

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0093066/21

Vítima: JONES WAGNER SANTOS SILVA

CPF: 835.873.575-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/08/2019

Titular do CPF: JONES WAGNER SANTOS SILVA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

JONES WAGNER SANTOS SILVA : 835.873.575-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/04/2021
Nome: JONES WAGNER SANTOS SILVA
CPF: 835.873.575-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/04/2021
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

JONES WAGNER SANTOS SILVA

Patricia Aleixo Silva

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0039784/21

Vítima: JONES WAGNER SANTOS SILVA

CPF: 835.873.575-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/08/2019

Titular do CPF: JONES WAGNER SANTOS SILVA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

JONES WAGNER SANTOS SILVA : 835.873.575-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Rio de Janeiro, 10 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210044561

Vítima: JONES WAGNER SANTOS SILVA

Data do Acidente: 26/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JONES WAGNER SANTOS SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210111659

Vítima: JONES WAGNER SANTOS SILVA

Data do Acidente: 26/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JONES WAGNER SANTOS SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 835 873 575 87 4 - Nome completo da vítima: Jones Wagner Santos Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Jones Wagner Santos Silva 6 - CPF: 323 323 323
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Av. Constituinte de João Alves Filho 9 - Número: 323 10 - Complemento: Bl. 3 AP. 302
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Barra dos Riquinhos 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49140 000
15 - E-mail: jonesepi300@gmail.com 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal: Autorização de pagamento

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1500 288 CONTA: 8351910668

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Aracaju, 05/02/2021

Jones Wagner Santos Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.

É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01 a 16	Registro de informações cadastrais	Preencher corretamente de acordo com a documentação.
---------	------------------------------------	--

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.
----	--	--

MORTE

23 a 33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.
---------	------------------------------------	---

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo).
36	CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).
37	Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data do preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvidoria: 0800 021 91 35

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

033-604379587-0

02/FEV/2021

HORA DE 09:42:17

NOT: 22.010651-7

TERM: 011176

LOCALIDADE: BARRA DOS COQUEIROS

AG. VINCULADA: 4471

CONTROLE: 688500978

COMPROVANTE DE DEPOSITO EM DINHEIRO

1500 1288 000835191066-8

JONES WAGNER SANTOS SILVA

VALOR

5,00

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MINUTOS

Prezado cliente, informamos que o
numero de sua conta foi alterado. Para
consultas futuras use o novo numero

033-604379587-0

VIA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

033-604379587-0

02/FEV/2021

HORA DE 09:42:17

LOT: 22.010651-7

TERM: 011176

LOCALIDADE: BARRA DOS COQUEIROS

AG. VINCULADA: 4471

CONTROLE: 680500978

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM DINHEIRO

1500 1288 000835191066-8

JONES WAGNER SANTOS SILVA

VALOR

5,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

Prezado cliente, informamos que o
número de sua conta foi alterado. Para
consultas futuras use o novo número

033-604379587-0

10 VIA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

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

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal: Autorização de pagamento

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

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

- ☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Assinatura 05/10/2021

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ASL-0039784/21
patricia.aleixo
01/04/2021 15:17:38

ASL-0039784/21
patricia.aleixo
01/04/2021 15:17:38

ASL-0039784/21
patricia.aleixo
01/04/2021 15:17:38

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

033-684379587-0
02/FEV/2021
HORA DE 09:42:17
LOT: 22-810551-7
LOCALIDADE: BARRA DOS COQUEIROS
AG. VINCULADA: 4471
TERM: 011176
CONTROLE: 580500978

CAIXA

COMPROVANTE DE DEPOSITO EM DINHEIRO
1500 1286 000835191065-8
JONES WAGNER SANTOS SILVA

VALOR : 5,00

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MINUTOS

Prezado cliente, Informamos que o numero de sua conta foi alterado. Para consultas futuras use o novo numero 033-684379587-0

2a VIA

ASL-0039784/21
patricia.aleixo
01/04/2021 15:17:38

ASL-0039784/21
patricia.aleixo
01/04/2021 15:17:38

ASL-0039784/21
patricia.aleixo
01/04/2021 15:17:38

ASL-0039784/21
patricia.aleixo
01/04/2021 15:17:38

ASL-0039784/21
patricia.aleixo
01/04/2021 15:17:38



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
6ª DELEGACIA METROPOLITANA - SÃO CRISTÓVÃO - SE

Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 092347/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/09/2019 11:06 Data/Hora Fim: 03/09/2019 11:37
Origem: Polícia Judiciária
Delegado de Polícia: Joel Dos Santos Ferreira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 11ª Delegacia Metropolitana
Data/Hora do Fato: 26/08/2019 00:10

Local do Fato

Município: Barra dos Coqueiros (SE)

Bairro: Povoado Capuã

Complemento: KM 19, Rodovia SE 109

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JONES WAGNER SANTOS SILVA (ENVOLVIDO)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: SE - Aracaju	Sexo: Masculino	Nasc: 21/04/1985
Profissão: Motorista de Ônibus			
Estado Civil: Casado(a)			
Nome da Mãe: MARIA DAGMAR SANTOS SILVA	Nome do Pai: GENTIL DE JESUS SILVA		

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 835.873.575-87
RG - Carteira de Identidade: 30077834

Endereço

Município: São Cristóvão - SE
Logradouro: RUA MESTRE JOSÉ VIEIRA DE SOUZA
Complemento: LOT ROSA MARIA
Bairro: ROSA ELZE
Telefone: (79) 99960-5895 (Celular)

Nº: 76

CEP: 49.000-000

Vínculo

Cônjuge

Envolvido(a)

PRISCILA RAMOS SILVA

Tempo de Relação

0 ano(s), 0 mês(es), 0 dia(s)

Nome Civil: PRISCILA RAMOS SILVA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AL - Penado Sexo: Feminino Nasc: 18/03/1983
Profissão: Estudante
Nome da Mãe: ANA DOS SANTOS RAMOS Nome do Pai: GENILSON RAMOS

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 011.735.695-61
RG - Carteira de Identidade: 20341741

Endereço

Município: São Cristóvão - SE



Delegado de Polícia Civil: Joel Dos Santos Ferreira
Impresso por: Amanda Cecília Salgueiro Santiago
Data de Impressão: 03/09/2019 11:42
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
6ª DELEGACIA METROPOLITANA - SÃO CRISTÓVÃO - SE

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 092347/2019

Logradouro: RUA MESTRE JOSE VIEIRA DE SOUZA
Complemento: LOT ROSA MARIA
Bairro: ROSA ELZE
Telefone: (79) 99949-1947 (Celular)

Nº: 76

CEP: 49.100-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Descrição Carro	CPF/CNPJ do Proprietário 835.873.575-87
Placa HZT2559	Renavam 00823680258
Número do Motor D4DA700Q076644	Número do Chassi 93YLB06054J497245
Ano/Modelo Fabricação 2004/2004	Cor PRATA
UF Veículo Sergipe	Município Veículo São Cristóvão
Marca/Modelo RENAULT/CLIO AUT 10 16VS	Modelo RENAULT/CLIO AUT 10 16VS
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	Última Atualização Denstron 16/10/2012
Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA	

Nome Envolvido	Envolvimentos
JONES WAGNER SANTOS SILVA	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Relata a noticiante que seu esposo, JONES WAGNER SANTOS SILVA, transitava em rodovia escura, KM 19, BR SE 109, vindo de Jatobá em direção à Barra dos Coqueiros, quando, em razão da presença de animais na via, perdeu o controle. Que o carro capotou várias vezes, vindo a ter perda total. Que, nesse interm, JONES WAGNER foi arremessado para fora do veículo. Que esta foi socorrido pela SAMU, sendo levado ao Hospital Gabriel Soares. Que neste local foi submetido a uma cirurgia de fratura de bacia, nível 5, e uma fratura de costela. Que vem prestar o presente BO a fim de dar entrada no seguro DPVAT e justificar, no DETRAN, o não licenciamento do veículo.

ASSINATURAS

Amanda Caçilda Salgueiro Santiago

Escrivão de Polícia
Matrícula 2091

Responsável pelo Atendimento

PRISCILA RAMOS SILVA

(Comunicante)

*Declino para as demais fins do direito que sou o(a) único(s) responsável pelas informações acima apresentadas e deixo que possa responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



Delegado de Polícia Civil: Joel Dos Santos Ferreira
Impresso por: Amanda Caçilda Salgueiro Santiago
Data de Impressão: 03/09/2019 11:42
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
6ª DELEGACIA METROPOLITANA - SÃO CRISTÓVÃO - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 092347/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/09/2019 11:06
Origem: Polícia Judiciária
Delegado de Polícia: Joel Dos Santos Ferreira

Data/Hora Fim: 03/09/2019 11:37

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 11ª Delegacia Metropolitana
Data/Hora do Fato: 26/08/2019 00:10

Local do Fato

Município: Barra dos Coqueiros (SE)

Bairro: Povoado Capuã

Complemento: KM 19, Rodovia SE 109

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JONES WAGNER SANTOS SILVA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: SE - Aracaju

Sexo: Masculino

Nasc: 21/04/1985

Profissão: Motorista de Ônibus

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: MARIA DAGMAR SANTOS SILVA

Nome do Pai: GENTIL DE JESUS SILVA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 835.873.575-87

RG - Carteira de Identidade: 30077834

Endereço

Município: São Cristóvão - SE

Logradouro: RUA MESTRE JOSÉ VIEIRA DE SOUZA

Nº: 76

Complemento: LOT ROSA MARIA

Bairro: ROSA ELZE

CEP: 49.000-000

Telefone: (79) 99960-5995 (Celular)

Vínculo

Cônjuge

Envolvido(a)

PRISCILA RAMOS SILVA

Tempo da Relação

0 ano(s), 0 mês(es), 0 dia(s)

Nome Civil: PRISCILA RAMOS SILVA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: AL - Penado

Sexo: Feminino

Nasc: 18/03/1983

Profissão: Estudante

Nome da Mãe: ANA DOS SANTOS RAMOS

Nome do Pai: GENILSON RAMOS

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 011.735.695-61

RG - Carteira de Identidade: 20341741

Endereço

Município: São Cristóvão - SE



Delegado de Polícia Civil: Joel Dos Santos Ferreira
Impresso por: Amanda Cacilda Salgueiro Santiago
Data de Impressão: 03/09/2019 11:42
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
6ª DELEGACIA METROPOLITANA - SÃO CRISTÓVÃO - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 092347/2019

Logradouro: RUA MESTRE JOSE VIEIRA DE SOUZA
Complemento: LOT ROSA MARIA
Bairro: ROSA ELZE
Telefone: (79) 99949-1947 (Celular)

Nº: 76

CEP: 49.100-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Descrição Carro	CPF/CNPJ do Proprietário 835.873.575-87
Placa HZT2559	Renavam 00823680258
Número do Motor D4DA700Q076644	Número do Chassi 93YLB06054J497245
Ano/Modelo Fabricação 2004/2004	Cor PRATA
UF Veículo Sergipe	Município Veículo São Cristóvão
Marca/Modelo RENAULT/CLIO AUT 10 16VS	Modelo RENAULT/CLIO AUT 10 16VS
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 16/10/2012
Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA	

Nome Envolvido

JONES WAGNER SANTOS SILVA

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Relata a noticiante que seu esposo, JONES WAGNER SANTOS SILVA, transitava em rodovia escura, KM 19, BR SE 109, vindo de Jatobá em direção à Barra dos Coqueiros, quando, em razão da presença de animais na via, perdeu o controle. Que o carro capotou várias vezes, vindo a ter perda total. Que, nesse interm, JONES WAGNER foi arremessado para fora do veículo. Que este foi socorrido pela SAMU, sendo levado ao Hospital Gabriel Soares. Que neste local foi submetido a uma cirurgia de fratura de bacia, nível 5, e uma fratura de costela. Que vem prestar o presente BO a fim de dar entrada no seguro DPVAT e justificar, no DETRAN, o não licenciamento do veículo.

ASSINATURAS

Amanda Cacilda Salgueiro Santiago

Escrivão de Polícia
Matrícula 2091

Responsável pelo Atendimento

PRISCILA RAMOS SILVA

(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima assentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Delegado de Polícia Civil: Joel Dos Santos Ferreira
Impresso por: Amanda Cacilda Salgueiro Santiago
Data de Impressão: 03/09/2019 11:42
Protocolo nº: Não disponível





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
6ª DELEGACIA METROPOLITANA - SÃO CRISTÓVÃO - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 092347/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/09/2019 11:06
Origem: Polícia Judiciária
Delegado de Polícia: Joel Dos Santos Ferreira

Data/Hora Fim: 03/09/2019 11:37

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 11ª Delegacia Metropolitana
Data/Hora do Fato: 26/08/2019 00:10

Local do Fato

Município: Barra dos Coqueiros (SE)

Bairro: Povoado Capuã

Complemento: KM 19, Rodovia SE 109

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JONES WAGNER SANTOS SILVA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: SE - Aracaju

Sexo: Masculino

Nasc: 21/04/1985

Profissão: Motorista de Ônibus

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: MARIA DAGMAR SANTOS SILVA

Nome do Pai: GENTIL DE JESUS SILVA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 835.873.575-87

RG - Carteira de Identidade: 30077834

Endereço

Município: São Cristóvão - SE

Logradouro: RUA MESTRE JOSÉ VIEIRA DE SOUZA

Nº: 76

Complemento: LOT ROSA MARIA

Bairro: ROSA ELZE

CEP: 49.000-000

Telefone: (79) 99960-5995 (Celular)

Vínculo

Cônjuge

Envolvido(a)

PRISCILA RAMOS SILVA

Tempo da Relação

0 ano(s), 0 mês(es), 0 dia(s)

Nome Civil: PRISCILA RAMOS SILVA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: AL - Penado

Sexo: Feminino

Nasc: 18/03/1983

Profissão: Estudante

Nome da Mãe: ANA DOS SANTOS RAMOS

Nome do Pai: GENILSON RAMOS

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 011.735.695-61

RG - Carteira de Identidade: 20341741

Endereço

Município: São Cristóvão - SE



Delegado de Polícia Civil: Joel Dos Santos Ferreira
Impresso por: Amanda Cacilda Salgueiro Santiago
Data de Impressão: 03/09/2019 11:42
Protocolo nº: Não disponível



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
6ª DELEGACIA METROPOLITANA - SÃO CRISTÓVÃO - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 092347/2019

Logradouro: RUA MESTRE JOSE VIEIRA DE SOUZA
Complemento: LOT ROSA MARIA
Bairro: ROSA ELZE
Telefone: (79) 99949-1947 (Celular)

Nº: 76

CEP: 49.100-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Descrição Carro	CPF/CNPJ do Proprietário 835.873.575-87
Placa HZT2559	Renavam 00823680258
Número do Motor D4DA700Q076644	Número do Chassi 93YLB06054J497245
Ano/Modelo Fabricação 2004/2004	Cor PRATA
UF Veículo Sergipe	Município Veículo São Cristóvão
Marca/Modelo RENAULT/CLIO AUT 10 16VS	Modelo RENAULT/CLIO AUT 10 16VS
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 16/10/2012
Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA	

Nome Envolvido

JONES WAGNER SANTOS SILVA

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Relata a noticiante que seu esposo, JONES WAGNER SANTOS SILVA, transitava em rodovia escura, KM 19, BR SE 109, vindo de Jatobá em direção à Barra dos Coqueiros, quando, em razão da presença de animais na via, perdeu o controle. Que o carro capotou várias vezes, vindo a ter perda total. Que, nesse interm, JONES WAGNER foi arremessado para fora do veículo. Que este foi socorrido pela SAMU, sendo levado ao Hospital Gabriel Soares. Que neste local foi submetido a uma cirurgia de fratura de bacia, nível 5, e uma fratura de costela. Que vem prestar o presente BO a fim de dar entrada no seguro DPVAT e justificar, no DETRAN, o não licenciamento do veículo.

ASSINATURAS

Amanda Cacilda Salgueiro Santiago

Escrivão de Polícia
Matrícula 2091

Responsável pelo Atendimento

PRISCILA RAMOS SILVA

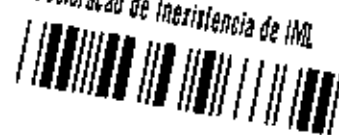
(Comunicante)

"Dedarei para os devidos fins do direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima assentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Delegado de Polícia Civil: Joel Dos Santos Ferreira
Impresso por: Amanda Cacilda Salgueiro Santiago
Data de Impressão: 03/09/2019 11:42
Protocolo nº: Não disponível



Declaracao de Inexistencia de IML



Canal Receptor Ster Correios

Cadastrado sem o documento sinalizado.



Nº da Conta: 00001308101953
Mês de referência: 12/2020
Período: 25/11/2020 a 24/12/2020
Data de emissão: 01/01/2021

2ª Via

Comprovante de residência



www.vivo.com.br/meuvivo

Fale conosco: Central de Relacionamento
16456 ou www.vivo.com.br/falaconosco

Telefônica Brasil S.A.
Avenida Barão de Mauá, 304
CEP: 49010-340 - Aracaju - SE
IE: 271068140
CNPJ Matriz: 02.558.157/0001-62
CNPJ Filial: 02.558.157/0025-30

JONES WAGNER SANTOS SILVA
AV CONST JOAO ALVES 323
CENTRO
49140-000 BARRA DOS COQUEIROS - SE

Vencimento
10/01/2021

Total a Pagar
R\$ 74,99

Seus Números Vivo
79 98803-6209

Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento da sua conta.

Aguarde informações
referentes ao Vivo Valoriza

Plano Anatel

128/POS/SMP - VIVO CONTROLE 7GB PLN - ANUAL

O que está sendo cobrado
de 25/11/2020 a 24/12/2020

Quantidade de
Plano/Pacote

Quantidade de
Números Vivo

Valor R\$
Plano/Pacote

Incluso
Plano/Pacote

Utilizado
Minutos/Unidades

Valor Total
R\$

Serviços Contratados

VIVO CONTROLE 7GB PLN - ANUAL
PACOTE PROMOCIONAL 30 DIAS

Subtotal Serviços Contratados

TOTAL A PAGAR

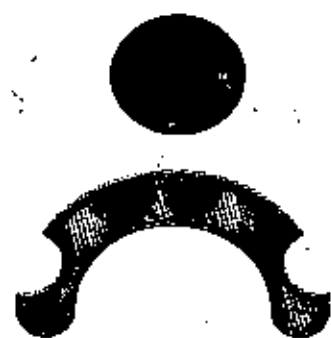
74,99

MENSAGEM PARA VOCÊ

A conta detalhada está disponível em www.vivo.com.br/meuvivo e pode ser solicitada impressa, de forma permanente ou não.

Mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial/total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção ao crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura.

ANATEL 1331 e 1332 para deficientes auditivos. Recurso de atendimento Vivo: ligue com o protocolo em mãos para 1058 e 142 para pessoas com deficiência de fala/audição.



Seguro DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

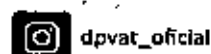
site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia



dpvat_oficial



DPVAToficial



DPVAToficial



seguradoralider-dpvat

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO

POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

ATENDIMENTO



Correio

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
JONES WAGNER SANTOS SILVA		(71) 98803-6209	
ENDEREÇO / Address			
Av. CONSTRUTOR JOÃO ALVES FILHO, Nº 323 - CENTRO			
BL. 9 - APT.º 302			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
41140-000	BARRA DOS COQUEIROS	SE	BR

DEVOLUÇÃO (Return)

- | | |
|--|---|
| ☐ MUDOU-SE (Moved) | ☐ FALECIDO (Deceased) |
| ☐ RECUSADO (Refused) | ☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address) |
| ☐ DESCONHECIDO (Unknown) | ☐ NÃO EXISTE O NÚMERO (Non-existing Number) |
| ☐ NÃO PROCURADO (Undelivered) | ☐ OUTROS (Other) |
| ☐ AUSENTE (Absent) | |

TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempt)

1ª / / às 2ª / / às 3ª / /

- ☐ Informação prestada pelo porteiro ou
Information provided for doorman or condo manager
- ☐ Reintegrado ao serviço postal em / /
Reinstated to service post

Data / / Responsável

"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"

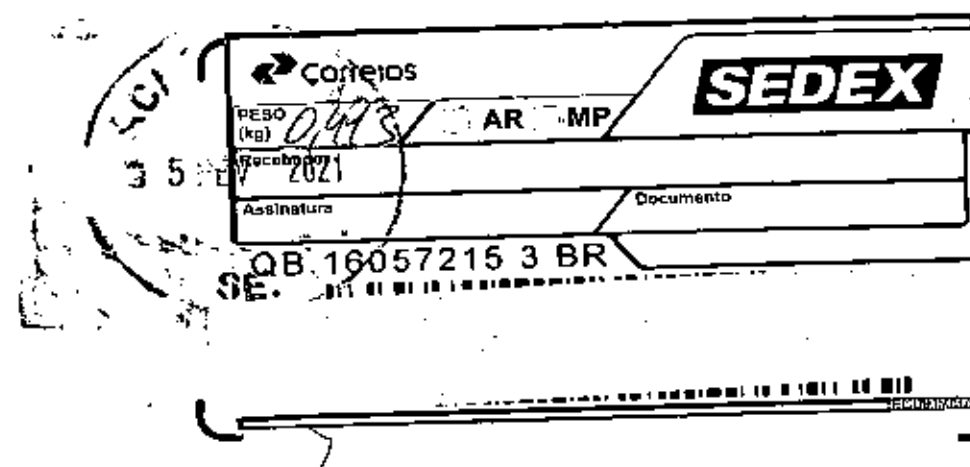




Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO

STAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

IRON MOUNTAIN DO BRASIL (PROJETO STER)
Rua Francisco de Souza Mello, 22 - Cordovil
CEP: 21010-410 - Rio de Janeiro - RJ.

ATENDIMENTO



vivo

Nº da Conta: 00001308181963
Mês de referência: 12/2020
Período: 25/11/2020 a 24/12/2020
Data de emissão: 01/01/2021

2ª Via

Comprovante de residência

www.vivo.com.br/meuvivo

Fale conosco: Central de Relacionamento
*8466 ou www.vivo.com.br/faleconosco

Telefônica Brasil S.A.
Avenida Barão de Marim, 304
CEP: 49010-340 - Aracaju - SE
I.E.: 271068140
CNPJ Matriz: 02.558.157/0001-62
CNPJ Filial: 02.558.157/0025-30

JONES WAGNER SANTOS SILVA
AV CONST JOAO ALVES 323
CENTRO
49140-000 BARRA DOS COQUEIROS - SE

Vencimento
10/01/2021

Total a Pagar
R\$ 74,99

Aguarde informações
referentes ao Vivo Valoriza

Seus Números Vivo
79-98503-6209

Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento da sua conta.

Planos Anatel

128/POS/SMP - VIVO CONTROLE 7GB PLN - ANUAL

O que está sendo cobrado de 25/11/2020 a 24/12/2020	Quantidade de Plano/Pacote	Quantidade de Números Vivo	Valor R\$ Plano/Pacote	Incluso Plano/Pacote	Utilizado Minutos/Unidades	Valor Total R\$
Serviços Contratados						
VIVO CONTROLE 7GB PLN - ANUAL	1	1	74,99			74,99
PACOTE PROMOCIONAL 30 DIAS						
Subtotal Serviços Contratados						74,99

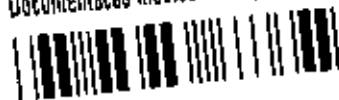
TOTAL A PAGAR

74,99

MENSAGEM PARA VOCÊ

A conta detalhada está disponível em www.vivo.com.br/meuvivo e pode ser solicitada impressa, de forma permanente ou não.

Mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial/total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção ao crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura.
ANATEL 1331 e 1332 para deficientes auditivos. Recurso de atendimento Vivo: ligue com o protocolo em mãos para 1056 e 142 para pessoas com deficiência de fala/audição.



RELATÓRIO REFERENTE A OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1908260018 - ESUS - SAMU

e - DOC 020000:29720/2019-8

O SAMU 192 SERGIPE foi acionado às 00h26min do dia 26 de Agosto de 2019, para atendimento de vítima identificada como Jones Wagner Santos Silva com relato de capotamento de veículo no município de Barra dos Coqueiros.

A equipe da Unidade de Suporte Básica - Barra realizou atendimento no local, e em seguida removeu para o Hospital Gabriel Soares município de Aracaju, onde deixou o paciente aos cuidados da equipe.

Aracaju, 07 de Janeiro de 2019

Zildete Cibele G. A. Sabino

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE

Zildete
Zildete Cibele G. A. Sabino
Coordenadora Médica
SAMU 192 - Sergipe
CRM-SE 5698

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 09:36

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA		Dt. Nasc.: 21/04/1985		Atendimento: 61661150		Prontuário: 12992611	
Convênio: HAPVIDA ARACAJU		Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE		Leito: LR-005/2			
Profissional(is): FRANCIS LIMA DE VASCONCELOS, MÉDICO, CRM 3911 [1]				Nº: 43466050		29/08/2019 às 17:55	
IDENTIFICAÇÃO							
Nome		JONES WAGNER SANTOS SILVA				[1]	
Sexo		Masculino.				[1]	
Idade		34 A 4 M				[1]	
Data De Nascimento		21/04/1985				[1]	
Nº Atendimento		61661150				[1]	
DADOS DO PACIENTE							
MOTIVOS DA INTERNAÇÃO							
CID10 Primário		S328 FRATURA DE OUTRAS PARTES DA COLUNA LOMBOSSACRA E DA Pelve e de partes não especificadas				[1]	
COMORBIDADES							
GRAU DE INDEPENDÊNCIA							
IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS							
OBJETIVOS TERAPÊUTICOS							
Principal		Tratamento cirurgico				[1]	
OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES							
ALTA HOSPITALAR							
Total De Dias		2 Dias				[1]	

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

18/11/2019 09:36

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61661150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE	Leito: LR-005/2	

Profissional(is): FRANCIS LIMA DE VASCONCELOS, MÉDICO, CRM 3911 [1]	Nº: 43466156	29/08/2019	às 17:58
---	--------------	------------	----------

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

Paciente, com fratura- luxação de acetábulo D, submetido a procedimento cirurgico sem intercorrências.

[1]

CID 10

S328 FRATURA DE OUTRAS PARTES DA COLUNA LOMBOSSACRA E DA Pelve e de partes não especificadas

[1]

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA		Dt. Nasc: 22/04/1985		Atendimento: 61661130	
Convênio: NAPVIDA ARACAJU		Nº Prescrição: 22511083		Precedência: 1002611	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTESICA		Unidade: LR-0057		Peso: 80.00 kg	
1	DIETA: GERAL-ADULTO/PARA A IMAR	30h	ORAL	dieta livre	CRM 3911
2	KLONAZOL (1mg)	1 g	1 FRAP (FRAPL 1GR)	87h	EV
	Agua Destilada	18 ml			CRM 3911
3	CEETOPROFENO IV (100 10mg)	100 mg	1 FRAP (FRAPL 100MG)	13/12h	EV
	Soro Fisiológico 0,9%	100 ml			CRM 3911
4	TRAMADOL (50 10mg/ml)	100 mg	1 FRAP (FRAPL 100MG)	87h	EV
	Soro Fisiológico 0,9%	100 ml			CRM 3911
5	ELEXANE (40 40mg/ml)	40 mg	1 FRAP (FRAPL 40MG)	13/12h	SC
	Alta Viscosidade				CRM 3911
6	DIMETILFENOL (40 40mg)	40 mg	1 FRAP (FRAPL 40MG)	13/12h	EV
	Agua Destilada	18 ml			CRM 3911
7	NEPIRINA ASIN (500 10mg/ml)	1000 mg	1 ML (AMPL 1000MG)	87h	EV
	Agua Destilada	18 ml			CRM 3911
8	FLORANID (10 10mg/ml)	10 mg	1 ML (AMPL 10MG)	87h	EV
	Agua Destilada	18 ml			CRM 3911
9	SCINDIÇÃO VISCERAL DE ALIVIO		SN		CRM 3911
10	EXTRAÇÃO DENTÁRIA		SN		CRM 3911
11	PLACAGEM DENTÁRIA		SN		CRM 3911
12	SINAIS VITAIS				CRM 3911
13	SCALP REPARTEZADO				CRM 3911
14	HASNO NOTITE				CRM 3911
15	RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC		SN		CRM 3911
16	LOCATIVO CANTALABORA E GAZE ALCOOLADA MIORE				CRM 3911
17	COMPRESSÃO DENTÁRIA		SN		CRM 3911
Prof. Responsável: CRM 3911		FRANCISLIMA DE VASCONCELOS			

RP1541

NARA JESSICA DOS SANTOS VIEIRA

IP: 10.1.22.95

19/11/2019 09:48

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

18/11/2019 09:36

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61661150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE	Leito: LR-005/2	
Profissional(is): amnb1051, ENFERMEIRO(A), COREN 204526 [1] Nº: 43470849 29/08/2019 às 20:04			
CANCELADO DIA 29/08/2019 22:17:15 POR amnb1051.			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
Evolução de enfermagem	PACIENTE ENCAMINHADO AO INTERNAMENTO, EM PÓS OPERATÓRIO, BEG, CORADO, COMUNICATIVO, SEM QUEIXAS, EM USO DE AVP COM SOROTERAPIA E PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSD. NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES. [1]		
DISPOSITIVOS			
Acesso Venoso Periférico	Sim [1]		

ACOMPANHAMENTO ADULTO SINAIS VITAIS

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA

Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTESICA

Leito: LR-005/2

Tipo: Enfermagem

29/08/2019 às 21:10

Convênio: HAPVIDA ARACAJU

DL Nasc.: 21/04/1985

Prontuário: 12992811

Nº Documento: 23513057

Atendimento: 61681150

Profissionais: JOSINEIDE CASTOR IDORIO DOS SANTOS COREN 627545 [1] || LEOPRAN GONCALVES ANDRE COREN 710316 [2] ||

		29/08														30/08												
		07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	21:10	22:00	23:00	23:55	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	05:40	06:00
SINAIS VITAIS	Frequência Respiratória (mrpr)																19 [2]			19 [1]							19 [1]	
	Frequência Cardíaca (bpm)																85 [2]			80 [1]							80 [1]	
	Temperatura (°C)																36.5 [2]			36.2 [1]							36.1 [1]	
	Sinais Neurológicos																Respon do p. Estímulo [2]			Paciente Alerta [1]							Paciente Alerta [1]	
	Dor Torácica																NAO [2]			NAO [1]							NAO [1]	
	Pa Sistólica (mmHg)																120 [2]			120 [1]							120 [1]	
	Pa Diastólica (mmHg)																80 [2]			80 [1]							80 [1]	
	Classificação Mews																1 [2]			0 [1]							2 [1]	
	Pulso (bpm)																85 [2]											

Legenda do Protocolo MEWS:

MEWS 0 e 1 - Avaliação de 6 em 6 horas.

MEWS 2 - Avaliação de 4 em 4 horas.

MEWS 3 e 4 - Avaliação de 2 em 2 horas.

MEWS >= 5 - Avaliação de 1 em 1 hora.

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

18/11/2019 09:36

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61661150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO INTERNACAO - HGS	Leito: ENF07/2	
Profissional(is): amnb1051, ENFERMEIRO(A), COREN 204526 [1]		Nº: 43475321	29/08/2019 às 22:17
CANCELADO DIA 29/08/2019 22:22:40 POR amnb1051.			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
Evolução de enfermagem	PACIENTE ENCAMINHADO AO INTERNAMENTO, EM PÓS OPERATÓRIO MEDIATO DE APENDICECTOMIA, CURATIVO LIMPO, DRENÓ EM FOSSA ILIACA D COM COLETOR DE URINA INFANTIL, DRENANDO BASTANTE SECREÇÃO SANGUINOLENTA, BEG, DESCORADA, COMUNICATIVO, QUEIXA ÁLGICA, EU USO DE AVP COM SOROTERAPIA E PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSD. NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES. EM DIETA ZERO ATÉ SEGUNDA ORDEM, INICIADO ATB EM SALA.		[1]
DISPOSITIVOS			
Acesso Venoso Periférico	Sim		[1]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

18/11/2019 09:36

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61661150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO INTERNACAO - HGS	Leito: ENF07/2	
Profissional(is): THIAGO MOREIRA LEAL, MÉDICO, CRM 4728 [1] N°: 43474101 29/08/2019 às 21:37			
DIAGNÓSTICO			
Diagnóstico Clínico	S328	[1]	
Diagnóstico Cirúrgico	S324	[1]	
DADOS DA CIRURGIA			
Data Da Cirurgia	29/08/2019	[1]	
Hora Da Cirurgia	21:38	[1]	
Cirurgia	RAFI ACETABULO DIREITO	[1]	
Cirurgião	HILDELBARND LUBAMBO	[1]	
1º Auxiliar	THIAGO LEAL	[1]	
Códigos Dos Procedimentos	PCTE EM DECUBITO LATERAL ESQ A+A+CAMPOS ESTÉREIS ACESSO POSTERO-LATERAL DE KOCHER LANGENBEK DISSECÇÃO POR PLANOS RETIRADO FRAGMENTOS GOMINUTOS EM ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL DIREITA, E 1 FRAGMENTO GRANDE DD PAREDE POSTERIOR REALIZADA REDUÇÃO DE CABEÇA FEMORAL, COM REDUÇÃO DE FRAGMENTO DE PAREDE POSTERIOE E PASSAGEM DE PLACA DE RECONSTRUÇÃO MODALADA REALIZADA ESCÓPIA PARA CONTROLE REVISÃO DA HEMOSTASIA E LAVAGEM DA FERIDA CIRURGICA FECHAMENTO POR PLANOS CURATIVO ESTERIL A SRPA	[1]	

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

18/11/2019 09:36

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Ot. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61661150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARAÇAJU	Posto: POSTO INTERNACAO - HGS	Leito: ENF07/2	
Profissional(is): emnb1051, ENFERMEIRO(A), COREN 204526 [1]		Nº: 43475566	29/08/2019 às 22:25
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
Evolução de enfermagem	PACIENTE ENCAMINHADO AO INTERNAMENTO, EM PÓS OPERATÓRIO, BEG, CORADO, COMUNICATIVO, SEM QUEIXAS, EM USO DE AVP COM SOROTERAPIA E PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSD. NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES.		[1]
DISPOSITIVOS			
Acesso Venoso Periférico	Sim		[1]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 09:36

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61661150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO INTERNACAO - HGS	Leito: ENF07/2	
Profissional(is): ALVERINA NASCIMENTO CORRÊA, ENFERMEIRO(A), COREN 587783 [1] ; Nº: 43475578 29/08/2019 às 22:26			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
Evolução de enfermagem	PACIENTE PROCEDENTE DO CC, EM PÓS OPERATÓRIO, BEG, CORADO, COMUNICATIVO, SEM QUEIXAS, EM USO DE AVP COM SORO TERAPIA E PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSD. NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES. [1]		
DISPOSITIVOS			
Acesso Venoso Periférico	Sim [1]		

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 09:47

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61661150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO INTERNACAO - HGS	Leito: ENF07/2	
Profissional(is): JOSINEIDE CASTOR IZIDORIO DOS SANTOS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, Nº: 43482765 30/08/2019 às 06:47 COREN 627545 [1]			
DADOS DO PACIENTE			
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHÃ			
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE			
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE			
Hora	21:30		[1]
Hora			
Descrição	21:30 PACIENTE PROCEDENDO DO CQ EM MACA, CONSCIENTE, ORIENTADO SEM QUEIXAS, EUPNEICO, AFEBRIL AO TOQUE, EM USO DE AVP COM SOROTERAPIA EM GOTEJAMENTO, PACIENTE ORIENTADO A CHAMAR SEMPRE QUE NECESSÁRIO. E SEGUE EM COMPANHIA DE FAMILIAR E ÀOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. 22:00 ADMINISTRADO PROFENID.EV + DIPIRONA EV CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. 23:00 PACIENTE ACEITOU DIETA. 24:00 AFERIDO SINAIS VITAIS E VERIFICADO .PACIENTE SEGUE EM COMPANHIA DE FAMILIAR E ÀOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. DESPREZADO DIURESE700ML DA SVD DE COR CLARA 02:00 ADMINISTRADO KEFAZOL EV CPM.. 04:00 ADMINISTRADO TRMALDOL EV + DIPIRONA EV+PLAMET EV CPM.. 06:00 NÃO FOI ADM OMEPRAZOL POR A FARMACIA NÃO LIBEROU ENF CIENTE .PACIENTE SEGUE EM COMPANHIA DE FAMILIAR E ÀOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. DESPREZADO DIURESE 800ML DA SVD DE COR CLARA AFERIDO SINAIS VITAIS E CPM. 06:30 PACIENTE ACEITOU DIETA.DE HORARIO CPM.PACIENTE COM NAUSEAS .		[1]
CUIDADOS DE ENFERMAGEM			



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página

Emissão: 19/11/

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA		Dt. Nasc.: 21/04/1985		Atendimento: 61661150	
Convênio: HAPVIDA ARACAJU		Nº Prescrição: 73517405		Prontuário: 12992611	
Ponto: PÓSIO INTERNAÇÃO - HGS		Lecão: ENF072		Peso: 50,00 kg	
1. DOR: NISAL, 400mg, 12h PARA A DOA					
1. NISAL, 400mg		1 g	1 FRAC. (FRAC. 1000)	12h	EV
Aqua Destilada		15 ml			
2. CLOMIDROTRIV (100mg)					
Nome: Hidrogel 0,9%		100 mg	1 FRAC. (FRAC. 100MG)	12h	EV
		100 ml			
3. TRAMADOL (50 mg/ml)					
Nome: Hidrogel 0,9%		50 mg	1 ML (AMPL. 500MG)	12h	EV
		100 ml			
4. CLORAZEPATE (10 mg/ml)					
Alta: 10 mg/ml		10 mg	0.4 ML (AMPL. 40MG)	24h	SC
Alta: 10 mg/ml					
5. OMEPRAZOL (40 mg)					
Aqua Destilada		40 mg	1 FRAC. (FRAC. 40MG)	24h	EV
		15 ml			
6. DIFENIDOL (50 mg/ml)					
Aqua Destilada		1000 mg	2 ML (AMPL. 200MG)	6h	EV
		15 ml			
7. FLANET (50 mg/ml)					
Aqua Destilada		10 mg	1 ML (AMPL. 10MG)	6h	EV
		15 ml			
8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO					
9. CURATIVO PERINEAL					
10. CURATIVO PERINEAL					
11. CURATIVO PERINEAL					
12. CURATIVO PERINEAL					
13. CURATIVO PERINEAL					
14. CURATIVO PERINEAL					
15. CURATIVO PERINEAL					
16. CURATIVO PERINEAL					
17. CURATIVO PERINEAL					
18. CURATIVO PERINEAL					
19. CURATIVO PERINEAL					
20. CURATIVO PERINEAL					
21. CURATIVO PERINEAL					
22. CURATIVO PERINEAL					
23. CURATIVO PERINEAL					
24. CURATIVO PERINEAL					
25. CURATIVO PERINEAL					
26. CURATIVO PERINEAL					
27. CURATIVO PERINEAL					
28. CURATIVO PERINEAL					
29. CURATIVO PERINEAL					
30. CURATIVO PERINEAL					
31. CURATIVO PERINEAL					
32. CURATIVO PERINEAL					
33. CURATIVO PERINEAL					
34. CURATIVO PERINEAL					
35. CURATIVO PERINEAL					
36. CURATIVO PERINEAL					
37. CURATIVO PERINEAL					
38. CURATIVO PERINEAL					
39. CURATIVO PERINEAL					
40. CURATIVO PERINEAL					
41. CURATIVO PERINEAL					
42. CURATIVO PERINEAL					
43. CURATIVO PERINEAL					
44. CURATIVO PERINEAL					
45. CURATIVO PERINEAL					
46. CURATIVO PERINEAL					
47. CURATIVO PERINEAL					
48. CURATIVO PERINEAL					
49. CURATIVO PERINEAL					
50. CURATIVO PERINEAL					
51. CURATIVO PERINEAL					
52. CURATIVO PERINEAL					
53. CURATIVO PERINEAL					
54. CURATIVO PERINEAL					
55. CURATIVO PERINEAL					
56. CURATIVO PERINEAL					
57. CURATIVO PERINEAL					
58. CURATIVO PERINEAL					
59. CURATIVO PERINEAL					
60. CURATIVO PERINEAL					
61. CURATIVO PERINEAL					
62. CURATIVO PERINEAL					
63. CURATIVO PERINEAL					
64. CURATIVO PERINEAL					
65. CURATIVO PERINEAL					
66. CURATIVO PERINEAL					
67. CURATIVO PERINEAL					
68. CURATIVO PERINEAL					
69. CURATIVO PERINEAL					
70. CURATIVO PERINEAL					
71. CURATIVO PERINEAL					
72. CURATIVO PERINEAL					
73. CURATIVO PERINEAL					
74. CURATIVO PERINEAL					
75. CURATIVO PERINEAL					
76. CURATIVO PERINEAL					
77. CURATIVO PERINEAL					
78. CURATIVO PERINEAL					
79. CURATIVO PERINEAL					
80. CURATIVO PERINEAL					
81. CURATIVO PERINEAL					
82. CURATIVO PERINEAL					
83. CURATIVO PERINEAL					
84. CURATIVO PERINEAL					
85. CURATIVO PERINEAL					
86. CURATIVO PERINEAL					
87. CURATIVO PERINEAL					
88. CURATIVO PERINEAL					
89. CURATIVO PERINEAL					
90. CURATIVO PERINEAL					
91. CURATIVO PERINEAL					
92. CURATIVO PERINEAL					
93. CURATIVO PERINEAL					
94. CURATIVO PERINEAL					
95. CURATIVO PERINEAL					
96. CURATIVO PERINEAL					
97. CURATIVO PERINEAL					
98. CURATIVO PERINEAL					
99. CURATIVO PERINEAL					
100. CURATIVO PERINEAL					

RP1541

NARA JESSICA DOS SANTOS VIEIRA

IP: 10.1.22.95

19/11/2019 09:48

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Ot. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61661150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Nº Prescrição: 23518673	30/08/2019 às 09:27	
Posto: POSTO INTERNACAO - HGS	Leito: ENF07/2		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA			
Profissionais: LAIANE CRISTINA SANTOS MATOS (COREN 475197)			
1 - OBSERVAR			
NÍVEL DE ORIENTACAO	Manhã	Tarde	Noite
Nível de Consciência	Manhã	Tarde	Noite
PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA	Manhã	Tarde	Noite
PADRAO RESPIRATÓRIO	Manhã	Tarde	Noite
TGI	Manhã	Tarde	Noite
TGU	Manhã	Tarde	Noite
2 - REALIZAR/REGISTRANDO			
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	Manhã	Tarde	Noite
3 - RENOVAR/IDENTIFICANDO			
ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	Manhã	Tarde	Noite
4 - MANTER			
MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Manhã	Tarde	Noite
5 - INSPECIONAR/REGISTRANDO			
DATA DE EQUIPO	Manhã	Tarde	Noite
6 - SUPERVISIONAR			
ACEITAÇÃO DA DIETA	Manhã	Tarde	Noite
8 - COMUNICAR			
INTERCORRÊNCIAS	Manhã	Tarde	Noite

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

ACOMPANHAMENTO ADULTO SINAIS VITAIS

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA

Residência: POSTO INTERNACAO - RGS

Leito: ENF072

Tipo: Enfermagem

Data: 30/08/2019 às 11:48

Convênio: HAPVIDA ARACAJU

Data de Nascimento: 21/04/1985

Prontuário: 12992611

Nº Documento: 23551602

Atendimento: 61661150

Profissionais: LUCIANA ANDRADE DOS SANTOS COREN 621332 [1] II

		30/08																		31/08							
		07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	11:48	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	
SINAIS VITAIS	Frequência Respiratória (mmpr)						18 [1]																				
	Frequência Cardíaca (bpm)						76 [1]																				
	Temperatura (°C)						36.1 [1]																				
	Sinais Neurológicos						Paciente Alerta [1]																				
	Dor Torácica						NÃO [1]																				
	Sat O2 (%)						100 [1]																				
	Pa Sistólica (mmHg)						120 [1]																				
	Pa Diastólica (mmHg)						80 [1]																				
	Classificação Mews						0 [1]																				

Legenda do Protocolo MEWS:
MEWS 0 e 1 - Avaliação de 6 em 6 horas.
MEWS 2 - Avaliação de 4 em 4 horas.
MEWS 3 e 4 - Avaliação de 2 em 2 horas.
MEWS >= 5 - Avaliação de 1 em 1 hora.

QUESTIONÁRIO SATISFAÇÃO DO PACIENTE

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 09:47

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61661150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO INTERNACAO - HGS	Leito: ENF07/2	
Profissional(is): SILVÂNIA ELEN DE MELLO SOUSA COREN 87079 [1] Nº: 43496422 30/08/2019 às 11:49			
QUESTIONÁRIO			
Há Pendências para Abreviar Tratamento?		NÃO.	[1]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

18/11/2019 09:37

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61661150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO INTERNACAO - HGS	Lote: ENF07/2	
Profissional(is): GIULLIANA FEITOSA DA SILVA, MÉDICO, CRM 4828 (1) Nº: 43500161 30/08/2019 às 13:13			
DIAGNÓSTICOS			
CID10	S328 FRATURA DE OUTRAS PARTES DA COLUNA LOMBOSSACRA E DA Pelve E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS		(1)
CID10	S324 FRATURA DO ACETABULO		(1)

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 09:37

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61661150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO INTERNACAO - HGS	Leito: ENF07/2	

Profissional(is):	GIULLIANA FEITOSA DA SILVA, MÉDICO, CRM 4828 (1)	Nº: 43500190	30/08/2019	às 13:14
-------------------	--	--------------	------------	----------

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	1 dpo da RAFI de acetabulo. No momento, sem queixas. FO seca e sem flogose. Exames controle sem alterações. CD: ALTA HOSPITALAR COM ORIENTAÇÕES	[1]
CID 10	S328 FRATURA DE OUTRAS PARTES DA COLUNA LOMBOSSACRA E DA PELVE E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS	[1]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 09:37

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61661150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARAÇAJU	Posto: POSTO INTERNAÇÃO - HGS	Leito: ENF07/2	
Profissional(is): LAIANE CRISTINA SANTOS MATOS, ENFERMEIRO(A), COREN 475197, [1] , Nº: 43502909 30/08/2019 às 14:13			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
Evolução de enfermagem	PACIENTE CALMO, LUCIDO, ORIENTADO, PO DE FRAT DE FEMUR, EUPNEICO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICA, SEGUE DE ALTA HOSPITALAR		[1]
DISPOSITIVOS			
Acesso Venoso Periférico	Sim		[1]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 09:37

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Di. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61661150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO INTERNACAO - HGS	Leito: ENF07/2	
Profissional(is): LUCIANA ANDRADE DOS SANTOS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 821332 [1] Nº: 43508570 30/08/2019 às 16:14			
DADOS DO PACIENTE			
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHÃ			
Hora	07H RECEBO PLANTAO COM PACIENTE EM SEU LEITO CONSCIENTE E ORIENTADO, EUPNÉICO, ACIONÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EM PO DE FRATURA DE FEMUR. ACESSO VENOSO EM MSE, PULSERA DE ID EM MSD. ACOMPANHADO DE FAMILIAR. [1]		
Hora	08H REALIZADO BANHO NO LEITO. REALIZADO CURATIVO. [1]		
Hora	09H ACEITOU LANCHE. [1]		
Hora	10H ADMINISTRADO KEFAZOL EV CPM [1]		
Hora	12H ADMINISTRADO TRAMAL E PLAMET EV CPM ACEITOU DIETA. [1]		
Hora	12:59H RECEBEU VISITA MÉDICA RETIRADO SVD CPM [1]		
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE			
Hora	14H ADMINSTRADO DIPIRONA CPM. [1]		
Hora			
Intercorrências	15H QUIXANDO -SE DE DOR, ADMINISTRADO PROFEND ACM PACIENTE SEGUE DE ALTA, AGUARDA TRANSPORTE. [1]		
Hora	16H PACIENTE SEGUE DE ALTA, AGUARDA TRANSPORTE. [1]		
Hora	17H PACIENTE SAI DE ALTA EM MACA, ACOMPANHADO DE FAMILIAR E COLABORADOR, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, ACIONÓTIC, SEM QUEIXAS. [1]		
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE			
CUIDADOS DE ENFERMAGEM			

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61661150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Nº Prescrição: 23507411	29/08/2019 às 13:44	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES	Leito: LR-005/2		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA			
Profissionais: LARISSA TAVARES DE JESUS (COREN 535661)			
1 - OBSERVAR			
TGI	Manhã	Tarde	Noite
TGU	Manhã	Tarde	Noite
NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	Manhã	Tarde	Noite
Nível de Consciência	Manhã	Tarde	Noite
PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA	Mantido		
PADRAO RESPIRATÓRIO	Manhã	Tarde	Noite
2 - REALIZAR/REGISTRANDO			
MONITORIZAÇÃO DO DÉBITO URINÁRIO	Manhã	Tarde	Noite
MUDANÇA DE DECÚBITO A CADA 3 HORAS			
ASPIRAR SECREÇÕES, ANOTANDO ASPECTO	Manhã	Tarde	Noite
BALANÇO HÍDRICO	Manhã	Tarde	Noite
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	Manhã	Tarde	Noite
SSVV - PRESSÃO ARTERIAL	Manhã	Tarde	Noite
SSVV - FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	Manhã	Tarde	Noite
LAVAR SNG APÓS AS DIETAS			
Realizar Higiene Oral E Corporal E Ocular	Manhã	Tarde	Noite
SSVV - FREQUÊNCIA CARDÍACA	Manhã	Tarde	Noite
3 - RENOVAR/IDENTIFICANDO			
UMIDIFICADOR A CADA 24 HORAS			
TROCA DE CURATIVOS ATENTANDO PARA AS			
ACESSO VENOSO COM SCALP A CADA 24 HO			
ACESSO VENOSO COM JELCO A CADA 48 HO			
EQUIPO DE MEDICAÇÃO A CADA 24 HORAS			
EQUIPO DE SORO A CADA 24 HORAS			
BOMBA DE INFUSÃO A CADA 48 HORAS			
CATÉTER DE O2 A CADA 24 HORAS			
FIXAÇÃO DA SVD			
FIXAÇÃO DO TOT			
FIXAÇÃO DA SNG			
MÁSCARA DE AEROSOL A CADA 24 HORAS			
4 - MANTER			
MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL			
VIA AÉREA PÉRVIA			

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61661150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Nº Prescrição: 23507411	29/08/2019 às 13:44	
Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANES	Leito: LR-005/2		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA			
5 - INSPECIONAR/REGISTRANDO			
ÚLCERA DE PRESSÃO			
DATA DE EQUIPO			
DATA DE SNG			
DATA DE SVD			
DATA DE SNE			
INTOLERÂNCIA ALIMENTAR			
SANGRAMENTO TRANSVAGINAL			
DATA DE CURATIVOS			
DATA DO ACESSO VENOSO CENTRAL			
DATA DO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			
DATA DO LÁTEX			
6 - SUPERVISIONAR			
ACEITAÇÃO DA DIETA			
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA			
VALIDADE DAS MEDICAÇÕES			
7 - ORIENTAR			
ORIENTAR FAMÍLIA E PACIENTE QUANTO A R			
8 - COMUNICAR			
INTERCORRÊNCIAS			
ALTERAÇÕES HEMODINÂMICAS			

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 09:38

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61661150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE	Leito: LR-005/2	
Profissional(is): LARISSA TAVARES DE JESUS, ENFERMEIRO(A), COREN 535661 [1]			
Nº: 43454259 29/08/2019 às 13:45			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
Evolução da enfermagem	PACIENTE ADMITIDO NESSE SETOR CENTRO CIRURGICO PARA SUBMETER-SE A PROCEDIMENTO CIRURGICO FRATURA DE ACETABULO - AOS CUIDADOS DE DR. FRANCIS. EM USO DE PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSD. PACIENTE NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA. PACIENTE CALMO, CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM QUEIXAS. SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.		
DISPOSITIVOS			
Acesso Venoso Periférico	Sim [1]		

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 1 de 2

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 09:37

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61661150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE	Leito: LR-005/2	

 Profissional(is): DAMARIA SANTOS DA SILVA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 956224 Nº: 43455728 29/08/2019 às 14:15
 (1)

DADOS DA ADMISSÃO		
Data Da Cirurgia	29/08/2019	(1)
Cirurgia	FRATURA DO ACETABULO	(1)
ANTES DE ENCAMINHAR AO CC		
Sector De Admissão Do Paciente	URGENCIA	(1)
Identidade Do Paciente	SIM.	(1)
Avaliação Pré-Anestésica	SIM.	(1)
Realizados Protocolos De Instrumentais	SIM.	(1)
Demarcação Da Lateralidade Pelo Cirurgião	SIM.	(1)
Confirmação De Vaga Em Uti	NÃO SE APLICA.	(1)
Exames Complementares	SIM.	(1)
Retirada De Adornos/Próteses	SIM.	(1)
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	SIM.	(1)
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	SIM.	(1)
Confirmação De Reserva De Sangue	NÃO SE APLICA.	(1)
Paciente Refere Alergia	NÃO.	(1)
Paciente Refere Alergia		
Se sim, especifique	PCT NEGA	(1)
Paciente Está Em Jejum	SIM.	(1)
Paciente Está Em Jejum		
Quanto Tempo	12 HORAS	(1)
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA		
Identificação Do Paciente	SIM.	(1)
Opms Checado Em Sala Cirurgica	SIM.	(1)
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	SIM.	(1)
Alergias Do Paciente São Conhecidas	NÃO.	(1)
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	SIM.	(1)
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes So Risco De Perda Sanguinea	NÃO SE APLICA.	(1)
Via Aérea Difícil	NÃO SE APLICA.	(1)
Confirmação De Vaga Em Uti	NÃO SE APLICA.	(1)
Kit Cirurgico Completo Em Sala	NÃO.	(1)
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	SIM.	(1)
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	SIM.	(1)

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 09:37

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61661150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARAÇAJU	Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE	Leito: LR-005/2	

Sítio Demarcado Pelo Cirurgião	SIM.	[1]
Verificação De Anestésica Concluída	SIM.	[1]
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	SIM.	[1]
ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA		
Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	SIM.	[1]
Lateralidade Do Procedimento	Direita.	[1]
Paciente Certo	SIM.	[1]
Sítio Cirúrgico Identificado	SIM.	[1]
Procedimento	SIM.	[1]
ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS		
Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM.	[1]
Checagem Completa Dos Equipamentos	SIM.	[1]
Antibiótico profilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	SIM.	[1]
Checagem Completa Das Medicações Anestésicas	SIM.	[1]
Esterilização Do Material Confirmada E Válida	SIM.	[1]
Etapas Críticas, Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	SIM.	[1]
As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	SIM.	[1]
AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO		
Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	SIM.	[1]
As Contagem De Instrumentais Cirúrgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas	SIM.	[1]
Amostra Para Anatomia Patológica Está Identificada E Acondicionada Corretamente	NÃO SE APLICA.	[1]
Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	SIM.	[1]
A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente	SIM.	[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento	SIM.	[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento		
Especificar	DECUBITO LATERAL ESQUERDO	[1]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 09:37

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61661150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE	Leito: LR-005/2	
Profissional(is): DAMARIA SANTOS DA SILVA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 856224 Nº: 43456252 29/08/2019 às 14:26 (1)			
PACIENTE			
Data De Admissão	29/08/2019		[1]
PRÉ-OPERATÓRIO			
Tipo De Cirurgia	Eletiva.		[1]
Data Da Cirurgia	29/08/2019		[1]
Procedimento Cirúrgico Proposto	FRATURA DE ACETABULO		[1]
Pulseira De Identificação	MSD.		[1]
Comorbidades	PCT NEGA		[1]
Nome, dosagem, frequência	PCT NEGA		[1]
Alergia- Descrição	PCT NEGA		[1]
Avaliação Das Condições Emocionais	Cooperativa.		[1]
Orientações Ao Paciente	ANESTESIA.		[1]
CONFORTO			
SINAIS VITAIS			
T	36,4 °C		[1]
Pulso	66 bpm		[1]
PA	120X90 MMHG		[1]
OUTROS DADOS E SINAIS			
Sat O2	99 %		[1]
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS			
Data	29/08/2019		[1]
Hora	15:30		[1]
INTRA-OPERATÓRIO			
Responsável Pelo Recebimento	DAMARIA		[1]
Hora	15:45		[1]
Sala	02		[1]
Condições Da Pele ao início da cirurgia	INTEGRA		[1]
Início Da Anestesia	15:30		[1]
Término Da Anestesia	17:30		[1]
Início Da Cirurgia	16:00		[1]
Término Da Cirurgia	17:00		[1]
Instrumentador	DANIEL E ANTONIO		[1]
Circulante	DAMARIA		[1]
Posição do paciente durante o ato operatório	Lateral E.		[1]
Membro Ou Lado A Ser Operado	MID		[1]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

18/11/2018 09:37

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	DL Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61661150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE	Leito: LR-005/2	
Numero Inicial De Compressas	30 UD		[1]
Contagem Final De Compressas	30 UD		[1]
Medicações/hora	ADMINISTRADO POR DR. CARLOS ANDRE: DORMONID, FENTANIL, NEOCAINA ISOBARICA, CLONIDIN, DIMORF, LIDOCAINA 2% COM VASO, ROPIVACAINA, KETAMIN, KEFAZOL, OMEPRAZOL, DIPIRONA, BE XTRA, DECADRON, NAUSEDRON, TRANSAMIN, ARAMIN.		[1]
Tipo	Elétrico.		[1]
Número De Série	1293		[1]
Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	CORADA		[1]
Grau De Contaminação	LIMPA.		[1]
Encaminhamento Do Paciente	SRPA.		[1]
Encaminhamento Do Paciente			
Horário De Saída Da S.O	17:40		[1]

OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS
Observação

PACIENTE ADMITIDO NO C.C PARA SUBMETER-SE A PROCEDIMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE ACETABULO, PROCEDENTE DA URGENCIA, AOS CUIDADOS DA EQUIPE DR. WILDERBRANDO E EQUIPE, VEIO EM MACA, AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM, CALMO, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, DEAMBULANDO, COM PRONTUÁRIO COMPLETO+ EXAMES ANEXOS, PULSEIRINHA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSD, SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM AGUARDANDO PROCEDIMENTO CIRURGICO.

PACIENTE ADMITIDO NA SALA 02 SENDO POSICIONADO EM MESA CIRURGICA, MONITORIZADO COM MONITOR MULTIPARAMÊTROS + OXIMÉTRO DE PULSO. REALIZADO ACESSO VENOSO COM JELCO 20 EM MSE COM BOM FLUXO.

INÍCIO DA ANESTÉSIA. REALIZADO ANESTÉSIA RAQUE COM AGULHA 27+ SEDAÇÃO POR DR. CARLOS ANDRE COM SUCESSO.

REALIZADO DEGERMAÇÃO DA REGIÃO CIRURGICA COM CLOREXIDINA DEGERMANTE EM MID, FEITO ASSÉPSIA COM CLOREXIDINA ALCOOLICA.

INÍCIO DO PROCEDIMENTO CIRURGICO.

ABERTO EM MESA CIRURGICA 30 COMPRESSAS GRANDES, PELO INSTRUMENTADOR ANTONIO.

PACIENTE EM TRANS OPERATÓRIO REAGINDO BEM AO PROCEDIMENTO EM USO DE SOROTERAPIA POR AVP EM MSE COM BOM FLUXO, MONITORADO COM MULTIPARAMÊTROS + OXIMÉTRO DE PULSO, PLACA + BISTURI ELÉTRICO. SENDO ASSISTIDO POR DR. CARLOS ANDRE ANESTESISTA.

TÉRMINO DO PROCEDIMENTO CIRURGICO. REALIZADO CURATIVO COMPRESSIVO EM MID LIMPO E SECO.

REALIZADO CONFERÊNCIA DE COMPRESSAS TOTALIZANDO 30 COMPRESSAS CONTADAS E CONFERIDAS PELO INSTRUMENTADOR ANTONIO.

TÉRMINO DA ANESTÉSIA. PACIENTE APÓS ATO CIRURGICO EXTUBADO E ASPIRADO POR DR. CARLOS ANDRE, ENCAMINHADO PARA SRPA SONOLENTO SOB EFEITO ANESTÉSICO, CALMO, EUPNÉICO, AFÉBRIL, ACIONÓTICO, ANICTÉRICO, RESPONDENDO A SOLICITAÇÕES VERBAIS, EM USO DE SOROTERAPIA POR AVP EM MSE COM BOM FLUXO, CURATIVO CIRURGICO LIMPO E SECO, PRONTUÁRIO COMPLETO + EXAMES ANEXOS E PULSEIRINHA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSD, EXAMES ENTREGUE A TÉCNICA DE ENFERMAGEM RESPONSÁVEL PELA SRPA THAMIREZ. SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

18/11/2019 09:37

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 51661150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE	Leito: LR-005/2	

Intercorrências	SEGUE EM OBSERVAÇÃO	[1]
Eletrodos	TORAX	[1]
Incisão Cirúrgica	MID	[1]
Dreno	NÃO SE APLICA	[1]
Placa De Bisturi	MIE	[1]
Punções Venosas	MSE	[1]
Coxim	NÃO SE APLICA	[1]
PÓS-OPERATÓRIO		

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61661150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Nº Prescrição: 23507384	29/08/2019 às 13:43	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES	Leito: LR-005/2	Enfermeiro(a):	LARISSA TAVARES DE JESUS
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: TRATAMENTO

6 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Mantido:
-----------------------------	----------


ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
12992611	JONES WAGNER SANTOS SILVA	M	21/04/1985	34
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
30077834 SSP SE	83587357587		1-CASADO	
Endereço				
R TANCREDO CAMPOS 836 INDUSTRIAL ARACAJU-SE CEP:49065780				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
99302324		MARIA DAGMAR SANTOS SILVA		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
800535-RECEPCAO PRINCIPAL - HGS			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
29/08/2019	11:14		
Médico Atendente			Clinica
3372669 RODRIGO OLIVEIRA PASSOS			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
3372669 RODRIGO OLIVEIRA PASSOS			0 INTERNACAO
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano AUTO VIACAO MODELO LTDA	
800-HAPVIDA ARACAJU	2-PLANO EMPRESA ENFERMARIA - COLETIVO	
Carteira	Validade	
24042001603006029		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação		Leito
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
42060105	99996666	D26974809	INTERNACAO
42060105	52110125	D26974809	FRATURA DO ACETABULO - TRATAMENTO CIRURGICO COM 1 ACESSO
			Material - 99800406 - PARAFUSO CORTICAL 3.5 MM - QTDE: 1
			Material - 99829354 - PLACA DE RECONSTRUCAO ACETABULAR - QTDE: 1
			Material - 99943823 - PARAFUSO CORTICAL 3.5 X 18 MM - QTDE: 2
			Material - 99943825 - PARAFUSO CORTICAL 3.5 X 18 MM - QTDE: 2
			Material - 99943826 - PARAFUSO CORTICAL 3.5 X 20 MM - QTDE: 1
42078061	32040018	027258691	RAIOX BACIA (MEMBROS INFERIORES)
42078133	28040481	027257574	HEMOGRAMA COMPLETO (ERITROGRAMA + LEUCOGRAMA + AVALIACAO DE PLAQUETAS)

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:57

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800524/22	

Profissional(is): DIOGO SOBRAL BOMFIM CRM 4926 (1)	Nº: 43360999	27/08/2019	às 15:21
--	--------------	------------	----------

FORMULÁRIO			
Há Pendências para Abreviar Tratamento?	SIM*		[1]
Há Pendências para Abreviar Tratamento?			
Justificativa	Aguarda procedimento cirúrgico		[1]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

18/11/2019 08:57

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800524/22	

Profissional(is): APARECIDA SANTOS BARRETO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 788822 [1] JOCILENE MENEZES DOS SANTOS COREN 908227 [2]	Nº: 43333596 27/08/2019 às 04:05
---	----------------------------------

SINAIS E SINTOMAS
Sinais e Sintomas / Orientações De Enfermagem

AS 19:00HS RECEBO O PLANTÃO COM PACIENTE NO LEITO EM DD ,O MESMO COM FRATURA EM MID , CONCIENTE , ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL, ACIANOTICO, ANICTERICO, EM USO DE AVP, EM CIA DE FAMILIAR, SEGUE AOS CUIDADOS DA DEQUIPE. [1]

AS 20:00HS PACIENTE SOB OS CUIDADOS DA EM ENFERMAGEM

AS 21:00HS PACIENTE AVALIADO PELO MEDICO

AS 22:00HS ADMINISTRADO TRAMAL +100ML DE SFO,9% , PROFENID +100ML DE SFO ,9% ,DIPIRONA , DEXAMETASONA CPM .

AS 24:00HS AFERIDO SINAIS VITAIS PA :120X80MMHG ,TEMP 36°C

AS 02:00HS PACIENTE NO LEITO DORMINDO

AS 04:00HS PACIENTE SOB OS CUIDADOS DA ENFERMAGEM .

AS 06:00HS AFERIDO SINAIS VITAIS

AValiação De Risco

Hemorragia Puorperal

[2]

Lesão Por Pressão Adulto (Braden)

[2]

Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)

[2]

Queda Adulto (Morse)

[2]

Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)

[2]

Flebite

[2]

Tromboembolismo Venoso Clínico

[2]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:57

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560388	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARAÇAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800524/22	
Profissional(is): GIULLIANA FEITOSA DA SILVA CRM.4828 [1] Nº: 43359249 27/08/2019 às 14:48			
ANAMNESE			
Queixa Principal	Otimizo analgesia e prescrevo anti-trombolitico. [1]		
EXAME FÍSICO			
Aspecto Geral	Otimizo analgesia e prescrevo anti-trombolitico. [1]		

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:58

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARAÇAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800524/22	

Profissional(is): ANA ADRIANA BASTOS SILVA, ENFERMEIRO(A), COREN 538817 [1] Nº: 43367586 27/08/2019 às 17:35

DADOS DO PACIENTE
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHÃ

Hora		
	07:00 PACIENTE NO LEITO DA OBSERVAÇÃO MASCULINA AFEBRIL, EUPNEICO, ANTERICO EM USO DE AVF SORIFICADO COM JELCO 20 NO MSD, CALMO, ORIENTADO VERBALIZANDO.	[1]
	08:00 REALIZANDO BANHO NO LEITO+HIGIENE ORAL, AFERIDO SSVV PA12x80 T36 C R 20.	
	09:00 PACIENTE SEGUE EM OBSERVAÇÃO.	
	10:00 ADMINISTRADO MEDICAÇÃO DE HORARIO, DAPIRONA+ACEITA LANCHE OFERECIDO.	
	12:00 PACIENTE ACEITA ALMOÇO, AFERIDO SSVV PA12X70 T36.3C R22	
	14:00 ADMINISTRADO MEDICAÇÃO EV DE HORARIO CPM	
	15:00 PACIENTE ACEITA LACHE OFERECIDO.	
	17:00 ADMINISTRADO CLEXANE 40MG SC	
	1800PACIENTE MATENDO GUADRO AFERIDO SSVV PA 13X81 T36.8 R18 +ACEITA JANTA OFERECIDA COM BOA ACEITAÇÃO.	
	1900 PASSO O PLANTAO COM SEM ALTERAÇÃO.	

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE
CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:58

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	DI. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARAÇAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800524/22	
Profissional(is): JOCILENE MENEZES DOS SANTOS COREN 908227 [1] Nº: 43361657 27/08/2019 às 15:33			
SINAIS E SINTOMAS			
Administrado medicamento conforme prescrição médica. Segue sob cuidados de enfermagem	Sim		[1]
CUIDADOS DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	TRAMADOL AMPL 100MG EV 1/4 PREPARADO E ADMINISTRADO AS 15:33, EM 27/08/2019 POR JOCILENE MENEZES DOS SANTOS, COREN/SE 908227. DIFIRONA AMP AMPL 1000MG EV 1/4 PREPARADO E ADMINISTRADO AS 15:33, EM 27/08/2019 POR JOCILENE MENEZES DOS SANTOS, COREN/SE 908227. PROFENID IV FRAP 100MG EV 1/3 PREPARADO E ADMINISTRADO AS 15:33, EM 27/08/2019 POR JOCILENE MENEZES DOS SANTOS, COREN/SE 908227. CLEXANE SERI 40MG SC PREPARADO E ADMINISTRADO AS 15:33, EM 27/08/2019 POR JOCILENE MENEZES DOS SANTOS, COREN/SE 908227.		[1]
AValiação DE RISCO			
Hemorragia Puerperal	.		[1]
Lesão Por Pressão Adulto (Braden)	.		[1]
Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)	.		[1]
Queda Adulto (Morse)	.		[1]
Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)	.		[1]
Flebite	.		[1]
Tromboembolismo Venoso Clínico	.		[1]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

18/11/2019 08:58

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800524/22	
Profissional(is): MARCELA ISSA MARTINS, COREN 377098 [1]		Nº: 43365466	28/08/2019 às 07:29
CUIDADOS DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR 1 JUSTIFICADO AS 07:08, EM 28/08/2019 POR MARCELA ISSA MARTINS, COREN/SE 377098. MOTIVO: 2		[1]
	CALHA OU TALA MEMBRO SUPERIOR 1 JUSTIFICADO AS 07:08, EM 28/08/2019 POR MARCELA ISSA MARTINS, COREN/SE 377098. MOTIVO: 2		

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:58

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800524/22	

Profissional(is): MORGANA LYRA CAVALCANTE DE SOUZA CRM 4936 [1] Nº: 43416016 28/08/2019 às 17:10

ANAMNESE		
Queixa Principal	PACIENTE COM QUEIXA DE DOR EM TORAX ANTERIOR ESQUERDO, PIOR A MOBILIZAÇÃO E INSPIRAÇÃO PROFUNDA. COND: MANTENHO ANALGESIA E SOLICITO RX DE TORAX	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S798 OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DO QUADRIL E DA COXA	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
DIAGNÓSTICO		
CID10	S798 OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DO QUADRIL E DA COXA	[1]
CID10	S798 OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DO QUADRIL E DA COXA	[1]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 09:01

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61646789	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto:	Leito: /	

Profissional(is): RODRIGO OLIVEIRA PASSOS CRM 4808 [1]	Nº: 43430075 28/08/2019 às 23:56
--	----------------------------------

ANAMNESE

Queixa Principal	sou chamado na enfermaria, paciente com quadro de fratura luxação de acetábulo, reduzida há 4 dias porém novamente luxada após confirmação em tomografia. Refere também quadro de dor torácica (hemitórax esquerdo).	[1]
------------------	--	-----

CD: programo cirurgia de urgência para amanhã, converso sobre jejum, suspendo clexane, solicito radiografia de tórax.
dieta zero a partir das 6:00 horas.

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
---------------------	--------------------------	-----

CID10	S328 FRATURA DE OUTRAS PARTES DA COLUNA LOMBOSSACRA E DA Pelve e de partes não especificadas	[1]
-------	--	-----

Alergias	Não	[1]
----------	-----	-----

Medicação Em Uso	Não	[1]
------------------	-----	-----

Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
-----------------------------------	-----	-----

	99	[1]
--	----	-----

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral	sou chamado na enfermaria, paciente com quadro de fratura luxação de acetábulo, reduzida há 4 dias porém novamente luxada após confirmação em tomografia. Refere também quadro de dor torácica (hemitórax esquerdo).	[1]
---------------	--	-----

CD: programo cirurgia de urgência para amanhã, converso sobre jejum, suspendo clexane, solicito radiografia de tórax.
dieta zero a partir das 6:00 horas.

DIAGNÓSTICO

CID10	S328 FRATURA DE OUTRAS PARTES DA COLUNA LOMBOSSACRA E DA Pelve e de partes não especificadas	[1]
-------	--	-----

CID10	S328 FRATURA DE OUTRAS PARTES DA COLUNA LOMBOSSACRA E DA Pelve e de partes não especificadas	[1]
-------	--	-----

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 09:00

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61646789	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto:	Leito: /	
Profissional(ia): RODRIGO OLIVEIRA PASSOS, MÉDICO, CRM 4808 [1] Nº: 43436340 29/08/2019 às 08:41			
IDENTIFICAÇÃO			
Nº Atendimento	61646789		[1]
Nome Completo	JONES WAGNER SANTOS SILVA		[1]
Data De Nascimento	21/04/1985		[1]
Nome Da Mãe	MARIA DAGMAR SANTOS SILVA		[1]
Data Da Internação	28/08/2019		[1]
HDA / EXAME FÍSICO / CONDUITA			
SINAIS VITAIS			
FC	80 bpm		[1]
FR	16 mrpm		[1]
OUTROS DADOS E SINAIS			
COMORBIDADES			
DIAGNÓSTICO			
CID Principal	S328 FRATURA DE OUTRAS PARTES DA COLUNA LOMBOSSACRA E DA Pelve e de partes não especificadas		[1]
PARECER DO ESPECIALISTA			
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO			
Encaminhamento Do Paciente	POSTO DE ENFERMAGEM.		[1]



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2. Nº 41997638

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

1 - Registro Ans ANS Nº 0	3 - Data da Autorização 11/11/19	4 - Senha	5 - Data de Validade de Senha 11/11/19	6 - Data de Emissão da Guia 26/09/2018
------------------------------	-------------------------------------	-----------	---	---

DADOS DO BENEFICIÁRIO

7 - Número da Carteira 24042001603006029	8 - Plano PLANO EMPRESA APARTAMENTO	9 - Validade da Carteira
---	--	--------------------------

10 - Nome JONÉS WAGNER SANTOS SILVA	11 - Número da Carteira Nacional de Saúde
--	---

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

12 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361267000517	13 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS	14 - Código CNES 6137040
15 - Nome do Profissional Solicitante RODRIGO OLIVEIRA PASSOS	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 4808
18 - UF SE	19 - Código CBO S	

DADOS DO CONTRATO SOLICITADO/DADOS DA INTERNAÇÃO

20 - Código na Operadora/CNPJ/CPF	21 - Nome do Prestador
22 - Caracter da Solicitação U - Eletiva U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação 1 - Clínica 2 - Cirurgia 3 - Obstétrica 4 - Podotricia 5 - Psiquiátrica
24 - Regime de Internação 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Convalescer	25 - Dias Diários Solicitados

26 - Descrição Clínica FRATURA LUXAÇÃO POSTERIOR DE ACETÁBULO, SEM SUCESSO NA REDUÇÃO INCRUENTA.

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

27 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica	28 - Tempo de Doença A - Anos M - Meses D - Dias	29 - Indicação da Acidente 0 - Acidente ou Doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outras
30 - CID 10 PRINCIPAL S798	31 - CID 10 SECUNDÁRIO	32 - CID 10 (3)
33 - CID 10 (4)		

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtd. Solic.	38 - Qtd. Autor.

OMP SOLICITADOS

39 - Tabela	40 - Código da OMP	41 - Descrição OMP	42 - QTD	43 - FABRICANTE	44 - VALOR UNITÁRIO R\$

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

45 - DATA PROVÁVEL ADMISSÃO HOSP 11/11/19	46 - QTD DIÁRIAS AUTORIZADAS	47 - TIPO ACOMODACAO AUTORIZADA	48 - Código na Operadora/CNPJ/CPF
--	------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

49 - NOME DO PRESTADOR AUTORIZADO	50 - QTD DIÁRIAS SOLICITADAS
-----------------------------------	------------------------------

51 - OBSERVAÇÃO

52 - Data e Assinatura do Solicitante 19/11/2019	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	54 - Data e Assinatura do Responsável pelo Autorização
---	---	--

1 - Registro Ans ANS nº 0	3 - Nº Guia Principal 41997411	Prioridade Prioridade Alta	4 - Nº Guia da Operação	5 - Data da Autorização	6 - Senha	7 - Data de Validade da Senha	8 - Data de Emissão da Guia
------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	-------------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	-----------------------------

DADOS DO BENEFICIÁRIO

9 - Número da Carteira 24042001603006029	10 - Plano PLANO EMPRESA APARTAMENTO	11 - Validade da Carteira	12 - Nome JONES WAGNER SANTOS SILVA	13 - Número da Cartão Nacional de Saúde
---	---	---------------------------	--	---

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

14 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361267000517	15 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS	16 - Código CNES 6137040
17 - Nome do Profissional Solicitante GIULIANA FEITOSA DA SILVA	18 - Conselho Profissional CRM	19 - Número no Conselho 4828
20 - UF SE	21 - Código CBO S	

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

22 - Data/Hora da Solicitação	23 - Caracter da Solicitação U E - Eletro U - Urgência/Emergência	24 - CID 10 S798	25 - Indicação Clínica
-------------------------------	--	---------------------	------------------------

26 - Tabela	27 - Código do Procedimento	28 - Descrição	29 - Qtd. Solic.	30 - Qtd. Autor.
1 02	00010071	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	
2 02	32020015	RAIOX COLUNA CERVICAL: A.P. - LAT - T.O. OU FLEXAO	1	
3 02	32020040	RAIOX COLUNA DORSAL: A.P. - LATERAL	1	
4 02	32020074	RAIOX COLUNA LOMBO-SACRA COM OBLIQUAS E COM SELETI	1	
5 02	32040016	RAIOX BACIA (MEMBROS INFERIORES)	1	
6 02	32040040	RAIOX ARTICULACAO COXO-FEMURAL	1	

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

31 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361267000517	32 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS	33 - T. Log.	34-35-36 - Logradouro - Número - Complemento	37 - Município	38 - UF	39 - Cód. IBGE	40 - CEP	41 - Código CNES
41 - Código na Operadora/CNPJ/CPF do Exec. Complementar 3675627586	42 - Nome do Profissional Executante/Complementar GIULIANA FEITOSA DA SILVA	43 - Conselho Profissional CRM	44 - Número no Conselho 4828	45 - UF SE	46 - Código CBO S	46 a - Grau de Participação		

DADOS DO ATENDIMENTO

47 - Tipo de Atendimento 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - FRS - Terapia Renal Substitutiva	48 - Indicação de Acidente D - Acidente ou Doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	49 - Tipo de Saída 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito
---	---	--

CONSULTA REFERÊNCIA

50 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica	51 - Tempo de Doença A - Anos M - Meses D - Dias
--	---

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

52 - Data	53 - Hora Inicial	54 - Hora Final	55 - Tab	56 - Código do Procedimento	57 - Qtd.	58 - Via	59 - Tec	60 - % Red. / Acréscimo	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
				00010071 CONSULTA EM PRONTO S	1					0.00
				32020015 RAOX COLUNA CERVICA	1					0.00
				32020040 RAOX COLUNA DORSAL:	1					0.00
				32020074 RAOX COLUNA LOMBO-S	1					0.00
				32040016 RAOX BACIA (MEMBROS	1					0.00
				32040040 RAOX ARTICULACAO CO	1					0.00

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série	5 -	7 -	9 -
1 -	3 -	5 -	7 -
2 -	4 -	6 -	8 -
			10 -

64 - Observação

65 - Total Procedimentos - R\$	66 - Total Taxas e Aluguéis - R\$	67 - Total Materiais - R\$	68 - Total Medicamentos - R\$	69 - Total Diárias - R\$	70 - Total Gastos Médicos - R\$	71 - Total Geral da Guia - R\$
--------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	-------------------------------	--------------------------	---------------------------------	--------------------------------

86 - Data e Assinatura do Solicitante 19/11/2019 R3100ANS-1.20	87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 19/11/2019 NARA JESSICA DOS SANTOS VIEIRA	88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 19/11/2019	89 - Data e Assinatura do Prestador Executante
--	--	---	--

1 - Registro Ans ANS nº 0	3 - Nº Guia Principal 42001182	Prioridade Prioridade Alta	4 - Nº Guia da Operadora	5 - Data da Autorização	6 - Senha	7 - Data da Validade da Senha	8 - Data de Emissão da Guia
------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	--------------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	-----------------------------

DADOS DO BENEFICIÁRIO

9 - Número da Carteira 24042001603006029	10 - Plano PLANO EMPRESA APARTAMENTO	11 - Validade da Carteira	12 - Nome JONES WAGNER SANTOS SILVA	13 - Número do Cartão Nacional de Saúde
---	---	---------------------------	--	---

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

14 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361267000517	15 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS	16 - Código CNES 6137040
17 - Nome do Profissional Solicitante GIULIANA FEITOSA DA SILVA	18 - Conselho Profissional CRM	19 - Número no Conselho 4828
20 - UF SE	21 - Código CBO S	

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

22 - Data/Hora da Solicitação	23 - Caracter da Solicitação U - E - Eletiva U - Urgência/Emergência	24 - CID 10 S79B	25 - Indicação Clínica
-------------------------------	---	---------------------	------------------------

26 - Tabela	27 - Código do Procedimento	28 - Descrição	29 - Qtd. Solic.	30 - Qtd. Autor.
1 02	00010071	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	
2 02	28010540	CREATININA	1	
3 02	28011414	UREIA (SANGUE)	1	
4 02	28040139	COAGULOGRAMA COMPLETO	1	
5 02	28040481	HEMOGRAMA COMPLETO (ERITROGRAMA + LEUCOGRAMA + AVA	1	

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

31 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361267000517	32 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS	33 - T. Log.	34-35-36 - Logradouro - Número - Complemento	37 - Município	38 - UF	39 - Cód. IBGE	40 - CEP	41 - Código CNES
42 - Código na Operadora/CNPJ/CPF do Exec. Complementar 3675627586	42 - Nome do Profissional Executante/Complementar GIULIANA FEITOSA DA SILVA	43 - Conselho Profissional CRM	44 - Número no Conselho 4828	45 - UF SE	46 - Código CBO S	46 B - Grau de Participação		

DADOS DO ATENDIMENTO

47 - Tipo de Atendimento 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Tomografia 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Intermediário 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva	48 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou Doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	49 - Tipo de Saída 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Interrupção 5 - Alta 6 - Óbito
---	---	---

CONSULTA REFERÊNCIA

50 - Tipo da Doença A - Aguda C - Crônica	51 - Tempo da Doença A - Anos M - Meses D - Dias
--	---

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

52 - Data	53 - Hora Inicial	54 - Hora Final	55 - Tab	56 - Código do Procedimento	57 - Qtd.	58 - Via	59 - Tec.	60 - % Red. / Acréscimo	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
				00010071 CONSULTA EM PRONTO S	1					0.00
				28010540 CREATININA	1					0.00
				28011414 UREA (SANGUE)	1					0.00
				28040139 COAGULOGRAMA COMPLET	1					0.00
				28040481 HEMOGRAMA COMPLETO (	1					0.00

53 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série									
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -

54 - Observação

65 - Total Procedimentos - R\$	66 - Total Taxas e Aluguéis - R\$	67 - Total Materiais - R\$	68 - Total Medicamentos - R\$	69 - Total Clínicas - R\$	70 - Total Gastos Medicinais - R\$	71 - Total Gastos da Guia - R\$
--------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	-------------------------------	---------------------------	------------------------------------	---------------------------------

86 - Data e Assinatura do Solicitante 19/11/2019	87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	89 - Data e Assinatura do Prestador Executante
---	--	---	--

1 - Registro Ans ANS nº 0	3 - Nº Guia Principal 41999659	Prioridade Prioridade Alta	4 - Nº Guia da Operadora	5 - Data da Autorização	6 - Senha	7 - Data de Validade da Senha	8 - Data de Emissão da Guia
------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	--------------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	-----------------------------

DADOS DO BENEFICIÁRIO

9 - Número da Carteira 24042001603008029	10 - Plano PLANO EMPRESA APARTAMENTO	11 - Validade da Carteira	12 - Nome JONES WAGNER SANTOS SILVA	13 - Número do Cartão Nacional de Saúde
---	---	---------------------------	--	---

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

14 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361267000517	15 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS	16 - Código CNES 6137040
17 - Nome do Profissional Solicitante GIULIANA FEITOSA DA SILVA	18 - Conselho Profissional CRM	19 - Número no Conselho 4828
20 - UF SE	21 - Código CBO S	

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

22 - Data/Hora da Solicitação	23 - Centro da Solicitação U - Eletiva U - Urgência/Emergência	24 - CID 10 S798	25 - Indicação Clínica
-------------------------------	---	---------------------	------------------------

26 - Tabela	27 - Código do Procedimento	28 - Descrição	29 - Qtd. Solic.	30 - Qtd. Autor.
1 - 02	00010071	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	
2 -	-	-		
3 -	-	-		
4 -	-	-		
5 -	-	-		

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

31 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361267000517	32 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS	33 - T. Log.	34-35-38 - Logradouro - Número - Complemento	37 - Município	38 - UF	39 - Cód. IBGE	40 - CEP	41 - Código CNES
42 - Código na Operadora/CNPJ/CPF do Exec. Complementar 3675627586	43 - Nome do Profissional Executante/Complementar GIULIANA FEITOSA DA SILVA	44 - Conselho Profissional CRM	45 - Número no Conselho 4828	46 - UF SE	47 - Código CBO S	48 - Grau de Participação		

DADOS DO ATENDIMENTO

49 - Tipo de Atendimento 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Intermitente 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva	48 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou Doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	49 - Tipo de Solu. 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito
--	---	---

CONSULTA REFERÊNCIA

50 - Tipo da Doença A - Aguda C - Crônica	51 - Tempo da Doença A - Anos M - Meses D - Dias
--	---

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

52 - Data	53 - Hora Inicial	54 - Hora Final	55 - Tab	56 - Código do Procedimento	57 - Qtd.	58 - Via	59 - Tec	60 - %Rad. / Acréscimo	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
				00010071 CONSULTA EM PRONTO S	1					0,00

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série	1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -
--	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

64 - Observação

65 - Total Procedimentos - R\$	66 - Total Taxas e Aluguéis - R\$	67 - Total Materiais - R\$	68 - Total Medicamentos - R\$	69 - Total Diárias - R\$	70 - Total Gastos Medicinais - R\$	71 - Total Geral da Guia - R\$
--------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	-------------------------------	--------------------------	------------------------------------	--------------------------------

86 - Data e Assinatura do Solicitante 19/11/2019	87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	89 - Data e Assinatura do Prestador Executante
---	--	---	--

1 - Registro Ans ANS nº 0	3 - Nº Guia Principal 41998255	Prioridade Prioridade Alta	4 - Nº Guia da Operadora	5 - Data da Autorização	6 - Senha	7 - Data de Validade da Senha	8 - Data de Emissão da Guia
------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	--------------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	-----------------------------

DADOS DO BENEFICIÁRIO

9 - Número da Carteira 24042001603006029	10 - Plano PLANO EMPRESA APARTAMENTO	11 - Validade da Carteira	12 - Nome JONES WAGNER SANTOS SILVA	13 - Número do Cartão Nacional de Saúde
---	---	---------------------------	--	---

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

14 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361267000517	15 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS	16 - Código CNES 6137040
17 - Nome do Profissional Solicitante GIULIANA FEITOSA DA SILVA	18 - Conselho Profissional CRM	19 - Número no Conselho 4828
20 - UF SE	21 - Código CBO S	

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

22 - Data/Hora da Solicitação	23 - Caracter da Solicitação U - Eletiva U - Urgência/Emergência	24 - CID 10 S79B	25 - Indicação Clínica
-------------------------------	---	---------------------	------------------------

26 - Tabela	27 - Código do Procedimento	28 - Descrição	29 - Qtd. Solic.	30 - Qtd. Autor.
1 02	00010071	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	
2 02	52230015	CALHA OU TALA MEMBRO SUPERIOR	1	
3 02	52230023	CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR	1	
4				
5				

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

31 - Código na Operadora/CNPJ/CPF	32 - Nome do Contratado	33 - T. Log.	34-35-36 - Logradouro - Número - Complemento	37 - Município	38 - UF	39 - Cód. IBGE	40 - CEP	41 - Código CNES
42 - Nome do Profissional Executante/Complementar 3675627586	42 - Nome do Profissional Executante/Complementar GIULIANA FEITOSA DA SILVA	43 - Conselho Profissional CRM	44 - Número no Conselho 4828	45 - UF SE	46 - Código CBO S	48 a - Grau de Participação		

DADOS DO ATENDIMENTO

47 - Tipo de Atendimento 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva	48 - Indicação de Acidente D - Acidente ou Doença relacionado ao trabalho 1 - Trabalho 2 - Outros	49 - Tipo da Saúde 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito
---	---	--

CONSULTA REFERÊNCIA

50 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica	51 - Tempo da Doença A - Anos M - Meses D - Dias
--	---

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

52 - Data	53 - Hora Inicial	54 - Hora Final	55 - Tab	56 - Código do Procedimento	57 - Qtd.	58 - Via	59 - Tec	60 - %Rad. / Anestésico	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
				00010071 CONSULTA EM PRONTO S	1					0.00
				52230015 CALHA OU TALA MEMBRO	1					0.00
				52230023 CALHA OU TALA MEMBRO	1					0.00

63 - Data e Assinatura do Procedimentos em Série 1 - 1 2 - 2 3 - 3 4 - 4 5 - 5 6 - 6 7 - 7 8 - 8 9 - 9

64 - Observação

65 - Total Procedimentos - R\$	66 - Total Taxas e Autógrafos - R\$	67 - Total Materiais - R\$	68 - Total Medicamentos - R\$	69 - Total Diárias - R\$	70 - Total Gases Médicos - R\$	71 - Total Geral da Guia - R\$
--------------------------------	-------------------------------------	----------------------------	-------------------------------	--------------------------	--------------------------------	--------------------------------

86 - Data e Assinatura do Solicitante 19/11/2019	87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	89 - Data e Assinatura do Prestador Executante
---	--	---	--



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA -- SP/SADT Nº

41998239

1 - Registro Ans ANS nº 0	3 - Nº Guia Principal 41998239	Prioridade Prioridade Alta	4 - Nº Guia da Operadora	5 - Data da Autorização	6 - Senha	7 - Data de Validade da Senha	8 - Data de Emissão da Guia
------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	--------------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	-----------------------------

DADOS DO BENEFICIÁRIO

9 - Número da Carteira 24042001603006029	10 - Plano PLANO EMPRESA APARTAMENTO	11 - Validade da Carteira	12 - Nome JONES WAGNER SANTOS SILVA	13 - Número do Cartão Nacional de Saúde
---	---	---------------------------	--	---

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

14 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361267000517	15 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS	16 - Código CNES 8137040
17 - Nome do Profissional Solicitante GIULLIANA FEITOSA DA SILVA	18 - Conselho Profissional CRM	19 - Número no Conselho 4828
20 - UF SE	21 - Código CBO S	

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

22 - Data/Hora da Solicitação	23 - Caracter de Solicitação U - E - Eletiva U - Urgência/Emergência	24 - CID-10 S798	25 - Indicação Clínica
-------------------------------	---	---------------------	------------------------

26 - Tabela	27 - Código do Procedimento	28 - Descrição	29 - Qtd. Solic.	30 - Qtd. Autor.
1 02	00010071	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	
2	-			
3	-			
4	-			
5	-			

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

31 - Código na Operadora/CNPJ/CPF	32 - Nome do Contratado	33 - T. Log.	34-35-36 - Logradouro - Número - Complemento	37 - Município	38 - UF	39 - Cód. IBGE	40 - CEP	41 - Código CNES
41 - Código na Operadora/CNPJ/CPF do Exec. Complementar 3675627586	42 - Nome do Profissional Executante/Complementar GIULLIANA FEITOSA DA SILVA	43 - Conselho Profissional CRM	44 - Número no Conselho 4828	45 - UF SE	46 - Código CBO S	46 a - Grau de Participação		

DADOS DO ATENDIMENTO

47 - Tipo de Atendimento 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva	48 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	49 - Tipo de Solu. 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito
---	---	---

CONSULTA REFERÊNCIA

50 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica	51 - Tempo de Doença A - Anos M - Meses D - Dias
--	---

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

52 - Data	53 - Hora Inicial	54 - Hora Final	55 - Tot.	56 - Código do Procedimento	57 - Qtd.	58 - Via	59 - Tec.	60 - %Red. / Acréscimo	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
				00010071 CONSULTA EM PRONTO S	1					0,00

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série	3 -	5 -	7 -	9 -
1 -	4 -	6 -	8 -	10 -

64 - Observação

65 - Total Procedimentos - R\$	66 - Total Taxas e Aluguéis - R\$	67 - Total Materiais - R\$	68 - Total Medicamentos - R\$	69 - Total Diárias - R\$	70 - Total Gases Médicos - R\$	71 - Total Geral da Guia - R\$
--------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	-------------------------------	--------------------------	--------------------------------	--------------------------------

88 - Data e Assinatura do Solicitante 19/11/2019	87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	86 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	88 - Data e Assinatura do Prestador Executante
---	--	---	--

1 - Registro Ans ANS nº 0	3 - Nº Guia Principal 41997637	Prioridade Prioridade Alta	4 - Nº Guia de Operadora	5 - Data da Autorização	6 - Senha	7 - Data de Validade da Senha	8 - Data de Emissão da Guia
------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	--------------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	-----------------------------

DADOS DO BENEFICIÁRIO

9 - Número da Carteira 24042001603006029	10 - Plano PLANO EMPRESA APARTAMENTO	11 - Validade da Carteira	12 - Nome JONES WAGNER SANTOS SILVA	13 - Número do Cartão Nacional da Saúde
---	---	---------------------------	--	---

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

14 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361267000517	15 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS	16 - Código CNES 6137040
17 - Nome do Profissional Solicitante GIULIANA FEITOSA DA SILVA	18 - Conselho Profissional CRM	19 - Número no Conselho 4826
20 - UF SE	21 - Código CBO S	

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

22 - Data/Hora da Solicitação	23 - Caracter da Solicitação U E - Eletivo U - Urgência/Emergência	24 - CIO 10 S798	25 - Indicação Clínica
-------------------------------	---	---------------------	------------------------

26 - Tabela	27 - Código do Procedimento	28 - Descrição	29 - Qtd. Solic.	30 - Qtd. Autor.
1 02	00010071	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	
2 02	28040139	COAGULOGRAMA COMPLETO	1	
3 02	28040481	HEMOGRAMA COMPLETO (ERITROGRAMA + LEUCOGRAMA + AVA	1	
4	-			
5	-			

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

31 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361267000517	32 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS	33 - T. Log.	34-35-36 - Logradouro - Número - Complemento	37 - Município	38 - UF	39 - Cod. IBGE	40 - CEP	41 - Código CNES
42 - Código na Operadora/CNPJ/CPF do Exec. Complementar 3675627586	42 - Nome do Profissional Executor/Complementar GIULIANA FEITOSA DA SILVA	43 - Conselho Profissional CRM	44 - Número no Conselho 4826	45 - UF SE	46 - Código CBO S	46 a - Grau de Participação		

DADOS DO ATENDIMENTO

47 - Tipo de Atendimento 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapia 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva	48 - Indicação do Acidente 0 - Acidente ou Doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	49 - Tipo de Saída 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Interrupção 5 - Alta 6 - Óbito
--	---	---

CONSULTA REFERÊNCIA

50 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica	51 - Tempo de Doença A - Anos M - Meses D - Dias
--	---

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

52 - Data	53 - Hora Inicial	54 - Hora Final	55 - Tab	56 - Código do Procedimento	57 - Qtd.	58 - Via	59 - Tec	60 - % Red. / Acréscimo	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
				00010071	1					0.00
				28040139	1					0.00
				28040481	1					0.00

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série									
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -

64 - Observação

65 - Total Procedimentos - R\$	66 - Total Taxas e Aluguéis - R\$	67 - Total Materiais - R\$	68 - Total Medicamentos - R\$	69 - Total Clínicas - R\$	70 - Total Gases Medicinais - R\$	71 - Total Geral da Guia - R\$
--------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	-------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

86 - Data e Assinatura do Solicitante 19/11/2019	87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	89 - Data e Assinatura do Prestador Executor
---	--	---	--

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

1 - Registro Ans RNS No.: 03.2.000	3 - Data de Autorização 11/11/19	4 - Senha	5 - Data de Validade da Senha 11/11/19	6 - Data de Emissão do Guia 28/08/2019
---------------------------------------	-------------------------------------	-----------	---	---

DADOS DO BENEFICIÁRIO

7 - Número do Cartão 24042001803006029	8 - Plano PLANO EMPRESA APARTAMENTO	9 - Validade da Carteira
---	--	--------------------------

10 - Nome JONES WAGNER SANTOS SILVA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
--	---

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

12 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361207000517	13 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOS	14 - Código CNEB 8137040
15 - Nome do Profissional Solicitante RODRIGO OLIVEIRA PASSOS	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 4808
18 - UF SE	19 - Código CBO S	

DADOS DO CONTRATO SOLICITADO/DADOS DA INTERNAÇÃO

20 - Código na Operadora/CNPJ/CPF	21 - Nome do Prestador
22 - Tipo de Solicitação E - Eletivo U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação 1 - Clínica 2 - Cirurgia 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica
24 - Regime de Internação 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	25 - Data Diária Solicitada

26 - Indicação Clínica
FRATURA LUXAÇÃO DE ACETÁBULO.

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

27 - CID 10 (1)	28 - Tempo da Doença A - Anos M - Meses D - Dias	29 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou Doença relacionada ao trabalho 1 - Trabalho 2 - Outros
30 - CID 10 PRINCIPAL 8328	31 - CID 10 SECUNDÁRIO	32 - CID 10 (3)
		33 - CID 10 (4)

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

34 - Tabela	35 - Código de Procedimento	36 - Descrição	37 - Qde. Solic.	38 - Qde. Autor.
	52110125	FRATURA DO ACETABULO - TRATAMENTO CIRURGICO COM	01	

OMP SOLICITADOS

39 - Tabela	40 - Código do OMP	41 - Descrição OMP	42 - QTDE	43 - FABRICANTE	44 - VALOR UNITÁRIO R\$

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

45 - Data e Assinatura do Solicitante	46 - QTDE DIÁRIAS AUTORIZADAS	47 - TIPO ACOMODACAO AUTORIZADA	48 - Código na Operadora/CNPJ/CPF
19/11/2019			
49 - QDE DIÁRIAS AUTORIZADAS AUTORIZADO			50 - QTDE DIÁRIAS SOLICITADAS

51 - OBSERVAÇÃO
PLACA DE RECONSTRUÇÃO
PARAFUSOS CORTICAIS (8)

52 - Data e Assinatura do Solicitante 19/11/2019	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
---	---	--

DADOS DO BENEFICIÁRIO**DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE****DADOS DA SOLICITAÇÃO, PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS**DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTEDADOS DO ATENDIMENTO

CONSULTA REFERENCIA

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

10.1.22.95

1 - Registro Ans ANS nº 0	3 - Nº Guia Principal 42052196	Prioridade Prioridade Alta	4 - Nº Guia da Operadora	5 - Data da Autorização	6 - Senha	7 - Data da Validade da Senha	8 - Data da Emissão da Guia
------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	--------------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	-----------------------------

DADOS DO BENEFICIÁRIO

9 - Número da Carteira 24042001603006029	10 - Plano PLANO EMPRESA APARTAMENTO	11 - Validade da Carteira	12 - Nome JONES WAGNER SANTOS SILVA	13 - Número do Cartão Nacional de Saúde
---	---	---------------------------	--	---

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

14 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361267000517	15 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS	16 - Código CNES 6137040
17 - Nome do Profissional Solicitante GIULIANA FEITOSA DA SILVA	18 - Conselho Profissional CRM	19 - Número no Conselho 4828
	20 - UF SE	21 - Código CBO S

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

22 - Data/Hora da Solicitação	23 - Caráter da Solicitação U - Eletiva U - Urgência/Emergência	24 - CID 10 S788	25 - Indicação Clínica
-------------------------------	--	---------------------	------------------------

26 - Tabela	27 - Código do Procedimento	28 - Descrição	29 - Qtd Solic.	30 - Qtd Autor.
1 02	00010071	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	
2 02	32050038	RAIOX TORAX P.A.	1	
3	-			
4	-			
5	-			

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

31 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361267000517	32 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS	33 - T. Log.	34-35-36 - Logradouro - Número - Complemento	37 - Município	38 - UF	39 - Cód. IBGE	40 - CEP	41 - Código CNES
42 - Nome do Profissional Executante/Complementar GIULIANA FEITOSA DA SILVA	43 - Conselho Profissional CRM	44 - Número no Conselho 4828	45 - UF SE	46 - Código CBO S	48 a - Grau de Participação			

DADOS DO ATENDIMENTO

47 - Tipo de Atendimento 01 - Ressonância 02 - Pequena Cirurgia 03 - Tomografia 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva	48 - Indicação do Acidente 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	49 - Tipo de Saida 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito
---	---	--

CONSULTA REFERÊNCIA

50 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica	51 - Tempo de Doença A - Anos M - Meses D - Dias
--	---

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

52 - Data	53 - Hora Inicial	54 - Hora Final	55 - Tab	56 - Código do Procedimento	57 - Qtd.	58 - Via	59 - Tec	60 - %Red. / Acréscimo	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
				00010071 CONSULTA EM PRONTO S	1					0.00
				32050038 RAOX TORAX P.A.	1					0.00

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série	1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -
--	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

64 - Observação

65 - Total Procedimentos - R\$	66 - Total Taxas e Aluguéis - R\$	67 - Total Materiais - R\$	68 - Total Medicamentos - R\$	69 - Total Órarias - R\$	70 - Total Gastos Médicos - R\$	71 - Total Geral da Guia - R\$
--------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	-------------------------------	--------------------------	---------------------------------	--------------------------------

82 - Data e Assinatura do Solicitante 19/11/2019	83 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	84 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	85 - Data e Assinatura do Prestador Executante
---	--	---	--

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:53

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Ot. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800524/22	
Profissional(is): MARIA EDILMA CORREIA DOS SANTOS FELIX COREN 959582 [1] Nº: 43330786 26/08/2019 às 23:54			
SINAIS E SINTOMAS			
Administrado medicamento conforme prescrição médica. Segue sob cuidados de enfermagem	Sim		[1]
CUIDADOS DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	PROFENID IV FRAP 100MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 23:54, EM 26/08/2019 POR MARIA EDILMA CORREIA DOS SANTOS FELIX, COREN/SE 959582. DAPIRONA AMP AMPL 1000MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 23:54, EM 26/08/2019 POR MARIA EDILMA CORREIA DOS SANTOS FELIX, COREN/SE 959582. TRAMADOL AMPL 100MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 23:55, EM 26/08/2019 POR MARIA EDILMA CORREIA DOS SANTOS FELIX, COREN/SE 959582. DEXAMETASONA AMPL 10MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 23:55, EM 26/08/2019 POR MARIA EDILMA CORREIA DOS SANTOS FELIX, COREN/SE 959582.		[1]
AVALIAÇÃO DE RISCO			
Hemorragia Puerperal	.		[1]
Lesão Por Pressão Adulto (Braden)	.		[1]
Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)	.		[1]
Queda Adulto (Morso)	.		[1]
Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)	.		[1]
Flebite	.		[1]
Tromboembolismo Venoso Clínico	.		[1]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:53

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Ot. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800524/22	

Profissional(is): MARIA EDILMA CORREIA DOS SANTOS FELIX COREN 959582 [1] Nº: 43330786 26/08/2019 às 23:54

SINAIS E SINTOMAS

Administrado medicamento conforme prescrição médica. Segue sob cuidados de enfermagem

Sim

[1]

CUIDADOS DE ENFERMAGEM
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE

PROFENID IV FRAP 100MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 23:54, EM 26/08/2019 POR MARIA EDILMA CORREIA DOS SANTOS FELIX, COREN/SE 959582.

[1]

DIPIRONA AMP AMPL 1000MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 23:54, EM 26/08/2019 POR MARIA EDILMA CORREIA DOS SANTOS FELIX, COREN/SE 959582.

TRAMADOL AMPL 100MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 23:55, EM 26/08/2019 POR MARIA EDILMA CORREIA DOS SANTOS FELIX, COREN/SE 959582.

DEXAMETASONA AMPL 10MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 23:55, EM 26/08/2019 POR MARIA EDILMA CORREIA DOS SANTOS FELIX, COREN/SE 959582.

AValiação DE RISCO

Hemorragia Puerperal

[1]

Lesão Por Pressão Adulto (Braden)

[1]

Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)

[1]

Queda Adulto (Morse)

[1]

Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)

[1]

Flóide

[1]

Tromboembolismo Venoso Clínico

[1]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:53

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800524/22	
Profissional(is): RODRIGO OLIVEIRA PASSOS CRM 4808 [1]			
Nº: 43279313 26/08/2019 às 07:17			
ANAMNESE			
Queixa Principal	EM TEMPO: PACIENTE COM MOBILIZAÇÃO ATIVA DO PÉ E SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES. [1]		

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:53

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560388	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800524/22	
Profissional(is): JOCILENE MENEZES DOS SANTOS COREN 908227 (1)		Nº: 43280636	26/08/2019 às 07:58

SINAIS E SINTOMAS	
Administrado medicamento conforme prescrição médica. Segue sob cuidados de enfermagem	Sim [1]
CUIDADOS DE ENFERMAGEM	
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	FENTANIL AMPL 1ML EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 07:58, EM 26/08/2019 POR JOCILENE MENEZES DOS SANTOS, COREN/SE 908227. FLUMAZENIL AMPL ,5MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 07:58, EM 26/08/2019 POR JOCILENE MENEZES DOS SANTOS, COREN/SE 908227. DORMONID AMPL 15MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 07:59, EM 26/08/2019 POR JOCILENE MENEZES DOS SANTOS, COREN/SE 908227. CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR 1 REALIZADO AS 07:59, EM 26/08/2019 POR JOCILENE MENEZES DOS SANTOS, COREN/SE 908227. CALHA OU TALA MEMBRO SUPERIOR 1 REALIZADO AS 07:59, EM 26/08/2019 POR JOCILENE MENEZES DOS SANTOS, COREN/SE 908227.
AVALIAÇÃO DE RISCO	
Hemorragia Puerperal	[1]
Lesão Por Pressão Adulto (Braden)	[1]
Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)	[1]
Queda Adulto (Morse)	[1]
Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)	[1]
Flebite	[1]
Tromboembolismo Venoso Clínico	[1]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:53

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARAÇAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800524/22	
Profissional(is): MORGANA LYRA CAVALCANTE DE SOUZA CRM 4936 [1]		Nº: 43281672	26/08/2019 às 08:21
ANAMNESE			
Queixa Principal	PACIENTE COM LUXAÇÃO REDUZIDA E JA REALIZADA TRAÇÃO CUTANEA COND: SOLICITO SUSPENSÃO DO PEDIDO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO NO MOMENTO SOLICITO TC DE QUADRIL D		[1]
Queixa Principal			
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>		[1]
CID10	S798 OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DO QUADRIL E DA COXA		[1]
Alergias	Não		[1]
Medicação Em Uso	Não		[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não		[1]
EXAME FÍSICO			
Aspecto Geral	PACIENTE COM LUXAÇÃO REDUZIDA E JA REALIZADA TRAÇÃO CUTANEA COND: SOLICITO SUSPENSÃO DO PEDIDO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO NO MOMENTO SOLICITO TC DE QUADRIL D		[1]
DIAGNÓSTICO			
CID10	S798 OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DO QUADRIL E DA COXA		[1]
CID10	S798 OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DO QUADRIL E DA COXA		[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:53

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800524/22	
Profissional(is): OIOGO SOBRAL BOMFIM CRM 4928 (1)		Nº: 43288839	26/08/2019 às 10:17
FORMULÁRIO			
Há Pendências para Abreviar Tratamento?	SIM*		[1]
Há Pendências para Abreviar Tratamento?			
Justificativa	Aguarda Tc		[1]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:54

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800524/22	
Profissional(is): MARIA EDILMA CORREIA DOS SANTOS FELIX COREN 959582 [1] MARIA ELIZANGELA OLIVEIRA DOS SANTOS COREN 847316 [2]		Nº: 43294371	26/08/2019 às 11:36

SINAIS E SINTOMAS

Administrado medicamento conforme prescrição médica. Segue sob cuidados da enfermagem

Sim

[1]

CUIDADOS DE ENFERMAGEM
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE

TRAMADOL AMPL 100MG EV 1/3 PREPARADO E ADMINISTRADO AS 11:36, EM 26/08/2019 POR MARIA ELIZANGELA OLIVEIRA DOS SANTOS, COREN/SE 847316.

[2]

PROFENID IV FRAP 100MG EV 1/2 PREPARADO E ADMINISTRADO AS 11:36, EM 26/08/2019 POR MARIA ELIZANGELA OLIVEIRA DOS SANTOS, COREN/SE 847316.

DAPIRONA AMP AMPL 100MG EV 1/4 PREPARADO E ADMINISTRADO AS 11:36, EM 26/08/2019 POR MARIA ELIZANGELA OLIVEIRA DOS SANTOS, COREN/SE 847316.

PROFENID IV FRAP 100MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 18:05, EM 26/08/2019 POR MARIA ELIZANGELA OLIVEIRA DOS SANTOS, COREN/SE 847316.

DRAMIN B6 IV AMPL 50MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 18:05, EM 26/08/2019 POR MARIA ELIZANGELA OLIVEIRA DOS SANTOS, COREN/SE 847316.

AValiação de RISCO

Hemorragia Puerperal

[1]

Lesão Por Pressão Adulto (Braden)

[1]

Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)

[1]

Queda Adulto (Morse)

[1]

Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)

[1]

Flóbite

[1]

Tromboembolismo Venoso Clínico

[1]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:54

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	DI. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800524/22	
Profissional(is):	DIOGO SOBRAL BOMFIM CRM 4926 [1] FRANCIS LIMA DE VASCONCELOS CRM 3911 [2]	Nº: 43315453	26/08/2019 às 17:27
ANAMNESE			
Queixa Principal	PACIENTE COM QUEIXA DE NAUSEA E DOR EM QUADRIL		[1]
EXAME FÍSICO			
Aspecto Geral	PACIENTE COM QUEIXA DE NAUSEA E DOR EM QUADRIL		[2]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:54

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800524/22	

Profissional(is): FRANCIS LIMA DE VASCONCELOS CRM 3911 [1]	Nº: 43329971	26/08/2019	às 23:18
--	--------------	------------	----------

ANAMNESE

Queixa Principal

Paciente refere dor em quadril. Já realizou TC

[1]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:54

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Ot. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800523/1	
Profissional(is): MARCHUS ALESSANDRO SILVA DE LIMA CRM 2492 [1]		Nº: 43276641	26/08/2019 às 03:14
ANAMNESE			
Queixa Principal	RADIOGRAFIAS: CERVICAL E COLUNAS: NDN BACIA E QUIADRIL DIREITO FRATURA DE ACETÁBULO COM LUXAÇÃO COXO-FEMORAL SEM OUTRAS LESÕES ALTA DA CIRURGIA GERAL. AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA.		[1]
Queixa Principal			
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>		[1]
CID10	S798 OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DO QUADRIL E DA COXA		[1]
	99		[1]
DIAGNÓSTICO			
CID10	S798 OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DO QUADRIL E DA COXA		[1]
CID10	S798 OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DO QUADRIL E DA COXA		[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:54

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	DI. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800523/1	

Profissional(is): MARCHUS ALESSANDRO SILVA DE LIMA CRM 2492 [1]	Nº: 43276338	26/08/2019	às 02:28
---	--------------	------------	----------

ANAMNESE
Queixa Principal

PACIENTE VÍTIMA DE CAPOTAMENTO DE CARRO HÁ ~2,5 HORAS. EJETADO DO VEÍCULO. RECLAMA DE DOR EM QUADRIL DIREITO/LOMBOSSACRA DIREITA. SEM OUTRAS QUEIXAS. ETILIZADO, REFERE INGESTA ALCOÓLICA. NEGA ALERGIAS.

[1]

NEGA CEFALÉIA, VÔMITOS, AMNÉSIA RETRÓGRADA.

ATLS:

A: VIAS AÉREAS PÉRVEAS + COLAR OK
B: EXPANDE AMBOS HTX. FR: 14 IPM
C: SEM SANGRAMENTOS, FC 88 CHEIO
D: GLASGOW 15. PUPILAS ISOFOTORREAGENTES
E: DOR EM COLUNA LOMBOSSACRA/QUADRIL DIREITOS; APRESENTANDO MEDIALIZAÇÃO DO PÉ DIREITO (2:10)

CONDUTA: ANALGESIA + RX COLUNAS/BACIA/QUADRIL + AVAL ORTOPEDIA.

Queixa Principal
Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>

[1]

CID10

T07 TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

EXAME FÍSICO
Aspecto Geral

PACIENTE VÍTIMA DE CAPOTAMENTO DE CARRO HÁ ~2,5 HORAS. EJETADO DO VEÍCULO. RECLAMA DE DOR EM QUADRIL DIREITO/LOMBOSSACRA DIREITA. SEM OUTRAS QUEIXAS. ETILIZADO, REFERE INGESTA ALCOÓLICA. NEGA ALERGIAS.

[1]

NEGA CEFALÉIA, VÔMITOS, AMNÉSIA RETRÓGRADA.

ATLS:

A: VIAS AÉREAS PÉRVEAS + COLAR OK
B: EXPANDE AMBOS HTX. FR: 14 IPM
C: SEM SANGRAMENTOS, FC 88 CHEIO
D: GLASGOW 15. PUPILAS ISOFOTORREAGENTES
E: DOR EM COLUNA LOMBOSSACRA/QUADRIL DIREITOS; APRESENTANDO MEDIALIZAÇÃO DO PÉ DIREITO (2:10)

CONDUTA: ANALGESIA + RX COLUNAS/BACIA/QUADRIL + AVAL ORTOPEDIA.

Nível De Consciência

0

[1]

Resposta Motora

6

[1]

Resposta Verbal

5

[1]

Escala De Glasgow

15

[1]

DIAGNÓSTICO
CID10

T07 TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS

[1]

CID10

T07 TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

ULTRA SOM SERV MEO LTDA - HGS

19/11/2019 08:54

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800523/1	
Profissional(is): RÓDRIGO OLIVEIRA PASSOS CRM 4808 [1] ; Nº: 43276810 26/08/2019 às 03:36			
ANAMNESE			
Queixa Principal	PACIENTE COM QUADRO DE FRATURA-LUXAÇÃO PORSTERIOR DE ACETÁBULO APÓS ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, ALCOOLIZADO. NEGA QUEIXAS EM OUTRAS ARTICULAÇÕES. [1] CD: REALIZO ANALGESIA PLENA PARA TENTATIVA DE RETUÇÃO DA LUXAÇÃO.		
EXAME FÍSICO			
Aspecto Geral	PACIENTE COM QUADRO DE FRATURA-LUXAÇÃO PORSTERIOR DE ACETÁBULO APÓS ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, ALCOOLIZADO, NEGA QUEIXAS EM OUTRAS ARTICULAÇÕES. [1] CD: REALIZO ANALGESIA PLENA PARA TENTATIVA DE RETUÇÃO DA LUXAÇÃO.		

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:54

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800523/1	

Profissional(is): CELIA SILVA SANTOS COREN 748638 [1]:	Nº: 43276906 26/08/2019 às 04:07
--	----------------------------------

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	RINGER COM LACTATO TUBO 500ML EV 1/2 PREPARADO E ADMINISTRADO AS 04:07, EM 26/08/2019 POR CELIA SILVA SANTOS, COREN/SE 748638. [1] PROFENID IV FRAP 100MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 04:07, EM 26/08/2019 POR CELIA SILVA SANTOS, COREN/SE 748638. DIPIRONA AMP AMPL 1000MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 04:07, EM 26/08/2019 POR CELIA SILVA SANTOS, COREN/SE 748638. TRAMADOL AMPL 50MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 04:07, EM 26/08/2019 POR CELIA SILVA SANTOS, COREN/SE 748638. PLAMET AMPL 10MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 04:07, EM 26/08/2019 POR CELIA SILVA SANTOS, COREN/SE 748638.
---	---

AValiação de Risco

Hemorragia Puerperal	[1]
Lesão Por Pressão Adulto (Braden)	[1]
Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)	[1]
Queda Adulto (Morse)	[1]
Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)	[1]
Flebite	[1]
Tromboembolismo Venoso Clínico	[1]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:54

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	DI. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARAÇAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800523/1	

Profissional(is): RODRIGO OLIVEIRA PASSOS CRM 4808 [1]	Nº: 43277270	26/08/2019	às 05:08
--	--------------	------------	----------

ANAMNESE
Queixa Principal

REALIZADA TENTATIVA DE REDUÇÃO INCRUENTA, SEM SUCESSO.

[1]

 CD: DIETA ZERO
 SOLICITO INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA REDUÇÃO SOB
 ANESTESIA EM CENTRO CIRÚRGICO.

EXAME FÍSICO
Aspecto Geral

REALIZADA TENTATIVA DE REDUÇÃO INCRUENTA, SEM SUCESSO.

[1]

 CD: DIETA ZERO
 SOLICITO INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA REDUÇÃO SOB
 ANESTESIA EM CENTRO CIRÚRGICO.

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:56

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Ot. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800523/1	
Profissional(is): RODRIGO OLIVEIRA PASSOS, MÉDICO, CRM 4808 (1)		Nº: 43277276	26/08/2019 às 05:10
IDENTIFICAÇÃO			
Nº Atendimento	61560368		(1)
Nome Completo	JONES WAGNER SANTOS SILVA		(1)
Data De Nascimento	21/04/1985		(1)
Nome Da Mãe	MARIA DAGMAR SANTOS SILVA		(1)
Data Da Internação	26/08/2019		(1)
HDA / EXAME FÍSICO / CONDUTA			
HDA	PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, APRESENTA-SE COM LUXAÇÃO DE QUADRIL À DIREITA + FRATURA DE ACETÁBULO. TENTADA REDUÇÃO INCRUENTA POR DUAS VEZES, SEM SUCESSO.		(1)
SINAIS VITAIS			
FC	88 bpm		(1)
FR	16 mrpm		(1)
OUTROS DADOS E SINAIS			
COMORBIDADES			
DIAGNÓSTICO			
CID Principal	S337 ENTORSE E DISTENSAO DE OUTRAS PARTES E DAS NAO ESPECIFICADAS DA COLUNA LOMBAR E DA PELVE		(1)
PARECER DO ESPECIALISTA			
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO			
Plano Terapêutico	REDUÇÃO SOB ANESTESIA		(1)
Encaminhamento Do Paciente	POSTO DE ENFERMAGEM.		(1)

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:56

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Ot. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800524/22	
Profissional(is): RODRIGO OLIVEIRA PASSOS CRM 4808 [1]		Nº: 43278742	26/08/2019 às 06:41
ANAMNESE			
Queixa Principal	SOLICITO MIDAZOLAM E FENTANIL, ACOMPANHAMENTO COM A CLÍNICA MÉDICA. NA SALA DE ESTABILIZAÇÃO PARA MONITORIZAÇÃO E SEDAÇÃO E NOVA TENTATIVA DE REDUÇÃO.		[1]
EXAME FÍSICO			
Aspecto Geral	SOLICITO MIDAZOLAM E FENTANIL, ACOMPANHAMENTO COM A CLÍNICA MÉDICA. NA SALA DE ESTABILIZAÇÃO PARA MONITORIZAÇÃO E SEDAÇÃO E NOVA TENTATIVA DE REDUÇÃO.		[1]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:56

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560388	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800524/22	

Profissional(is): JOCILENE MENEZES DOS SANTOS COREN 908227 [1] LARA REIS DE OLIVEIRA COREN 511655 [2]	Nº: 43278814 26/08/2019 às 06:44
--	----------------------------------

SINAIS E SINTOMAS		
Administrado medicamento conforme prescrição médica. Segue sob cuidados de enfermagem	Sim	[1]
CUIDADOS DE ENFERMAGEM		
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	TRAMADOL AMPL 50MG EV 1/3 PREPARADO E ADMINISTRADO AS 06:44, EM 26/08/2019 POR LARA REIS DE OLIVEIRA, COREN/SE 511655. PROFENID IV FRAP 100MG EV 1/2 PREPARADO E ADMINISTRADO AS 06:44, EM 26/08/2019 POR LARA REIS DE OLIVEIRA, COREN/SE 511655. DAPIRONA AMP AMPL 100MG EV 1/4 PREPARADO E ADMINISTRADO AS 06:45, EM 26/08/2019 POR LARA REIS DE OLIVEIRA, COREN/SE 511655.	[2]
AValiação de RISCO		
Hemorragia Puerperal	-	[1]
Lesão Por Pressão Adulto (Braden)	-	[1]
Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)	-	[1]
Queda Adulto (Morse)	-	[1]
Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)	-	[1]
Flebite	-	[1]
Tromboembolismo Venoso Clínico	-	[1]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:56

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800524/22	
Profissional(is): RODRIGO OLIVEIRA PASSOS CRM 4808 [1]		Nº: 43279176	28/08/2019 às 07:12
ANAMNESE			
Queixa Principal	CONSIGO REDUÇÃO COM SEDAÇÃO, COLOCO TRAÇÃO CUTÂNEA (SEM FÉRULA NA UNIDADE). SOLICITO TOMOGRAFIA DE CONTROLE PÓS REDUÇÃO. [1]		
EXAME FÍSICO			
Aspecto Geral	CONSIGO REDUÇÃO COM SEDAÇÃO, COLOCO TRAÇÃO CUTÂNEA (SEM FÉRULA NA UNIDADE). SOLICITO TOMOGRAFIA DE CONTROLE PÓS REDUÇÃO. [1]		



HGS

Hospital Gabriel Soares

SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO MÉDICO

NOME DO SOLICITANTE: Jonas Wagner Santos Silva

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: 24042-003603100-6103-3

DATA DA INTERNAÇÃO: 26/08 a 29/08

CONVÊNIO RESPONSÁVEL PELO CUSTEIO DA INTERNAÇÃO: Hopvda

FINALIDADE DA SOLICITAÇÃO: DP-VAT

TELEFONE(S) PARA CONTATO, COM DDD: 6919960-5995

O SOLICITANTE É O PACIENTE: ☒ SIM ☐ NÃO

CASO NEGATIVO, INFORMAR:

NOME DO PACIENTE: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº _____

RELAÇÃO MANTIDA ENTRE O SOLICITANTE E O PACIENTE: _____

O solicitante acima qualificado vem, por meio do presente, requerer cópia do prontuário médico do paciente também identificado acima, comprometendo-se, neste momento, a arcar com as despesas decorrentes da reprodução solicitada, cujo custo é de R\$0,10 (dez centavos) por página.

O solicitante fica ciente, desde já, que o hospital pode recusar a disponibilização da cópia do prontuário médico, desde que o faça com a finalidade de atender às normas emanadas dos Conselhos Regionais e Federal de Medicina.

Uma vez autorizado o fornecimento das cópias, o prazo estimado para disponibilização varia de 30 (trinta) a 45 (quarenta e cinco) dias úteis, contados a partir da localização do prontuário médico no arquivo deste hospital. Informações podem ser obtidas através do telefone nº (79) 32056284.

Aracaju/SE, 14 / 11 / 19

Jonas Wagner Santos Silva
Assinatura do solicitante

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 09:36

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61861150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE	Leito: LR-005/2	
Profissional(is): FRANCIS LIMA DE VASCONCELOS, MÉDICO, CRM 3911 [1]	Nº: 43466156	29/08/2019	às 17:58
REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO			
Evolução Do Paciente	Paciente, com fratura- luxação de acetábulo D, submetido a procedimento cirurgico sem intercorrências.		[1]
CID 10	S328 FRATURA DE OUTRAS PARTES DA COLUNA LOMBOSSACRA E DA Pelve e de partes nao especificadas		[1]

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA		Dt. Nasc.: 27/04/1985		Assendimento: 61661340	
Convênio: HAPVIDA ARACAJU		Nº Prescrição: 23311015		20/09/2019 às 17:59	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTESIA		Leito: LR-003/2		Peso: 80,00 kg	
1. INJETA: CIBAL-ASPIRIN PARA a IDADE		30h	GRAL.	dieta livre	CRM 3911
2. XIPAZOL (1mg)		1 g	1 FRAP (FRAP C/ 100)	6h	EV
Agua Destilada		10 ml			CRM 3911
3. CETOPROFENO IV (100mg)		100 mg	1 FRAP (FRAP C/ 100mg)	12/12h	EV
Soro Faringeo 0,9%		100 ml			CRM 3911
4. TRAMADOL (50mg)		100 mg	1 XL (XAL C/ 100mg)	6h	EV
Soro Faringeo 0,9%		100 ml			CRM 3911
Ata vigilância					
5. CLORANIL (40mg)		40 mg	0,4 mL (CLORANIL C/ 40mg)	24/24h	SC
Ata vigilância					CRM 3911
6. OMEPRAZOL (40mg)		40 mg	1 FRAP (FRAP C/ 40mg)	24/24h	EV
Agua Destilada		10 ml			CRM 3911
7. DIPIRONA AMP (500mg/ml)		1000 mg	2 ML (AMP C/ 500mg)	6h	EV
Agua Destilada		10 ml			CRM 3911
8. DICLOFENAC (50mg)		20 mg	2 ML (AMP C/ 100mg)	6h	EV
Agua Destilada		10 ml			CRM 3911
9. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO			SN		CRM 3911
10. CURATIVO GRANDE			SN		CRM 3911
11. PENSAMENTO LÍNGUA			SN		CRM 3911
12. SINAIS VITAIS			SN		CRM 3911
13. SCLEROPARINIZADO			SN		CRM 3911
14. BANHO NO LEITO			SN		CRM 3911
15. RETIRADA DE TENDÃO DE PORTOVAC			SN		CRM 3911
16. CURATIVO COM ATAJURA E LIG. DE ACROCHORDA MÚLTIP			SN		CRM 3911
17. OXIMETRIA DO SATELITE			SN		CRM 3911
Profissional: CRM 3911 FRANCISCA DE VASCONCELOS					

RP1541

NARA JESSICA DOS SANTOS VIEIRA

TP. 10.1.22.93

19/11/2019 09:48

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

18/11/2019 09:38

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61661150	Prontuário: 12992811
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE	Leito: LR-005/2	
Profissional(is): amnb1051, ENFERMEIRO(A), COREN 204526 [1]			
Nº: 43470849 29/08/2019 às 20:04			
CANCELADO DIA 29/08/2019 22:17:15 POR amnb1051.			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
Evolução de enfermagem	PACIENTE ENCAMINHADO AO INTERNAMENTO. EM PÓS OPERATÓRIO, BEG, CORADO, COMUNICATIVO, SEM QUEIXAS, EM USO DE AVP COM SOROTERAPIA E PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSD. NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES.		
DISPOSITIVOS			
Acesso Venoso Periférico	Sim	[1]	

ACOMPANHAMENTO ADULTO SINAIS VITAIS

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA

Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTESICA

Leito: LR-005/2

Tipo: Enfermagem

29/08/2019 às 21:10

Convênio: HAPVIDA ARACAJU

DT. Nasc.: 21/04/1985

Prontuário: 12992611

Nº Documento: 23513057

Atendimento: 61661150

Profissionais: JOSIKEIDE CASTOR IZIDORO DOS SANTOS COREN 627545 (1) || LEOPRAN GONCALVES ANDRE COREN 710316 (2) ||

		29/08																30/08										
		07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	21:10	22:00	23:00	23:58	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	05:40	06:00
SINAIS VITAIS	Frequência Respiratória (mrpm)																19 [2]			19 [1]							19 [1]	
	Frequência Cardíaca (bpm)																85 [2]			80 [1]							80 [1]	
	Temperatura (°C)																36.5 [2]			36.2 [1]							36.1 [1]	
	Sinais Neurológicos																Respon do Estímulo [2]			Paciente Alerta [1]							Paciente Alerta [1]	
	Dor Torácica																NÃO [2]			NÃO [1]							NÃO [1]	
	Pa Sistólica (mmHg)																120 [2]			120 [1]							120 [1]	
	Pa Diastólica (mmHg)																80 [2]			80 [1]							80 [1]	
	Classificação Mews																1 [2]			0 [1]							2 [1]	
	Pulso (bpm)																85 [2]											

Legenda do Protocolo MEWS:

MEWS 0 e 1 - Avaliação de 6 em 6 horas.

MEWS 2 - Avaliação de 4 em 4 horas.

MEWS 3 e 4 - Avaliação de 2 em 2 horas.

MEWS >= 5 - Avaliação de 1 em 1 hora.

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 09:36

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61661150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO INTERNACAO - HGS	Leito: ENF07/2	
Profissional(is): amnb1051, ENFERMEIRO(A), COREN 204528 [1]			
Nº: 43475321 29/08/2019 às 22:17			
CANCELADO DIA 29/08/2019 22:22:40 POR amnb1051.			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
Evolução de enfermagem	PACIENTE ENCAMINHADO AO INTERNAMENTO, EM PÓS OPERATÓRIO MEDIATO DE APENDICECTOMIA, CURATIVO LIMPO. DRENO EM FOSSA ILIACA D COM COLETOR DE URINA INFANTIL, DRENANDO BASTANTE SECREÇÃO SANGUINOLENTA, BEG, DESCORADA, COMUNICATIVO, QUEIXA ÁLGICA, EU USO DE AVP COM SOROTERAPIA E PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSD. NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES, EM DIETA ZERO ATÉ SEGUNDA ORDEM, INICIADO ATB EM SALA.		
DISPOSITIVOS			
Acesso Venoso Periférico	Sim [1]		

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

18/11/2019 09:38

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61661150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO INTERNACAO - HGS	Leito: ENF07/2	
Profissional(is): THIAGO MOREIRA LEAL, MÉDICO, CRM 4728 [1] Nº: 43474101 29/08/2019 às 21:37			
DIAGNÓSTICO			
Diagnóstico Clínico	S328		[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S324		[1]
DADOS DA CIRURGIA			
Data Da Cirurgia	29/08/2019		[1]
Hora Da Cirurgia	21:38		[1]
Cirurgia	RAFI ACETABULO DIREITO		[1]
Cirurgião	HILDEBRANDO LUBAMBO		[1]
1º Auxiliar	THIAGO LEAL		[1]
Códigos Dos Procedimentos	PCTE EM DECUBITO LATERAL ESQ A+A+CAMPOS ESTÉREIS ACESSO POSTERO-LATERAL DE KOCHER LANGENBEK DISSECCÃO POR PLANOS RETIRADO FRAGMENTOS COMINUTOS EM ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL DIREITA, E 1 FRAGMENTO GRANDE DO PAREDE POSTERIOR REALIZADA REDUÇÃO DE CABEÇA FEMORAL, COM REDUÇÃO DE FRAGMENTO DE PAREDE POSTERIOE E PASSAGEM DE PLACA DE RECONSTRUÇÃO MODALADA REALIZADA ESCOPIA PARA CONTROLE REVISÃO DA HEMOSTASIA E LAVAGEM DA FERIDA CIRURGICA FECHAMENTO POR PLANOS CURATIVO ESTERIL A SRPA		[1]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 09:36

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61661150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO INTERNACAO - HGS	Leito: ENF07/2	
Profissional(is): amnb1051, ENFERMEIRO(A), COREN 204526 [1]		Nº: 43475566	29/08/2019 às 22:25
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
Evolução da enfermagem	PACIENTE ENCAMINHADO AO INTERNAMENTO, EM PÓS OPERATÓRIO, BEG, CORADO, COMUNICATIVO, SEM QUEIXAS, EM USO DE AVP COM SOROTERAPIA E PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSD. NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES. [1]		
DISPOSITIVOS			
Acesso Venoso Periférico	Sim [1]		

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

18/11/2019 09:36

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Ot. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61661150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO INTERNACAO - HGS	Leito: ENF07/2	
Profissional(is): ALVERINA NASCIMENTO CORRÊA, ENFERMEIRO(A), COREN 587763 [1] Nº: 43475578 29/08/2019 às 22:26			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
Evolução de enfermagem	PACIENTE PROCEDENTE DO CC, EM PÓS OPERATÓRIO, BEG, CORADO, COMUNICATIVO, SEM QUEIXAS, EM USO DE AVP COM SOROTERAPIA E PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSD. NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES. [1]		
DISPOSITIVOS			
Acesso Venoso Periférico	Sim [1]		

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 09:47

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61661150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO INTERNACAO - HGS	Leito: ENF07/2	

Profissional(is): JOSINEIDE CASTOR IZIDORIO DOS SANTOS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, Nº: 43482765	30/08/2019 às 06:47
COREN 627545 [1]	

DADOS DO PACIENTE		
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHÃ		
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE		
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE		
Hora	21:30	[1]
Hora		
Descrição	21:30 PACIENTE PROCEDENDO DO CQ EM MACA, CONSCIENTE, ORIENTADO SEM QUEIXAS, EUPNEICO, AFEBRIL AO TOQUE, EM USO DE AVP COM SOROTERAPIA EM GOTEJAMENTO, PACIENTE ORIENTADO A CHAMAR SEMPRE QUE NECESSARIO, E SEGUE EM COMPANHIA DE FAMILIAR E ÀOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. 22:00 ADMINISTRADO PROFENID.EV + DAPIRONA EV CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. 23:00 PACIENTE ACEITOU DIETA. 24:00 AFERIDO SINAIS VITAIS E VERIFICADO, PACIENTE SEGUE EM COMPANHIA DE FAMILIAR E ÀOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. DESPREZADO DIURESE 700ML DA SVD DE COR CLARA 02:00 ADMINISTRADO KEFAZOL EV CPM.. 04:00 ADMINISTRADO TRMALDOL EV + DAPIRONA EV+PLAMET EV CPM.. 06:00 NÃO FOI ADM OMEPRAZOL POR A FARMACIA NÃO LIBEROU ENF CIENTE, PACIENTE SEGUE EM COMPANHIA DE FAMILIAR E ÀOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. DESPREZADO DIURESE 800ML DA SVD DE COR CLARA AFERIDO SINAIS VITAIS E CPM. 06:30 PACIENTE ACEITOU DIETA.DE HORARIO CPM.PACIENTE COM NAUSEAS.	[1]
CUIDADOS DE ENFERMAGEM		



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página

Enviado: 19/11/19

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA		Dt. Rec.: 21/04/1985		Atendimento: 01661150	
Convênio: NAPVIDA ARACAJU		Nº Prescrição: 23517495		30/08/2019 às 08:28	
Posto: POSTO INTERNAÇÃO - HGS		Leito: ENFD02		Prontuário(200261)	
Peso: 80,00 kg					
1. SÍLICA: GELAL-ATXCT07 PARA A IDADE		30h	dieta livre	CRM-4328	
2. KETAZOL. (100mg)		1g	1 FRAP (FRAPLO 100)	80h	EV
Agua Decalcada		10 ml			CRM-4328
3. CEFOTRIAXONA IV (1000mg)		100 mg	1 FRAP (FRAPLO 100MG)	12/24h	EV
Sem Fusidgion 0,9%		100 ml			CRM-4328
4. EXAMETIL. (1500mg/ml)		100 mg	2 ML (AMPL. C/ 100MG)	80h	EV
Sem Fusidgion 0,9%		100 ml			CRM-4328
Alta vigilância					
5. CEFEXAME (400mg/ml)		40 mg	4 + 30. (SEBO C/ 400MG)	24/24h	SC
Alta vigilância					CRM-4328
6. DEXEPROZOL. (400mg/ml)		40 mg	1 FRAP (FRAPLO 400MG)	24/24h	EV
Agua Decalcada		10 ml			CRM-4328
7. CEFTRIAXONA AMB. (500mg/ml)		1000 mg	2 ML (AMPL. C/ 500MG)	80h	EV
Agua Decalcada		10 ml			CRM-4328
8. FLACET. (150mg/ml)		10 mg	2 ML (AMPL. C/ 100MG)	80h	EV
Agua Decalcada		10 ml			CRM-4328
9. SONDA EM VENTRAL, TRILUMINAR		SN		CRM-4328	
10. CURATIVO ORAL		SN		CRM-4328	
11. PINKAOTERAPIA		SN		CRM-4328	
12. SINAIS VITAIS		SN		CRM-4328	
13. SCALP PREPARADO		SN		CRM-4328	
14. BANHO DE LITTO		SN		CRM-4328	
15. RETIRADA DE DRENAGEM VENTRAL		SN		CRM-4328	
16. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ADICIONADA MANO		SN		CRM-4328	
17. COMPRESSÃO COM BATER		SN		CRM-4328	
18. Admissão: 30/08/2019		Saida: 15/09		ACTA RESUMIDA	
Alta dada por:		GILVILIANA PRITORS DA SILVA			
Profissão: CRM-4328		GILVILIANA PRITORS DA SILVA			

RP1541

NARA JESSICA DOS SANTOS VIEIRA

IP: 181.1.22.95

19/11/2019 09:48

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61661150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Nº Prescrição: 23518673	30/08/2019 às 09:27	
Posto: POSTO INTERNACAO - HGS	Leito: ENF07/2		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA			
Profissionais: LAIANE CRISTINA SANTOS MATOS (COREN 475197)			
1 - OBSERVAR			
NIVEL DE ORIENTACAO	Manhã	Tarde	Noite
Nível de Consciência	Manhã	Tarde	Noite
PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA	Manhã	Tarde	Noite
PADRAO RESPIRATÓRIO	Manhã	Tarde	Noite
TGI	Manhã	Tarde	Noite
TGU	Manhã	Tarde	Noite
2 - REALIZAR/REGISTRANDO			
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	Manhã	Tarde	Noite
3 - RENOVAR/IDENTIFICANDO			
ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	Manhã	Tarde	Noite
4 - MANTER			
MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Manhã	Tarde	Noite
5 - INSPECIONAR/REGISTRANDO			
DATA DE EQUIPO	Manhã	Tarde	Noite
6 - SUPERVISIONAR			
ACEITAÇÃO DA DIETA	Manhã	Tarde	Noite
8 - COMUNICAR			
INTERCORRÊNCIAS	Manhã	Tarde	Noite

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA

Posição: POSTO INTERNACAO - HGS

Leito: ENF372

Tipo: Enfermagem

30/08/2019 às 11:48
Convênio: HAPVIDA ARACAJU

Idade: 21/04/1985

Prontuário: 12992611

Nº Documento: 235216/2

Atendimento: 61661150

Profissionais: LUCIANA ANDRADE DOS SANTOS CORÊN 821332 (1) II

		30/08																		31/08							
		07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	11:48	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	
SINAIS VITAIS	Frequência Respiratória (mrpr)						18 [1]																				
	Frequência Cardíaca (bpm)						78 [1]																				
	Temperatura (°C)						38.1 [1]																				
	Sinais Neurológicos						Paciente Alerta [1]																				
	Dor Torácica						NÃO [1]																				
	Sat O2 (%)						100 [1]																				
	Pa Sistólica (mmHg)						120 [1]																				
	Pa Diastólica (mmHg)						80 [1]																				
	Classificação Mews						0 [1]																				

Legenda do Protocolo MEWS:
MEWS 0 e 1 - Avaliação de 6 em 6 horas.
MEWS 2 - Avaliação de 4 em 4 horas.
MEWS 3 e 4 - Avaliação de 2 em 2 horas.
MEWS >= 5 - Avaliação de 1 em 1 hora.

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

18/11/2018 09:47

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61661150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO INTERNACAO - HGS	Leito: ENF07/2	
Profissional(is): SILVÂNIA ELEN DE MELLO SOUSA COREN 87079 [1]		Nº: 43496422	30/08/2019 às 11:49
QUESTIONÁRIO			
Há Pendências para Abreviar Tratamento?		NÃO.	[1]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 09:37

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61661150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO INTERNACAO - HGS	Leito: ENF07/2	

Profissional(is): GIULLIANA FEITOSA DA SILVA, MÉDICO, CRM 4828 [1]	Nº: 43500190	30/08/2019	às 13:14
--	--------------	------------	----------

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

1 dpo de RAFI de acetábulo. No momento, sem queixas. FO seca e sem flogose. Exames controle sem alterações. CD: ALTA HOSPITALAR COM ORIENTAÇÕES

[1]

CID 10

S328 FRATURA DE OUTRAS PARTES DA COLUNA LOMBOSSACRA E DA PELVE E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS

[1]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 09:37

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61861150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO INTERNACAO - HGS	Leito: ENF07/2	
Profissional(is): LAIANE CRISTINA SANTOS MATOS, ENFERMEIRO(A), COREN 475197 [1] Nº: 43502909 30/08/2019 às 14:13			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
Evolution de enfermagem	PACIENTE CALMO, LUCIDO, ORIENTADO, PO DE FRAT DE FEMUR, EUPNEICO, ACIANOTICO, ANICTERICA, SEGUE DE ALTA HOSPITALAR [1]		
DISPOSITIVOS			
Acesso Venoso Periférico	Sim [1]		

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 09:37

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61661150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO INTERNACAO - HGS	Leito: ENF07/2	
Profissional(is): LUCIANA ANDRADE DOS SANTOS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 821332 [1]	Nº: 43508570	30/08/2019	às 16:14
DADOS DO PACIENTE			
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHÃ			
Hora	07H RECEBO PLANTAO COM PACIENTE EM SEU LEITO CONSCIENTE E ORIENTADO.EUPNÉICO,ACIONÓTICO ,ANICTÉRICO,AFEBRIL,EM PO DE FRATURA DE FEMUR.ACESSO VENOSO EM MSE,PULSIERA DE ID EM MSO.ACOMPANHADO DE FAMILIAR.	[1]	
Hora	08H REALIZADO BANHO NO LEITO. REALIZADO CURATIVO.	[1]	
Hora	09H ACEITOU LANCHE.	[1]	
Hora	10H ADMINISTRADO KEFAZOL EV CPM	[1]	
Hora	12H ADMINISTRADO TRAMAL E PLAMET EV CPM ACEITOU DIETA .	[1]	
Hora	12:59H RECEBEU VISITA MÉDICA RETIRADO SVD CPM	[1]	
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE			
Hora	14H ADMIISTRADO DIPIRONA CPM.	[1]	
Hora			
Intercorrências	15H QUIXANDO -SE DE DOR,ADMINISTRADO PROFEND ACM PACIENTE SEGUE DE ALTA,AGUARDA TRANSPORTE.	[1]	
Hora	16H PACIENTE SEGUE DE ALTA ,AGUARDA TRANSPORTE.	[1]	
Hora	17H PACIENTE SAI DE ALTA EM MACA,ACOMPANHADO DE FAMILIAR E COLABORADOR,CONSCIENTE,ORIENTADO,EUPNÉICO,ACIONÓTIC. SEM QUEIXAS.	[1]	
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE			
CUIDADOS DE ENFERMAGEM			

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	DI. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61661150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Nº Prescrição: 23507411	29/08/2019 às 13:44	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES	Leito: LR-005/2		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA			
Profissionais: LARISSÉ TAVARES DE JESUS (CÓRÉN 535661)			
1 - OBSERVAR			
TGI	Manhã	Tarde	Noite
TGU	Manhã	Tarde	Noite
NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	Manhã	Tarde	Noite
Nível de Consciência	Manhã	Tarde	Noite
PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA	Mantido		
PADRÃO RESPIRATÓRIO	Manhã	Tarde	Noite
2 - REALIZAR/REGISTRANDO			
MONITORIZAÇÃO DO DÉBITO URINÁRIO	Manhã	Tarde	Noite
MUDANÇA DE DECÚBITO A CADA 3 HORAS			
ASPIRAR SECREÇÕES, ANOTANDO ASPECTO	Manhã	Tarde	Noite
BALANÇO HÍDRICO	Manhã	Tarde	Noite
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	Manhã	Tarde	Noite
SSVV - PRESSÃO ARTERIAL	Manhã	Tarde	Noite
SSVV - FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	Manhã	Tarde	Noite
LAVAR SNG APÓS AS DIETAS			
Realizar Higiene Oral E Corporal E Ocular	Manhã	Tarde	Noite
SSVV - FREQUÊNCIA CARDÍACA	Manhã	Tarde	Noite
3 - RENOVAR/IDENTIFICANDO			
UMIDIFICADOR A CADA 24 HORAS			
TROCA DE CURATIVOS ATENTANDO PARA AS			
ACESSO VENOSO COM SCALP A CADA 24 HO			
ACESSO VENOSO COM JELCO A CADA 48 HO			
EQUIPO DE MEDICAÇÃO A CADA 24 HORAS			
EQUIPO DE SORO A CADA 24 HORAS			
BOMBA DE INFUSÃO A CADA 48 HORAS			
CATÉTER DE O2 A CADA 24 HORAS			
FIXAÇÃO DA SVD			
FIXAÇÃO DO TQT			
FIXAÇÃO DA SNG			
MÁSCARA DE AEROSOL A CADA 24 HORAS			
4 - MANTER			
MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL			
VIA AÉREA PÉRVIA			

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61681150	Pronúário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Nº Prescrição: 23507411	29/08/2019 às 13:44	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES	Leito: LR-005/2		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA			
5 - INSPECIONAR/REGISTRANDO			
ÚLCERA DE PRESSÃO			
DATA DE EQUIPO			
DATA DE SNG			
DATA DE SVD			
DATA DE SNE			
INTOLERÂNCIA ALIMENTAR			
SANGRAMENTO TRANSVAGINAL			
DATA DE CURATIVOS			
DATA DO ACESSO VENOSO CENTRAL			
DATA DO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			
DATA DO LÁTEX			
6 - SUPERVISIONAR			
ACEITAÇÃO DA DIETA			
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA			
VALIDADE DAS MEDICAÇÕES			
7 - ORIENTAR			
ORIENTAR FAMÍLIA E PACIENTE QUANTO A R			
8 - COMUNICAR			
INTERCORRÊNCIAS			
ALTERAÇÕES HEMODINÂMICAS			

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 09:36

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61661150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE	Leito: LR-005/2	
Profissional(is): LARISSA TAVARES DE JESUS, ENFERMEIRO(A), COREN 535861 [1] Nº: 43454259 29/08/2019 às 13:45			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
Evolução de enfermagem	PACIENTE ADMITIDO NESSE SETOR CENTRO CIRURGICO PARA SUBMETTER-SE A PROCEDIMENTO CIRURGICO FRATURA DE ACETABULO - AOS CUIDADOS DE DR. FRANCIS, EM USO DE PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSD. PACIENTE NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA. PACIENTE CALMO, CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM QUEIXAS. SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.		
DISPOSITIVOS			
Acesso Venoso Periférico	Sim [1]		

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 09:37

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61661150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARAÇAJU	Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE	Leito: LR-005/2	

Profissional(is): DAMARIA SANTOS DA SILVA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 956224	Nº: 43455728	29/08/2019	às 14:15
--	--------------	------------	----------

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	29/08/2019	[1]
Cirurgia	FRATURA DO ACETABULO	[1]

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Setor De Admissão Do Paciente	URGENCIA	[1]
Identidade Do Paciente	SIM.	[1]
Avaliação Pré-Anestésica	SIM.	[1]
Realizados Protocolos De Instrumentais	SIM.	[1]
Demarcação Da Lateralidade Pelo Cirurgião	SIM.	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	NÃO SE APLICA.	[1]
Exames Complementares	SIM.	[1]
Retirada De Adornos/Próteses	SIM.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	SIM.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	SIM.	[1]
Confirmação De Reserva De Sangue	NÃO SE APLICA.	[1]
Paciente Refere Alergia	NÃO.	[1]
Paciente Refere Alergia		
Se sim, especifique	PCT NEGA	[1]
Paciente Está Em Jejum	SIM.	[1]
Paciente Está Em Jejum		
Quanto Tempo	12 HORAS	[1]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente	SIM.	[1]
Opme Checado Em Sala Cirurgica	SIM.	[1]
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	SIM.	[1]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	NÃO.	[1]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	SIM.	[1]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguinea	NÃO SE APLICA.	[1]
Via Aérea Difícil	NÃO SE APLICA.	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	NÃO SE APLICA.	[1]
Kit Cirurgico Completo Em Sala	NÃO.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	SIM.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	SIM.	[1]

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 2 de 2

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 09:37

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61661150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE	Leito: LR-005/2	

Sítio Demarcado Pelo Cirurgião	SIM.	[1]
Verificação De Anestésica Concluída	SIM.	[1]
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	SIM.	[1]
ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA		
Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	SIM.	[1]
Lateralidade Do Procedimento	Direita.	[1]
Paciente Certo	SIM.	[1]
Sítio Cirúrgico Identificado	SIM.	[1]
Procedimento	SIM.	[1]
ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS		
Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM.	[1]
Checagem Completa Dos Equipamentos	SIM.	[1]
Antibióticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	SIM.	[1]
Checagem Completa Das Medicções Anestésicas	SIM.	[1]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	SIM.	[1]
Etapas Críticas,Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	SIM.	[1]
As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	SIM.	[1]
AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO		
Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	SIM.	[1]
A Contagem De Instrumentais Cirúrgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas	SIM.	[1]
Amostra Para Anatomia Patológica Está Identificada E Acondicionada Corretamente	NÃO SE APLICA.	[1]
Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	SIM.	[1]
A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente	SIM.	[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento	SIM.	[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento		
Especificar	DECUBITO LATERAL ESQUERDO	[1]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 09:37

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61661150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE	Leito: LR-005/2	
Profissional(is): DAMARIA SANTOS DA SILVA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 856224 [1]	Nº: 43456252	29/08/2019	às 14:26

PACIENTE			
Data De Admissão	29/08/2019		[1]
PRÉ-OPERATÓRIO			
Tipo De Cirurgia	Eletiva.		[1]
Data Da Cirurgia	29/08/2019		[1]
Procedimento Cirúrgico Proposto	FRATURA DE ACETABULO		[1]
Pulseira De Identificação	MSD.		[1]
Comorbidades	PCT NEGA		[1]
Nome, dosagem, frequência	PCT NEGA		[1]
Alergia- Descrição	PCT NEGA		[1]
Avaliação Das Condições Emocionais	Cooperativa.		[1]
Orientações Ao Paciente	ANESTESIA.		[1]
CONFORTO			
SINAIS VITAIS			
T	36,4 °C		[1]
Pulso	66 bpm		[1]
PA	120X90 MMHG		[1]
OUTROS DADOS E SINAIS			
Sat O2	99 %		[1]
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS			
Data	29/08/2019		[1]
Hora	15:30		[1]
INTRA-OPERATÓRIO			
Responsável Pelo Recebimento	DAMARIA		[1]
Hora	15:45		[1]
Sala	02		[1]
Condições Da Pele ao início da cirurgia	INTEGRA		[1]
Início Da Anestesia	15:30		[1]
Término Da Anestesia	17:30		[1]
Início Da Cirurgia	16:00		[1]
Término Da Cirurgia	17:00		[1]
Instrumentador	DANIEL E ANTONIO		[1]
Circulante	DAMARIA		[1]
Posição do paciente durante o ato operatório	Lateral E.		[1]
Membro Ou Lado A Ser Operado	MID		[1]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 09:37

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61661150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE	Leito: LR-005/2	
Numero Inicial De Compressas	30 UD		(1)
Contagem Final De Compressas	30 UD		(1)
Medicações/hora	ADMINISTRADO POR DR. CARLOS ANDRE: DORMONID, FENTANIL, NEOCAINA ISOBARICA, CLONIDIN, DIMORF, LIDOCAINA 2% COM VASO, ROPIVACAINA, KETAMIN, KEFAZOL, OMEPRAZOL, DIPIRONA, BE XTRA, DECADRON, NAUSEDRON, TRANSAMIN, ARAMIN,		(1)
Tipo	Elétrico.		(1)
Número De Série	1293		(1)
Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	CORADA		(1)
Grau De Contaminação	LIMPA.		(1)
Encaminhamento Do Paciente	SRPA.		(1)
Encaminhamento Do Paciente			
Horário De Saída Da S.O	17:40		(1)

OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS

Observação	PACIENTE ADMITIDO NO C.C PARA SUBMETER-SE A PROCEDIMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE ACETABULO, PROCEDENTE DA URGENCIA, AOS CUIDADOS DA EQUIPE DR. WILDERBRANDO E EQUIPE, VEIO EM MACA, AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM, CALMO, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, DEAMBULANDO, COM PRONTUÁRIO COMPLETO+ EXAMES ANEXOS, PULSEIRINHA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSD, SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM AGUARDANDO PROCEDIMENTO CIRURGICO. PACIENTE ADMITIDO NA SALA 02 SENDO POSICIONADO EM MESA CIRURGICA, MONITORIZADO COM MONITOR MULTIPARAMÉTROS + OXIMÉTRO DE PULSO. REALIZADO ACESSO VENOSO COM JELCO 20 EM MSE COM BOM FLUXO. INÍCIO DA ANESTÉSIA. REALIZADO ANESTÉSIA RAQUE COM AGULHA 27+ SEDAÇÃO POR DR. CARLOS ANDRE COM SUCESSO. REALIZADO DEGERMAÇÃO DA REGIÃO CIRURGICA COM CLOREXIDINA DEGERMANTE EM MID, FEITO ASSÉPSIA COM CLOREXIDINA ALCOOLICA. INÍCIO DO PROCEDIMENTO CIRURGICO. ABERTO EM MESA CIRURGICA 30 COMPRESSAS GRANDES, PELO INSTRUMENTADOR ANTONIO. PACIENTE EM TRANS OPERATÓRIO REAGINDO BEM AO PROCEDIMENTO EM USO DE SOROTERAPIA POR AVP EM MSE COM BOM FLUXO, MONITORADO COM MULTIPARAMÉTROS + OXIMÉTRO DE PULSO, PLACA + BISTURI ELÉTRICO. SENDO ASSISTIDO POR DR. CARLOS ANDRE ANESTESISTA. TÉRMINO DO PROCEDIMENTO CIRURGICO. REALIZADO CURATIVO COMPRESSIVO EM MID LIMPO E SECO. REALIZADO CONFERENCIA DE COMPRESSAS TOTALIZANDO 30 COMPRESSAS CONTADAS E CONFERIDAS PELO INSTRUMENTADOR ANTONIO. TÉRMINO DA ANESTÉSIA. PACIENTE APÓS ATO CIRURGICO EXTUBADO E ASPIRADO POR DR. CARLOS ANDRE, ENCAMINHADO PARA SRPA SONOLENTO SOB EFEITO ANESTÉSICO, CALMO, EUPNÉICO, AFÉBRIL, ACIONÓTICO, ANICTÉRICO, RESPONDENDO A SOLICITAÇÕES VERBAIS, EM USO DE SOROTERAPIA POR AVP EM MSE COM BOM FLUXO, CURATIVO CIRURGICO LIMPO E SECO, PRONTUÁRIO COMPLETO + EXAMES ANEXOS E PULSEIRINHA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSD, EXAMES ENTREGUE A TÉCNICA DE ENFERMAGEM RESPONSÁVEL PELA SRPA THAMIRES. SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.	(1)
------------	--	-----

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 09:37

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61661150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE	Leito: LR-005/2	

Intercomências	SEGUE EM OBSERVAÇÃO	[1]
Eletrodos	TORAX	[1]
Incisão Cirúrgica	MID	[1]
Dreno	NÃO SE APLICA	[1]
Placa De Bisturi	MIE	[1]
Punções Venosas	MSE	[1]
Coxim	NÃO SE APLICA	[1]
PÓS-OPERATÓRIO		

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61661150	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Nº Prescrição: 23507384	29/08/2019 às 13:43	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES	Leito: LR-005/2	Enfermeiro(a):	LARISSE TAVARES DE JESUS
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			
1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA			
Relacionado a: TRATAMENTO			
8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A			
Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO			
OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS		Mantido:	


ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
12992611	JONES WAGNER SANTOS SILVA	M	21/04/1985	34
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
30077834 SSP SE	83587357587			1-CASADO
Endereço				
R TANCREDO CAMPOS 838 INDUSTRIAL ARACAJU-SE CEP:49085780				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
99302324		MARIA DAGMAR SANTOS SILVA		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
800535-RECEPCAO PRINCIPAL - HGS			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
29/08/2019	11:14		
Médico Atendente			Clinica
3372669 RODRIGO OLIVEIRA PASSOS			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
3372669 RODRIGO OLIVEIRA PASSOS			0 INTERNACAO
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano AUTO VIACAO MODELO LTDA	
800-HAPVIDA ARACAJU	2-PLANO EMPRESA ENFERMARIA - COLETIVO	
Carteira	Validade	
24042001803006029		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
42060105	99996666	D26974809	INTERNACAO
42060105	52110125	D26974809	FRATURA DO ACETABULO - TRATAMENTO CIRURGICO COM 1 ACESSO
			Material - 99800406 - PARAFUSO CORTICAL 3.5 MM - QTDE: 1
			Material - 99829354 - PLACA DE RECONSTRUCAO ACETABULAR - QTDE: 1
			Material - 99943823 - PARAFUSO CORTICAL 3.5 X 18 MM - QTDE: 2
			Material - 99943825 - PARAFUSO CORTICAL 3.5 X 18 MM - QTDE: 2
			Material - 99943826 - PARAFUSO CORTICAL 3.5 X 20 MM - QTDE: 1
42078061	32040016	D27258691	RAIOX BACIA (MEMBROS INFERIORES)
42078133	28040481	D27257574	HEMOGRAMA COMPLETO (ERITROGRAMA + LEUCOGRAMA + AVALIACAO DE PLAQUETAS)

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:57

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800524/22	
Profissional(is): DIOGO SOBRAL BOMFIM CRM 4926 [1]	Nº: 43360999	27/08/2019	às 15:21
FORMULÁRIO			
Há Pendências para Abreviar Tratamento?	SIM*		[1]
Há Pendências para Abreviar Tratamento?			
Justificativa	Aguarda procedimento cirúrgico		[1]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:57

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800524/22	

Profissional(is): APARECIDA SANTOS BARRETO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 786822 [1] JOCILENE MENEZES DOS SANTOS COREN 908227 [2]	Nº: 43333596	27/08/2019	às 04:05
---	--------------	------------	----------

SINAIS E SINTOMAS	
Sinais e Sintomas / Orientações De Enfermagem	AS 18:00HS RECEBO O PLANTÃO COM PACIENTE NO LEITO EM DD O MESMO COM FRATURA EM MID , CONCIENTE , ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL, ACIANOTICO, ANICTERICO, EM USO DE AVP, EM CIA DE FAMILIAR, SEGUE AOS CUIDADOS DA DEQUIPE. [1] AS 20:00HS PACIENTE SOB OS CUIDADOS DA EM ENFERMAGEM AS 21:00HS PACIENTE AVALIADO PELO MEDICO AS 22:00HS ADMINISTRADO TRAMAL +100ML DE SFO,9% , PROFENID +100ML DE SFO ,9% ,DIPIRONA , DEXAMETASONA CPM . AS 24:00HS AFERIDO SINAIS VITAIS PA :120X80MMHG ,TEMP 36°C AS 02:00HS PACIENTE NO LEITO DORMINDO AS 04:00HS PACIENTE SOB OS CUIDADOS DA ENFERMAGEM , AS 06:00HS AFERIDO SINAIS VITAIS

AVALIAÇÃO DE RISCO	
Hemorragia Puerperal	[2]
Lesão Por Pressão Adulto (Braden)	[2]
Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)	[2]
Queda Adulto (Morse)	[2]
Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)	[2]
Flebite	[2]
Tromboembolismo Venoso Clínico	[2]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:57

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800524/22	
Profissional(is): GIULLIANA FEITOSA DA SILVA CRM 4828 (1)		Nº: 43359249	27/08/2019 às 14:48
ANAMNESE			
Queixa Principal	Otimizo analgesia e prescrevo anti-trombolitico.		[1]
EXAME FÍSICO			
Aspecto Geral	Otimizo analgesia e prescrevo anti-trombolitico.		[1]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:58

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800524/22	

Profissional(is): ANA ADRIANA BASTOS SILVA, ENFERMEIRO(A), COREN 538617 [1] Nº: 43367586 27/08/2019 às 17:35

DADOS DO PACIENTE
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - MANHÃ

Hora

07:00 PACIENTE NO LEITO DA OBSERVAÇÃO MASCULINA AFEBRIL, EUPNEICO, ANTERICO EM USO DE AVP SORIFICADO COM JELCO 20 NO MSD, CALMO, ORIENTADO VERBALIZANDO.

08:00 REALIZANDO BANHO NO LEITO+HIGIENE ORAL, AFERIDO SSVV PA12x60 T36 C R 20.

09:00 PACIENTE SEGUE EM OBSERVAÇÃO.

10:00 ADMINISTRADO MEDICAÇÃO DE HORARIO, DAPIRONA+ACEITA LANCHE OFERECIDO.

12:00 PACIENTE ACEITA ALMOÇO, AFERIDO SSVV PA12x70 T36.3C R22

14:00 ADMINISTRADO MEDICAÇÃO EV DE HORARIO CPM

15:00 PACIENTE ACEITA LANCHE OFERECIDO.

17:00 ADMINISTRADO CLEXANE 40MG SC

18:00 PACIENTE MATENDO GUADRO AFERIDO SSVV PA 13x81 T36.8 R18 +ACEITA JANTA OFERECIDA COM BOA ACEITAÇÃO.

19:00 PASSO O PLANTAO COM SEM ALTERAÇÃO.

[1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - TARDE
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - NOITE
CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:58

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 51560358	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800524/22	

Profissional(is): JOCILENE MENEZES DOS SANTOS COREN 908227 [1] Nº: 43361657 27/08/2019 às 15:33

SINAIS E SINTOMAS		
Administrado medicamento conforme prescrição médica. Segue sob cuidados da enfermagem	Sim	[1]
CUIDADOS DE ENFERMAGEM		
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	TRAMADOL AMPL 100MG EV 1/4 PREPARADO E ADMINISTRADO AS 15:33, EM 27/08/2019 POR JOCILENE MENEZES DOS SANTOS, COREN/SE 908227. DIFIRONA AMP AMPL 1000MG EV 1/4 PREPARADO E ADMINISTRADO AS 15:33, EM 27/08/2019 POR JOCILENE MENEZES DOS SANTOS, COREN/SE 908227. PROFENID IV FRAP 100MG EV 1/3 PREPARADO E ADMINISTRADO AS 15:33, EM 27/08/2019 POR JOCILENE MENEZES DOS SANTOS, COREN/SE 908227. CLEXANE SERI 40MG SC PREPARADO E ADMINISTRADO AS 15:33, EM 27/08/2019 POR JOCILENE MENEZES DOS SANTOS, COREN/SE 908227.	[1]
AVALIAÇÃO DE RISCO		
Hemorragia Puerperal	-	[1]
Lesão Por Pressão Adulto (Braden)	-	[1]
Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)	-	[1]
Queda Adulto (Morse)	-	[1]
Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)	-	[1]
Flebite	-	[1]
Tromboembolismo Venoso Clínico	-	[1]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:58

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800524/22	

Profissional(is): MARCELA ISSA MARTINS COREN 377098 (1)	Nº: 43386466	28/08/2019	às 07:29
---	--------------	------------	----------

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE

CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR 1 JUSTIFICADO AS 07:08, EM 28/08/2019 POR MARCELA ISSA MARTINS, COREN/SE 377098.
MOTIVO: 2

(1)

CALHA OU TALA MEMBRO SUPERIOR 1 JUSTIFICADO AS 07:08, EM 28/08/2019 POR MARCELA ISSA MARTINS, COREN/SE 377098.
MOTIVO: 2

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:58

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800524/22	

Profissional(is): MORGANA LYRA CAVALCANTE DE SOUZA CRM 4936 [1] Nº: 43416016 28/08/2019 às 17:10

ANAMNESE		
Queixa Principal	PACIENTE COM QUEIXA DE DOR EM TORAX ANTERIOR ESQUERDO, PIOR A MOBILIZAÇÃO E INSPIRAÇÃO PROFUNDA. COND: MANTENHO ANALGESIA E SOLICITO RX DE TORAX	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S798 OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DO QUADRIL E DA COXA	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
DIAGNÓSTICO		
CID10	S798 OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DO QUADRIL E DA COXA	[1]
CID10	S798 OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DO QUADRIL E DA COXA	[1]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 09:01

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61646789	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto:	Leito: /	

Profissional(is): RODRIGO OLIVEIRA PASSOS CRM 4808 [1]	Nº: 43430075 28/08/2019 às 23:56
--	----------------------------------

ANAMNESE

Queixa Principal	sou chamado na enfermaria, paciente com quadro de fratura luxação da acetábulo, reduzida há 4 dias porém novamente luxada após confirmação em tomografia. Refere também quadro de dor torácica (hemitórax esquerdo).	[1]
------------------	--	-----

CD: programo cirurgia de urgência para amanhã, converso sobre jejum, suspendo clexane, solicito radiografia de tórax.
dieta zero a partir das 6:00 horas.

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
---------------------	--------------------------	-----

CID10	S328 FRATURA DE OUTRAS PARTES DA COLUNA LOMBOSSACRA E DA Pelve e de partes não especificadas	[1]
-------	--	-----

Alergias	Não	[1]
----------	-----	-----

Medicação Em Uso	Não	[1]
------------------	-----	-----

Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
-----------------------------------	-----	-----

99		[1]
----	--	-----

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral	sou chamado na enfermaria, paciente com quadro de fratura luxação da acetábulo, reduzida há 4 dias porém novamente luxada após confirmação em tomografia. Refere também quadro de dor torácica (hemitórax esquerdo).	[1]
---------------	--	-----

CD: programo cirurgia de urgência para amanhã, converso sobre jejum, suspendo clexane, solicito radiografia de tórax.
dieta zero a partir das 6:00 horas.

DIAGNÓSTICO

CID10	S328 FRATURA DE OUTRAS PARTES DA COLUNA LOMBOSSACRA E DA Pelve e de partes não especificadas	[1]
-------	--	-----

CID10	S328 FRATURA DE OUTRAS PARTES DA COLUNA LOMBOSSACRA E DA Pelve e de partes não especificadas	[1]
-------	--	-----

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 09:00

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61646789	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): RODRIGO OLIVEIRA PASSOS, MÉDICO, CRM 4808 [1] Nº: 43438340 29/08/2019 às 08:41			
IDENTIFICAÇÃO			
Nº Atendimento	61646789		[1]
Nome Completo	JONES WAGNER SANTOS SILVA		[1]
Data De Nascimento	21/04/1985		[1]
Nome Da Mãe	MARIA DAGMAR SANTOS SILVA		[1]
Data Da Internação	28/08/2019		[1]
HDA / EXAME FÍSICO / CONDUITA			
SINAIS VITAIS			
FC	80 bpm		[1]
FR	16 mrpm		[1]
OUTROS DADOS E SINAIS			
COMORBIDADES			
DIAGNÓSTICO			
CID Principal	S328 FRATURA DE OUTRAS PARTES DA COLUNA LOMBOSSACRA E DA Pelve e de partes não especificadas		[1]
PARECER DO ESPECIALISTA			
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO			
Encaminhamento Do Paciente	POSTO DE ENFERMAGEM.		[1]



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2. Nº 41997638

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

1 - Registro Ans ANS Nº 0	3 - Data de Autorização 11/11/2019	4 - Senha	5 - Data de Validade da Senha 11/11/2019	6 - Data de Emissão da Guia 26/08/2019
------------------------------	---------------------------------------	-----------	---	---

DADOS DO BENEFICIÁRIO

7 - Número da Carteira 24042001603000029	8 - Plano PLANO EMPRESA APARTAMENTO	9 - Validade da Carteira
---	--	--------------------------

10 - Nome JONES WAGNER SANTOS SILVA	11 - Número de Cartão Nacional de Saúde
--	---

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

12 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361267000517	13 - Nome da Contratada ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS	14 - Código CNEB 6137040
15 - Nome do Profissional Solicitante RODRIGO OLIVEIRA PASSOS	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 4808
18 - AUF SE	19 - Código CBO S	

DADOS DO CONTRATO SOLICITADO/DADOS DA INTERNAÇÃO

20 - Código na Operadora/CNPJ/CPF	21 - Nome do Prestador	22 - Caracter da Solicitação U - Emergência U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação 1 - Clínica 2 - Cirurgia 3 - Obstetrícia 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica	24 - Regime de Internação 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	25 - Qtd Diárias Solicitadas
-----------------------------------	------------------------	--	---	---	------------------------------

26 - Indicação Clínica FRATURA LUXAÇÃO POSTERIOR DE ACETÁBULO, SEM SUCESSO NA REDUÇÃO INCRUENTA.

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

27 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica	28 - Tempo de Doença A - Anos M - Meses D - Dias	29 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou Doença relacionada ao trabalho 1 - Trabalho 2 - Outros
--	---	--

30 - CID 10 PRINCIPAL S798	31 - CID 10 SECUNDÁRIO	32 - CID 10 (3)	33 - CID 10 (4)
-------------------------------	------------------------	-----------------	-----------------

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtd. Solic.	38 - Qtd. Autor.

OMP SOLICITADOS

39 - Tabela	40 - Código do OMP	41 - Descrição OMP	42 - QTOE	43 - FABRICANTE	44 - VALOR UNITARIO R\$

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

45 - DATA PROVÁVEL ADMISSÃO HOSP 11/11/2019	46 - QTOE DIARIAS AUTORIZADAS	47 - TIPO ACOMODACAO AUTORIZADA	48 - Código na Operadora/CNPJ/CPF
--	-------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

49 - NOME DO PRESTADOR AUTORIZADO	50 - QTOE DIARIAS SOLICITADAS
-----------------------------------	-------------------------------

51 - OBSERVAÇÃO

52 - Data e Assinatura do Solicitante 19/11/2019	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
---	---	--

1 - Registro Ans ANS Nº 0	3 - Nº Guia Principal 41997411	Prioridade Prioridade Alta	4 - Nº Guia da Operadora	5 - Data da Autorização	6 - Senha	7 - Data de Validade da Senha	8 - Data de Emissão da Guia
------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	--------------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	-----------------------------

DADOS DO BENEFICIÁRIO

9 - Número da Carteira 24042001503006029	10 - Plano PLANO EMPRESA APARTAMENTO	11 - Validade da Carteira	12 - Nome JONES WAGNER SANTOS SILVA	13 - Número do Cartão Nacional de Saúde
---	---	---------------------------	--	---

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

14 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361267000517	15 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS	16 - Código CNES 6137040
17 - Nome do Profissional Solicitante GIULIANA FEITOSA DA SILVA	18 - Conselho Profissional CRM	19 - Número no Conselho 4828
20 - UF SE	21 - Código CBO S	

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

22 - Data/Hora da Solicitação	23 - Caracter da Solicitação U E - Eletiva U - Urgência/Emergência	24 - CID 10 S798	25 - Indicação Clínica
-------------------------------	---	---------------------	------------------------

26 - Tabela	27 - Código do Procedimento	28 - Descrição	29 - Qtd. Solic.	30 - Qtd. Autor.
1 02	00010071	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	
2 02	32020015	RAIOX COLUNA CERVICAL: A.P. - LAT - T.O. OU FLEXAO	1	
3 02	32020040	RAIOX COLUNA DORSAL: A.P. - LATERAL	1	
4 02	32020074	RAIOX COLUNA LOMBO-SACRA COM OBLIQUAS E COM SELETI	1	
5 02	32040016	RAIOX BACIA (MEMBROS INFERIORES)	1	
6 02	32040040	RAIOX ARTICULACAO COXO-FEMURAL	1	

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

31 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361267000517	32 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS	33 - T. Log.	34-35-36 - Logradouro - Número - Complemento	37 - Município	38 - UF	39 - Cód. IBGE	40 - CEP	41 - Código CNES
42 - Nome do Profissional Executante/Complementar GIULIANA FEITOSA DA SILVA	43 - Conselho Profissional CRM	44 - Número no Conselho 4828	45 - UF SE	46 - Código CBO S	47 - Grau de Participação			

DADOS DO ATENDIMENTO

48 - Tipo de Atendimento 01 - Remissão 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Quiroterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Reta Substitutiva	49 - Tipo de Saida 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito
--	--

CONSULTA REFERENCIA

50 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica	51 - Tempo da Doença A - Anos M - Meses D - Dias
--	---

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

52 - Data	53 - Hora Inicial	54 - Hora Final	55 - Tab	56 - Código do Procedimento	57 - Qtd.	58 - Via	59 - Tec	60 - %Red. / Acerto	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
				00010071 CONSULTA EM PRONTO S	1					0.00
				32020015 RAOX COLUNA CERVICA	1					0.00
				32020040 RAOX COLUNA DORSAL:	1					0.00
				32020074 RAOX COLUNA LOMBO-S	1					0.00
				32040016 RAOX BACIA (MEMBROS	1					0.00
				32040040 RAOX ARTICULACAO CO	1					0.00

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série	64 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	65 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	66 - Data e Assinatura do Prestador Executante
--	--	---	--

67 - Observação

68 - Total Procedimentos - R\$	69 - Total Taxas e Aluguéis - R\$	70 - Total Materiais - R\$	71 - Total Medicamentos - R\$	72 - Total Diárias - R\$	73 - Total Gases Medicinicos - R\$	74 - Total Geral da Guia - R\$
--------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	-------------------------------	--------------------------	------------------------------------	--------------------------------

75 - Data e Assinatura do Solicitante 19/11/2019 R3100ANS -1.20	76 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 19/11/2019 08:54 NARA JESSICA DOS SANTOS VIEIRA	77 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 19/11/2019	78 - Data e Assinatura do Prestador Executante
---	--	---	--

1 - Registro Ans ANS n° 0	3 - Nº Guia Principal 42001182	Prioridade Prioridade Alta	4 - Nº Guia da Operadora	5 - Data da Autorização	6 - Senha	7 - Data da Validade da Senha	8 - Data do Emissão do Guia
------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	--------------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	-----------------------------

DADOS DO BENEFICIÁRIO

9 - Número da Carteira 24042001603006029	10 - Plano PLANO EMPRESA APARTAMENTO	11 - Validade da Carteira	12 - Nome JONES WAGNER SANTOS SILVA	13 - Número de Cartão Nacional de Saúde
---	---	---------------------------	--	---

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

14 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361267000517	15 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS	16 - Código CNES 6137040
---	--	-----------------------------

17 - Nome do Profissional Solicitante GIULIANA FEITOSA DA SILVA	18 - Conselho Profissional CRM	19 - Número no Conselho 4828	20 - UF SE	21 - Código CBO S
--	-----------------------------------	---------------------------------	---------------	-------------------

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

22 - Data/Hora da Solicitação	23 - Centro da Solicitação U E - Eletriz U - Urgência/Emergência	24 - CID 10 S798	25 - Indicação Clínica
-------------------------------	---	---------------------	------------------------

26 - Tabela	27 - Código do Procedimento	28 - Descrição	29 - Qtd. Solic.	30 - Qtd. Autor.
1 02	00010071	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	
2 02	28010540	CREATININA	1	
3 02	28011414	UREIA (SANGUE)	1	
4 02	28040139	COAGULOGRAMA COMPLETO	1	
5 02	28040481	HEMOGRAMA COMPLETO (ERITROGRAMA + LEUCOGRAMA + AVA	1	

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

31 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361267000517	32 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS	33 - T. Log.	34-35-36 - Logradouro - Número - Complemento	37 - Município	38 - UF	39 - Cód. IBGE	40 - CEP	41 - Código CNES
---	--	--------------	--	----------------	---------	----------------	----------	------------------

42 - Nome do Profissional Executante/Complementar GIULIANA FEITOSA DA SILVA	43 - Conselho Profissional CRM	44 - Número no Conselho 4828	45 - UF SE	46 - Código CBO S	46 a - Grau de Participação
--	-----------------------------------	---------------------------------	---------------	-------------------	-----------------------------

DADOS DO ATENDIMENTO

47 - Tipo de Atendimento 01 - Remissão 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Intermédio 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva	48 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou Doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	49 - Tipo de Saida 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito
---	---	--

CONSULTA REFERÊNCIA

50 - Tipo da Doença A - Aguda C - Crônica	51 - Tempo da Doença A - Anos M - Meses D - Dias
--	---

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

52 - Data	53 - Hora Inicial	54 - Hora Final	55 - Tab	56 - Código do Procedimento	57 - Qtd.	58 - Vlo	59 - Tot	60 - %Red./Acréscimo	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
				00010071 CONSULTA EM PRONTO S	1					0.00
				28010540 CREATININA	1					0.00
				28011414 UREA (SANGUE)	1					0.00
				28040139 COAGULOGRAMA COMPLET	1					0.00
				28040481 HEMOGRAMA COMPLETO (	1					0.00

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -
--

64 - Observação

65 - Total Procedimentos - R\$	66 - Total Taxas e Aluguéis - R\$	67 - Total Materiais - R\$	68 - Total Medicamentos - R\$	69 - Total Diárias - R\$	70 - Total Gastos Medicinais - R\$	71 - Total Geral da Guia - R\$
--------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	-------------------------------	--------------------------	------------------------------------	--------------------------------

86 - Data e Assinatura do Solicitante 19/11/2019	87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	89 - Data e Assinatura do Prestador Executante
---	--	---	--

1 - Registro Ans ANS nº 0	3 - Nº Guia Principal 41999659	Prioridade Prioridade Alta	4 - Nº Guia da Operadora	5 - Data da Autorização	6 - Senha	7 - Data de Validade da Senha	8 - Data da Emissão da Guia
-------------------------------------	--	--------------------------------------	--------------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	-----------------------------

DADOS DO BENEFICIÁRIO

9 - Número da Carteira 24042001603006029	10 - Plano PLANO EMPRESA APARTAMENTO	11 - Validade da Carteira	12 - Nome JONES WAGNER SANTOS SILVA	13 - Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	---------------------------	---	---

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

14 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361267000517	15 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS	16 - Código CNES 6137040
17 - Nome do Profissional Solicitante GIULIANA FEITOSA DA SILVA	18 - Conselho Profissional CRM	19 - Número no Conselho 4828
20 - UF SE	21 - Código CBO S	

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

22 - Data/Hora da Solicitação	23 - Caracter da Solicitação U E - Eletiva U - Urgência/Emergência	24 - CID 10 S798	25 - Indicação Clínica
-------------------------------	--	----------------------------	------------------------

25 - Tabela	27 - Código do Procedimento	29 - Descrição	28 - Orde Solic.	30 - Orde Autor.
1 02	00010071	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	
2	-			
3	-			
4	-			
5	-			

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

31 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361267000517	32 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS	33 - T. Log.	34-35-36 - Logradouro - Número - Complemento	37 - Município	38 - UF	39 - Cód. IBGE	40 - CEP	41 - Código CNES
41a - Código na Operadora/CNPJ/CPF do Exec. Complementar 3675627586	42 - Nome do Profissional Executante/Complementar GIULIANA FEITOSA DA SILVA	43 - Conselho Profissional CRM	44 - Número no Conselho 4828	45 - UF SE	46 - Código CBO S	48 - Grau de Participação		

DADOS DO ATENDIMENTO

47 - Tipo de Atendimento 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapia 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Intermédio 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva	48 - Indicação de Admissão 0 - Acidente ou Doença relacionado ao trabalho 1 - Transito 2 - Outros	49 - Tipo de Sólido 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito
---	---	---

CONSULTA REFERÊNCIA

50 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica	51 - Tempo de Doença A - Anos M - Meses D - Dias
---	--

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

52 - Data	53 - Hora Inicial	54 - Hora Final	55 - Tab.	56 - Código do Procedimento	57 - Qds.	58 - Via	59 - Tec.	60 - % Red. / Acréscimo	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
				00010071 CONSULTA EM PRONTO S	1					0,00

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série	1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---------------------------

64 - Observação

65 - Total Procedimentos - R\$	66 - Total Taxas e Aluguéis - R\$	67 - Total Materiais - R\$	68 - Total Medicamentos - R\$	69 - Total Diárias - R\$	70 - Total Gastos Médicos - R\$	71 - Total Geral da Guia - R\$
--------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	-------------------------------	--------------------------	---------------------------------	--------------------------------

86 - Data e Assinatura do Solicitante 19/11/2019	87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 	88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 	89 - Data e Assinatura do Prestador Executante
--	--	---	--



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA – SP/SADT Nº

41998255

1 - Registro Ans ANS nº 0	3 - Nº Guia Principal 41998255	Prioridade Prioridade Alta	4 - Nº Guia da Operadora	5 - Data da Autorização	6 - Senha	7 - Data de Validade da Senha	8 - Data de Emissão da Guia
------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	--------------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	-----------------------------

DADOS DO BENEFICIÁRIO

9 - Número da Carteira 24042001603006029	10 - Plano PLANO EMPRESA APARTAMENTO	11 - Validade da Carteira	12 - Nome JONES WAGNER SANTOS SILVA	13 - Número do Cartão Nacional de Saúde
---	---	---------------------------	--	---

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

14 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361267000517	15 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS	16 - Código CNES 8137040
17 - Nome do Profissional Solicitante GIULIANA FEITOSA DA SILVA	18 - Conselho Profissional CRM	19 - Número no Conselho 4828
20 - UF SE	21 - Código CBO S	

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

22 - Data/Hora da Solicitação	23 - Caracter da Solicitação U - Eletivo U - Urgência/Emergência	24 - CID 10 S798	25 - Indicação Clínica
-------------------------------	---	---------------------	------------------------

26 - Tabela	27 - Código do Procedimento	28 - Descrição	29 - Qtd. Solic.	30 - Qtd. Autor.
1	02	00010071 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	
2	02	52230015 CALHA OU TALA MEMBRO SUPERIOR	1	
3	02	52230023 CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR	1	
4				
5				

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

31 - Código na Operadora/CNPJ/CPF	32 - Nome do Contratado	33 - T. Log.	34-35-36 - Logradouro - Número - Complemento	37 - Município	38 - UF	39 - Cód. IBGE	40 - CEP	41 - Código CNES
42 - Nome do Profissional Executante/Complementar GIULIANA FEITOSA DA SILVA	43 - Conselho Profissional CRM	44 - Número no Conselho 4828	45 - UF SE	46 - Código CBO S	48 - Grau de Participação			

DADOS DO ATENDIMENTO

47 - Tipo de Atendimento 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Quiroterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva	48 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou Doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	49 - Tipo de Saúde 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Informação 5 - Alta 6 - Óbito
--	---	--

CONSULTA REFERÊNCIA

50 - Tipo da Doença A - Aguda C - Crônica	51 - Tempo da Doença A - Anos M - Meses D - Dias
--	---

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

52 - Data	53 - Hora Inicial	54 - Hora Final	55 - Tab	56 - Código do Procedimento	57 - Qtd.	58 - Via	59 - Tec	60 - % Red. / Acreditado	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
				00010071 CONSULTA EM PRONTO S	1					0.00
				52230015 CALHA OU TALA MEMBRO	1					0.00
				52230023 CALHA OU TALA MEMBRO	1					0.00

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série	64 - Observação
1 - _____ 3 - _____ 5 - _____ 7 - _____ 9 - _____	
2 - _____ 4 - _____ 6 - _____ 8 - _____ 10 - _____	

65 - Total Procedimentos - R\$	66 - Total Taxas e Aluguéis - R\$	67 - Total Materiais - R\$	68 - Total Medicamentos - R\$	69 - Total Órfãos - R\$	70 - Total Gastos Medicinais - R\$	71 - Total Geral da Guia - R\$
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

86 - Data e Assinatura do Solicitante 19/11/2019	87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	89 - Data e Assinatura do Prestador Executante
	_____	_____	_____

1 - Registro Ans ANS nº 0	3 - Nº Guia Principal 41998239	Prioridade Prioridade Alta	4 - Nº Guia de Operadora	5 - Data de Autorização	6 - Senha	7 - Data de Validade da Senha	8 - Data de Emissão da Guia
------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	--------------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	-----------------------------

DADOS DO BENEFICIÁRIO

9 - Número da Carteira 24042001603006029	10 - Plano PLANO EMPRESA APARTAMENTO	11 - Validade da Carteira	12 - Nome JONES WAGNER SANTOS SILVA	13 - Número do Cadastro Nacional de Saúde
---	---	---------------------------	--	---

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

14 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361287000517	15 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS	16 - Código CNES 6137040
17 - Nome do Profissional Solicitante GIULIANA FEITOSA DA SILVA	18 - Conselho Profissional CRM	19 - Número no Conselho 4828
	20 - UF SE	21 - Código CBO S

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

22 - Data/Hora da Solicitação	23 - Caracter da Solicitação U - Eletiva U - Urgência/Emergência	24 - CID 10 S798	25 - Indicação Clínica
-------------------------------	---	---------------------	------------------------

26 - Tabela	27 - Código do Procedimento	28 - Descrição	29 - Cide, Solic.	30 - Cide Autor.
1 - 02	00010071	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	
2 -	-			
3 -	-			
4 -	-			
5 -	-			

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

31 - Código na Operadora/CNPJ/CPF	32 - Nome do Contratado	33 - T. Log.	34-35-36 - Logradouro - Número - Complemento	37 - Município	38 - UF	39 - Cód. IBGE	40 - CEP	41 - Código CNES
42 - Código na Operadora/CNPJ/CPF do Exec. Complementar 3675627586	42 - Nome do Profissional Executante/Complementar GIULIANA FEITOSA DA SILVA	43 - Conselho Profissional CRM	44 - Número no Conselho 4828	45 - UF SE	46 - Código CBO S	48 a - Grau de Participação		

DADOS DO ATENDIMENTO

47 - Tipo de Atendimento 01 - Remissão 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva	48 - Indicação de Agravidade 0 - Acidente ou Doença relacionada ao trabalho 1 - Transição 2 - Outros	49 - Tipo de Saída 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito
--	--	--

CONSULTA REFERÊNCIA

50 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica	51 - Tempo da Doença A - Anos M - Meses D - Dias
--	---

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

52 - Data	53 - Hora Inicial	54 - Hora Final	55 - Trib	56 - Código do Procedimento	57 - Cide	58 - Via	59 - Tec	60 - %Red. / Acréscimo	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
				00010071 CONSULTA EM PRONTO S	1					0.00

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série 1 - 19/11/2019 2 - 19/11/2019 3 - 19/11/2019 4 - 19/11/2019 5 - 19/11/2019 6 - 19/11/2019 7 - 19/11/2019 8 - 19/11/2019 9 - 19/11/2019 10 - 19/11/2019
--

64 - Observação

65 - Total Procedimentos - R\$	66 - Total Taxas e Aluguéis - R\$	67 - Total Materiais - R\$	68 - Total Medicamentos - R\$	69 - Total Diárias - R\$	70 - Total Gastos Medicinais - R\$	71 - Total Geral da Guia - R\$
--------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	-------------------------------	--------------------------	------------------------------------	--------------------------------

86 - Data e Assinatura do Solicitante 19/11/2019	87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	89 - Data e Assinatura do Prestador Executante
---	--	---	--

1 - Registro Ans ANS nº 0	3 - Nº Guia Principal 41997637	Prioridade Prioridade Alta	4 - Nº Guia da Operadora	5 - Data da Autorização	6 - Senha	7 - Data da Validade da Senha	8 - Data de Emissão da Guia
------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	--------------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	-----------------------------

DADOS DO BENEFICIÁRIO

9 - Número da Carteira 24042001603006029	10 - Plano PLANO EMPRESA APARTAMENTO	11 - Validade da Carteira	12 - Nome JONES WAGNER SANTOS SILVA	13 - Número do Cartão Nacional de Saúde
---	---	---------------------------	--	---

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

14 - Código na Operadora/CNPJ/CNPJ 12361267000517	15 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS	16 - Código CBO S 6137040
17 - Nome do Profissional Solicitante GIULIANA FEITOSA DA SILVA	18 - Conselho Profissional CRM	19 - Número no Conselho 4828
20 - UF SE	21 - Código CBO S	

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

22 - Data/Hora da Solicitação	23 - Caracter da Solicitação U - Eletivo U - Urgência/Emergência	24 - CID 10 S798	25 - Indicação Clínica
-------------------------------	---	---------------------	------------------------

26 - Tabela	27 - Código do Procedimento	28 - Descrição	29 - Qtd. Solic.	30 - Qtd. Autor.
1 02	00010071	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	
2 02	28040139	COAGULOGRAMA COMPLETO	1	
3 02	28040481	HEMOGRAMA COMPLETO (ERITROGRAMA + LEUCOGRAMA + AVA	1	
4				
5				

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

31 - Código na Operadora/CNPJ/CNPJ 12361267000517	32 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS	33 - T. Log.	34-35-36 - Logradouro - Número - Complemento	37 - Município	38 - UF	39 - Cód. IBGE	40 - CEP	41 - Código CNES
42 - Nome do Profissional Executante/Complementar GIULIANA FEITOSA DA SILVA	43 - Conselho Profissional CRM	44 - Número no Conselho 4828	45 - UF SE	46 - Código CBO S	46 B - Grau de Participação			

DADOS DO ATENDIMENTO

47 - Tipo de Atendimento 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva	48 - Indicação da Assistência 0 - Acidente ou Doença relacionado ao trabalho 1 - Transito 2 - Outros	49 - Tipo de Saúde 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Quito
--	---	---

CONSULTA REFERÊNCIA

50 - Tipo da Doença A - Aguda C - Crônica	51 - Tempo da Doença A - Anos M - Meses D - Dias
--	---

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

52 - Data	53 - Hora Inicial	54 - Hora Final	55 - Tab	56 - Código do Procedimento	57 - Qtd.	58 - Via	59 - Tec	60 - %Red. / Acréscimo	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
				00010071 CONSULTA EM PRONTO S	1					0.00
				28040139 COAGULOGRAMA COMPLET	1					0.00
				28040481 HEMOGRAMA COMPLETO (	1					0.00

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série	1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -
--	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

64 - Observação

65 - Total Procedimentos - R\$	66 - Total Taxas e Atuação - R\$	67 - Total Materiais - R\$	68 - Total Medicamentos - R\$	69 - Total Diárias - R\$	70 - Total Gastos Medicionais - R\$	71 - Total Geral da Guia - R\$
--------------------------------	----------------------------------	----------------------------	-------------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------------

85 - Data e Assinatura do Solicitante 19/11/2019	87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	89 - Data e Assinatura do Prestador Executante
---	--	---	--

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

1 - Registro Ans ANS Nº: 000.000.000	3 - Data de Autorização 11/11/19	4 - Sanha 11/11/19	5 - Data de Validade da Sanha 11/11/19	8 - Data de Emissão do Guia 28/08/2019
---	-------------------------------------	-----------------------	---	---

DADOS DO BENEFICIÁRIO

7 - Número da Carteira 24042001803000029	8 - Plano PLANO EMPRESA APARTAMENTO	9 - Validade da Carteira
---	--	--------------------------

10 - Nome JONES WAGNER SANTOS SILVA	11 - Número da Cartão Nacional de Saúde 11111111111111111111
--	---

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

12 - Código da Operadora/CNPJ/CPF 12361267000517	13 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS	14 - Código CNES 8137040
15 - Nome do Profissional Solicitante RODRIGO OLIVEIRA PASSOS	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 4808
18 - UF SE	19 - Código CBO B	

DADOS DO CONTRATO SOLICITADO/DADOS DA INTERNAÇÃO

20 - Código da Operadora/CNPJ/CPF	21 - Nome do Prestador
22 - Tipo de Solicitação E - Eletiva, U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação 1 - Clínica 2 - Cirurgia 3 - Obstetrícia 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica
24 - Regime de Internação 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	25 - Data de Solicitação

26 - Indicação Clínica
FRATURA LUXAÇÃO DE ACETÁBULO.

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

27 - Indicação de Acidente A - Acidente B - Doença	28 - Tempo de Doença A - Anos B - Meses C - Dias	29 - Indicação de Acidente A - Acidente ou Doença relacionado ao trabalho 1 - Trabalho 2 - Outros
30 - CID 10 PRINCIPAL S328	31 - CID 10 SECUNDÁRIO	32 - CID 10 (3)
		33 - CID 10 (4)

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtd. Solic.	38 - Qtd. Autor.
	52110125	FRATURA DO ACETABULO - TRATAMENTO CIRURGICO COM	01	

OMP SOLICITADOS

39 - Título	40 - Código do OMP	41 - Descrição OMP	42 - QTD	43 - FABRICANTE	44 - VALOR UNITARIO R\$

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

45 - DATA DE VALIDADE DA AUTORIZAÇÃO	46 - QTD DE DIARIAS AUTORIZADAS	47 - TIPO ACOMODACAO AUTORIZADA	48 - Código da Operadora/CNPJ/CPF
49 - TIPO DE ACOMODACAO AUTORIZADA	50 - QTD DE DIARIAS SOLICITADAS		

51 - OBSERVAÇÃO
PLACA DE RECONSTRUÇÃO
PARAFUSOS CORTICAIS (8)

52 - Data e Assinatura do Solicitante 19/11/2019	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 11/11/19	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 11/11/19
---	---	--

1 - Registro Ans ANS nº 0	2 - Nº Guia Principal 42057314	3 - Nome do Paciente Paciente de Alta	4 - Nº Guia da Operadora	5 - Data da Autorização	6 - Sexo	7 - Data de Validade da Guia	8 - Data de Emissão da Guia
------------------------------	-----------------------------------	--	--------------------------	-------------------------	----------	------------------------------	-----------------------------

DADOS DO BENEFICIÁRIO

9 - Número da Carteira 24042001603005029	10 - Plano PLANO EM RECA APARTAMENTO	11 - Validade da Carteira	12 - Nome JONES WALTER SANTOS SILVA	13 - Número do Cartão Nacional de Saúde
---	---	---------------------------	--	---

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

14 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361267000517	15 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS	16 - Código CNES 6137089
---	--	-----------------------------

17 - Nome do Profissional Solicitante RODRIGO OLIVEIRA PASSOS	18 - Conselho Profissional CRM	19 - Número no Conselho 4808	20 - UF SE	21 - Código CBO S
--	-----------------------------------	---------------------------------	---------------	-------------------

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

22 - Data/Hora da Solicitação	23 - Caracter da Solicitação U - Eletiva U - Urgência/Emergência	24 - CID 10 S328	25 - Indicação Clínica
-------------------------------	---	---------------------	------------------------

26 - Tabeta	27 - Código do Procedimento	28 - Descrição	29 - Qtd. Solic.	30 - Qtd. Autor.
1 02	00010071	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	
2 02	32050038	RAIOX TORAX P.A	1	
3				
4				
5				

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

31 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361267000517	32 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS	33 - T. Log.	34-35-36 - Logradouro - Número - Complemento	37 - Município	38 - UF	39 - Cód. IBGE	40 - CEP	41 - Código CNES
42 - Nome do Profissional Executante/Complementar RODRIGO OLIVEIRA PASSOS	43 - Conselho Profissional CRM	44 - Número no Conselho 4808	45 - UF SE	46 - Código CBO S	47 - Grau de Participação			

DADOS DO ATENDIMENTO

48 - Tipo de Atendimento 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva	49 - Indicação de Atendimento 0 - Acidente ou Doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	49 - Tipo de Saída 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito
---	--	--

CONSULTA REFERÊNCIA

50 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica	51 - Tempo de Doença A - Anos M - Meses D - Dias
--	---

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

52 - Data	53 - Hora Inicial	54 - Hora Final	55 - Tab	56 - Código do Procedimento	57 - Qtd.	58 - Via	59 - Tec	60 - % Red. / Acréscimo	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
				00010071 CONSULTA EM PRONTO S	1					0.00
				32050038 RAOX TORAX P.A	1					0.00

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série	1 - 19/11/2019	2 - 19/11/2019	3 - 19/11/2019	4 - 19/11/2019	5 - 19/11/2019	6 - 19/11/2019	7 - 19/11/2019	8 - 19/11/2019	9 - 19/11/2019	10 - 19/11/2019
--	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	-----------------

64 - Observação

65 - Total Procedimentos - R\$	66 - Total Taxas e Aluguéis - R\$	67 - Total Materiais - R\$	68 - Total Medicamentos - R\$	69 - Total Diárias - R\$	70 - Total Gases Médicos - R\$	71 - Total Geral da Guia - R\$
--------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	-------------------------------	--------------------------	--------------------------------	--------------------------------

86 - Data e Assinatura do Solicitante 19/11/2019	87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	89 - Data e Assinatura do Prestador Executante
---	--	---	--

1 - Registro Ans ANS nº 0	3 - Nº Guia Principal 42052196	Prioridade Prioridade Alta	4 - Nº Guia da Operadora	5 - Data da Autorização	6 - Senha	7 - Data da Validade da Senha	8 - Data de Emissão da Guia
-------------------------------------	--	--------------------------------------	--------------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	-----------------------------

DADOS DO BENEFICIÁRIO

9 - Número da Carteira 24042001603006029	10 - Plano PLANO EMPRESA APARTAMENTO	11 - Validade da Carteira	12 - Nome JONES WAGNER SANTOS SILVA	13 - Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	---------------------------	---	---

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

14 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361267000517	15 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS	16 - Código CNES 6137040
17 - Nome do Profissional Solicitante GIULLIANA FEITOSA DA SILVA	18 - Conselho Profissional CRM	19 - Número no Conselho 4828
20 - UF SE	21 - Código CBD S	

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

22 - Data/Hora da Solicitação	23 - Caracter da Solicitação U E - Eletiva U - Urgência/Emergência	24 - CID 10 S798	25 - Indicação Clínica
-------------------------------	--	----------------------------	------------------------

26 - Tabela	27 - Código do Procedimento	28 - Descrição	29 - Qtd. Solic.	30 - Qtd. Autor.
1 02	00010071	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	
2 02	32050038	RAIOX TORAX P.A.	1	
3	-	-		
4	-	-		
5	-	-		

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

31 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361267000517	32 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS	33 - T. Log.	34-35-36 - Logradouro - Número - Complemento	37 - Município	38 - UF	39 - Cód. IBGE	40 - CEP	41 - Código CNES
41 - Código na Operadora/CNPJ/CPF do Exec. Complementar 3675627586	42 - Nome do Profissional Executante/Complementar GIULLIANA FEITOSA DA SILVA	43 - Conselho Profissional CRM	44 - Número no Conselho 4828	45 - UF SE	46 - Código CBD S	46 a - Grau de Participação		

DADOS DO ATENDIMENTO

47 - Tipo de Atendimento 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva	48 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou Doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	49 - Tipo de Saída 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito
---	---	--

CONSULTA REFERÊNCIA

50 - Tipo da Doença A - Aguda C - Crônica	51 - Tempo de Doença A - Anos M - Meses D - Dias
--	---

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

52 - Data	53 - Hora Inicial	54 - Hora Final	55 - Tab	56 - Código do Procedimento	57 - Qtd.	58 - Via	59 - Tec	60 - % Red. / Acréscimo	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
				00010071 CONSULTA EM PRONTO S	1					0.00
				32050038 RAOX TORAX P.A.	1					0.00

63 - Data e Assinatura do Procedimentos em Série	1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -

64 - Observação

65 - Total Procedimentos - R\$	66 - Total Taxas e Aluguéis - R\$	67 - Total Materiais - R\$	68 - Total Medicamentos - R\$	69 - Total Diárias - R\$	70 - Total Gastos Medicinais - R\$	71 - Total Geral da Guia - R\$
--------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	-------------------------------	--------------------------	------------------------------------	--------------------------------

88 - Data e Assinatura do Solicitante 19/11/2019	87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	86 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	85 - Data e Assinatura do Prestador Executante
--	--	---	--

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:53

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasco: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800524/22	
Profissional(is): MARIA EDILMA CORREIA DOS SANTOS FELIX COREN 959582 [1]		Nº: 43330786	26/08/2019 às 23:54
SINAIS E SINTOMAS			
Administrado medicamento conforme prescrição médica. Segue sob cuidados de enfermagem		Sim	[1]
CUIDADOS DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE		PROFENID IV FRAP 100MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 23:54, EM 26/08/2019 POR MARIA EDILMA CORREIA DOS SANTOS FELIX, COREN/SE 959582. DAPIRONA AMP AMPL 1000MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 23:54, EM 26/08/2019 POR MARIA EDILMA CORREIA DOS SANTOS FELIX, COREN/SE 959582. TRAMADOL AMPL 100MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 23:55, EM 26/08/2019 POR MARIA EDILMA CORREIA DOS SANTOS FELIX, COREN/SE 959582. DEXAMETASONA AMPL 10MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 23:55, EM 26/08/2019 POR MARIA EDILMA CORREIA DOS SANTOS FELIX, COREN/SE 959582.	[1]
AValiação DE RISCO			
Hemorragia Puerperal		-	[1]
Lesão Por Pressão Adulto (Braden)		-	[1]
Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)		-	[1]
Queda Adulto (Morse)		-	[1]
Queda Pediátrico (Humpty-Dumpty)		-	[1]
Flebite		-	[1]
Tromboembolismo Venoso Clínico		-	[1]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:53

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800524/22	
Profissional(is): MARIA EDILMA CORREIA DOS SANTOS FELIX COREN 959582 [1] Nº: 43330786 26/08/2019 às 23:54			
SINAIS E SINTOMAS			
Administrado medicamento conforme prescrição médica. Segue sob cuidados de enfermagem	Sim		[1]
CUIDADOS DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	PROFENID IV FRAP 100MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 23:54, EM 26/08/2019 POR MARIA EDILMA CORREIA DOS SANTOS FELIX, COREN/SE 959582. DIPIRONA AMPL 1000MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 23:54, EM 26/08/2019 POR MARIA EDILMA CORREIA DOS SANTOS FELIX, COREN/SE 959582. TRAMADOL AMPL 100MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 23:55, EM 26/08/2019 POR MARIA EDILMA CORREIA DOS SANTOS FELIX, COREN/SE 959582. DEXAMETASONA AMPL 10MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 23:55, EM 26/08/2019 POR MARIA EDILMA CORREIA DOS SANTOS FELIX, COREN/SE 959582.		[1]
AValiação DE RISCO			
Hemorragia Puerperal	-		[1]
Lesão Por Pressão Adulto (Braden)	-		[1]
Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)	-		[1]
Queda Adulto (Morse)	-		[1]
Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)	-		[1]
Flebite	-		[1]
Tromboembolismo Venoso Clínico	-		[1]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:53

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800524/22	
Profissional(is): RODRIGO OLIVEIRA PASSOS CRM 4808 [1] Nº: 43279313 26/08/2019 às 07:17			
ANAMNESE			
Queixa Principal	EM TEMPO; PACIENTE COM MOBILIZAÇÃO ATIVA DO PÉ E SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES. [1]		

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:53

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800524/22	
Profissional(is): JOCILENE MENEZES DOS SANTOS COREN 908227 [1] Nº: 43280636 26/08/2019 às 07:58			
SINAIS E SINTOMAS			
Administrado medicamento conforme prescrição médica. Segue sob cuidados de enfermagem		Sim	[1]
CUIDADOS DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE		FENTANIL AMPL 1ML EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 07:58, EM 26/08/2019 POR JOCILENE MENEZES DOS SANTOS, COREN/SE 908227. FLUMAZENIL AMPL ,5MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 07:58, EM 26/08/2019 POR JOCILENE MENEZES DOS SANTOS, COREN/SE 908227. DORMONID AMPL 15MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 07:59, EM 26/08/2019 POR JOCILENE MENEZES DOS SANTOS, COREN/SE 908227. CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR 1 REALIZADO AS 07:59, EM 26/08/2019 POR JOCILENE MENEZES DOS SANTOS, COREN/SE 908227. CALHA OU TALA MEMBRO SUPERIOR 1 REALIZADO AS 07:59, EM 26/08/2019 POR JOCILENE MENEZES DOS SANTOS, COREN/SE 908227.	[1]
AVALIAÇÃO DE RISCO			
Hemorragia Puerperal		.	[1]
Lesão Por Pressão Adulto (Braden)		.	[1]
Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)		.	[1]
Queda Adulto (Morse)		.	[1]
Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)		.	[1]
Flebite		.	[1]
Tromboembolismo Venoso Clínico		.	[1]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:53

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 81560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800524/22	
Profissional(is): MORGANA LYRA CAVALCANTE DE SOUZA CRM 4938 [1]. Nº: 43281672 26/08/2019 às 08:21			
ANAMNESE			
Queixa Principal	PACIENTE COM LUXAÇÃO REDUZIDA E JA REALIZADA TRAÇÃO CUTANEA COND: SOLICITO SUSPENSÃO DO PEDIDO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO NO MOMENTO SOLICITO TC DE QUADRIL D		[1]
Queixa Principal			
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>		[1]
CID10	S798 OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DO QUADRIL E DA COXA		[1]
Alergias	Não		[1]
Medicação Em Uso	Não		[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não		[1]
EXAME FÍSICO			
Aspecto Geral	PACIENTE COM LUXAÇÃO REDUZIDA E JA REALIZADA TRAÇÃO CUTANEA COND: SOLICITO SUSPENSÃO DO PEDIDO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO NO MOMENTO SOLICITO TC DE QUADRIL D		[1]
DIAGNÓSTICO			
CID10	S798 OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DO QUADRIL E DA COXA		[1]
CID10	S798 OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DO QUADRIL E DA COXA		[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:53

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800524/22	
Profissional(is): DIOGO SOBRAL BOMFIM CRM 4826 [1]	Nº: 43288839	26/08/2019	às 10:17
FORMULÁRIO			
Há Pendências para Abreviar Tratamento?	SIM.		[1]
Há Pendências para Abreviar Tratamento?			
Justificativa	Aguarda Tc		[1]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:54

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	DI. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800524/22	

Profissional(is): MARIA EDILMA CORRÊIA DOS SANTOS FELIX COREN 959582 [1]	Nº: 43294371	26/08/2019	às 11:36
MARIA ELIZANGELA OLIVEIRA DOS SANTOS COREN 847316 [2]			

SINAIS E SINTOMAS

Administrado medicamento conforme prescrição médica. Segue sob cuidados da enfermagem	Sim	(1)
---	-----	-----

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	TRAMADOL AMPL 100MG EV 1/3 PREPARADO E ADMINISTRADO AS 11:38, EM 26/08/2019 POR MARIA ELIZANGELA OLIVEIRA DOS SANTOS, COREN/SE 847316. PROFENID IV FRAP 100MG EV 1/2 PREPARADO E ADMINISTRADO AS 11:36, EM 26/08/2019 POR MARIA ELIZANGELA OLIVEIRA DOS SANTOS, COREN/SE 847316. DIPIRONA AMP AMPL 100MG EV 1/4 PREPARADO E ADMINISTRADO AS 11:36, EM 26/08/2019 POR MARIA ELIZANGELA OLIVEIRA DOS SANTOS, COREN/SE 847316. PROFENID IV FRAP 100MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 18:05, EM 26/08/2019 POR MARIA ELIZANGELA OLIVEIRA DOS SANTOS, COREN/SE 847316. DRAMIN B6 IV AMPL 50MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 18:05, EM 26/08/2019 POR MARIA ELIZANGELA OLIVEIRA DOS SANTOS, COREN/SE 847316.	(2)
---	--	-----

AValiação DE RISCO

Hemorragia Puerperal	-	(1)
Lesão Por Pressão Adulto (Braden)	-	(1)
Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)	-	(1)
Queda Adulto (Morse)	-	(1)
Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)	-	(1)
Flebite	-	(1)
Tromboembolismo Venoso Clínico	-	(1)

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:54

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800524/22	
Profissional(is):	DIOGO SOBRAL BOMFIM CRM 4926 [1]	Nº: 43315453	26/08/2019 às 17:27
	FRANCIS LIMA DE VASCONCELOS CRM 3911 [2]		
ANAMNESE			
Queixa Principal	PACIENTE COM QUEIXA DE NAUSEA E DOR EM QUADRIL		[1]
EXAME FÍSICO			
Aspecto Geral	PACIENTE COM QUEIXA DE NAUSEA E DOR EM QUADRIL		[2]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:54

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARAÇAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800524/22	
Profissional(is): FRANCIS LIMA DE VASCONCELOS CRM 3911 [1]		Nº: 43329971	26/08/2019 às 23:18
ANAMNESE			
Queixa Principal	Paciente refere dor em quadril. Já realizou TC		[1]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:54

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800523/1	
Profissional(is): MARCHUS ALESSANDRÔ SILVA DE LIMA CRM 2492 [1]		Nº: 43276641	28/08/2019 às 03:14
ANAMNESE			
Queixa Principal	RADIOGRAFIAS:		[1]
	CERVICAL E COLUNAS: NON BACIA E QUIADRIL DIREITO FRATURA DE ACETÁBULO COM LUXAÇÃO COXO-FEMORAL		
	SEM OUTRAS LESÕES		
	ALTA DA CIRURGIA GERAL.		
	AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA.		
Queixa Principal			
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>		[1]
CID10	S798 OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DO QUADRIL E DA COXA		[1]
	99		[1]
DIAGNÓSTICO			
CID10	S798 OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DO QUADRIL E DA COXA		[1]
CID10	S798 OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DO QUADRIL E DA COXA		[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:54

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61580368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800523/1	
Profissional(is): MARCHUS ALESSANDRO SILVA DE LIMA CRM 2492 (1)	Nº: 43276338	26/08/2019	às 02:28

ANAMNESE
Queixa Principal

PACIENTE VÍTIMA DE CAPOTAMENTO DE CARRO HÁ ~2,5 HORAS. EJETADO DO VEÍCULO, RECLAMA DE DOR EM QUADRIL DIREITO//LomboSACRA DIREITA. SEM OUTRAS QUEIXAS. ETILIZADO, REFERE INGESTA ALCOÓLICA. NEGA ALERGIAS.

(1)

NEGA CEFALÉIA, VÔMITOS, AMNÉSIA RETRÓGRADA.

ATLS:

A: VIAS AÉREAS PÉRVEAS + COLAR OK
B: EXPANDE AMBOS HTX. FR: 14 IPM
C: SEM SANGRAMENTOS, FC 88 CHEIO
D: GLASGOW 15. PUPILAS ISOFOTORREAGENTES
E: DOR EM COLUNA LOMBOSSACRA/QUADRIL DIREITOS; APRESENTANDO MEDIALIZAÇÃO DO PÉ DIREITO (2:10)

CONDUTA: ANALGESIA + RX COLUNAS/BACIA/QUADRIL + AVAL ORTOPEDIA.

Queixa Principal
Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>

(1)

CID10

T07 TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS

(1)

Alergias

Não

(1)

Medicação Em Uso

Não

(1)

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

(1)

EXAME FÍSICO
Aspecto Geral

PACIENTE VÍTIMA DE CAPOTAMENTO DE CARRO HÁ ~2,5 HORAS. EJETADO DO VEÍCULO, RECLAMA DE DOR EM QUADRIL DIREITO//LomboSACRA DIREITA. SEM OUTRAS QUEIXAS. ETILIZADO, REFERE INGESTA ALCOÓLICA. NEGA ALERGIAS.

(1)

NEGA CEFALÉIA, VÔMITOS, AMNÉSIA RETRÓGRADA.

ATLS:

A: VIAS AÉREAS PÉRVEAS + COLAR OK
B: EXPANDE AMBOS HTX. FR: 14 IPM
C: SEM SANGRAMENTOS, FC 88 CHEIO
D: GLASGOW 15. PUPILAS ISOFOTORREAGENTES
E: DOR EM COLUNA LOMBOSSACRA/QUADRIL DIREITOS; APRESENTANDO MEDIALIZAÇÃO DO PÉ DIREITO (2:10)

CONDUTA: ANALGESIA + RX COLUNAS/BACIA/QUADRIL + AVAL ORTOPEDIA.

Nível Da Consciência

0

(1)

Resposta Motora

6

(1)

Resposta Verbal

5

(1)

Escala De Glasgow

15

(1)

DIAGNÓSTICO
CID10

T07 TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS

(1)

CID10

T07 TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS

(1)

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:54

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61580368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800523/1	

Profissional(is): RODRIGO OLIVEIRA PASSOS CRM 4808 [1] ; Nº: 43276810 26/08/2019 às 03:36

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE COM QUADRO DE FRATURA-LUXAÇÃO POSTERIOR DE ACETÁBULO APÓS ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, ALCOOLIZADO, NEGA QUEIXAS EM OUTRAS ARTICULAÇÕES.

[1]

CD: REALIZO ANALGESIA PLENA PARA TENTATIVA DE RETUÇÃO DA LUXAÇÃO.

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral

PACIENTE COM QUADRO DE FRATURA-LUXAÇÃO POSTERIOR DE ACETÁBULO APÓS ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, ALCOOLIZADO, NEGA QUEIXAS EM OUTRAS ARTICULAÇÕES.

[1]

CD: REALIZO ANALGESIA PLENA PARA TENTATIVA DE RETUÇÃO DA LUXAÇÃO.

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:54

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800523/1	

Profissional(he): CELIA SILVA SANTOS COREN 748638 [1] : Nº: 43276906 26/08/2019 às 04:07

CUIDADOS DE ENFERMAGEM
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE

RINGER COM LACTATO TUBO 500ML EV 1/2 PREPARADO E ADMINISTRADO AS 04:07, EM 26/08/2019 POR CELIA SILVA SANTOS, COREN/SE 748638. [1]

PROFENID IV FRAP 100MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 04:07, EM 26/08/2019 POR CELIA SILVA SANTOS, COREN/SE 748638.

DAPIRONA AMP AMPL 1000MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 04:07, EM 26/08/2019 POR CELIA SILVA SANTOS, COREN/SE 748638.

TRAMADOL AMPL 50MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 04:07, EM 26/08/2019 POR CELIA SILVA SANTOS, COREN/SE 748638.

PLAMET AMPL 10MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 04:07, EM 26/08/2019 POR CELIA SILVA SANTOS, COREN/SE 748638.

AValiação de RISCO

Hemorragia Puerperal

[1]

Lesão Por Pressão Adulto (Braden)

[1]

Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)

[1]

Queda Adulto (Morse)

[1]

Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)

[1]

Flebite

[1]

Tromboembolismo Venoso Clínico

[1]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:54

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Ot. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800523/1	
Profissional(is): RODRIGO OLIVEIRA PASSOS CRM 4808 [1]		Nº: 43277270	26/08/2019 às 05:08
ANAMNESE			
Queixa Principal	REALIZADA TENTATIVA DE REDUÇÃO INCRUENTA, SEM SUCESSO.		[1]
	CD: DIETA ZERO SOLICITO INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA REDUÇÃO SOB ANESTESIA EM CENTRO CIRÚRGICO.		
EXAME FÍSICO			
Aspecto Geral	REALIZADA TENTATIVA DE REDUÇÃO INCRUENTA, SEM SUCESSO.		[1]
	CD: DIETA ZERO SOLICITO INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA REDUÇÃO SOB ANESTESIA EM CENTRO CIRÚRGICO.		

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:56

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARAÇAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800523/1	
Profissional(is): RODRIGO OLIVEIRA PASSOS, MÉDICO, CRM 4808 [1] Nº: 43277276 26/08/2019 às 05:10			
IDENTIFICAÇÃO			
Nº Atendimento	61560368		[1]
Nome Completo	JONES WAGNER SANTOS SILVA		[1]
Data De Nascimento	21/04/1985		[1]
Nome Da Mãe	MARIA DAGMAR SANTOS SILVA		[1]
Data Da Internação	26/08/2019		[1]
HDA / EXAME FÍSICO / CONDUTA			
HDA	PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, APRESENTA-SE COM LUXAÇÃO DE QUADRIL À DIREITA + FRATURA DE ACETÁBULO. TENTADA REDUÇÃO INCRUENTA POR DUAS VEZES, SEM SUCESSO.		[1]
SINAIS VITAIS			
FC	88 bpm		[1]
FR	16 mrpm		[1]
OUTROS DADOS E SINAIS			
COMORBIDADES			
DIAGNÓSTICO			
CID Principal	S337 ENTORSE E DISTENSAO DE OUTRAS PARTES E DAS NAO ESPECIFICADAS DA COLUNA LOMBAR E DA PELVE		[1]
PARECER DO ESPECIALISTA			
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO			
Plano Terapêutico	REDUÇÃO SOB ANESTESIA		[1]
Encaminhamento Do Paciente	POSTO DE ENFERMAGEM.		[1]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:58

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: B00524/22	
Profissional(is): RODRIGO OLIVEIRA PASSOS CRM 4808 [1]	Nº: 43278742	26/08/2019	às 06:41
ANAMNESE			
Queixa Principal	SOLICITO MIDAZOLAM E FENTANIL, ACOMPANHAMENTO COM A CLÍNICA MÉDICA, NA SALA DE ESTABILIZAÇÃO PARA MONITORIZAÇÃO E SEDAÇÃO E NOVA TENTATIVA DE REDUÇÃO. [1]		
EXAME FÍSICO			
Aspecto Geral	SOLICITO MIDAZOLAM E FENTANIL, ACOMPANHAMENTO COM A CLÍNICA MÉDICA, NA SALA DE ESTABILIZAÇÃO PARA MONITORIZAÇÃO E SEDAÇÃO E NOVA TENTATIVA DE REDUÇÃO. [1]		

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

18/11/2019 08:56

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800524/22	
Profissional(is): JOCILENE MENEZES DOS SANTOS COREN 908227 [1] LARA REIS DE OLIVEIRA COREN 511655 [2]		Nº: 43278814	26/08/2019 às 06:44
SINAIS E SINTOMAS			
Administrado medicamento conforme prescrição médica. Segue sob cuidados de enfermagem	Sim		[1]
CUIDADOS DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	TRAMADOL AMPL 50MG EV 1/3 PREPARADO E ADMINISTRADO AS 06:44, EM 26/08/2019 POR LARA REIS DE OLIVEIRA, COREN/SE 511655. PROFENID IV FRAP 100MG EV 1/2 PREPARADO E ADMINISTRADO AS 06:44, EM 26/08/2019 POR LARA REIS DE OLIVEIRA, COREN/SE 511655. DAPIRONA AMP AMPL 100MG EV 1/4 PREPARADO E ADMINISTRADO AS 06:45, EM 26/08/2019 POR LARA REIS DE OLIVEIRA, COREN/SE 511655.		[2]
AValiação DE RISCO			
Hemorragia Puerperal	-		[1]
Lesão Por Pressão Adulto (Braden)	-		[1]
Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)	-		[1]
Queda Adulto (Morse)	-		[1]
Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)	-		[1]
Flebite	-		[1]
Tromboembolismo Venoso Clínico	-		[1]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGS

19/11/2019 08:56

Paciente: JONES WAGNER SANTOS SILVA	Dt. Nasc.: 21/04/1985	Atendimento: 61560368	Prontuário: 12992611
Convênio: HAPVIDA ARACAJU	Posto: POSTO EMERGENCIA - HGS	Leito: 800524/22	
Profissional(is): RODRIGO OLIVEIRA PASSOS CRM 4808 [1]		Nº: 43279176 26/08/2019 às 07:12	
ANAMNESE			
Queixa Principal	CONSIGO REDUÇÃO COM SEDAÇÃO, COLOCO TRAÇÃO CUTÂNEA (SEM FÉRULA NA UNIDADE). SOLICITO TOMOGRAFIA DE CONTROLE PÓS REDUÇÃO.		[1]
EXAME FÍSICO			
Aspecto Geral	CONSIGO REDUÇÃO COM SEDAÇÃO, COLOCO TRAÇÃO CUTÂNEA (SEM FÉRULA NA UNIDADE). SOLICITO TOMOGRAFIA DE CONTROLE PÓS REDUÇÃO.		[1]



HGS

Hospital Gabriel Soares

SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO MÉDICO

NOME DO SOLICITANTE: James Wagner Santos Silva

DOCUMENTO DE IDENTIDADE N°: 24042-003603100-6103-3

DATA DA INTERNAÇÃO: 26/08 a 29/08

CONVÊNIO RESPONSÁVEL PELO CUSTEIO DA INTERNAÇÃO: Hapvida

FINALIDADE DA SOLICITAÇÃO: DP-Vat

TELEFONE(S) PARA CONTATO, COM DDD: 9919960-5995

O SOLICITANTE É O PACIENTE: ☐ SIM ☐ NÃO

CASO NEGATIVO, INFORMAR:

NOME DO PACIENTE: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE N° _____

RELAÇÃO MANTIDA ENTRE O SOLICITANTE E O PACIENTE: _____

O solicitante acima qualificado vem, por meio do presente, requerer cópia do prontuário médico do paciente também identificado acima, comprometendo-se, neste momento, a arcar com as despesas decorrentes da reprodução solicitada, cujo custo é de R\$0,10 (dez centavos) por página.

O solicitante fica ciente, desde já, que o hospital pode recusar a disponibilização da cópia do prontuário médico, desde que o faça com a finalidade de atender às normas emanadas dos Conselhos Regionais e Federais de Medicina.

Uma vez autorizado o fornecimento das cópias, o prazo estimado para disponibilização varia de 30 (trinta) a 45 (quarenta e cinco) dias úteis, contados a partir da localização do prontuário médico no arquivo deste hospital. Informações podem ser obtidas através do telefone nº (79) 32056284.

Aracaju/SE, 34 / 11 / 19

James Wagner Santos Silva
Assinatura do solicitante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

JOSE ROCHA SANTOS SILVA

30077634 / **898** / **88**

035.873.575-87 / **23/04/1985**

GENYIL DE JESUS SILVA

MARIA RAIMUNDA SANTOS SILVA

PERMISSÃO / **ACE** / **EXP. PAR**

04604611802 / **25/05/2021** / **31/03/2009**

CEPE
RAIA
LA

ARACAJU, SE / **27/06/2010**

23111490858
52070018257

SERGIPE

1650999489

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		S E
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO		
NOME JONES WAGNER SANTOS SILVA		
	DOC. IDENTIDADE / TÍTULO EMENDADOR 30077834 - SSP - BR	
	CNPJ 835.873.575-87	DATA NASCIMENTO 21/04/1985
	RACIAIS GENTIL DA JESUS SILVA	
	MATERIA DOUTORADO MARIA DAGMAR SANTOS SILVA	
PERMISSÃO CONDUZIR		CAT. VEIC. A-E
MP REGISTRADO 04604511802	VALIDADE 24/05/2023	Emissão 31/03/2009
CATEGORIA CEIP EAR		
ASSINATURA DO PORTADOR Jones Wagner Santos Silva		
LOCAL ARACAJU - SE	DATA DE EMISSÃO 27/06/2018	
ASSINATURA DO EMISSIONÁRIO 		NÚMERO DE EMISSÃO 23111490958 SR020918261
SERGIPE		

Documentos de identificacao



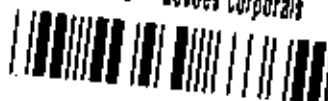
ASL 0039784/21
patricia.aleixo
01/04/2021 15:17:10

39784/21

a.aleixo

15:17:10

Laudo do IML - Lesões corporais



INSTITUTO MÉDICO LEGAL
LAUDO PERICIAL
Lesões Corporais
JONES WAGNER SANTOS SILVA

LAUDO Nº 11154/2019



[Handwritten signature]
CONFERE COM O ORIGINAL



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

LAUDO DO EXAME DE LESÕES CORPORAIS

quarta-feira, 11 de dezembro de 2019

Nº Laudo
11154/2019

Dados Da Vítima		Nascimento	Idade	Naturalidade	
Nome da Vítima		21/04/1985	34	ARACAJU	
Estado Civil	Sexo	Cor	Profissão		UF
CASADO	MASCULINO	PARDA	MOTOFISTA		SE
Instrução	Nome da Mãe		Nome do Pai		
2º Grau Completo	MARIA DAGMAR SANTOS SILVA		GENTIL DE JESUS SILVA		
Endereço	Bairro		Município		
R. M. J. VIEIRA DE SOUZA, Nº 76	ROSA ELZE		SÃO CRISTÓVÃO/SE		
Nome da Autoridade	Função		Unidade		
BEL JOEL DOS SANTOS FERREIRA	BEL JOEL DOS SANTOS FERREIRA		11ª DELEGACIA METROPOLITANA		
1º Perito Relator	Crimes/Crime	2º Perito Relator	Crimes/Crime		
DR. VICTOR VASCONCELOS BARROS	3296		MASC/Nº LAUDO		
			11154/2019		
Local da Perícia	Tipo		Causa		
Sala do IML					

Histórico/Descrição

Histórico

Relata o periciando que fora vítima de acidente de trânsito do tipo capotamento de automóvel, fato ocorrido por volta das 23h30 do dia 26/08/2019, no município de Barra dos Coqueiros-Se. Socorrido pela SAMU e encaminhado ao Hospital Gabriel Soares, onde foi atendido, medicado, internado para realização de procedimento cirúrgico e recebeu alta em 30/08/2019.

Descrição

Ao exame apresenta cicatriz cirúrgica incisa, de morfologia linear, medindo 20,0 cm de comprimento, localizada em face lateral da coxa direita. Trouxe cópia de prontuário médico do Hospital Gabriel Soares, onde consta que o periciando fora vítima de capotamento de carro, apresentando dor em região do quadril. Radiografia revelou luxação coxo-femural do acetábulo direito. Foi submetido à cirurgia para correção da fratura em 29/08/2019, com fixação de placa e parafusos metálicos. Recebeu alta em 30/08/2019.

Comentário Médico/Conclusão/Questitos Respostas

Comentário Médico - Forense

Existe compatibilidade entre os achados e a ação de meio contundente. Não há perigo de vida e se fez necessário afastá-lo de suas atividades habituais por período superior a 30 dias. Ante o exposto, podemos afirmar que o periciando encontra-se com dano e sem condições de exercer suas atividades habituais. Porém, a perenidade da lesão ainda não pode ser definida, pois o mesmo ainda se encontra em reabilitação. Portanto, será necessário exame complementar para



definição se o referido dano é de caráter permanente ou temporário.

Conclusão

- 1) Houve ofensa à integridade física da vítima.
- 2) Lesões produzidas por ação contundente.
- 3) Exame realizado às 10h21 do dia 11/12/2019.

Quesitos/Respostas:

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

Sim.

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

Contundente.

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

Sem elementos.

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

Sim.

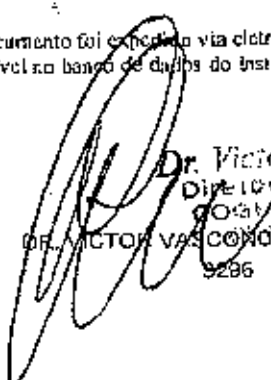
5º) Da ofensa resultou perigo de vida?

Não.

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

Necessita de exame complementar após 90 dias.

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


Dr. Victor V. Barros
Diretor Geral IML
003435/SSP/SE
DE VICTOR VASCONCELOS BARROS
9286

MASC/Nº LAUDO 11154/2019



*Conteúdo em arquivo digital
CONFERE COM O ORIGINAL*

11154/2019
IML-SE

Iml
3216-5432



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
11ª DELEGACIA METROPOLITANA
BARRA DOS COQUEIROS - SE

Requisição de Exame Pericial - Lesão Corporal - Nº
BO Nº 92347/2019

Ao(A) Sr(a)
DIRETOR DO IML
ARACAJU/SE

Prezado(a) Senhor(a),

Encaminhamos a Vossa Senhoria a pessoa abaixo qualificada, a fim de que seja submetida a Exame Pericial (**LESÃO CORPORAL**): **JONES WAGNER SANTOS SILVA**, CPF: 835.873.575-87, RG Número: 30077834, Estado: SE, Nome da Mãe: **MARIA DAGMAR SANTOS SILVA**, Nome do Pai: **GENTIL DE JESUS SILVA**, Sexo: Masculino, Raça/Cor: Sem Informação, Estado Civil: Casado(a), Nacionalidade: Brasileira, Local de Nascimento: Aracaju/SE, Idade: 34 anos, Data de Nascimento: 21/04/1985, Profissão: Motorista de Ônibus, Endereço: RUA MESTRE JOSÉ VIEIRA DE SOUZA, Nº: 76, LOT ROSA MARIA, Bairro: ROSA ELZE, CEP: 49000000, São Cristóvão/SE, Telefone: (79) 99960-5995 (Celular).

Quesitos: 1) Há ofensa à integridade física ou à saúde do paciente? 2) Qual o instrumento ou meio que a produziu? 3) Foi produzido por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura, ou por outro meio insidioso ou cruel? 4) Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias; ou perigo de vida; ou debilidade permanente de membro, sentido ou função? 5) Resultará incapacidade permanente para o trabalho; ou enfermidade incurável; ou perda ou inutilização de membro ou função; ou deformidade permanente?
Outros quesitos:

Objetivo: Constatar a ocorrência ou não de lesão corporal e sua intensidade, com base na perspectiva de gênero, a fim de produzir laudo pericial que terá o papel de materializar o tipo penal através da prova técnica.

Relato Histórico: Relata a noticiante que seu esposo, JONES WAGNER SANTOS SILVA, transitava em rodovia escura, KM 19, BR SE 109, vindo de Jatobá em direção à Barra dos Coqueiros, quando, em razão da presença de animais na via, perdeu o controle. Que o carro capotou várias vezes, vindo a ter perda total. Que, nesse interim, JONES WAGNER foi arremessado para fora do veículo. Que este foi socorrido pela SAMU, sendo levado ao Hospital Gabriel Soares. Que neste local foi submetido a uma cirurgia de fratura de bacia, nível 5, e uma fratura de costela. Que vem prestar o presente BO a fim de dar entrada no seguro DPVAT e justificar, no DETRAN, o não licenciamento do veículo..

Emitir Laudo: Exame Definitivo.

OBS: Remeter Laudo para: 11ª Delegacia Metropolitana, Email:



INSTITUTO MÉDICO LEGAL
LAUDO PERICIAL
Sanidade Física Complementar
(Lesões)
JONES WAGNER SANTOS SILVA
LAUDO Nº 1825/2020

CONFERE COM O ORIGINAL





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

CONFERE COM O ORIGINAL

LAUDO DO EXAME DE SANIDADE FÍSICA
COMPLEMENTAR(LESÕES)

quinta-feira, 5 de março de 2020

Nº Laudo
1825/2020

Dados Da Vítima

Nome da Vítima	JONES WAGNER SANTOS SILVA	Nascimento	21/04/1985	Idade	34	Naturalidade	ARACAJU
Estado Civil	SOLTEIRO	Sexo	MASCULINO	Cor	PARDA	Profissão	MOTORISTA
Instrução	2º Grau Completo	Nome da Mãe	MARIA DAGMAR SANTOS SILVA	Nome do Pai	GENTIL DE JESUS SILVA	Município	SÃO CRISTÓVÃO/SE
Endereço	R.MESTRE JOSE V. DE SOUZA, Nº 76	Bairro	ROSA ELZE	Função	WERNER AZEVEDO DE ALMEIDA	Unidade	11ª DELEGACIA METROPOLITANA
Nome da Autoridade	WERNER AZEVEDO DE ALMEIDA						

1º Perito Relator
DR. VICTOR VASCONCELOS BARROS

Cremese/Croce 3296 2º Perito Relator

Cremese/Croce
MASC/LAUDO Nº
1825/2020

Local da Perícia
Sala de Necrópsias do IML

Histórico/Descrição/Discussão/Conclusão

Histórico

O periciado retorna para realizar exame complementar ao laudo nº 11154/2019.

Descrição

Ao exame verificamos as mesmas lesões descritas no laudo anterior e já cicatrizadas. Durante o exame apresentou limitação moderada para os movimentos do membro inferior direito.

Discussão

Existe compatibilidade entre os achados e a ação contundente. As lesões não resultaram em perigo de vida, porém se faz necessário afastá-lo de suas ocupações habituais por período superior a 30 dias. Resultaram, entretanto em dano funcional permanente e parcial incompleto de repercussão média, comprometendo a mobilidade do membro inferior direito.

Conclusão

Em face do exposto concluímos que do acidente, resultou para o periciado um dano permanente e parcial incompleto de repercussão média, comprometendo a função motora do membro inferior direito.
Exame realizado às 10h20 do dia 05/03/2020.

Questões Respostas

1º) Se a lesão corporal sofrida pelo paciente resultou em mutilação ou amputação, deformidade permanente do uso de algum órgão ou membro, ou qualquer enfermidade incurável que para sempre não puder exercer o seu trabalho?
Sim, dano funcional permanente e parcial incompleto de repercussão média.

comprometendo a mobilidade do membro inferior direito.

2º) Se os ferimentos produziram no paciente, incômodo de saúde que o impossibilite de serviço por mais de 30 dias?

Sim.

3º) Qual o estado de saúde do paciente?

Bom.

4º) Qual o tempo provável para o seu restabelecimento?

Sequela definitiva.

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. VICTOR VASCONCELOS BARROS
3296

MASC/LAUDO Nº 1825/2020

Dr. Victor V. Barros
Diretor Geral IML
GOGERP/5SP/SE
CRM: 3296



CONFERE COM O ORIGINAL



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
11ª DELEGACIA METROPOLITANA
BARRA DOS COQUEIROS - SE

Requisição de Exame Pericial - Complementar - Nº BO Nº 92347/2019

Ao(A) Sr(a)
Diretor do IML de Aracaju/SE.
BARRA DOS COQUEIROS - SE.

01825/2020
IML-SE

Prezado(a) Senhor(a),

Solicitamos a Vossa Senhoria que realize Exame Pericial **COMPLEMENTAR** na pessoa de: JONES WAGNER SANTOS SILVA, CPF: 835.873.575-87, RG Número: 30077834, Estado: SE, Nome da Mãe: MARIA DAGMAR SANTOS SILVA, Nome do Pai: GENTIL DE JESUS SILVA, Sexo: Masculino, Raça/Cor: Sem informação, Estado Civil: Casado(a), Nacionalidade: Brasileira, Local de Nascimento: Aracaju/SE, Idade: 34 anos, Data de Nascimento: 21/04/1985, Profissão: Motorista de Ônibus, Endereço: RUA MESTRE JOSÉ VIEIRA DE SOUZA, Nº: 76, LOT ROSA MARIA, Bairro: ROSA ELZE, CEP: 49000000, São Cristóvão/SE, Telefone: (79) 99960-5995 (Celular), tendo em vista as informações constantes no Exame Pericial Nº .

QUESITOS:

Relato Histórico: Relata a noticiante que seu esposo, JONES WAGNER SANTOS SILVA, transitava em rodovia escura, KM 19, BR SE 109, vindo de Jatobá em direção à Barra dos Coqueiros, quando, em razão da presença de animais na via, perdeu o controle. Que o carro capotou várias vezes, vindo a ter perda total. Que, nesse ínterim, JONES WAGNER foi arremessado para fora do veículo. Que este foi socorrido pela SAMU, sendo levado ao Hospital Gabriel Soares. Que neste local foi submetido a uma cirurgia de fratura de bacia, nível 5, e uma fratura de costela. Que vem prestar o presente BO a fim de dar entrada no seguro DPVAT e justificar, no DETRAN, o não licenciamento do veículo.

Emitida guia de lesões corporais..

EMFIR: Laudo Definitivo.

OBS: Remeter Laudo para: 11ª Delegacia Metropolitana, Email:



COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS
INSTITUTO MÉDICO LEGAL "DR. AUGUSTO LEITE"

LAUDO DO EXAME DE LESÕES CORPORAIS

quarta-feira, 11 de dezembro de 2019

Nº Laudo
11154/2019

Dados da Vítima

Nome da Vítima	JONES WAGNER SANTOS SILVA		Nascimento	21/04/1985	Idade	34	Naturalidade	ARACAJU
Estado Civil	Sexo	Cor	Profissão	UF				
CASADO	MASCULINO	PARDA	MOTOFISTA	SE				
Instrução	Nome da Mãe	Nome do Pai						
2º Grau Completo	MARIA DAGMAR SANTOS SILVA	GENTE DE JESUS SILVA						
Endereço	Bairro	Município						
R. M. J. VIEIRA DE SOUZA, Nº 76	ROSA ELZE	SÃO CRISTÓVÃO/SE						
Nome da Autoridade	Função	Ultimidade						
BEL JOEL DOS SANTOS FERREIRA	BEL JOEL DOS SANTOS FERREIRA	11ª DELEGACIA METROPOLITANA						

1º Perito Relator	Cremeset/Cross	2º Perito Relator	Cremeset/Cross
DR. VICTOR VASCONCELOS BARROS	3296		MASC/Nº LAUDO
			11154/2019

Local da Perícia	Tipo	Causa
Sala do IML		

Historico/Descrição

Historico

Relata o periciando que fora vítima de acidente de trânsito do tipo capotamento de automóvel, fato ocorrido por volta das 23h30 do dia 26/08/2019, no município de Barra dos Coqueiros-Se. Socorrido pela SAMU e encaminhado ao Hospital Gabriel Soares, onde foi atendido, medicado, internado para realização de procedimento cirúrgico e recebeu alta em 30/08/2019.

Descrição

Ao exame apresenta cicatriz cirúrgica incisa, de morfologia linear, medindo 20,0 cm de comprimento, localizada em face lateral da coxa direita. Trouxe cópia de prontuário médico do Hospital Gabriel Soares, onde consta que o periciando fora vítima de capotamento de carro, apresentando dor em região do quadril. Radiografia revelou luxação coxo-femural do acetábulo direito. Foi submetido à cirurgia para correção da fratura em 29/08/2019, com fixação de placa e parafusos metálicos. Recebeu alta em 30/08/2019.

Comentário Médico/Conclusão/Questitos Respostas

Comentário Médico - Forense

Existe compatibilidade entre os achados e a ação de meio contundente. Não há perigo de vida e se fez necessário afastá-lo de suas atividades habituais por período superior a 30 dias. Ante o exposto, podemos afirmar que o periciando encontra-se com dano e sem condições de exercer suas atividades habituais. Porém, a perenidade da lesão ainda não pode ser definida, pois o mesmo ainda se encontra em reabilitação. Portanto, será necessário exame complementar para



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
11ª DELEGACIA METROPOLITANA
BARRA DOS COQUEIROS - SE

IML-SE

Iml
3216-543

Requisição de Exame Pericial - Lesão Corporal - Nº
BO Nº 92347/2019

Ào(A) Sr(a)
DIRETOR DO IML
ARACAJU/SE

Prezado(a) Senhor(a),

Encaminhamos a Vossa Senhoria a pessoa abaixo qualificada, a fim de que seja submetida a Exame Pericial (**LESÃO CORPORAL**): **JONES WAGNER SANTOS SILVA**, CPF: 835.873.575-87, RG Número: 30077834, Estado: SE, Nome da Mãe: **MARIA DAGMAR SANTOS SILVA**, Nome do Pai: **GENTIL DE JESUS SILVA**, Sexo: Masculino, Raça/Cor: Sem Informação, Estado Civil: Casado(a), Nacionalidade: Brasileira, Local de Nascimento: Aracaju/SE, Idade: 34 anos, Data de Nascimento: 21/04/1985, Profissão: Motorista de Ônibus, Endereço: RUA MESTRE JOSÉ VIEIRA DE SOUZA, Nº: 76, LOT ROSA MARIA, Bairro: ROSA ELZE, CEP: 49000000, São Cristóvão/SE, Telefone: (79) 99960-5995 (Celular).

Quesitos: 1) Há ofensa à integridade física ou à saúde do paciente? 2) Qual o instrumento ou meio que a produziu? 3) Foi produzido por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura, ou por outro meio insidioso ou cruel? 4) Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias; ou perigo de vida; ou debilidade permanente de membro, sentido ou função? 5) Resultará incapacidade permanente para o trabalho; ou enfermidade incurável; ou perda ou inutilização de membro ou função; ou deformidade permanente?

Outros quesitos:

Objetivo: Constatar a ocorrência ou não de lesão corporal e sua intensidade, com base na perspectiva de gênero, a fim de produzir laudo pericial que terá o papel de materializar o tipo penal através da prova técnica.

Relato Histórico: Relata a noticiante que seu esposo, **JONES WAGNER SANTOS SILVA**, transitava em rodovia escura, KM 19, BR SE 109, vindo de Jatobá em direção à Barra dos Coqueiros, quando, em razão da presença de animais na via, perdeu o controle. Que o carro capotou várias vezes, vindo a ter perda total. Que, nesse ínterim, **JONES WAGNER** foi arremessado para fora do veículo. Que este foi socorrido pela SAMU, sendo levado ao Hospital Gabriel Soares. Que neste local foi submetido a uma cirurgia de fratura de bacia, nível 5, e uma fratura de costela. Que vem prestar o presente BO a fim de dar entrada no seguro DPVAT e justificar, no DETRAN, o não licenciamento do veículo..

Emitir Laudo: Exame Definitivo.

OBS: Remeter Laudo para: 11ª Delegacia Metropolitana, Email:



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
11ª DELEGACIA METROPOLITANA
BARRA DOS COQUEIROS - SE

Requisição de Exame Pericial - Complementar - Nº
BO Nº 92347/2019

Ao(A) Sr(a)
Diretor do IML de Aracaju/SE.
BARRA DOS COQUEIROS - SE.

01825/2020
IML-SE

Prezado(a) Senhor(a),

Solicitamos a Vossa Senhoria que realize Exame Pericial **COMPLEMENTAR** na pessoa de: JONES WAGNER SANTOS SILVA, CPF: 835.873.575-87, RG Número: 30077834, Estado: SE, Nome da Mãe: MARIA DAGMAR SANTOS SILVA, Nome do Pai: GENTIL DE JESUS SILVA, Sexo: Masculino, Raça/Cor: Sem informação, Estado Civil: Casado(a), Nacionalidade: Brasileira, Local de Nascimento: Aracaju/SE, Idade: 34 anos, Data de Nascimento: 21/04/1985, Profissão: Motorista de Ônibus, Endereço: RUA MESTRE JOSÉ VIEIRA DE SOUZA, Nº: 76, LOT ROSA MARIA, Bairro: ROSA ELZE, CEP: 49000000, São Cristóvão/SE, Telefone: (79) 99960-5995 (Celular), tendo em vista as informações constantes no Exame Pericial Nº

QUESITOS:

Relato Histórico: Relata a noticiante que seu esposo, JONES WAGNER SANTOS SILVA, transitava em rodovia escura, KM 19, BR SE 109, vindo de Jatobá em direção à Barra dos Coqueiros, quando, em razão da presença de animais na via, perdeu o controle. Que o carro capotou várias vezes, vindo a ter perda total. Que, nesse ínterim, JONES WAGNER foi arremessado para fora do veículo. Que este foi socorrido pela SAMU, sendo levado ao Hospital Gabriel Soares. Que neste local foi submetido a uma cirurgia de fratura de bacia, nível 5, e uma fratura de costela. Que vem prestar o presente BO a fim de dar entrada no seguro DPVAT e justificar, no DETRAN, o não licenciamento do veículo.

Emitida guia de lesões corporais..

EMITIR: Laudo Definitivo.

OBS: Remeter Laudo para: 11ª Delegacia Metropolitana, Email:

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 70300011 - AC CENTRAL DE SERGIPE
ARACAJU - SE
CNPJ....: 34028316044666 Ins Est.: 270510974
COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF.....: 09248608000104
Doc. Post.....: 414879401
Contrato...: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709
Cartao...: 62267655

Movimento...: 05/02/2021 Hora.....: 10:31:07
Caixa.....: 99581119 Matrícula...: 87276658
Lancamento...: 009 Atendimento: 00007
Modalidade...: A Faturar ID Tiquete...: 1971442695

DESCRIÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT STER	1	25.09+
Valor do Porte(R\$)...	25.09	
POSTAL RESPOSTA DPV	1	61.76+
Valor do Porte(R\$)...	61.76	
Cep Destino: 21010-410 (RJ)		
Peso real (G).....	413	
Peso Tarifado:.....	0,413	

Protocolo STER :21120000377063

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Identificação do sinistro:
ASL-0039784/21
Vítima:
JONES WAGNER SANTOS SILVA
CPF:
835.873.575-87
CPF de:
Proprio
Titular do CPF:
JONES WAGNER SANTOS SILVA
Data do acidente:
26/08/2019

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro:
Lista de documentos de sinistro: -
-Dutros
-Boletim de ocorrência
-Documentação médico-hospitalar
-Documentos de identificação
-Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
-Laudo do IML - Lesões corporais



QB 160 572153 BR

1020001-00 - Bobina de Papel Termossensível PARA USO
Em ECF com 45 m - Ab. COTEPELOMS do registro 0042011



dos impressos neste comprovante é de 5 anos.
Es é produto químico. Não exponha à luz, calor
ou umidade excessivos. Se necessitar manter o recibo por mais tempo, providencie cópia.



centauro Gráfica e Edição, CNPJ 02.111.020001-00 - Bobina de Papel Termossensível PARA USO
Em ECF com 45 m - Ab. COTEPELOMS do registro 0212011 - Ab. COTEPELOMS do registro 0042011

Foto com os Correios para a entrega. A validade dos
dados impressos neste comprovante é de 5 anos.
Este é produto químico. Não exponha à luz, calor
ou umidade excessivos. Se necessitar manter o recibo por mais tempo, providencie cópia.



Correios



Papel termossensível. A vida útil dos dados impressos neste comprovante é de 5 anos.
Evite seu contato com plásticos, solventes e produtos químicos. Não exponha à luz, calor
ou umidade excessivos. Se necessitar manter o recibo por mais tempo, providencie cópia.



centauro Gráfica e Edição, CNPJ 02.111.020001-00 - Bobina de Papel Termossensível PARA USO
Em ECF com 45 m - Ab. COTEPELOMS do registro 0212011 - Ab. COTEPELOMS do registro 0042011

Foto com os Correios para a entrega. A validade dos
dados impressos neste comprovante é de 5 anos.
Este é produto químico. Não exponha à luz, calor
ou umidade excessivos. Se necessitar manter o recibo por mais tempo, providencie cópia.



Papel termossensível.
Evite seu contato com
plásticos, solventes e produtos químicos. Não exponha à luz, calor
ou umidade excessivos. Se necessitar manter o recibo por mais tempo, providencie cópia.

Envolvidos:

Lista de documentos de Envolvidos:

JONES WAGNER SANTOS SILVA - Formulário de Pedido do Seguro DPVAT

JONES WAGNER SANTOS SILVA - Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.sesuradoralider.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos

Indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente Protocolados como comprovante de entrega por meio da chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2005 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, a metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$)	86,85
---------------------------	-------

Valor Declarado não solicitado(R\$)

No caso de objeto com valor,

utilize o serviço adicional de valor declarado.

A FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima descrito(s). Os valores constantes neste comprovante serão pagos, por meio de fatura, pelo responsável do contrato e poderão sofrer variações de acordo com as cláusulas contratuais

Nome:

RG: 30077834

Ass. Usuário Jones Wagner Santos Silva

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

O acompanhamento desses objetos poderá ser realizado pelos remetentes e destinatários por meio do portal dos

Correios <https://www.correios.com.br/>

ou pelo aplicativo de rastreamento

Ganha tempo!

Baixe o APP de Pré-Atendimento dos Correios

Terça sempre em mãos o número do ID Tiquete

deste comprovante. Para eventual contato com os Correios.

VIA-AGENCIA

SARA 8.3.00

centaur Gráfica e Editora, CNPJ 02.111.162/001-00 - Rua da Papel Termostática LD PARA USO
Em 60F com 45 m - As COTEPELICAS DE ordenamento 0212011 - As COTEPELICAS de registro 0212011

Correios



Fale com os Correios: 0800 020 720 7202 (atendimento) e
0800 723 0100 (sugestões e reclamações)
Ouvidoria: ouvidoria@correios.br
Denúncias: denuncias@correios.br

Papel termossensível. A vida útil dos dados impressos neste comprovante é de 5 anos.
Evite seu contato com plásticos, solventes e produtos químicos. Não exponha à luz, calor
e umidade excessivos. Se necessitar manter o recibo por mais tempo, providencie cópia.

centaur Gráfica e Editora, CNPJ 02.111.162/001-00 - Rua da Papel Termostática LD PARA USO
Em 60F com 45 m - As COTEPELICAS DE ordenamento 0212011 - As COTEPELICAS de registro 0212011

Correios



Papel termossensível. A vida útil dos dados impressos neste comprovante é de 5 anos.
Evite seu contato com plásticos, solventes e produtos químicos. Não exponha à luz, calor
e umidade excessivos. Se necessitar manter o recibo por mais tempo, providencie cópia.

VIA CORREIOS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Identificação do sinistro:

ASL-0039784/21

Vítima:

JONES WAGNER SANTOS SILVA

CPF:

835.873.575-87

CPF da:

Proprio

Titular do CPF:

JONES WAGNER SANTOS SILVA

Data do acidente:

26/08/2019

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro:

Lista de documentos de sinistro:

- Outros
- Boletim de ocorrência
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- Laudo do IML - Lesões corporais

Envolvidos:

Lista de documentos de Envolvidos:

JONES WAGNER SANTOS SILVA - Formulário de Pedido do Seguro DPVAT

JONES WAGNER SANTOS SILVA - Comprovante de residência

Centaurus Gráfica e Editora
 BH ECF com 45 m • Alça OOTPE
 BH ECF com 45 m • Alça OOTPE



Fale com os Correios: correios.com.br/falecomoscorreios
 CAC: 3003 0100 ou 0202 725 7202 (informações) e
 0202 725 0100 (sugestões e reclamações)
 Ouvidoria: correios.com.br/ouvidoria
 Denúncia: correios.com.br/denuncia

Papel 100% reciclável. A
 Evite seu contato com
 e unidades excessivas.



Centaurus Gráfica e Editora CNPJ 02.111.102/0001-00 - Bairro do Papai Termino LD PARA USO
 BH ECF com 45 m • Alça OOTPE BH ECF com 45 m • Alça OOTPE BH ECF com 45 m • Alça OOTPE

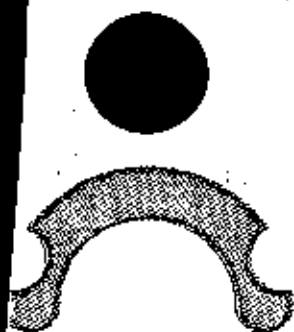


Correios



Fale com os Correios: correios.com.br/falecomoscorreios
 CAC: 3003 0100 ou 0202 725 7202 (informações) e
 0202 725 0100 (sugestões e reclamações)
 Ouvidoria: correios.com.br/ouvidoria
 Denúncia: correios.com.br/denuncia

Papel 100% reciclável. A vida útil dos dados impressos neste comprovante é de 5 anos.
 Evite seu contato com plásticos, solventes e produtos químicos. Não exponha à luz, calor
 e unidades excessivas. Se necessário manter o recibo por mais tempo, providencie cópia



Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



29103

Correios		SEDEX	
PESO (kg)	AR	MP	
Recebedor			
Assinatura	Documento		
QB 16057865 5 BR			

SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTIN

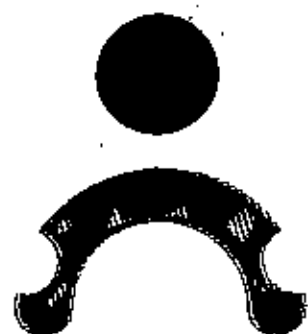
ENDER

CEP
Zip

IRON MOUNTAIN DO BRASIL (PROJETO STER)
Rua Francisco de Souza Mello, 22 - Cordovil
CEP: 21010-410 - Rio de Janeiro - RJ.

ATENDIMENTO





Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito

**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO**
**POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia



dpvat_oficial



DPVAToficial



DPVAToficial



seguradoralider-dpvat

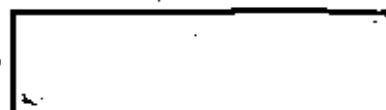
BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

ATENDIMENTO



Correios

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
JAMES WAGNER SANTOS SILVA		79-988.036209	
ENDEREÇO / Address			
Avenida: SE 100 Nº 323, Lote 1, Vila da Barra, Bloco 9 Nº 302			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF/State	PAÍS / Country
49140-000	Barra dos Coqueiros	SE	BRA



"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"



Material reciclável



DEVOLUÇÃO (Return)		(Cn15)
☐ MUDOU-SE (Moved)	☐ FALECIDO (Deceased)	
☐ RECUSADO (Refused)	☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)	
☐ DESCONHECIDO (Unknown)	☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)	
☐ NÃO PROCURADO (Undelivered)	☐ OUTROS (Other)	
☐ AUSENTE (Absent)		
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)		
1ª / / às 2ª / / às 3ª / / às		
☐ Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager)		
☐ Reintegrado ao serviço postal em / / (Reinstated to service post)		
Data / / Responsável		

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 32.10.04.4561 Data da solicitação: 12/03/2021
Nome do beneficiário: Jones Wagner Santos Silva CPF do beneficiário: 83587357587
Nome do solicitante: Jones Wagner Santos Silva CPF do solicitante: 83587357587

DADOS PARA CONTATO
Tel. Celular: (79) 98803.6209 Tel. Comercial: () Tel. Residencial: ()
E-mail: jonesepi30@gmail.com

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO
☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO
☒ DISCORDO DA NEGATIVA ☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?
☐ NÃO ☐ SIM, Informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:
☐ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IML
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☒ Outros: comprovante de pagamento DPVAT (DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO
O acidente ocorreu no dia 26/08/2019 sendo que o final da placa é 09 então ainda ninguém o exercicio 2018 OK.

Correios Central Aracaju - SE 12/03/2021
Local e Data

Jones Wagner Santos Silva
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

EM BRANCO

EM BRANCO

EM BRANCO