

# 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: 27/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ILTON SANTOS MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03303

CONTA: 000000041614-0

---

Nr. da Autenticação 2F62B2FD58D902EA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190701712 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ILTON SANTOS MELO **Data do acidente:** 28/08/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA-LUXAÇÃO EXPOSTA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO (GALEAZZI).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PÁG. 1/8/9/10 \_CIRURGIA

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

**Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190701712**

**Vítima: JOSE ILTON SANTOS MELO**

**Data do Acidente: 28/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE ILTON SANTOS MELO**

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos  
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **JOSE ILTON SANTOS MELO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003303**

Conta: **0000041614-0**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

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: 574.023.105-15 4 - Nome completo da vítima: José Altam Santos Melo

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

5 - Nome completo: José Altam Santos Melo 6 - CPF: 574.023.105-15  
7 - Profissão: lavador 8 - Endereço: Povo Saco Grande 9 - Número: 511 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: Zona rural 12 - Cidade: Rumbau 13 - Estado: SC 14 - CEP: 49.660-000  
15 - E-mail: francescadelia@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 49.99189204

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)

AGÊNCIA: 3303 CONTA: 41614

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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) ☐ 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 (ou nascos)? ☐ 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:

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: 128761/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/12/2019 11:06 Data/Hora Fim: 05/12/2019 11:32  
Delegado de Polícia: Fabio Santos Santana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Distrital de Cumbe  
Data/Hora do Fato: 28/08/2019 15:40

Local do Fato

Município: Cumbe (SE)  
Logradouro: povoado saco grande

Bairro: Povoado

CEP: 49.660-000

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSE ILTON SANTOS MELO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Cumbe Sexo: Masculino Nasc: 29/11/1970  
Profissão: Agricultor  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Joselita Pereira Santos Melo Nome do Pai: Jose Alves de Melo

Endereço

Em Situação de Rua: Sim  
Município: Cumbe - SE  
Logradouro: povoado Saco Grande

CEP: 49.660-000

Telefone: (79) 99836-5764 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

<b>Grupo</b> Veículo	<b>Subgrupo</b> Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
<b>Descrição</b> PAS/AUTOMOVEL	<b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 189.731.755-72
<b>Placa</b> MUV0511	<b>Renavam</b> 729750990
<b>Número do Chassi</b> 9BD158018Y4095508	<b>Ano/Modelo Fabricação</b> 1999/2000
<b>Cor</b> BRANCA	<b>UF Veículo</b> Sergipe
<b>Município Veículo</b> Propriá	<b>Marca/Modelo</b> FIAT/UNO MILLE EX
<b>Veículo Adulterado?</b> Não	<b>Quantidade</b> 1 Unidade
<b>Situação</b> Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Jose Ilton Santos Melo	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

NARRA o noticiante que guiava pela estrada que liga o Povoado Saco Grande a cidade de Cumbe, o veículo acima descrito

Delegado de Polícia Civil: Fabio Santos Santana  
Impresso por: Cleber Martins da Silva  
Data de Impressão: 05/12/2019 11:32  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos




BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 128781/2019

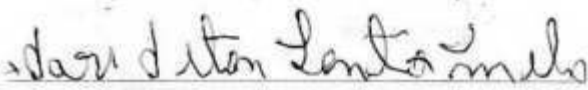
tendo como proprietário o JERÔNIMO DE LEMOS DANTAS, quando perdeu o controle em uma curva, vindo a capotar; Que devido ao capotamento sofreu fraturas exposta no antebraço esquerdo sendo socorrido em um ambulância do município e conduzido ao Hospital de Nossa Senhora da Glória, e em seguida transferido ao HUSE ARACAJU aonde permaneceu internado por (19) dezanove dias. É o relato.

ASSINATURAS

  
Jose Roberto de Melo Santos

Cleber Martins da Silva  
Máximo de Polícia  
Matrícula 4712882

Responsável pelo Atendimento

  
Jose Ilton Santos Melo

(Comunicante / Vítima)

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MÉRQUIPE  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
COORDENADORIA GERAL DE POLÍCIA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



identificação - 10/10/10

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

Identificação nº 10/10/10

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RECORTE O CORÃO

1.071.968

2.VIA

DATA DE  
EMISSÃO

06/09/2012

NOME

JOSÉ ILTON SWITOS NELO

PAISAGEM

JOSÉ ALVES DE NELO

JOSELTIA PEREIRA SWITOS NELO

NACIONALIDADE

CMR-SE

DATA DE NASCIMENTO

29/11/1970

SOC. CREDENCIADA

CT. INSC. N.º 2163 LV A 2 R. 291

CPF. DRT. DO DIST. DO JORNAL DE N.S. DMS. DMS. 574.023.105-15

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.119 DE 20/06/03

# RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: JOSE ILTON SANTOS MELO

DATA DA ENTRADA: 10/09/2019

DATA DA SAÍDA: 16/09/2019

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 APRESENTANDO FRATURA EM ANTEBRACO ESQUERDO VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA. INTERNADO, FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA GALEAZZI A ESQUERVA MAIS FRATURATO, COM BOA EVOLUÇÃO ALTA HOSPITALAR EM 16/09/2019.

## HISTÓRICO CIRÚRGICO:

FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA EXPOSTA NO ANTEBRACO ESQUERDO, RAFA ÓSSEA COM PLACA E PARAFUSOS, SOB BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL.

## EXAMES COMPLEMENTARES:

RADIOGRAFIAS DE ANTEBRACO ESQUERDO, HEMOGRAMAS, UREA, CREATININA, Glicemia

## MÉDICOS ASSISTENTES:

DR. DEFFIS CABRAL DUARTE  
DRA RAFAELA MURRIS DANTAS (ANESTESIOLOGISTA)  
DR. MARCIO M. ROCHA

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

ARACAJU, 23 de Setembro de 2019

Isac Souza de Mendonça  
CPF: 201.851.825-91  
Médico  
CRM/SE 15916

Isac Souza de Mendonça  
Médico  
CRM/SE 15916

Isac Souza de Mendonça  
CPF: 201.851.825-91  
Médico  
CRM/SE 15916

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 44031

DATA: 28/08/2019

HORA: 22:25

USUARIO: ACSSANTOS

CNS:

SETOR: 05-ORTOPEDIA

70080342505484

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE ILTON SANTOS MELO

DOC....: 1071968

IDADE.....: 48 ANOS NASC: 29/11/1970

SEXO...: MASCULINO

ENDereco.....: POV. SACO GRANDE

NUMERO:

COMPLEMENTO....: BAIRRO: ZONA RURAL

MUNICIPIO.....: CUMBE

UF: SE CEP....: 49660-000

NOME PAI/MAE...: JOSE ALVES DE MELO

/JOSELITA PEREIRA SANTOS MELO

RESPONSAVEL....: PAI

TEL....: 99836-5764

PROCEDENCIA....: CUMBI

ATENDIMENTO....: FRATURA

CASO POLICIAL..: NAO

PLANO DE SAUDE....: NAO

TRAUMA: NAO

ACID. TRABALHO: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_/\_/\_

Tramando RSE.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

gadu  
enlambido

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Exatidão F - AP+  
Femur e humero em  
anestesia F. Cou  
e por osso

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATOL

7 Jose Alves de Melo  
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO

DR. MARCIO ROCHA  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 3592 RQE 10723

22:30 28/08/2019

SOT 22:30 IN  
Kufel 22:30 IN

UNIDADE DE ORIGEM

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO - N. S<sup>ª</sup> DA GLÓRIA/SE

UNIDADE PARA REFERÊNCIA

HOSPITAL HUSE - Sertão - DA ELTON CUFAR JER

ENDEREÇO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

ESTAMOS ENCAMINHANDO O PACIENTE

Paulo Roberto Silva Melo

SEXO

M

NASCIDO EM

48 anos

MATRÍCULA

CUJO PROBLEMA DE SAÚDE NECESSITA DE UM TIPO DE ATENDIMENTO QUE ESTA UNIDADE NÃO OFERECE.

MOTIVO DA CONSULTA / IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS OU PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Planta após Audição preliminar,  
em Faturamento de Atendimento Especial.  
CEFTAXIM 2g EV  
Vincul - 10mg EV 100mg  
Trazidol 100mg EV 100mg  
Soro Fisiológico 1000ml EV

ESTUDOS A QUE FOI SUBMETIDO O PACIENTE, SEUS RESULTADOS E CONDUTA ADOTADA (RESUMO DOS PRINCIPAIS AGUADOS DO EXAME CLÍNICO E DOS EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS ANTES DA SOLICITAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO)

RX de Abdome e Tórax

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Nálise e conduta de Adquirir

DATA DO ENCAMINHAMENTO

12.12.2019

Jorge Luiz Gonzaga Amorim  
Clínica Médica  
CRM 8E 3624

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO



## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

### FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: *Joãoilton Santos Silva*

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

CIRURGIA REALIZADA: *Prost. Anterior - H. Lungio*

CIRURGIÃO: *Denis Cabral Duarte*

AUXILIARES: *Just. Fernando*

ANESTESIA: ANESTESISTA

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

( ) CIRURGIA LIMPA (X) CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA

( ) 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 ( ) OUTROS

#### DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. *Paciente em DDA sob bloqueio e redução*
2. *A+A+ Campos estéril*
3. *Via de Acesso Volar (pele estéril lavada)*
4. *+ direção por pleura*
5. *RAFI c/ pleura DCP de 3.5 cm e profunda*
6. *Rx de Controle*
7. *Fechamento por pleura + Sutura pele*  
*curativa*

DATA: *14/09/19*

Dr. Denis Cabral Duarte  
CRM - 4163 - TEST 12353  
Ortopedia e Traumatologia  
Assinatura do Cirurgião

# HUSE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

## REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO



NOME (s/abreviações): Joseilton Santa Melo

DATA: 14-09-10

HORA Entrada/sala 07:20 H HORA Saída/sala \_\_\_\_\_ H HORA Incisão \_\_\_\_\_ H HORA refia \_\_\_\_\_ H ALERGIA: \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO: Dr. David 1º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

ANESTESISTA: \_\_\_\_\_ 2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_ CIRCULANTE: Ambrósio

CIRURGIA PROGRAMADA: Fratura de Alcega LATERALIDADE: \_\_\_\_\_

CIRURGIA REALIZADA: \_\_\_\_\_ ☐ DIREITA ☐ ESQUERDA ☐

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☐ ACORDADO ☐ SONOLENTO ☐ TORPOROSO ☐ COMATOSO

TÉCNICA ANESTÉSICA: ☐ GERAL VENOSA ☐ GERAL INALATÓRIA ☐ GERAL COMBINADA ☐ GERAL BALANCEADA ☐ RAQUIANEST

☐ PERIDURAL C/ CATETER ☐ PERIDURAL S/ CATETER ☐ SEDAÇÃO ☒ BLOQUEIO DE PLEXO ☐ LOCAL

DISPOSITIVOS: TOT ☐ ARAMADO Nº \_\_\_\_\_ ☐ MÁSCARA LARÍNGEA ☐ TRAQUEÓSTOMO ☐ GUEDEL ☐ SNG ☐ SNE ☐ COMUM

SVD ☐ SILICONE ☐ SUCÇÃO ☐ D. TÓRAX ☐ D. PIZZER ☐ D. KHER ☐ D. BLAKE ☐ D. PEN ☐ LÁTEX

CVC ☐ DL \_\_\_\_\_ ☐ AVP MSD ☐ CATETER FOGARTY ☐ TL

ASSEPSIA: ☒ PVP TÓPICO ☐ PVP ALCOÓLICA ☐ PVP DEGERMANTE ☒ CLOREXIDINA ALCOÓLICA ☐ CLOREXIDINA DEGERMANTE ☐ CLOREXIDINA AQUOSA

### EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS

☐ BOMBA DE INFUSÃO ☐ DESFIBRILADOR ☐ MONITOR CEREBRAL (BIS) ☐ INTENSIFICADOR DE IMAGEM ☐ MANTA TÉRMICA ☐ MICROSCO

☐ FIBROSCÓPIO ☒ MONITOR CARDÍACO ☒ PA NÃO INVASIVA ☐ PA INVASIVA ☒ OXÍMETRO ☐ CAPNÓGRAFO ☐

☐ FOCO AUXILIAR ☐ FONTE DE LUZ ☐ BRONCOSCÓPIO ☐ VIDEOLAPAROSCÓPIO ☐ OUTROS \_\_\_\_\_

POSICÃO: ☒ DORSAL ☐ VENTRAL ☐ LATERAL DIRETO ☐ LATERAL ESQUERDO ☐ CANVETE ☐ TREDELEMBURG ☐ LITOTOMIA

COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS: ☐ BIPOLAR ☐ MONOPOLAR

☐ CABAÇA ☐ MSD ☐ MSE ☐ MD ☐ ME

PLACA DE BISTURI: ☐ ENTREGUE ☐ RECOLHIDO

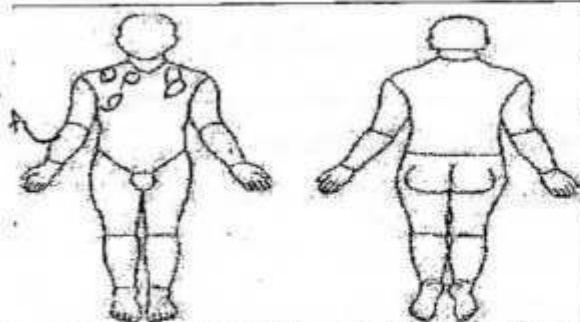
LOCAL: ☐ ENTREGUE ☐ RECOLHIDO

• ELETRODOS ☐ ENTREGUE ☐ RECOLHIDO

✚ INCISÃO CIRÚRGICA ☐ ENTREGUE ☐ RECOLHIDO

### SINAIS VITAIS

	SpO2 (%)	FC (BPM)	PA (mmHg)	PAI (mmHg)	TEMP (°C)	FR (RPM)	GLICEMIA	LPP (mmHg)
PRÉ-OPERATÓRIO	<u>100%</u>	<u>79</u>	<u>95x59</u>			<u>17</u>		
INTRA-OPERATÓRIO								
PÓS-OPERATÓRIO								



A MINHA DO PARA:

FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO

NUMERO DA FICHA \_\_\_\_\_ DATA **28/8/2019** HORA **15:40**  
RECEPCIONISTA **KATIA**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: **JOSE ILTON SANTOS MELO** NASC: **1/1/1971** RG: **X**

CARTÃO SUS: **X** IDADE: **48** SEXO: **X** MASC **-** FEM

ENDEREÇO: **POVOADO SACO GRANDE** Nº **X** BAIRRO: **ZONA RURAL**

MUNICÍPIO: **CUMBE** UF: **SE** CEP: **49630-000**

MÃE: **JOSELITA PEREIRA SANTOS** PAI: **JOSE ALVES MELO**

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ TEL: **0**

PROCEDÊNCIA: \_\_\_\_\_ QUEIXA: **ACIDENTE CARRO**

TIPO ATEND: ☒ **0** URGÊNCIA / EMERGÊNCIA ☒ **X** CL. MÉDICA ☐ **-** PEDIATRIA ☐ **-** OBSTETRICIA

CASO POLICIAL ☐ ACIDENT. TRAB ☐ TRAUMA ☐ VEIO DE AMBULANCIA ☐

EXAMES COMPLEMENTARES: ☐ **RAIO - X** ☐ **SANGUE** ☐ **URINA**  
☐ **LIQUOR** ☐ **ECG** ☐ **TC**

SUSPEITA DE VIOLÊNCIA OU MAUS TRATOS: ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM:

USO DE MEDICAÇÃO: ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

QUAIS:

DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de trauma por cerca de 40 min. (vítima automobilista).  
Nega perda de consciência, náuseas ou vômitos.  
ABCD sem alterações. E: ferida exposta em MSE.

DATA PRIMEIROS SINTOMAS

DIAGNÓSTICO:

**TRAUMA**

CID:

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO DA MEDICAÇÃO

1. Profenid 100mg + 100 ml de SFO, q.t. EV, Agor
2. Diproema 01 Amp, EV, Agor
3. Diproema 01 Amp, EV, Agor (SEM EFEITO)
4. Tramal 100 mg + 100 ml de SFO, q.t. EV, Agor
5. Solicito RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO E AP e PERFIL

DATA DA SAÍDA

HORA DA SAÍDA **20:30h**

ALTA ☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ DESISTÊNCIA ☐

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE DE SAÚDE):

OBITO: ☐ **ATÉ 48 HS** ☐ **APÓS 48 HS** HORA DO ÓBITO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

*Assinatura do paciente/responsável: José Ilton Santos Melo*  
*Assinatura e carimbo do médico: Edicleia dos Santos*  
*Endereço: Rua da Liberdade, 100 - Centro - Cumbe - SE*