



**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	Distribuição: 30/06/2020
Número Único: 0001415-03.2020.8.25.0048	Competência: 2ª Vara Cível e Criminal de Nossa Senhora da Glória
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

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 Apensados:

--

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

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,



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: 402.821.715-68 4 - Nome completo da vítima: Guilberto De Brito

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

5 - Nome completo: Guilberto De Brito 6 - CPF: 402.821.715-68
7 - Profissão: carroceiro 8 - Endereço: Rua Pombal 9 - Número: 51 N 10 - Complemento: 2926
11 - Bairro: Zona rural 12 - Cidade: St. Sa da Gloria 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49.680-000
15 - E-mail: marcondesgloria@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 79.99189207

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:

☒ 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)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3303 CONTA: 41176 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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, St. Sa da Gloria 10.12.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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



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: Luiza 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

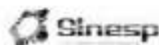
Município Veículo Nossa Senhora da Glória

Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN EX

Veículo Adulterado? Não

Delegado de Polícia Civil: Fabio Santos Santana
Impresso por: Cleber Martins da Silva
Data de Impressão: 10/12/2019 12:51
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

Envolvimentos

Gilberto de Brito

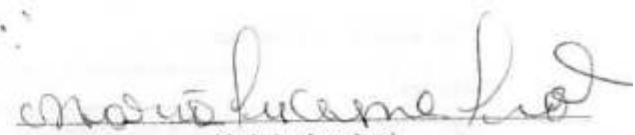
Proprietário

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 passeio 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


Jose Roberto de Melo Santos
Cleber Martins da Silva
Agente de Polícia
Matrícula 4712862
Responsável pelo Atendimento


Maria Luciene Leal
(Comunicante)



"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) (única) responsável pelas informações acima anexadas e deixo que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime - na Convenção do Código Penal Brasileiro."

IS/DATASUS

HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 66327
CNS:DATA: 12/10/2019
SETOR: 06-SUTURAHORA: 11:15
USUARIO: TRSANTOS

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : GILBERTO DE BRITO
IDADE.....: 55 ANOS NASC: 14/06/1964
ENDereco.....: POVOADO PIABA
COMPLEMENTO....: 706201031279468 BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DA GLORIA, UF: SE
NOME PAI/MAE...: JOSIAS JOSE DE BRITO /LUZIA BRITO
RESPONSAVEL....: FILHA - ANGELA/ TRAZ - SAMU
PROCEDENCIA....: NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

DOC....: 717,136
SEXO...: MASCULINO
NUMERO:
CEP....: 49680-000
TEL....: 79-9933.99
10

TRAUMA: SIM

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

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

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

DADOS CLINICOS:

Paciente vítima de acidente moto x carro, estava na moto, usava capacete. Nega TCE, sem náusea ou vômito. Referiu dor apenas em perna e tornozelo.
A,B,C,D e alterações. MTD imobilizado devido fratura exp.
ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM: em tornozelo. DTP em MTD.
foi recebiu de pitorra e cetoprofeno.

DIAGNOSTICO:

PRESCRIÇÃO

Col DASAT 5000

② Reflim 2g

③ Rx toax + Rx pelve + Rx de perna ① + Rx tornozelo ① + pi

④ Avaliação da entropedia.

Pietra Zorzo

Cirurgia Geral
CREMESE 5258

DATA DA SAÍDA:

ALTA: [] DECISÃO MÉDICA [] A PEDIDO
[] ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAÍDA: :
[] EVASAO [] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PA

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

RECEBUE DE RADIOLOGIA - HUSE

RECEBUE EM 12/10/2019

AS 11:46

Fecundação do 1/3. Medida Fecundada
 do feto B e/ primeiro plano -
 um feto em catenário 1/ comu-
nicação e/ a Prática. Reten-
 ção a ~~feto~~ SUTURA
 (C. GERAL) e posteriormente
 Retenar 4/ antepilha 4/
 Intimação

Adail Bezerra Barboza
 CRM 751 - Fone: 3211-2305
 Oftalmologia e Medicina do Trabalho

Cirurgia Geral

Presente com lesões e em bordas unidas. Deformação
 em MIE. Realizado desbridamento das lesões, hemostasia
 das lesões. Aproximação de bordas.

- CD: ① SAT S.OOO. VI, ~~JA~~
- ② Refolletino 1g, EV, 6/6h ~~18 24 36~~
- ③ Oriento manter antihistecroscopia
- ④ Alto. da cirurgia geral
- ⑤ Aos Cuidadores do Ventosolito

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



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÕES DIÁRIAS



DATA: 09 / 11 / 2019.

28 ° 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 1 g EV 8/8hs ou Keflin 1 g 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. Nauseidron 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 301 – 350: 06UI 351 – 400: 08UI > ou = 401: 10UI	
15º. Curativos Diários 1 x dia (x) SF 0,9% + Gazes	
16º SSVV 6/6hs	
17º	
18º	
19º	
20º	
21º	
22º	

Dr. Ricardo Ribeiro Lobato
Ortopedia e Traumatologia
Crm 290

MÉDICA

Leito:

Nº do Prontuário:

~~12
100
19~~

Adail Bezerra Barboza
CRM 751 Fone: 331-2306
Ginecologia e Medicina do Trabalho

~~Dr. Raimundo Cordero S. Santos~~
~~Enfermero~~
~~COREN 73522~~

Nome do Paciente: Gilberto de Brito

Página: 1

Unidade de Produção:

Idade:

Sexo:

Leito:

Nº do Prontuário:

25/10 Recente em fratura exposta da tíbia D. com Tala guache.
Retirado tala guache. Colocado Fixador Externo

Ortopedia

CDU 104

Dr. Marcio Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 904
RQE 641

31/10/19 Vts. Anti. de coágulo. Ok. para liberação
do enxerto
muscular conduta

Dr. Marcio Andrade
12/11

20/11/19 P/ Enfermeiros
Paciente consciente, orientado, eufórico, afébril,
interativo com alimentação regular, de fezes
regulares, diurese presente

Enfermeira
M. A. R. R. R.
Enfermeira
COREN-SE 40845

02/11/19 #Enfermeira#

20.25h Paciente no leito, consciente, lúcido, orientado, verbalizando. BB. Eupneico,
acianótico, anictérico, afébril. Com uso de AUP. Com acompanhante
e sem queixas no momento

08/11/19 Vts. e exames: Coágulo Ok.
sem queixas no momento

Dr. Marcio Andrade
12/11

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: Guilherme de Brito

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

CIRURGIA REALIZADA: Redução de aparelho giratório + colocação de fixador externo

CIRURGIÃO: Dr. Daniel / Dr. Marluce

AUXILIARES: Dr. Marluce / Dr. Daniel

ANESTESIA: Rosquin + sedação ANESTESISTA Dr. Celso

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: 0 mmv

() CIRURGIA LIMPA () CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA

(x) CIRURGIA CONTAMINADA () CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? () SIM () NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

() VIAS AÉREAS SUP. () PULMONAR () URINÁRIA () SNC () TGI

(x) CUTÂNEO () AP. CARDIO-VASCULAR () PLEURA (x) OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. Realizar um desbridamento do ferimento e amputação + colocação de curativo amputar
2. Realizar cirurgia do punho + desbridamento ^{perna} + colocação + redução de fratura na perna
3. Redução dos fragmentos ósseos.
4. Colocação de fixador externo monoplano.
5. curativo oclusivo
- 6.
- 7.

DATA: 25/10/2019

Marluce Andrie

Assinatura do Cirurgião

Dr. Marluce Andrade

Ortopedia e Traumatologia

CRM 804
RQE 811

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA			
1.	Dados pessoais confirmados com o paciente + equipe + prontuário + pulseira	SIM	NÃO NA
2.	Procedimento/sítio cirúrgico confirmado com o paciente + equipe + prontuário + exames	SIM	NÃO NA
3.	Termo de consentimento assinado	SIM	NÃO NA
4.	Checado funcionamento do equipamento anestésico	SIM	NÃO NA
5.	Alergias conhecidas: _____	SIM	NÃO NA
6.	Via aérea difícil e/ou risco de broncoaspiração? Se SIM, os materiais devem estar disponível em sala	SIM	NÃO NA
7.	Avaliado risco de perda sanguínea >500ml (7ml/kg em crianças) Se SIM, paciente deve ter 2 AVP calibrosos puncionados ou CVC fluído previsto em sala	SIM	NÃO NA
ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA			
8.	Todos os membros da equipe se apresentam informando nome e função	SIM	NÃO NA
9.	Equipe confirma nome do paciente, local da cirurgia e procedimento	SIM	NÃO NA
10.	Imagens essenciais disponíveis na sala operatória	SIM	NÃO NA
11.	Antibioticoprofilaxia administrada nos últimos 60min.	SIM	NÃO NA
12.	Materiais e implantes no prazo de validade	SIM	NÃO NA
ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÃO			
13.	Todos os membros da equipe confirmam o procedimento realizado	SIM	NÃO NA
14.	Contagem de instrumentais, compressas e agulhas estão corretas	SIM	NÃO NA
15.	Biópsia identificada com: Nome completo do paciente, data de nascimento, 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 sala de cirurgia no bloco cirúrgico. Verificado com o paciente a abertura do hipodermizado para submembrana. Tratamento cirúrgico do duto de equívoco.		
08:45	Paciente posicionado em mesa e monitorizado.		
09:00	Realizado incisão com guiso 2.0 com punção.		
09:30	Iniciado procedimento.		
11:00	Paciente em trans-Operatório reagindo bem ao procedimento cirúrgico.		
11:20	Realizado sutura e curativo em região cirúrgica.		
11:20	Paciente em transferência para SRPA em apoio de um com suporte, curativo em região cirúrgica com fixador externo sem guiso. O paciente não tem mais o suporte de no monitoramento.		
ENCAMINHADO PARA: SRPA			

REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS - OPERATÓRIO

NOME: Gubemio de BritoPRONTUÁRIO: 7508DATA: 25/10/19

HORÁRIO:

SALA: 01

CHEGOU AO CENTRO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> DESORIENTADO <input type="checkbox"/> DEAMBULANDO <input checked="" type="checkbox"/> EM MACA	EQUIPE MULTIDISCIPLINAR CIRURGIÃO: <u>DR. Marluce</u> AUX 1: <u>DR. Bonini</u> AUX 2: _____ CIRCULANTE: <u>Isabela Vey</u> INSTRUMENTADOR: <u>Isabela</u> ENFERMEIRO: <u>Felipe</u> ANESTESISTA: _____	HORÁRIO ENTRADA NA SALA: <u>08:30</u> INÍCIO DA ANESTESIA: <u>09:00</u> INÍCIO DA CIRURGIA: <u>09:30</u> TÉRMINO DA CIRURGIA: <u>11:00</u> TÉRMINO DA ANESTESIA: _____ SAÍDA DA SALA: <u>11:20</u>
---	--	---

PROCEDÊNCIA DO PACIENTE:

CIRURGIA PROPOSTA:

CIRURGIA REALIZADA: Enxertia composta de pele de abdômen

TÉCNICA ANESTÉSICA

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

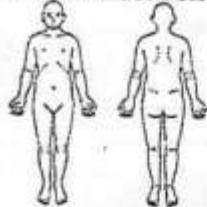
ASSEPSIA

- ☒ PVPI TOPICO
☐ PVPI ALCOOLICO
☐ CLOREX. ALCOOLICA
☐ CLOREX. DEGERMANTE
☐ CLOREX. AQUOSA

SUPORTE VENTILATORIO

- ☐ TUBO ENDOTRAQUEAL
☐ ORAL ☐ NASAL
☐ TUBO AMARADO
☐ SIM Nº: _____
☐ MÁSCARA LARINGEIA
☐ SIM

COXINS DE CONFORTO



POSICÃO DO PACIENTE

- ☒ DORSAL ☐ VENTRAL
☐ LAT. ESQ. ☐ LAT. DIR.
☐ CANIVETE ☐ LITOTOMIA
☐ TRENDELEMBURG
☐ TRENDELEMBURG REVERSA

BISTURI ELÉTRICO

- ☐ BIPOLAR ☐ UNIPOLAR
☐ ULTRASSÔNICO ☐ ARGÔNIO
 PLACA 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
☐ BRONCOSCÓPIO
☒ CARRO DE ANESTESIA
☐ GARROTE PNEUMÁTICO
☐ CARDIOSCÓPIO
☐ TERMOMETRO
☐ OUTROS
☐ ACESSO VENOSO PERIFÉRICO
☐ ACESSO VENOSO CENTRAL
☒ D ☐ E

SONDAS

- ☐ SNG Nº _____
☐ SNE Nº _____
☐ FOGARTY Nº _____
☐ SOND. FOLLEY Nº _____
☐ C/RESTRIÇÃO ☐ S/RESTRIÇÃO
☐ FOLLEY SILICONE Nº _____
☐ SONTA NELATON Nº _____
 PASSADA POR: _____
 ASPIRAÇÃO Nº _____

DRENOS E CÂNULAS

- ☐ SUÇÃO Nº _____
☐ ABDOMINAL Nº _____
☐ BLAKE Nº _____
☐ TÓRAX Nº _____
☐ PIZZER Nº _____
☒ PENROSE Nº 00
☐ KHER Nº _____
☐ TRAQUEOSTOMO Nº _____
☐ GUEDEL Nº _____
☐ TOT Nº _____

DIURESE DESPREZADA EM SALA

HORA	VOLUME	ASPECTO

ANATOMO PATOLÓGICO

NOME DA PEÇA: _____
 Nº DA PEÇA: _____
☐ SIM ☐ NÃO

SANGUE E HEMODERIVADO	QUANT.	DATA	HORÁRIO
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS			1º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ 2º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ OUTRAS: _____
PLASMA			1º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ 2º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ OUTRAS: _____
PLAQUETAS			1º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ 2º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ OUTRAS: _____
OUTROS			
Nº DA BOLSA:			

SINAIS VITAIS

FC (BPM)	<u>78</u>	<u>74</u>	<u>81</u>	<u>85</u>
SpO2 (mmHg)	<u>98</u>	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>
EPcO2 (mmHg)				
PA (mmHg)	<u>120 x 86</u>	<u>120 x 62</u>	<u>123 x 80</u>	<u>134 x 85</u>
PAI (mmHg)				
FR (RPM)	<u>9</u>	<u>18</u>	<u>18</u>	<u>19</u>
TEMP. (°C)				
LPP (LOCAL)?				

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

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA			
1.	Dados pessoais confirmados com o paciente + equipe + prontuário + pulseira	SIM	NÃO NA
2.	Procedimento/sítio cirúrgico confirmado com o paciente + equipe + prontuário + exames	SIM	NÃO NA
3.	Termo de consentimento assinado	SIM	NÃO NA
4.	Checado funcionamento do equipamento anestésico	SIM	NÃO NA
5.	Alergias conhecidas:	SIM	NÃO NA
6.	Via aérea difícil e/ou risco de broncoaspiração? Se SIM, os materiais devem estar disponível em sala	SIM	NÃO NA
7.	Avaliado risco de perda sanguínea >500ml (7ml/kg em crianças) Se SIM, paciente deve ter 2 AVP calibrosos puncionados ou CVC 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 sala de cirurgia no bloco cirúrgico, com o paciente em posição de decúbito dorsal, com o paciente em posição de decúbito dorsal, com o paciente em posição de decúbito dorsal.		
08:45	Paciente posicionado em mesa e monitorizado.		
09:00	Realizado o bloqueio 2º com o paciente em posição de decúbito dorsal.		
09:30	Início do procedimento cirúrgico.		
11:00	Paciente em trans-Operatório aguardando o início do procedimento cirúrgico.		
11:20	Realizado sutura e curativo em região cirúrgica.		
11:20	Paciente em trans-Operatório para SRPA em sala de cirurgia com o paciente em posição de decúbito dorsal, com o paciente em posição de decúbito dorsal.		
ENCAMINHADO PARA: SRPA			

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: GILBERTO DE BRITO
DATA DA ENTRADA: 12/10/2019
DATA DA SAÍDA: 29/11/2019

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 origem no SUS vítima de acidente de trânsito, apresentando fratura crânio e pernas direita.
Por motivo, internado, e em recuperação clínica de alta hospitalar.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

25/10/19: Fratura da tibia da perna direita

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx: Fratura da tibia

MÉDICOS ASSISTENTES:

Marcos Mendes

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

ARACAJU, 20 de 11 de 2019

Dr. Silvio C. M. Almeida
SAMA / HUSE
CRM 2510

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

RELATÓRIO MÉDICO

O (a) paciente

Alberto de Brito

foi atendido (a), nesta unidade dia

12/10/11

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

de

Fratura de humero
ext. direito

CID:

S11

ARACAJU

08/11/11

Dr. [assinatura] Cabral
Ortopedia e Traumatologia
Data 12/10/11