

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE WILAME DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00612-2

CONTA: 000010025361-X

Nr. da Autenticação 58AE1F7F437F8A51

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200214001 **Cidade:** Graccho Cardoso **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE WILAME DA SILVA **Data do acidente:** 07/12/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE (FRATURA DE MANDÍBULA, LE FORT III)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 6

Sequelas permanentes: LESÃO DAS ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

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 RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRÂNIOFACIAIS.

**Documentos
complementares:**

Observações: *130320*

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DISTRITAL DE GRACCHO CARDOSO - GRACCHO CARDOSO - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015737/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/02/2020 11:01 Data/Hora Fim: 10/02/2020 11:32

Delegado de Polícia: Felipe Tocori Queiroz Minas

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Distrital de Graccho Cardoso

Data/Hora do Fato: 07/12/2019

Local do Fato

Município: Graccho Cardoso (SE)

Bairro: Povoado Gavião

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARIA GENIVALDA DA SILVA (COMUNICANTE)

Nome Civil: JOSÉ WILAME DA SILVA (VÍTIMA)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Envolvido(a)	Grupo	Subgrupo	Descrição	Vínculo
José Wilame da Silva	Veículo	Motocicleta/Motoneta	POP110, Placa QME9513, Chassi 9C2JB0100JR091657, Núm. Motor JB01E0J091666, Renavam 01179342604	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA QUE: É MORADORA DA CIDADE DE GRACCHO CARDOSO/SE; QUE, O FILHO DELA(JOSÉ WILAME DA SILVA), CONDUZIA UMA MOTOCICLETA POP110, POR VOLTA DAS 06H DA MANHÃ DE 07/12/2019, PELA ESTRADA QUE DÁ ACESSO AO POVOADO GAVIÃO, QUE É SITUADO NA CIDADE DE GRACCHO CARDOSO/SE; QUE, A MOTO

POSSUÍA PLACA POLICIAL : **QME 9513, RENAVAL: 01179342604, BRANCA , ANO DE FABRICAÇÃO 2018 E MODELO 2018**; QUE, A REFERIDA MOTO CONDUZIDA PELO FILHO DA DECLARANTE COLIDIU COM UMA OUTRA MOTO CUJAS CARACTERÍSTICAS NÃO SABE INFORMAR; QUE, COMO RESULTADO DESSA COLISÃO, A DECLARANTE CONDUZIU O FILHO (JOSÉ WILAME) PARA O HOSPITAL, FICANDO INTERNADO NO HOSPITAL JOÃO ALVES FILHO. EM



Delegado de Polícia Civil: Felipe Tocori Queiroz Minas
Impresso por: Igor Fernandes Santos
Data de Impressão: 10/02/2020 11:32
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DISTRITAL DE GRACCHO CARDOSO - GRACCHO CARDOSO - SE


BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015737/2020

ARACAJU, POR 17 DIAS; QUE, O FILHO DA DECLARANTE FRATUROU A CLAVÍCULA, QUEBROU O NARIZ E O MAXILAR, SENDO NECESSÁRIO A EXECUÇÃO DE 04 (QUATRO) CIRURGIAS DEVIDO A SUPRACITADA COLISÃO ; QUE , O FILHO DA DECLARANTE NÃO POSSUI CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO; QUE, O PRESENTE BOLETIM TEM COMO OBJETIVO DAR ENTRADA NO SEGURO DPVAT, MAS QUE TEM CIÊNCIA DAS SANÇÕES LEGAIS CABÍVEIS AO FATO DE O FILHO DIRIGIR O VEÍCULO SEM POSSUIR CNH; QUE, NADA MAIS DISSE E NEM LHE FOI PERGUNTADO, ENTÃO , ENCERRO O PRESENTE TERMO .

ASSINATURAS


Igor Fernandes Santos
Responsável pelo Atendimento


Maria Genivalda da Silva
(Comunicante)

"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 dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS CÍVIS DAS PESSOAS JURÍDICAS

Reconheço por autenticidade a firma indicada de MARIA GENIVALDA DA SILVA que confere ao padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
Nossa Senhora da Glória/SE, 05 de março de 2020

Anne Graziella Santana Gomes (Escrivã)
05/03/2020 10:13:11 V...er Total R\$ 9,24
Selo TJSE: 2020296/4004747, Acesso:
<https://www.tjse.jus.br/x/ED94OC>



Delegado de Polícia Civil: Felipe Tocoró Queiroz Minas
Impresso por: Igor Fernandes Santos
Data de Impressão: 10/02/2020 11:32
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

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:

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: 612 2 CONTA: 253618 51

(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) ☐ 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 (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, Nossa Senhora da Glória 15/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Jose Wilame da Silva
DATA DA ENTRADA: 07/12/2019
DATA DA SAÍDA: 20/12/2019

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:

Vítima de acidente de moto com politraumatismo: trauma facial com amiotus facial com fratura parietal abordada em cirurgia de urgência que aconteceu em 08/12/2019, operado por Dr. Alenir Melo = tratamento cirúrgico de fratura complexa de mandíbula e fratura de For III, com placas e parafusos. Evoluiu com edema facial e fistula líquida (drenagem de líquido pelo nariz) resolvida com medicação prescrita pela neurocirurgia. Apresentou boa evolução, sem indicação de nova cirurgia nosseles, mantendo-se, recebendo alto pelo psiquiatra. Em tempo: apresentava também fratura de clavícula, imobilizada com tórax.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

descrito acima

EXAMES COMPLEMENTARES:

laboratoriais / radiografias / tomografia de crânio e cervical

MÉDICOS ASSISTENTES:

Buco-maxilo : Dr. Davi Faria Almeida CRM 1320
Dra. Liane Souza CRM 766
Neurocirurgia : Dr. Dimas Fernandes CRM 5162

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

ARACAJU, 20 de janeiro de 2020

Dr. Wanderlândia Diniz
Intensivista / Clínica Médica
CRM/SE 3506

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

FAST+CBMF+NCRAQ

No. DO BE: 93696

CNS:

DATA: 07/12/2019

SETOR: 06-SUTURA

HORA: 12:27

USUARIO: CMSLEITE

NOME : JOSE WILAME DA SILVA

IDADE : 28 ANOS NASC: 03/06/1991

ENDERECO : RUA SAO JOSE

COMPLEMENTO : 700706942561973 BAIRRO:

MUNICIPIO : GRACHO CARDOSO

NOME PAI/MAE : JOSE RIVALDO DA SILVA

RESPONSAVEL : TRAZIDO PELO SAMU A MAE

PROCEDENCIA : GRACHO CARDOSO-SE

ATENDIMENTO : ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)

CASO POLICIAL : NAO PLANO DE SAUDE : NAO

ACID. TRABALHO : SIM VEIO DE AMBULANCIA : SIM

DOC....: 35482052

SEXO...: MASCULINO

NUMERO:

UF: SE

CEP....:

/MARIA GENIVALDA DA SILVA

TEL....: 7998941847

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:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

Paciente trazido pelo SAMU com relato de queda de bicicleta
nao puido de lembrar, mas n/ou muito.
A/B: (A) (B) (C) um alterado; (D) Glasgow: 15

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: (E) Trauma a pc / Hematoma pericrânio
- Fratura de clavícula direita. Bilateral

DIAGNOSTICO:

FRATURAS: 100% de fratura de clavícula direita

PRESCRICAO

CID:

HORARIO DA MEDICACAO

1	SP02% 100% 17%	50%	50%
2	Dipirone 020+020 10, 15	12	4/5h
3	Adalaxol		
4	USG de Abdomem FAST		

TA DA SAIDA:

TA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

[] EVASAO

[] DESISTENCIA

HORA DA SAIDA:

[] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

NATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

(5) Avaliador do Cir. Buco Maxilo
Neurocirurgião
Ortopedista

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO
Dr. José Torquato Neto
Cirurgia Geral
CRM: 4309

BMF
07/12/19
12:39

Coloso mto x mto com Trauma
em face.

Não houve uso de capote
Apresenta aneurisma local, fraturas
feitas em face. Mandibula
de maxila e mandibula.
MD: Fratura Paraflex
ED: Solução TL de face

Dr. Auremir Melo
Cirurgia Buco - Maxilo - Facial
CRO 1432

Fratura clavícula

2 clavícula

Trax. Genuerudo

Trax. Genuerudo

Trax. Genuerudo

Felipe Antonio Lopez Freitas
Ortopedia - Traumatologia
CRM-SE 5839
GREMER 628707-7

Pela NE:

Vitima acidentado em via de escape
de veículo. Ferimentos, lacerados, cooperativos
e de ferimentos. ETC = 15.
Soluções: Je crânio + TC coluna Cervical

VI 15/12/2019 14:00






Dr. José A. Perceval
Médico
CRM - 5214

HUSE
ULTRASONOGRAFIA
REALIZADO(S)
DATA: 07/12/19
HORARIO: 12:39

- não em alçada fixada firm
- lacerados lacerados sem divisão
de lacerados sem lacerados
- muito dura, em não fechada

REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS - OPERATÓRIO

NOME: Felipe Williams de SilvaPRONTUÁRIO: 10526DATA: 08/12/19HORÁRIO: 08:00SALA: 02

CHEGOU AO CENTRO CIRURGICO <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. Wagner</u> AUX 1: <u>Dr. Marcelo</u> AUX 2: _____ CIRCULANTE: <u>Waldo</u> INSTRUMENTADOR: <u>Waldo</u> ENFERMEIRO: <u>Waldemar</u> ANESTESISTA: <u>Waldemar</u>		HORÁRIO ENTRADA NA SALA: <u>08:00</u> INÍCIO DA ANESTESIA: <u>08:15</u> INÍCIO DA CIRURGIA: <u>09:00</u> TÉRMINO DA CIRURGIA: <u>14:20</u> TÉRMINO DA ANESTESIA: <u>14:50</u> SAÍDA DA SALA: <u>15:00</u>																																																									
PROCEDÊNCIA DO PACIENTE: <u>P.S.</u> CIRURGIA PROPOSTA: <u>3º e 4º Córneo de Fúrcula de manobra + 1º e 2º apêndice de fúrcula</u> CIRURGIA REALIZADA: <u>3º e 4º Córneo de Fúrcula de manobra + 1º e 2º apêndice de fúrcula</u>																																																													
TECNICA ANESTESICA <input type="checkbox"/> GERAL VENOSA <input type="checkbox"/> GERAL INALATORIA <input checked="" type="checkbox"/> GERAL COMBINADA <input type="checkbox"/> RAQUIANESTESIA <input type="checkbox"/> PERIDURAL C/CATETER <input type="checkbox"/> PERIDURAL S/CATETER <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO <input type="checkbox"/> BLOQUEIO DO PLEXO <input type="checkbox"/> LOCAL ASEPSIA <input type="checkbox"/> PVPI TOPICO <input type="checkbox"/> PVPI ALCCOLICO <input type="checkbox"/> CLOREX. ALCCOLICA <input type="checkbox"/> CLOREX. DEGERMANTE <input checked="" type="checkbox"/> CLOREX. AQUOSA SUORTE VENTILATORIO TUBO ENDOTRAQUEAL <input checked="" type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> NASAL TUBO AMARDO <input checked="" type="checkbox"/> SIM N° <u>8.5</u> MÁSCARA LARINGEIRA <input type="checkbox"/> SIM		POSICÃO DO PACIENTE <input checked="" type="checkbox"/> DORSAL <input type="checkbox"/> VENTRAL <input type="checkbox"/> LAT. ESQ. <input type="checkbox"/> LAT. DIR. <input type="checkbox"/> CANTIVETE <input type="checkbox"/> LITOTOMIA <input type="checkbox"/> TRENDLEMBURG <input type="checkbox"/> TRENDLEMBURG REVERSA BISTURI ELETRICO <input checked="" type="checkbox"/> BIPOLAR <input type="checkbox"/> UNIPOLAR <input type="checkbox"/> ULTRASSÔNICO <input type="checkbox"/> ARGÔNIO PLACA DE BISTURI LOCAL: <u>local</u> COMPRESSAS GRANDES ENTREGUES: <u>20+20</u> DEVOLVIDAS: <u>20+20</u> COMPRESSAS PEQUENAS ENTREGUES: _____ DEVOLVIDAS: _____ CONTAGEM DE INSTRUMENTAL ENTREGUES: _____ DEVOLVIDAS: _____ GASOMETRIA ARTERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		EQUIPAMENTOS, ACESSÓRIOS E DISPOSITIVOS UTILIZADOS <input type="checkbox"/> BOMBA DE INFUSÃO <input type="checkbox"/> DESFIBRILADOR <input type="checkbox"/> MONITOR CEREBRAL <input type="checkbox"/> INTENSIFICADOR DE IMAGEM <input type="checkbox"/> MANTA TERMICA <input type="checkbox"/> MICROSCÓPIO <input type="checkbox"/> FIBROSCÓPIO <input checked="" type="checkbox"/> MONITOR MULTIPARAMETROS <input checked="" type="checkbox"/> PA NÃO INVASIVA <input type="checkbox"/> PA INVASIVA <input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRO <input checked="" type="checkbox"/> CAPNOGRAFO <input type="checkbox"/> PIC <input checked="" type="checkbox"/> FOCO AUXILIAR <input type="checkbox"/> PONTE DE LUZ <input type="checkbox"/> BRONCOSCOPIO <input checked="" type="checkbox"/> CARRO DE ANESTESIA <input type="checkbox"/> GARROTE PNEUMATICO <input checked="" type="checkbox"/> CARDIOSCOPIO <input type="checkbox"/> TERMOMETRO <input type="checkbox"/> OUTROS <input checked="" type="checkbox"/> ACESSO VENOSO PERIFÉRICO <input type="checkbox"/> ACESSO VENOSO CENTRAL <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E																																																									
COXINS DE CONFORTO 		PLACA DE BISTURI, ELETRODOS E LOCAL DE INCISÃO  LEGENDA PLACA DE BISTURI:  LOCAL: _____ ELETRODOS:  INCISÃO: 		SONDAS <input type="checkbox"/> SNG N° _____ <input type="checkbox"/> SNE N° _____ <input type="checkbox"/> FOGARTY N° _____ <input checked="" type="checkbox"/> SOND. FOLLEY N° <u>46</u> <input type="checkbox"/> C/RESTRIÇÃO <input type="checkbox"/> S/RESTRIÇÃO <input type="checkbox"/> FOLLEY SILICONE N° _____ <input type="checkbox"/> SONDA NELATON N° _____ PASSADA POR: <u>Sau. Mariana</u> ASPIRAÇÃO N° _____																																																									
DRENOS E CÂNULAS <input type="checkbox"/> SUÇÃO N° _____ <input type="checkbox"/> ABDOMINAL N° _____ <input type="checkbox"/> BLAKE N° _____ <input type="checkbox"/> TÓRAX N° _____ <input type="checkbox"/> PIZZER N° _____ <input type="checkbox"/> PENROSE N° _____ <input type="checkbox"/> KHER N° _____ <input type="checkbox"/> TRAQUEOSTOMO N° _____ <input type="checkbox"/> GUEDEL N° _____ <input type="checkbox"/> TOT N° _____		DIURESE DESPREZADA EM SALA <table border="1"> <thead> <tr> <th>HORA</th> <th>VOLUME</th> <th>ASPECTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		HORA	VOLUME	ASPECTO										<table border="1"> <thead> <tr> <th>SANGUE E HEMODERIVADO</th> <th>QUANT.</th> <th>DATA</th> <th>HORÁRIO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CONCENTRADO DE HEMÁCIAS</td> <td> </td> <td> </td> <td>1º INÍCIO: _____ 2º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ OUTRAS: _____</td> </tr> <tr> <td>PLÁSMAS</td> <td> </td> <td> </td> <td>1º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ 2º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ OUTRAS: _____</td> </tr> <tr> <td>PLAQUETAS</td> <td> </td> <td> </td> <td>1º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ 2º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ OUTRAS: _____</td> </tr> <tr> <td>OUTROS</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		SANGUE E HEMODERIVADO	QUANT.	DATA	HORÁRIO	CONCENTRADO DE HEMÁCIAS			1º INÍCIO: _____ 2º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ OUTRAS: _____	PLÁSMAS			1º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ 2º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ OUTRAS: _____	PLAQUETAS			1º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ 2º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ OUTRAS: _____	OUTROS																											
HORA	VOLUME	ASPECTO																																																											
SANGUE E HEMODERIVADO	QUANT.	DATA	HORÁRIO																																																										
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS			1º INÍCIO: _____ 2º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ OUTRAS: _____																																																										
PLÁSMAS			1º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ 2º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ OUTRAS: _____																																																										
PLAQUETAS			1º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ 2º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ OUTRAS: _____																																																										
OUTROS																																																													
ANATOMO PATOLÓGICO NOME DA PEÇA: _____ N° DA PEÇA: _____ PEÇA: _____ <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO																																																													
SINAIS VITAIS <table border="1"> <thead> <tr> <th>FC (BPM)</th> <th>SpO2 (mmHg)</th> <th>EPCO2 (mmHg)</th> <th>PA (mmHg)</th> <th>PAI (mmHg)</th> <th>FR (RPM)</th> <th>TEMP. (°C)</th> <th>LPP (LOCAL)?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>83</u></td> <td><u>99</u></td> <td><u>92</u></td> <td><u>97</u></td> <td><u>90</u></td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td><u>100%</u></td> <td><u>100%</u></td> <td><u>99%</u></td> <td><u>98%</u></td> <td><u>100%</u></td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td><u>147x93</u></td> <td><u>109/58</u></td> <td><u>118x74</u></td> <td><u>112x61</u></td> <td><u>110x58</u></td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td><u>14</u></td> <td><u>15</u></td> <td><u>15</u></td> <td><u>14</u></td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>						FC (BPM)	SpO2 (mmHg)	EPCO2 (mmHg)	PA (mmHg)	PAI (mmHg)	FR (RPM)	TEMP. (°C)	LPP (LOCAL)?	<u>83</u>	<u>99</u>	<u>92</u>	<u>97</u>	<u>90</u>				<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>99%</u>	<u>98%</u>	<u>100%</u>				<u>147x93</u>	<u>109/58</u>	<u>118x74</u>	<u>112x61</u>	<u>110x58</u>				<u>14</u>	<u>15</u>	<u>15</u>	<u>14</u>																				
FC (BPM)	SpO2 (mmHg)	EPCO2 (mmHg)	PA (mmHg)	PAI (mmHg)	FR (RPM)	TEMP. (°C)	LPP (LOCAL)?																																																						
<u>83</u>	<u>99</u>	<u>92</u>	<u>97</u>	<u>90</u>																																																									
<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>99%</u>	<u>98%</u>	<u>100%</u>																																																									
<u>147x93</u>	<u>109/58</u>	<u>118x74</u>	<u>112x61</u>	<u>110x58</u>																																																									
<u>14</u>	<u>15</u>	<u>15</u>	<u>14</u>																																																										

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 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	
08:00	Paciente admitido no S.O. 2, procedente de P.S. 1/10, encaminhado aos cuidados de Tópicos e equipe. V. parat. estável, em calma, consciente, orientado, colaborando.	Rec. P. S. 1/10	
	Exames de laboratório: Hb + Ht + Tm + TPC + AUP em MSE fluído lim. Perilando pront. + exames. Instalar o monitor + placa de base.	Rec. P. S. 1/10	
08:15	Realizado entubação orotraqueal com tubo 8,5 mm. ID com sucesso. P.O. fluído.	Rec. P. S. 1/10	
09:00	Realizado incisão em região da mandíbula e maxila, em sequência, deprimendo e compressando a pele, iniciando planejamento cirúrgico.	Rec. P. S. 1/10	
11:00	Unidade segue em andamento, sem intercorrência. At. monitorado.	Rec. P. S. 1/10	
14:00	Paciente em transição para sala de cirurgia, com todos os exames e exames de rotina.	Rec. P. S. 1/10	
14:20	Termino do procedimento cirúrgico e clareado.	Rec. P. S. 1/10	
14:30	Despejado 950ml de diurese concentrada.	Rec. P. S. 1/10	
15:00	Paciente encaminhado para SRPA de acordo com o plano de cuidados, com MSE fluído lim. Perilando pront. + exames. Superar os cuidados de Tópicos e equipe.	Rec. P. S. 1/10	
ENCAMINHADO PARA: SRPA			



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: José Wilson da Silva

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura Panfacial

CIRURGIA REALIZADA: Tto cirúrgico de fratura complexa de mandíbula + Fratura Lefor II

CIRURGIÃO: Dr. Auremir

AUXILIARES: Dr. Marcelo Amaral

ANESTESIA: Genl ANESTESISTA Dr. Geraldo

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: o mesmo

() CIRURGIA LIMPA (X) CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA

() CIRURGIA CONTAMINADA () CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? () SIM (X) NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

() VIAS AÉREAS SUP. () PULMONAR () URINÁRIA () SNC () TGI
() CUTÂNEO () AP. CARDIO-VASCULAR () PLEURA () OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. Paciente em ODH, sob anestesia genl e intubação oral
2. Antéropia e Amputação
3. Aposição das lampas operatórias
4. Realização de intubação submandibular
5. Anestesia cirúrgica (Fratura molar bilateral, Deltoidean lateral + Lefor mandibular +
6. submandibular) através por plano + hemostase + identificação de fratura
7. Buro e lã de Eick e fio de Aço.
Redução de fratura c/ FIC c/ 6 placas 1,5 - no lado + 1 placa
2,4 - - mandíbula + 24 parafusos de 1,5 - + 7 parafusos de 2,4 - -
8. Sutura por plano, Remoção de intubação submandibular
9. Lã e fio de bloqueio
10. Curativo

DATA: 08/12/19

Dr. Auremir Melo
Cirurgia Buco-Maxilo-Facial
CRM 1432

Assinatura do Cirurgião

O2
Savv



sem. nor d' TUDO RECONHECIDO MESMO d' WFF.
Ritmo da Policia nos olhos.

Glenoid: superior prior
an: 3723



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



Fundação
Hospitalar
de Saúde

Nome do Paciente: José Wilame da Silva Idade: 28a Sexo: M
Unidade de Produção: ala C Leito: 1.3 Nº do Prontuário: 10526

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
18/12/14	14:00	Paciente em leito, acompanhado por familiar, acordado, consciente, orientado, verbalizando, deambulando, faz uso de AUP em MSE com oximetria 96,5% 500ml, sem queixas até o momento, segue sob cuidados da equipe — família
	16:00	Paciente tranquilo, sem queixas até o momento, segue sob cuidados da equipe — família
	18:00	Administrada medicação de horários, conforme prescrição — — — — — família
	20h	Paciente no leito, acordado, calmo, consciente, verbalizando, orientado, afilil, eufórico, aciadético, em uso de fisioterapia por via A.V.P. em MSE, está com familiar, segue sob cuidados da enfermagem. — — — — —
18/12/14	21h	Setor de Hematologia, Odeada pela Nutrição.
	22h	Sete montendo quadro clínico.
	24h	Adm. Medicação de horários, conforme prescrição médica. — — — — —
19/12/14	8h	Paciente no leito, calmo, consciente, respondendo às solicitações verbais, sem queixas a relatar. Sem observações. — — — — —
	10h	Redigida evolução com SF, apresenta bom aspecto, segue sob os cuidados da equipe. — — — — — To Usina
	12h	Administrada medicação de horários. — — — — —

Elisângela Santos Silva
Téc. Enfermagem
COREN-SE 904.870-TE

Elisângela Santos Silva
Téc. Enfermagem
COREN-SE 904.870-TE

17

DATA

HORA

EVOLUÇÃO

79/12/19

13:00 Paciente no leito colado, supino -
afetado acusticamente, tendendo a
comportar-se de forma incoerente, dirigido
em uso de BVP claro

14

W. Wilson R. S. S.

Téc. Enfermagem

COREN-CE 000524/15

19/12

19:00 Paciente inconsciente - no leito colado, acorda

26/19

7:00 ab, consciente, orientado, respondendo as
solicitações verbais, agitado, orientado
em uso de BVP - glúcido. Com, abm-
m, test. mechas e congu - para m-
da

665 demonstrando reações de terror

20/12 Obs: Com esgotamento no
leito em leito de dorso, de
coluna, comente, anestesias
dado e comente, comente
tudo o que se quer ou avor-
midade em uso de pommas
fio em observação

10:40 h. Com uso de alto
hospitalar em uso de pommas
de orientações médicas

Assessor 55376