopril 25mg VO se PA > 160x100mmHg SOS						
Profenidol 100mg + 100ml SF EV 12/12h SOS	10					
Tramal 100mg + 100ml AD EV 6/6h SOS	08					
Clexarol 40mg Ixdia SC	08					
Glicemia capilar de 6/6h;						
Glicose 25% -04 ámp. 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					
<u>Ana Paula Oliveira Júnior</u> <u>Enfermeira</u> <u>LEN-SE 100000</u>		<u>* Paula</u> <u>06</u> <u>06</u> <u>* Paula</u> <u>06</u> <u>06</u> <u>* Paula</u> <u>06</u> <u>06</u>				

Ana Paula Oliveira Santos

~~Entomira~~

COREN E 489400

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Marcia Luis de Oliveira Gonçalves Cognome:
Idade: 20 Sexo: (M) Data de admissão: 19/09/16

Procedência:

Matrícula:

1051144

TRANS-OPERATORIO (Admissão no Centro Ciarelo)

- * Confirmar a solicitação: Reserva de Sangue () SIM () NÃO Volume: _____ Vaga na UTI () SIM () NÃO

* Preparo: () Jejum a partir – HORÁRIO: _____ e DATA: _____ / _____ / _____ () Puncão 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: _____ / Etilista: () SIM () NÃO () TEMPO: _____

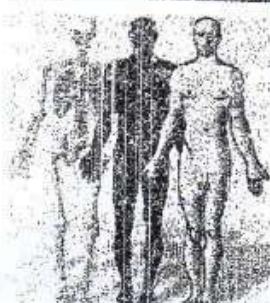
* Passado cirúrgico: () SIM () NÃO () QUAL (S): _____

* 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)

HORARIO: : h.



ASSINATURA

INTRA-OPERATÓRIO (Admissão na Sala Operatória - SO)

EQUIPE CIRÚRGICA

- Cirurgião: Dr. Paulo Salotti
 - Instrutor: Marcelo
 - Anestesiologista: Dr. Isabela
 - Circulante: Fernando

SERVICIO DE APoyo

- * Hemorrenfusão com SO () SIM () NÃO
 () 1^a Infusão: Volume: _____ Horas: _____
 () 2^a Infusão: Volume: _____ Horas: _____
 () 3^a Infusão: Volume: _____ Horas: _____
 * Anatomopatológico: () SIM () NÃO
 () Peça cirúrgica:

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

- * Proposto: . Realizado:
 - * Horário - Início: 10 :20 h e Termino : h.
 - * Monitoração:
 ECG Oximetria 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 (Orientações e Intervenções)

HORÁRIO DE ENTRADA NA SO: 10 : 00 h. HORÁRIO DE ENCaminhamento/para SPPA:

Paciente admitido na SG, colmo, supino, monotoradico, monotensão e febre! Monitorado PA - FC - SPO₂.
Paciente em uso de placas de vestir eletrocoagulação.
10:10 Início da rotação anestésica.
10:20 Início da cirurgia, sem nenhuma intubação no momento.
11:30 Finalizado o corte, paciente encaminhado para SRPA em mesa, uso de roteiro contínuo tipo oráculo, curativo em MTE. Segue com prontuário e estomas.

ASSASSINATI IN DIA

2403666

POSS-OPERATORIO (MEDIATO) (Admissão na Sala de Recuperação Pós Anestésica - SRPA)

DISPOSITIVOS EM USO

() CATETER CP ____ /MIN () MASCARA O2 - FIO2: ____ % () VMI/TOT - Modo: ____ e FIO2: ____ % () VMI/TQT - Modo: ____ e FIO2: ____ % () MARCAPASSO
 () CATETER VENOSO PERIFÉRICO ____ () CATETER VENOSO CENTRAL () CATETER PERITONEAL () SONDA VESICAL () SONDA GASTRICA/ENTERAL () OSTOMIA
 () FRALDA () DREN SUCÇÃO: ____ () DRENO PENROSE: ____ () DRENO TORACICO: ____ () DRENO TORÁCICO

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

0	FR:	rpm	SpO2:	%	FC:	bpm	PANI:	/	mmhg	Temp.:	°c	DOR:
30	FR:	rpm	SpO2:	%	FC:	bpm	PANI:	/	mmhg	Temp.:	°c	DOR:
60	FR:	rpm	SpO2:	%	FC:	bpm	PANI:	/	mmhg	Temp.:	°c	DOR:
90	FR:	rpm	SpO2:	%	FC:	bpm	PANI:	/	mmhg	Temp.:	°c	DOR:
120	FR:	rpm	SpO2:	%	FC:	bpm	PANI:	/	mmhg	Temp.:	°c	DOR:
150	FR:	rpm	SpO2:	%	FC:	bpm	PANI:	/	mmhg	Temp.:	°c	DOR:

HORARIO: ____ h.

Paciente admitido na SRPA, sob efeito anestésico, seuente faz uso de terapip, exames + cotela O2

ASSINATURA:

Tec. Solange

Solange M. Franco Santos

Técnica de Enfermagem

COREN/SE 54772

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 UCI/origem.

DESTINO/UNIDADE:

ASSINATURA:

J.

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

Incapaz de mover os membros 0

Respiração

Respira profundamente ou torce livremente 02 2 2 2

Disponível ou ilimitação de respiração 01

Apneia 0

Circulação

PA 20% do nível pré anestésico 02 2 2 2

PA 20 - 49% do nível pré anestésico 01

PA 50% do nível pré anestésico 0

Consciência

Lúcido, orientado no tempo e no espaço 02 2 2 2

Desperga 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

TOTAL

9 9 6

HORARIO DE ALTA - SRPA

ASSINATURA ANESTESISTA/CRM

ASSINATURA ENFERMEIRO/CRM

12:30h Ptx BEG, istóvel hemodinamicamente

alta, sem queixas

sem dor com valor da 4/10

DOR (0-2 leve) / (3-7 moderada) / (8-10 intensa) alta RRS

Dra. Isabella Souza
Anestesiologista
CRM/SE 3847

LAUDO MÉDICO SUPLEMENTAR

Nº DO LAUDO DE AIH	SEQUENCIA	Nº DO LAUDO DE ALTO CUSTO :	Nº DO CARTÃO SUS :	Nº DO PRONTUÁRIO
				1051.79

UNIDADE SOLICITANTE FUNDAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL DE CIRURGIA	CÓDIGO DA UNIDADE 0002283	CGC 13.016.332.0001-06
--	------------------------------	---------------------------

NOME DO(a) PACIENTE <i>Ana Lucia de Alencar Salotti</i>	DATA DO NASCIMENTO 12/05/85
--	--------------------------------

NOME DA MÃE <i>Maria Carmelita de Alencar</i>	SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
--	---

ENDEREÇO COMPLETO <i>Sus Jar Ge Santos Dumont Aracaju</i>	MUNICÍPIO EM QUE RESIDE
--	-------------------------

DATA DE INTERNACAO 12/09/18	HORA DE INTERNACAO 15 hs. 39 Min.	CARÁTER <input checked="" type="checkbox"/> URG <input type="checkbox"/> ELETIVA	TIPO	NÚMERO DO LEITO	ENFERM.	CPF MÉDICO SOLICITANTE
--------------------------------	--------------------------------------	---	------	-----------------	---------	------------------------

TIPO DE SOLICITAÇÃO

- 1 - PERMANÊNCIA A MAIOR
- 4 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
- 7 - DIÁLISE
- 2 - MEDICAMENTOS ESPECIAIS
- 5 - HEMODINÂMICA
- 8 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
- 3 - NUTRIÇÃO PARENTERAL
- 6 - DIÁRIA DE RECÉM NASCIDO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

<input type="checkbox"/> 9 - HEMODERIVADOS	<input type="checkbox"/> 12 - UTI II	PROCEDIMENTO 1	QTDE	PROCEDIMENTO 2	QTDE
<input checked="" type="checkbox"/> 10 - USO DE ÓRTESE/PRÓTESE	<input type="checkbox"/> 13 - UTI III	PROCEDIMENTO 3	QTDE	PROCEDIMENTO 4	QTDE
<input type="checkbox"/> 11 - CIRURGIA MÚLTIPLO	<input type="checkbox"/> 14 - OUTROS				

<input type="checkbox"/> 15 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> 16 - DIÁRIA DE UTI I	QTDE	<input type="checkbox"/> 18 - MUDANÇA DE AIH 1 PARA AIH 5
<input type="checkbox"/> 17 - MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		<input type="checkbox"/> 19 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5
<input type="checkbox"/> 21 - NOVA AIH	<input type="checkbox"/> 23 - CUIDADOS PROLONGADOS	<input type="checkbox"/> 25 - REABILITAÇÃO	<input type="checkbox"/> 20 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5 - PÓS TRANSPLANTE
<input type="checkbox"/> 22 - PSIQUIATRIA	<input type="checkbox"/> 24 - ACOMPANHANTE PÓS-TRANSPLANTE	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	

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 *Polo profundo articular L5*
04 *parafuso articular L5*
05 *anterior* *3,5*
01 *esquerda* *4,0*

Dr. Paulo M. de 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 / HORA DA SOLICITAÇÃO

DATA / HORA DA SOLICITAÇÃO

MÉDICO SUPERVISOR

(ASSINATURA / CARIMBO)

MÉDICO AUTORIZADOR

(ASSINATURA / CARIMBO)

CPF / MÉDICO AUTORIZADOR

(ASSINATURA / CARIMBO)

MÉDICO COORDENADOR DA AUDITORIA

(ASSINATURA / CARIMBO)

Comunicado de Utilização de Ótese, Protese e Material Especial (OPME)
CENTRO CIRÚRGICO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Marcio Briz de Oliveira Matrícula: 1051174
 Enfermaria: _____ Convênio: Ses
 Diagnóstico: J-rot fibia distal e fusula
 Procedimento realizado: Proteção fíbula
 Data da utilização: 19/09/88

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome: Paulo Solloti
 CRM: _____ Dr. Paulo M. de C. Solloti
 _____ Osteopatia e Traumatologia
 _____ CRM 4.451 - TECI 12.509

IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS

Código INSS / SIMPRO	Quantidade Utilizada	Descrição dos produtos
<u>040805050-0</u>	<u>01</u>	<u>Placa fibular 4,5</u>
	<u>01</u>	<u>placa fibula 4,5</u>
	<u>05</u>	<u>parafuso lâmina 3,5</u>
	<u>04</u>	<u>parafuso lâmina 4,5</u>
	<u>01</u>	<u>parafuso capuz 4,0</u>
	<u>01</u>	<u>11</u>
		<u>R\$132,45</u>

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: Itb glam CNPJ: _____
 Carimbo e assinatura: _____

CONTROLE DA FARMÁCIA

Data do recebimento: 1/1/88
 Farmacêutico: _____

1ª via - Prontuário

2ª via - Fornecedor

3ª via - Farmácia



SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO

EVOLUÇÃO DIÁRIA



DIH: 1°

DATA: 10 / 09 / 2018.

CORREDOR: catástrofe orto

LEITO: 00

NOME: Manoel Heinz Oliveira Concepç

33 A VT 1

DIAGNÓSTICO(S): FRATURA Coluna Vertebral Tornozelo R

Evolução do período passado: Prolongada

Hoje:

Fisiológicas, Afecções, Prolongadas, dolorosas, extre. Agudas

Solicitações: Fazem Talo Plano, curas diárias e trocas D/10hs da escorrência

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)		Horários de Administração		
1º. Dieta RICA EM FIBRA				
2º. SOLFISIOLOGICA 0,9% 500 ML EV 8/18 HS			10h	14h
D 3º. KEFLIN 1G EV 6-6HS OU KEFAZOL 1G EV 8-8HS			10h	14h
D 4º. GENTAMICINA 240MG /200ML EV 1X AO DIA				
5º. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 30gts VO 6/6hs			08h	14h 20h 02
6º. Nausebedron 8mg EV 08/08hs SOS				
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			06h	10h 18h 02
9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs				
10º. Captopril 25mg Sub lingual se PAS > 180 mmHg ou PAD > 100 mmHg		SOS	08h	20h
11º. Clexane 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia				
12º. GLICEMIA CAPILAR 3x ao dia (anotar)	-NÃO-		20h	
13º Insulina Regular SC, após o GLICEMIA CAPILAR		6hs: 14hs: 22hs:		
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: GOTAS /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. Injeção Oftálmica Colírio Novo tópico em Sistole Alveol
24. Elevar a Perna

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

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) SENHOR (A)

Dr. Ulisses Conciro

Maio 2012

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

CID: 582.2

582.



ARACAJU - SE 20/09/12

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME: Marcos Cesar de Souza

SOLICITO RAIO X PE (F) 2P
PEA - 9 (F) 2P

ARACAJU - SE 19/10

Dr. Gilson Teixeira
Cirurgia

RG: 30843244

CIRURGIA

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

ORIENTAÇÕES DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR APÓS ALTA HOSPITALAR

NOME: Mario Luiz M. Urcino IDADE: _____

DIAGNÓSTICO(S)/CID-10: S 82.

DATA DA CIRURGIA: 19/09/88 CIRURGIÃO: Pauo Soutti

DATA DA ALTA HOSPITALAR: 20/09/88

- 1 - NÃO PISAR, CASO A CIRURGIA TENHA SIDO NO MEMBRO INFERIOR;
- 2 - MANTER MEMBRO OPERADO ELEVADO; 27/09/88
- 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 MÉDICAÇÕES PRESCRITAS;
- 6 - MARCAR RETORNO PARA DR Pauo Soutti EM 7 DIAS, APÓS ALTA HOSPITALAR PARA REVISÃO. RELATÓRIO DO INSS E ORIENTAÇÕES PELO NÚMERO (70) 210 7200 / 2106 7207

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

7 - TRAZER O DOCUMENTO SINDICALIZADO NA ALTA HOSPITALAR (FAZER NO POSTO DE SAÚDE).

DR. OTAVIO TEIXEIRA
Clínico Geral
eletrofisiologia
eletrocardiograma
ECG / ECG



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

UNIDADE:

PACIENTE:

MATRÍCULA:

100ADEF

CONVENIO:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

F. de la Rue du Perron

CIRURGIA REALIZADA:

CIRURGÃO: D. Paulo Solatti ANESTESIOLOGISTA: D. Dusler
AUXILIAR: C. L. P. AUXILIAR:

AUXILIAR:	Eduardo
AUXILIAR:	ANESTESIA UTILIZADA: Rofecoxib
ESTADO PÓS OPERATORIO	

DIAGNOSTICO POS-OPERATORIO

EQUIPAMENTOS

- B. E. / BIPOLAR
 - SERRA ELÉTRICA
 - FUNTE DE LUZ / FIBRA ÓTICA

- TRÉPANO ELÉTRICO
 - MICROSCÓPIO CIRÚRGICO

DESCRICAÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

~~100~~ DATA
MOS TECHNICAL

ASSINATURA DO CIRURGIAO

DIRECÃO DO ATO CIRÚRGICO:

- ① Testimônia de uso de anestesia
- ② Descrição da lesão com praxe por planos
- ③ Colocar efeitos protetores
- ④ Sutura por planos
- ⑤ Cerramento



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:	Marcos L. de Oliveira
DATA DE NASCIMENTO:	

Retatox Medo
Painel Medo: obstruindo
caminho da fúria de Tânia
A mente é a fúria
conduzindo a loucura
Jo Medo é a voz exposta
(1988)

ARACAJU, 07 de 11 de 2019

Dr. Paulo Salotti
Ortopedista
CRM: 4451/RFT/2509

Médico responsável pelas informações



NOME: Maria Z. de L. Correia, *Prf*

Encantada H

Painel reto no bico

Dr + Drs (2) 1 mês

Momento de consulta com
osteopatia e 30 dias (1 mês)

(11) 582

23/10/18

Av Desembargador Maynard, nº 171 – tel.: 2106-7312
CEP – 49005-210 – Aracaju – SE

Dr. Paulo Salotti
Médico
CRM -4451

MOD:022 HCAL

contato SUS: 70 8606550571884

R6: 30643244

CIRURGIA

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

ORIENTAÇÕES DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR APÓS ALTA HOSPITALAR

NOME: Mario Luiz M. Uzeda IDADE: _____

DIAGNÓSTICO(S)/CID-10: S 82.

DATA DA CIRURGIA 19/09/18 CIRURGIÃO: Pauo Sartori

DATA DA ALTA HOSPITALAR 20/09/18

1 - NÃO PISAR, CASO A CIRURGIA TENHA SIDO NO MEMBRO INFERIOR;

27/09/18

2 - MANTER MEMBRO OPERADO ELEVADO;

74

3 - CURATIVO DIÁRIO NO POSTO DE SAÚDE;

4 - TIRAR OS PONTOS NO POSTO DE SAÚDE APÓS 15 DIAS DA CIRURGIA;

5 - FAZER USO DAS MEDICAÇÕES PRESCRITAS;

6 - MARCAR RETORNO PARA DR. Pauo Sartori EM 7 DIAS, APÓS ALTA HOSPITALAR, PARA REVISÃO, REEMBOSO 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 O DOCUMENTO NA ALTA HOSPITALAR (FAZER NO POSTO DE SAÚDE).

Dr. Edson Tricoli
Clínico Geral
eletrofisiologista
2002

ORTOPLAN SERGIPE LTDA

AV.RIO BRANCO-EDF.OVIEDO TEIXEIRA -S.813, 186 --
CENTRO, Aracaju, SE - CEP: 49010030NATUREZA DA OPERAÇÃO
5102-VENDA MERCANTILINSCRIÇÃO ESTADUAL
270975853

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

1

DANFE
Documento Auxiliar da Nota
Fiscal Eletrônica

0 - Entrada

1 - Saída

Nº 000.037.165

SÉRIE: 3

Página 1 de 2

CONTROLE DO FISCO



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

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

328180013266241 - 20/09/2018 16:37

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL:

FUNDACAO DE BENEFICENCIA H. DE CIRURGIA

CNPJ/CPF
13.016.332/0001-06DATA DA EMISSÃO
20/09/2018

ENDERECO:

AV: DESEMBARGADOR MAYNARD, 174, 0 -

BAIRRO/DISTRITO
CIRURGIACEP
49055-170DATA DE ENTRADA/SAÍDA
20/09/2018

MUNICÍPIO:

Aracaju

FONE/FAX:

UF
SE

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE ENTRADA/SAÍDA
00:00

FATURA

/ Num.: 37165 / V. Orig.: 439,70 / V. Desc.: 0,00 / V. Liq.: 439,70

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	439,70
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESORIAS	
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0 - Emitente	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/NF	CST	CFOP	UND	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	% ICMS	VLR. ICMS	VLR. 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 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					
60410	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): 318918-3,000-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					

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Duplicata - Num.: 001, Venc.: 19/03/2019, Valor: 439,70 Vendedor: IVU LEAL, Pedido: 058763, Pedido Cliente: , Ordem : 03, Hospital: FUNDACAO DE BENEFICENCIA H. DE CIRURGIA, Medico: PAULO SALOTI, 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) ENTOS IPI CONF CAP.90 DA TIPI E DEC 2995 DE 19/03/1999, Fat	<i>070 2030 830 - (3) - não paga</i> <i>070 2030 902 - (1) - OK</i> <i>070 2030 724 - (2) - não paga</i>

ORTOPLAN SERGIPE LTDAAV.RIO BRANCO-EDF.OVIEDO TEIXEIRA -S.813, 186 -
CENTRO, Aracaju, SE - CEP: 49010030**DANFE**Documento Auxiliar da Nota
Fiscal Eletrônica

0 - Entrada

1

1 - Saída

Nº 000.037.165

SÉRIE: 3

Página 2 de 2

CONTROLE DO FISCO



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

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

328180013266241 - 20/09/2018 16:37

NATUREZA DA OPERAÇÃO
5102-VENDA MERCANTILINSCRIÇÃO ESTADUAL
270975853

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ

02.681.701/0001-69

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRÇÃO 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					

CONTINUAÇÃO - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
ura: 003716503 19.03.2019 439,70, COD OPME 0702030830, 0702030902, 0702030724.

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Marcio Luis de Oliveira Corrêa
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 (Q) ENFERMARIA (Q) UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente no consultório devido à dor de barriga e febre. No exame físico, apresentava febre e ressaca. Foi submetido a um urinário e exames para constatar se havia infecção urinária.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Cirurgia realizada para remoção de cálculos urinários.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Exames complementares realizados:

M.R.C.

MÉDICOS ASSISTENTES:

Assistente: Raimundo Francisco

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

ARACAJU, 11 de setembro de 2020

*Dr. Silvio C. V. Almeida
SERFA / HUFE
CRM 2510*

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO
ESTABELECIMENTO PÚBLICO
AUTENTICAÇÃO

Confere com o original apresentado dou fe.

Selo TJSE: 202029527111638

Acesse: <http://www.tjss.jus.br/x/PYUTXA>

Aracaju, 23/09/2020 10:59:31 22076

Débora Arimatea Baptista - Escrivãente Autorizada

Emol.:R\$3,00 Sel.o:R\$0,00 FERD:R\$0,60 Total:R\$3,60



Cartório Pierete
VERSO EM BRANCO

MARCO ALBUQUERQUE
M. 3338 E 54TH
PARTRICULAR

MARCO ALBUQUERQUE
M. 3338 E 54TH
PARTRICULAR

Ead



BRASILIA TIBIA
LATERAL
Escala 0,50
M. 3338 E 54TH
PARTRICULAR

MARCO ALBUQUERQUE
M. 3338 E 54TH
PARTRICULAR



CONCEIÇÃO 33 ANOS

Data de aquis.: 24/04/2019
Hora de aquis.: 10:19:35
Índice de exp.: 1506

MARCIO LUIZ DE O CONCEIÇÃO 33 ANOS.
Sex: Masc.
Data de nascimento:
ID: PAT009035

Data de aquis.: 24/04/2019
Hora de aquis.: 10:20:59
Índice de exp.: 1788

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

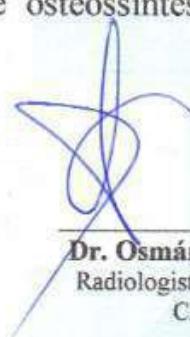
TORNOZELO E/PERNA E:

Controle ortopédico de fraturas antiga e osteossíntese no terço distal tibia 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

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 tibia e fibula.
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 BENEFICÉNCIA

PERNA E (AP - LATERAL)

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

OBS: - O valor diagnóstico do presente exame é valido 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 ORIGINAIS
En. 02/10/20

Dilercio Figueiredo de Souza
Agente de Polícia Judiciária

quarta-feira, 23 de setembro de 2020

Nº Laudo
5510/2020

Dados Da Vítima

Nome da Vítima MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEIÇÃO Nascimento 12/06/1985 Idade 35 Naturalidade ARACAJU

Estado Civil SOLTEIRO Sexo MASCULINO Cor PARDA Profissão MOTO BOY UF SE

Instituição Nome da Mãe JOSE LUIZ DA CONCEIÇÃO

2º Grau Completo MARIA NORMELIA DE OLIVEIRA Nome do Pai

Endereço RUA SAO JORGE,Nº 822 Bairro SANTOS DUMONT Município ARACAJU/SE.

Nome de Autoridade DANIELA RAMOS L. BARRETO Função Unidade DEDT

1º Perito Relator DR. RONMEL LISBOA DOS SANTOS Cremesel/Crose 2º Perito Relator 3173

Cremesel/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/Questões 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 à 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.

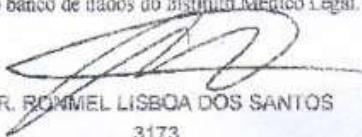
5º) Da ofensa resultou perigo de vida?

Não.

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

Sim sequela residual em tornozelo esquerdo.

Este documento foi expedido via eletrônica (expresso), nos termos da legislação vigente. Confere 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 N° 5510/2020

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



FOTO COMPARE CÓPIA OFICIAL
Belo Horizonte - MG
Início: 10/10/2020
Assinatura: Iaciélio Figueiredo de Souza
Agente de Polícia Judiciária



ESTE CONFERE COM O CRIME
16/10/2020

Laércio Figueiredo de Souza
Agente de Polícia Judiciária

INSTITUTO MÉDICO LEGAL
LAUDO PERICIAL
Lesões Corporais

MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEIÇÃO

Laudo 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

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

Movimento: Despacho >> Mero Expediente

Clas.

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 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 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.



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, 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:

 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:

 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. 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

Reu: 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 parte 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 anuênciia 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 procuraçāo 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, 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.

Corrobora 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.</br>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 expresso 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, 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/2015¹, 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 as dos 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.

¹[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
<input type="button" value="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	link
+	2019	R\$84,58	Quitado	link
-	2018	R\$185,50	Quitado	link
	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^x, 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 8^a 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 facilita 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 8^a 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 - 8^a 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 STJ².

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 Magistrado³.

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.

² **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."

³ "[...] 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:

Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentuais das Perdas	Valor da Indenização
Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais		
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	25	R\$ 3.375,00
Repercussão		Valor da Indenização
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 pátrios⁴, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

⁴"PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO 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 citação⁵.

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 ação⁶.

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 horários 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).

⁵"SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

⁶art.

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 expresso 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 graduação (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 GRAADAÇÃO

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					
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 esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	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 inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	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 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; **JOSELAINÉ 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 nº 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

JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



NIRE (DA SIE) DA SIE (DA SIE) QUANDO A SIE FOR EM OUTRA UF)

33.3.0028479-6

00-2018/017153-4

26/01/2018 - 10:52:13

JUCERJA

Último Arquivamento:

00003131303 - 18/12/2017

NIRE: 33.3.0028479-6

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

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Boleto(s): 102595004

Hash: ECCC32023-0730-4331-0033-7CC9945D9D8



Tipo Jurídico:

Sociedade anônima

Ponto Empresarial:

Normal

REQUERIMENTO

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:

Código do Ato	Código Evento	Qtd.	Descrição do ato / Descrição do evento
017	999	1	Ata de Reunião do Conselho de Administração / Ata de Reunião do Conselho de Administração
	XXX		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Representante legal da empresa

Local	Nome:	
	Assinatura:	
Data	Telefone de contato:	
	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 DPVAT S/A

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 26/01/2018 sob o NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD69743862A48220CF0K4656AFADE5ECE9FFD5CF68740F233E496AFDA8DE1FDE

p. 173 para validar o documento acesse <http://www.jucerja.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, Jabis 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 Mauricio 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 TÔRRRES**, 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 incorso 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, ratificar as funções específicas perante à 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 Tórres	14.12.2017	13.12.2018	Diretor Presidente
2	Hello 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)
5	Andrea Louise Ruano Ribeiro	15.02.2017	14.02.2018	Diretor responsável pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de contabilidade (executiva ou operacional) 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)

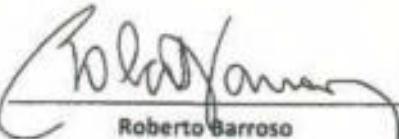
Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas
Página 2 de 3

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.

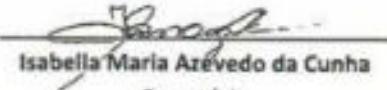
8. ASSINATURAS: A presente ata foi assinada por: Roberto Barroso – Presidente (ass.), Isabella Maria Azevedo da Cunha – Secretária (ass.), Celso Damadi, Jabis de Mendonça Alexandre (ass.), Rosana Techima Salsano (ass.), Ivan Luiz Gontijo Junior (ass.), Alfredo Lalia Neto (ass.), Marcelo Goldman (ass.), 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

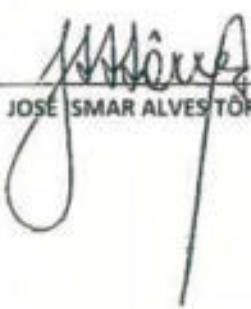
**SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO
DO SEGURO DPVAT S.A.
NIRE nº. 33.3.0028479-6
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04**

LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

JOSÉ ISMAR ALVES TÓRRES, brasileiro, casado, segurário, inscrita 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 Lider 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 TÓRRES

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: GD-2818/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018
CERTIFICO O ARQUITVAMONTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00053149059 e demais constantes do termo de autenticação.
Autenticação: FD6974386FA48220CFEE48056AFADE5ECFBFFD5CE68740F233E496AFDA80E1F88



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 Lider 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



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



4996607

"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

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS 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: 4BF9A0C86883B2947C51B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C895
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F.S. Berwanger
Secretário Geral



4996608

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 constituidos, 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, ¼ (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 Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 2 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
NIRE: 33300284796

Protocolo: 0020163675185 - 27/08/2016
CERTIFICADO DE DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF8ADC88883B2947C618477D79BCBA11812475AEC9208296B235403C7545C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F.S. Berwanger
Secretário Geral



4996609

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 substitui-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 & 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

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS 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: 48F9A0C86683B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7845C695

Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Bernwanger
Secretário Geral



4996510

convocada.

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 Assembleias 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 Acta 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

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: 4BF8A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE92082968235403C7645C895

Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Benvenuto
Secretário Geral



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 Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 5 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURO 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: 4BF8ADC86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695

Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo R. S. Bernardo
Secretário Geral



4996512

15/11

lei ou este Estatuto não confirmam a outro órgão da Companhia.

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 Acta 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

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284795

Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C88883B2947C61B477D79BCBA11B12475AE92082968235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F.S. Berwanger
Secretário Geral



4896513

10/1

temporária do Diretor-Presidente, bem como deliberar sobre o preenchimento da vaga em caso de vacância de qualquer um dos Diretores.

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 encriturar 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

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: 4BF9ADC86883B2847C61B477D79BCBA11812475AE9208295B235403C7645C695

Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F.S. Bernardo
Secretário Geral



4996514

- 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 alcada; 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

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS 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: #BF9ADC8888382947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F.S. Berwanger
Secretário Geral



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

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: 4BFBADCB688B3B2947C61B477D79BCBA11812475AEB206296B235403C7845C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F.S. Berwanger
Secretário Geral



4996516

de março de 1967.

19/11

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

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: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA118T2475AE9208296B235403C7B45C696

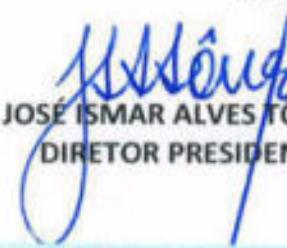
Arquivamento: 00002958803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Bernwanger
Secretário Geral

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 TORRES
DIRETOR PRESIDENTE


HÉLIO BITTON RODRIGUES
DIRETOR

17º Ofício de Notas
DA CARTÓRIA
Tabellão: Carlos Alberto Fiuza Oliveira - ADE52B690
Endereço: Rua da Carioca, 65 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - Tel: 2107-0003 - 088674
Reconheço por AUTENTICO(D) que as firmas de: HÉLIO BITTON RODRIGUES e:
JOSE ISMAR ALVES TORRES (X/0000/524953)
Rio de Janeiro, 05 de fevereiro de 2018. Conf. por:
Paula Cristina A. D. Gaspar - Adv.
Em testemunha _____ de verdade.
Paula Cristina A. D. Gaspar - Adv.
Total: 17795-480462 sobre 09077 ME
FOLHA: 100 PÁGINAS: 56882 GRS
p. 190
Consulte em <https://www3.tira.jus.br/sitepublico>

CARTÓRIO 17º OFÍCIO DE NOTAS RJ
Paula Cristina A. D. Gaspar
1 - 3,76 Escrivente
1 - 17795-480462 sobre 09077 ME
AUL 20 5 3º Lai 8.388/94

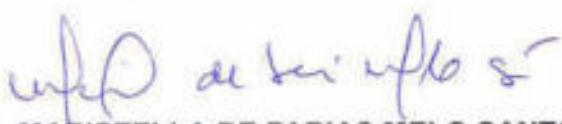
SUBSTABELECIMENTO

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 CORPORARTE SOLUTIONS SEGUROS S.A, AXA SEGUROS S/A; AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS; BANESTES SEGUROS S/A; BMG SEGUROS S/A; BRADESCO 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; MITSUI 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; POTTENCIAL 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.; SUHAI 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 mandado.**



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 FARIA 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 analise da petição. O requerido não tem interesse em conciliar, requerente sim. Audiencia 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 Secretaria 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

Reu: 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 Secretaria 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, 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: Marilia 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: Farolandia

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 (SUPÓSTO 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

Nº: 804

Logradouro: Rua São Jorge

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 MARCIO LUIZ DE OLIVEIRA CONCEICAO	Envolvidos Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Veículo Adulterado? Não	Situação Envolvido
Nome Envolvido Desconhecido 1	Envolvidos Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Relata que trabalhava como entregador usando sua moto placa IAI1337 para fazer o deslocamento quando foi atropelado por um veículo desconhecido, que lembra apenas se tratar de uma caminhonete. 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(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderéi responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Controvérsia do Código Penal Brasileiro."



Impresso por: Waldir Santos Silva Junior

Data de Impressão: 13/08/2020 11:40:06

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



**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