



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA DA COMARCA DE N. SRA. DA GLÓRIA
Rua Floriano Peixoto, Bairro Centro, N. Sra. Da Glória/SE, CEP 49680000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202077200572
Número Único: 0001415-03.2020.8.25.0048
Classe: Procedimento Comum
Situação: Andamento
Processo Origem: *****

Distribuição: 30/06/2020
Competência: 2ª Vara Cível e Criminal de Nossa Senhora da Glória
Fase: POSTULACAO
Processo Principal: *****

Assuntos

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: GILBERTO DE BRITO

Endereço: POVOADO PIABAS

Complemento:

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: NOSSA SENHORA DA GLORIA - Estado: SE - CEP: 49680000

Requerente: Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA 12367/AL

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

Endereço: RUA SENADOR DANTAS

Complemento: 5º ANDAR

Bairro: CENTRO

Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20010000

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



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA DA COMARCA DE N. SRA. DA GLÓRIA
Rua Floriano Peixoto, Bairro Centro, N. Sra. Da Glória/SE, CEP 49680000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apenasdos:

--

Processos Dependentes:

--



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA DA COMARCA DE N. SRA. DA GLÓRIA
Rua Floriano Peixoto, Bairro Centro, N. Sra. Da Glória/SE, CEP 49680000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202077200572

DATA:

22/09/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200922110401905 às 11:04 em 22/09/2020.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILBERTO DE BRITO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03303

CONTA: 000000041176-8

Nr. da Autenticação 379D0D6259663B86

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200056071 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILBERTO DE BRITO **Data do acidente:** 12/10/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA. P.2
FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA. P.9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200056071 **Vítima: GILBERTO DE BRITO**

Data do Acidente: 12/10/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILBERTO DE BRITO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: GILBERTO DE BRITO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003303

Conta: 0000041176-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
2 - N° 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 N° 445/2012

5 - Nome completo: *Gilberto De Brito* 6 - CPE: *402.821.715-68*
7 - Profissão: *Jawader* 8 - Endereço: *POB Purbas* 9 - Número: *511* 10 - Complemento: *esq 06*
11 - Bairro: *Zona rural* 12 - Cidade: *W. Sra Da Glória* 13 - Estado: *SE* 14 - CEP: *49.680-000*
15 - E-mail: *marcosdegloria@gmail.com* 16 - Tel. (DDD): *29 99189207*

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO 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):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: *3303* CONTA: *41176* (8) (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 Lider 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 Lider 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 nasceu? 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 Lider 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 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 - 1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *W. Sra Da Glória 10.12.19* 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) p. 7 43 - Assinatura do Procurador (se houver)
FPS.001 V002/2019



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 130711/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/12/2019 12:19 Data/Hora Fim: 10/12/2019 12:50

Delegado de Polícia: Fabio Santos Santana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Regional de Nossa Senhora da Glória Aisp

Data/Hora do Fato: 12/10/2019 08:30

Local do Fato

Município: Nossa Senhora da Glória (SE)

Bairro: Centro

Logradouro: condomínio da saída para carira

CEP: 49.690-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARIA LUCIENE LEAL (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Nossa Senhora Sexo: Feminino Nasc: 24/06/1970

Profissão: Agricultor

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Ireni de Barros Leal

Nome do Pai: Jose Pereira Leal

Endereço

Município: Nossa Senhora da Glória - SE

Logradouro: sítios piabas

CEP: 49.690-000

Nome Civil: GILBERTO DE BRITO (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Nossa Senhora Sexo: Masculino Nasc: 14/06/1964

Profissão: Agricultor

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Lulza Brito

Nome do Pai: Josias Jose Debrito

Endereço

Município: Poço Redondo - SE

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição PAS/MOTOCICLETA	CPF/CNPJ do Proprietário 402.821.715-68
Placa OEM4391	Renavam 665663820
Número do Motor KC16E6E514975	Número do Chassi 9C2KC1660ER514975
Ano/Modelo Fabricação 2013/2014	Cor PRETA
UF Veículo Sergipe	Município Veículo Nossa Senhora da Glória
Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN EX	Veículo Adulterado? Não



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 130711/2019

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Envolvidos

Gilberto de Brito

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

NARRA a noticiante que o seu esposo GILBERTO DE BRITO, conduzia a sua motocicleta acompanhando a procissão de Nossa Senhora de Aparecida, quando um veículo de passo colidiu com a motocicleta. Que a vítima foi conduzida em uma Unidade da SAMU para o HUSE ARACAJU com fraturas graves na perna direita, permanecendo internado por vários dias até a data em que foi submetida a intervenção cirúrgica. É o relato.

ASSINATURAS

José Roberto de Melo Santos
Cleber Martins da Silva
Agente da Polícia
Matrícula 4712882

Responsável pelo Atendimento

Maria Luciene Leal
(Comunicante)



"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) (único(a) responsável pelas informações acima mencionadas e cliente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que devo origem, conforme previsto nos Artigos 329-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime contra a Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Fractura do 1/3 distal da fibula P/C com deslocamento e desarranjo de fragmentos. Retirada a ~~osteotomia~~ Suturar (C. GERAL) e posteriormente retornar a artéfica na intermaxilar.

16
Adail Bezerra Barbosa
CRM 751 - Fone: 3211-2306
Ortopedia e Medicina do Trabalho

Cirurgia Apol

Paciente com lesão de um bordo articular deformado em MIE. Realizado desbridamento das lesões, remoção do lesão. Aproximação da borda.

- CD: ① SAT 5.000. VI, ~~18~~ 24 06
② Refletivo I g, EV, 6/6 ~~18~~ 24 06
③ Orientar manter antibiotioterapia
④ Alto. da e. ranço quado
⑤ As cuidados do entopelesio

Dr. Eduardo Silva Farias
Médico
CRM: SE: 5687
EM: BA: 31908

DATA: 09 / 11 / 2019.

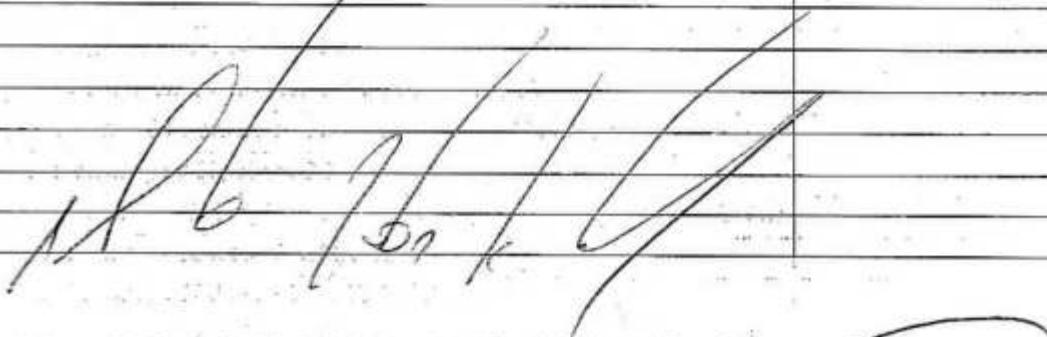
28º DIH

NOME: **Gilberto de Brito 55anos - A 3.4**

DIAGNÓSTICO (S): **Fratura Exposta Tíbia D + Fratura Platô Tibial D**

EVOLUÇÃO MÉDICA: _____

	Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º.	Dieta Livre	
2º.	Gilberto Salinizado	
3º.	Kefazol 1g EV 8/8hs ou Keflin 1g EV 6/6hs	
4º.	Gentamicina 240mg + SF 0,9% 200 ml EV 1x dia SUSP	
5º.	Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 40gts VO 6/6hs	
6º.	Nausedron 8mg EV 08/08hs SOS	
7º.	Antak 50mg EV ou 150mg VO 12/12hs / Omeprazol 40mg EV ou VO às 6hs	
8º.	Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 8/8hs	
9º.	Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs SOS	
10º.	Captopril 25mg VO 8/8hs se PAS > 180 mmHg e PAD > 110 mmHg SOS	
11º.	Glicose 25% 04amp. EV se Glicemia < ou = 80mg/dl	
12º.	Clexane 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia	
13º.	Dextro 6/6hs	
14º	Insulina Regular SC, após o dextro. 201 – 250: 02UI 251 – 300: 04UI > ou = 401: 10UI	301 – 350: 06UI 351 – 400: 08UI
15º.	Curativos Diários 1 x dia (x) SF 0,9% + Gazes	
16º	SSVV 6/6hs	
17º		
18º		
19º		
20º		
21º		
22º		



Dr. Alisson Britto Cabral
Ortopedia e Traumatologia
CNPJ: 200

MÉDICA

Nome do Paciente:

Idade:

Sexo:

Unidade de Produção:

Leito:

Nº do Prontuário:

DATA	HORA	HISTÓRICO
12/10/11	17:00	Padre de 17 anos da filha (e) + Enfermeira que fez exame de torax no HU/fora de la no C. Hospital. Foi admitido no hospital Centro.
23/10/11	21:25	Padre com 17 anos de idade, paciente do UPC, exame de torax, B68, e no exame. Enfermeira de fundo discreta, mega estreita, mega comitíbile, e um câncer de ninho
24/10/11	15:25	Paciente ficava em jejum a partir das 23h de hj e suspendeu o exame e pediu ao supervisor da ortopedia ficaria

Nome do Paciente: Gilberto de Brito

Página:

Unidade de Produção:

Idade:

Sexo:

Leito:

Nº do Prontuário:

25/10 Recente com fratura exposta da punha D. com Tale grande.
Retirado tale grande. Colocada Fixador Extern

Manuscr

CRM 101

Dr. Marlucio Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 804
RGE 641

Manuscr e seu quadro

31/10/19 Visita Anti de ontem Dr. Marlucio Andrade
daele do luxo
Manuscr Poudre

Manuscr

Enfermeira
MP Adm. de Enfermagem
Enfermeira de 2019

02/11/19 Enfermeira

20:30 Paciente no leito, consciente, lúcido, orientado, verbalizando. BFG. Exper.
acirradas, anictíntico, afibril. Com uso de AIP. Pain acompanhante
el sem queixas no momento

03/11/19 Manuscr e seu quadro Coocur. Oh.
Manuscr e seu quadro Coocur. Oh.

Juanda Ribeiro
Enfermeira
CUREN-SE 2019



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE
FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: Gilberto de Brito

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura exposta de perna + lesão necrótica no calcanhar

CIRURGIA REALIZADA: Retirada de aparelho genito + colocação de fixador externo

CIRURGIÃO: Dr. Daniel / Dr. Marluce

AUXILIARES: Dr. Galba / Dr. Daniel

ANESTESIA: Rogério + Andrade ANESTESISTA Dr. Celso

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O membro

CIRURGIA LIMPA CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA

CIRURGIA CONTAMINADA CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? SIM NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

VIAS AÉREAS SUP. PULMONAR URINÁRIA SNC TGI

CUTÂNEO AP. CARDIO-VASCULAR PLEURA OUTROS

DESCRICAÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. Preparo um deambulador para amparo e autotrepo + colocação de coxim para amparo
2. Limpeza cirúrgica do frêmito + desbranque de raspas + calcaneo + roturas de rebordo no perne
3. Reduzir dor fracionando ondas.
4. Colocação de fixador externo monoplano.
5. curativo odonto
6.
7.

DATA: 25/10/2019

Marluce Andrade

Assinatura do Cirurgião

Dr. Marluce Andrade

Ortopedia e Traumatologia

CRM 804

ROE 8.11

CHEKLIST DE CIRURGIA SEGURA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

1.	Dados pessoais confirmados com o paciente + equipe + prontuário + pulseira	SIM	NÃO	NA
2.	Procedimento/sítio cirúrgico confirmado com o paciente + equipe + prontuário + exames	SIM	NÃO	NA
3.	Termo de consentimento assinado	SIM	NÃO	NA
4.	Checado funcionamento do equipamento anestésico	SIM	NÃO	NA
5.	Alergias conhecidas:	SIM	NÃO	NA
6.	Via aérea difícil e/ou risco de broncoaspiração? Se SIM, os materiais devem estar disponível em sala	SIM	NÃO	NA
7.	Avaliado risco de perda sanguínea $>500\text{mL}$ (7ml/kg em crianças) Se SIM, paciente deve ter 2 AVP calibrosos punctionados ou CVC fluido previsto em sala	SIM	NÃO	NA

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

8.	Todos os membros da equipe se apresentam informando nome e função	SIM	NÃO	NA
9.	Equipe confirma nome do paciente, local da cirurgia e procedimento	SIM	NÃO	NA
10.	Imagens essenciais disponíveis na sala operatória	SIM	NÃO	NA
11.	Antibioticoprofilaxia administrada nos últimos 60min.	SIM	NÃO	NA
12.	Materiais e implantes no prazo de validade	SIM	NÃO	NA

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÃO

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

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

HORA	REGISTRO	ASSINATURA
08:30	Pac. no admitido em SAU, mc. acic no tcc mc. tci co eup mc. co, ver mc. jmdc. can. cmt febre 10m tpm hidro e 2adob mm sub mc. lm- na tala mc. nih anuncie aqz. cuidado dc equ ne medico	
08:45	Pac. no pacionado em mesa e monitorado realizado op com guco 20 com nucano	
09:00	realizado op com guco 20 com nucano	
09:30	realizado procedimento pac. no em trans-operatório na gindia p. m. ao procedimento cirúrgico	
11:00	realizado sutura e curativo em região cirúrgica.	
11:20	Pac. no em caminho do para SRPA em 1000 de op. com nucano, curado em região cirúrgica com furodin extenso nem guacos lo enolpac. no co m p. m. q. c. m. ped. no prontuário	
ENCAMINHADO PARA:		
5RPA		

REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS - OPERATÓRIO

PRONTUÁRIO: 4508

NOME: Gabinho de B nho

DATA: 25/10/19

HORARIO:

SALA: 01

CHEGOU AO CENTRO
CIRÚRGICO

- CONSCIENTE
 INCONSCIENTE
 ORIENTADO
 DESORIENTADO
 DEAMBULANDO
 EM MACA

PROCEDÊNCIA DO PACIENTE:

CIRURGIA PROPOSTA:

CIRURGIA REALIZADA: Enfarruma corpo de anel direito

TÉCNICA ANESTÉSICA

- GERAL VENOSA
 GERAL INALATORIA
 GERAL COMBINADA
 RAQUIANESTESIA
 PERIDURAL C/CATETER
 PERIDURAL S/CATETER
 SEDAÇÃO
 BLOQUEIO DO PLEXO
 LOCAL

ASSEPSIA

- PVPI TOPICO
 PVPI ALCOÓLICO
 CLOREX. ALCOLICA
 CLOREX. DEGERMANTE
 CLOREX. AQUOSA

SUPORTE VENTILATORIO

TUBO ENDOTRAQUEAL

- ORAL NASAL

TUBO AMARADO

- SIM N°:

MASCARA LARINGEIRA

- SIM



DRENOS E CÁNULAS:

- SUCCÃO N° _____
 ABDOMINAL N° _____
 BLAKE N° _____
 TÓRAX N° _____
 PIZZER N° _____
 PENROSE N° 00
 KHER N° _____
 TRAQUEOSTOMO N° _____
 GUEDEL N° _____
 TOT N° _____

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR
CIRURGÃO: DR. Marluce
AUX 1: DR. Domel
AUX 2:
CIRCULANTE: *Leandro Voz*
INSTRUMENTADOR: *João Vitor*
ENFERMEIRO: *Flávio*
ANESTESISTA:

HORARIO
ENTRADA NA SALA: 08:30
INÍCIO DA ANESTESIA: 09:00
INÍCIO DA CIRURGIA: 09:30
TERMINO DA CIRURGIA: 11:00
TERMINO DA ANESTESIA:
SAÍDA DA SALA: 11:20

POSIÇÃO DO PACIENTE
() DORSAL VENTRAL
() LAT. ESQ LAT. DIR
() CANIVETE LITOTOMIA
() TRENDELEMBURG
() TRENDELEMBURG REVERSA

BISTURI ELETRICO
() BIPOLAR UNIPOLAR
() ULTRASSÔNICO ARGÔNIO
PLÁCA DE BISTURI
LOCAL: _____

COMPRESSAS GRANDES
ENTREGUES: _____
DEVOLVIDAS: _____
COMPRESSAS PEQUENAS
ENTREGUES: _____
DEVOLVIDAS: _____

CONTAGEM DE INSTRUMENTAL
ENTREGUES: _____
DEVOLVIDAS: _____

GASOMETRIA ARTERIAL
() SIM NÃO

PLACA DE BISTURI, ELETRODOS E
LOCAL DE INCISÃO
LEGENDA
PLACA DE BISTURI:
LOCAL: _____
ELETRODOS:
INCISÃO:

EQUIPAMENTOS, ACESSÓRIOS E DISPOSITIVOS UTILIZADOS

- BOMBA DE INFUSÃO
 DESFIBRILADOR
 MONITOR CEREBRAL
 INTENSIFICADOR DE IMAGEM
 MANTA TÉRMICA
 MICROSCÓPIO
 FIBROSCÓPIO
 MONITOR MULTIPARAMETROS
 PA NÃO INVASIVA
 PA INVASIVA
 OXÍMETRO
 CAPNOGRAFO
 PIC
 FOCO AUXILIAR
 FONTE DE LUZ
 BRONCOSCOPIO
 CARRO DE ANESTESIA
 GARROTE PNEUMÁTICO
 CARDIOSCOPIO
 TERMÔMETRO
 OUTROS
 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO
 ACESSO VENOSO CENTRAL
 ID () E

SONDAS
() SNG N° _____
() SNE N° _____
() FOGARTY N° _____
() SOND. FOLLEY N° _____
() C/RESTRIÇÃO () S/RESTRIÇÃO
() FOLLEY SILICONE N° _____
() SONDA NELATON N° _____
PASSADA POR: _____
ASPIRAÇÃO N° _____

SANGUE E HEMODERIVADO	QUANT.	DATA	HORARIO
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS			1ºINÍCIO: 2ºINÍCIO: 3ºINÍCIO: 4ºINÍCIO: 5ºINÍCIO: 6ºINÍCIO: 7ºINÍCIO: OUTRAS:
PLASMA			1ºINÍCIO: 2ºINÍCIO: 3ºINÍCIO: 4ºINÍCIO: 5ºINÍCIO: 6ºINÍCIO: 7ºINÍCIO: OUTRAS:
PLAQUETAS			1ºINÍCIO: 2ºINÍCIO: 3ºINÍCIO: 4ºINÍCIO: 5ºINÍCIO: 6ºINÍCIO: 7ºINÍCIO: OUTRAS:
OUTROS			1ºINÍCIO: 2ºINÍCIO: 3ºINÍCIO: 4ºINÍCIO: 5ºINÍCIO: 6ºINÍCIO: 7ºINÍCIO: OUTRAS:
Nº DA BOLSA:			

SINAIS VITAIS

FC (BPM)	78	74	81	85
SpO2 (mmHg)	98	100	100	100
EPCO2 (mmHg)				
PA (mmHg)	120 x 86	120 x 67	123 x 80	
PAI (mmHg)				134 x 85
FR (RPM)	9	18	18	19
TEMP. (°C)				
LPP (LOCAL)?				

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

CHEKLIST DE CIRURGIA SEGURA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

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

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

8.	Todos os membros da equipe se apresentam informando nome e função	SIM	NÃO	NA
9.	Equipe confirma nome do paciente, local da cirurgia e procedimento	SIM	NÃO	NA
10.	Imagens essenciais disponíveis na sala operatória	SIM	NÃO	NA
11.	Antibioticoprofilaxia administrada nos últimos 60min.	SIM	NÃO	NA
12.	Materiais e implantes no prazo de validade	SIM	NÃO	NA

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÃO

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

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

HORA	REGISTRO	ASSINATURA
08:30	Paciente admitido em SAU, MC, AAC no leito máscara CO e suprimento, vermelho, com cateter aberto com MP hidroclorado 500ml submetan- tolalatamente anestesiado com cloridrato de epi- nefrina	
08:45	Paciente preparado em mesa e monitorado com ECG	
09:00	Realizado MP com glicose 2.0 com sucrose	
09:30	Realizado PRV com glicose 2.0	
10:00	Paciente em sala operatória na gabinete bem ao procedimento cirúrgico	
11:00	Enunciado Realizado enema e enureto em região anatomática.	
11:20	Paciente em caminho da sala SRPA em 1000 ml MP com enureto, enunciado em região anatomática com enureto interno nem glicose enviando paciente com motivo que impediu no momento	
ENCAMINHADO PARA:		
SRPA		

RELATÓRIO MÉDICO

Nome do paciente: GILBERTO DE BRITO

Data da Entrada: 21/10/2019

Data da Saída: 27/11/2019

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

INTERNAMENTO: PS () ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente de 20 anos, no seu 2º dia de vida, devido a um acidente de trânsito, apresentando ferimentos de natureza grave.
Por motivo de ferimento, fatores, e não recuperando clínica, o paciente em sua hospitalização.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

25/10/19: Freqüente a urina de 5/5/19

EXAMES COMPLEMENTARES:

Unx: urina de 5/5/19

MÉDICOS ASSISTENTES:

Enelcio Menezes

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

ARACAJU, 20 de 11 de 2019

Dr. Silvio C. V. Almeida
SAMU / HU/SE
CRM 2510

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

RELATÓRIO MÉDICO

O (a) paciente

foi atendido (a), nesta unidade dia

tendo sido submetido(a), () a tratamento cirúrgico () conservador)

de

CID: S11

ARACAJU 08/11/18

