

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

Valorização 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 GRACHO CARDOSO - GRACHO 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	Méio(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, Possuidor Chassi 9C2JB0100JR091657, Núm. Motor JB01E0J091666, Renavam 01179342604	

RELATO/HISTÓRICO

RELATA QUE: É MORADORA DA CIDADE DE GRACHO 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 GRACHO CARDOSO/SE; QUE, A MOTO

POSSUÍA PLACA POLICIAL : **QME 9513, RENAVAM: 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



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DISTRITAL DE GRACCHO CARDOSO - GRACHO 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 poderá 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 CIVIS DAS PESSOAS JURÍDICAS

Até 06/02/2020 10:13:11 V-ler Total R\$ 0,24

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

Anne Graciele Santana 03mes (Escrivânea)
06/02/2020 10:13:11 V-ler Total R\$ 0,24
Selo TJSE: 2020296/4004747, Acesso:
<https://www.tjse.jus.br/x/ED99OC>



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: 858.321.285-67 4 - Nome completo da vítima: *Yasé Wilame da Silva*

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

5 - Nome completo: *Yasé Wilame da Silva* 6 - CPF: 858.321.285-67
 7 - Profissão: *Liderador* 8 - Endereço: *Rua São Pedro* 9 - Número: 318 10 - Complemento: *casa*
 11 - Bairro: *Centro* 12 - Cidade: *Graccho Cardoso* 13 - Estado: *SE* 14 - CEP: 49960.000
 15 - E-mail: *marquesdeglarau@gmail.com* 16 - Tel.(DDD): 4999938-9204

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: **612** CONTA: **253618** Dígito: **51**

(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)

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 atende 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não
 teve filhos? teve filhos? Nasceu (varascer)? teve irmãos? país/avôs vivos? teve irmãos? teve irmãos?

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Nossa Senhora do Gláu* 15/10/2020

Yasé Wilame da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: José Wilame da Silve

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:

Vitória de cidente de moto com politraumatismo: trauma facial com anametria facial com fratura parafisiol abordada em cirurgia de urgência que aconteceu em 08/12/2019, operado por Dr. Alcemi Melo = tratamento cirúrgico de fratura complexa de mandíbula e fratura leitoral com placas e parafusos. Evoluiu com edema facial e fistula líquorria (descharge de líquido pelo nariz) resolvida com uridipos permitindo neurocirurgia. Apresentou boas evoluções, seu indicador de maior cirurgia no que tange ao movimento, referindo alto nível de heterotópico. Em tempo: apresentava também fratura de clavícula, invisibilizada com taping.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

descrito acima

EXAMES COMPLEMENTARES:

laboratoriais | radiografia | tomografia de crânio e abdômen

MÉDICOS ASSISTENTES:

Buco-mamilo : Dr. Davis Faria Almeida CRM 1320
Dr. Leane Souza CRM 766

Neurocirurgião : Dr. Dimas Fernandes CRM 5162

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

ARACAJU, 30 de janeiro de 2020

Dr. Wanderlana Diniz
Intensivista / Clínica Médica
CRM/SE 3906
WPL

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 93696
CNS:DATA: 07/12/2019 HORA: 12:27 USUARIO: CMSLEITE
SETOR: 06-SUTURA

FAST+CBMF+NCR+OMC

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
 ACID. TRABALHO: SIM

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
 UF: SE CEP...:
 /MARIA GENIVALDA DA SILVA
 TEL...: 7998941847

PLANO DE SAUDE....: NAO
 VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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:

Poventi Trojado pelo SAMU bem intato de quebra de fratura
 Neo nulo de esguicho, queixa referente a dor.
 Fis: (A) (B) (C) (D) (E) (F) (G) (H) (I) (J) (K) (L) (M) (N) (O) (P) (Q) (R) (S) (T) (U) (V) (W) (X) (Y) (Z)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:
 - Fratura de clavicular direita.
 - Fratura de clavicular direita.

DIAGNOSTICO:

TRATAMENTO: ~~toxa AV 8/8 A 2/2~~ CID: ~~500 500~~
 PRESCRICAO: HORARIO DA MEDICACAO

1. SFR 9% (100ml, 170ml) 500 500
 2. Dipirona 220+020 100ml, 50ml 500 500
 3. ~~Acetaminofen~~ 500 500
 4. USG de Abdome FAST 500 500

TA DA SAIDA:

TA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO HORA DA SAIDA: :
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO [] DESISTENCIA
 ERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

NSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

TO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

NATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

5. Avalio de Dr. Bento Moreira
 Neurocirurgio
 Ortopedico.

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. José Bento Moreira
 Cirurgia Geral
 CRM: 4909

BNF
07/12/10
12:39

Coliso moto x moto con Trauma
en Dors.

Noce Dors uso de copaute
Aparato astrovie local, somníos
y convulsos en Dors. Molaridad
de maxil o mandibula.

MD: Fractura Portacel
eD: Sclata + l de Dors

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

intorno clav. ♂ @

Anterior

Tra. ensanch.

Op. ♂

L. Serrado 50°

Félix Antônio Lípez Freitas
Ortopedia - Traumatologia
CRM-SE 5839
GREMER 5489097-3

PERA NO:

Moto cometeu uso de copaute
a moto. Ferido, dor, coagul.

Definit. FCO = 15
yoluto: Fr. cervical + Fr. columna cervical

Fr. ABDOMINAL / Fr. Cerv.

MUSE
ULTRASONOGRAFIA
EXAMES REALIZADOS(S)
DATA: 07/12/10
PESO:

- rotura de ligamento fibrilar
- luxação hioideia com evidência
de tecido ósseo e osso quebrado
- lesão clara, sem lesão pedicular

Dr. José A. Pimentel
Medico
CRM - 5148

REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS - OPERATÓRIO

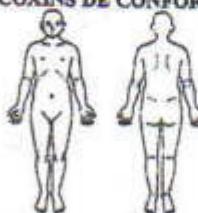
NOME: João Willame da Silveira
DATA: 08/12/19 HORÁRIO: 08:00PRONTUÁRIO: 10526
SALA: 02

CHEGOU AO CENTRO CIRÚRGICO	EQUIPE MULTIDISCIPLINAR CIRURGIÃO: <u>Dr. Altemir</u> AUX 1: <u>Dr. Mercelo</u> AUX 2: CIRCULANTE: <u>Wagner</u> INSTRUMENTADOR: <u>Lucio</u> ENFERMEIRO: <u>Mauro</u> ANESTESISTA: <u>Dr. Peixoto</u>	HORÁRIO ENTRADA NA SALA: <u>08:00</u> INÍCIO DA ANESTESIA: <u>08:15</u> INÍCIO DA CIRURGIA: <u>09:00</u> TERMINO DA CIRURGIA: <u>14:20</u> TERMINO DA ANESTESIA: <u>14:50</u> SAÍDA DA SALA: <u>15:00</u>
-------------------------------	---	---

PROCEDÊNCIA DO PACIENTE:

CIRURGIA PROPOSTA: Extracorpóreo da Ficula da mancha Reta + Tumor apical da face
CIRURGIA REALIZADA: La proposita

TECNICA ANESTESICA	POSIÇÃO DO PACIENTE	EQUIPAMENTOS, ACESSÓRIOS E DISPOSITIVOS UTILIZADOS
<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 ASSEPSIA <input type="checkbox"/> PVPI TOPICO <input type="checkbox"/> PVPI ALCOLICO <input type="checkbox"/> CLOREX. ALCOLICA <input type="checkbox"/> CLOREX. DEGERMANTE <input checked="" type="checkbox"/> CLOREX. AQUOSA SUPORTE VENTILATORIO TUBO ENDOTRAQUEAL <input checked="" type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> NASAL TUBO AMARADO <input checked="" type="checkbox"/> SIM N°: <u>85</u> MASCARA LARINGÉREA <input type="checkbox"/> SIM	DORSAL <input type="checkbox"/> VENTRAL <input type="checkbox"/> LAT. ESQ <input type="checkbox"/> LAT. DIR <input type="checkbox"/> CANIVETE <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>Facial</u> COMPRESSAS GRANDES ENTREGUES: <u>20 + 20</u> DEVOLVIDAS: <u>20 + 20</u> COMPRESSAS PEQUENAS ENTREGUES: _____ DEVOLVIDAS: _____	<input type="checkbox"/> BOMBA DE INFUSAO <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 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 checked="" type="checkbox"/> ACESSO VENOSO CENTRAL <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E

COXINS DE CONFORTO	PLACA DE BISTURI, ELETRODOS E LOCAL DE INCISÃO	SONDAS
 	LEGENDA  PLACA DE BISTURI <input type="checkbox"/> LOCAL: <u>Facial</u> ELETRODOS <input type="checkbox"/> INCISÃO <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SNG N° _____ <input type="checkbox"/> SNE N° _____ <input type="checkbox"/> FOGARTY N° _____ <input checked="" type="checkbox"/> SONDE, 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>Wagner</u> <u>Mauro</u> ASPIRAÇÃO N° _____

DRENOS E CÂNLULAS	DIURESE DESPREZADA EM SALA			SANGUE E HEMODERIVADO	QUANT.	DATA	HORÁRIO
	HORA	VOLUME	ASPECTO				
<input type="checkbox"/> SUÇÃO N° _____				CONCENTRADO DE HEMÁCIAS			1ºINÍCIO: 2ºINÍCIO: TERMINO: OUTRAS:
<input type="checkbox"/> ABDOMINAL N° _____				PLASMA			1ºINÍCIO: 2ºINÍCIO: TERMINO: OUTRAS:
<input type="checkbox"/> BLAKE N° _____				PLAQUETAS			1ºINÍCIO: 2ºINÍCIO: TERMINO: OUTRAS:
<input type="checkbox"/> TÓRAX N° _____				OUTROS			1ºINÍCIO: 2ºINÍCIO: TERMINO: OUTRAS:
<input type="checkbox"/> PIZZER N° _____				Nº DA BOLSA:			
<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° _____							
ANATOMO PATOLÓGICO							
NOME DA PEÇA: Nº DA PEÇA: PEÇA: () SIM () NÃO							

SINAIS VITAIS					
FC (BPM)	93	99	94	97	90
SpO2 (mmHg)	100%	100%	99%	98%	100%
EPCO2(mmHg)					
PA (mmHg)	147 x 93	109 x 58	118 x 74	112 x 61	110 x 58
PAI (mmHg)					
FR (RPM)	14	15	15	14	
TEMP. (°C)					
LPP (LOCAL)?					

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
07:00	paciente admitido no S.O.R. procedente da P.S. pf lto orientado aos cuidados de topo da equipe. Pac. encontra-se calmo, consciente, orientado, verbalizando. Fornecido sedativo a fac + 4M37 + AVP em MSF + furoc. bem. Padrão pront + 200g. Injetável morf + placebo or brisa	Rec. 00-14
08:15	Realizado enema gás enxágue c/ tubo 8,5 mm a do com óleo de girassol.	Rec. 00-14
09:00	Realizado trilobato em região do maxilar e maxila, em seguida desfazendo e conseguindo tê amputado parcialmente o maxilar.	Rec. 00-14
11:00	Limpeza rigorosa em ambiente, remoção de crânio. Al. permanente.	Rec. 00-14
14:00	Paciente em transoperatório, na sala fórum, otimamente	Rec. 00-14
14:20	Enviado ao OR procedimento cirúrgico clássico.	Rec. 00-14
14:30	Operação realizada de dura e longa duração.	Rec. 00-14
15:00	Paciente em anestesia profunda SRPA verificada, supn. ex. ap. final. S. m. 1000 ml MSF. Foi notado desvio nasal na região da maxila, 1500 ml c/ lato. Padrão pront. + placebo. Supn. com injeção de 1000 g fárm.	Rec. 00-14

ENCAMINHADO PARA: SRPA



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: Joni Wilson de Oliveira

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura Parcial

CIRURGIA REALIZADA: ATO cirúrgico de fratura (completa) de Mandíbula + Fratura Leitor II

CIRURGÃO: Dr. Auremir

AUXILIARES: Dr. Marinho Amorim

ANESTESIA: General

ANESTESISTA Dr. Geraldo

DIAGNÓSTICO PÓS- OPERATÓRIO: O mm

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

DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. Paciente a ODH, sob anestesia geral e entubação oral
2. Antissepsia e Asepsia
3. Aferição das temperaturas operatórias
4. Realização de entubações submentais
5. Abertura cirúrgica (Frontobolus Bilevel + bolha lateral + bolha mandibular)
6. Introdução do dedo por plano + bolha + identificação de fratura
7. Bum cl. bono d. Encl e fixo d. Ato.
- Redução de fratura cl. FIM cl. 6 placa 1.5 - no 1/3 ido + 1 placa 2.4 - - - mandibula + 24 parafuso de 1.5 - - + 7 parafuso de 2.4 - -
8. Sutura por plano, Remoção de entubação submental
9. Desocia de flacidez
10. Curativo

DATA: 09/12/19

Dr. Auremir Melo
Cirurgia Busto / Maxilo - Facial
CRM 1432

Assinatura do Cirurgião

HUSE

BOLETIM DE ANESTESIA



Fundação Hospitalar de Saúde

PACIENTE:

José Willer de SIlva

REGISTRO:

26526

UNIDADE:

C.C

MÉDICO:

Andréia / Mariano

LEITO:

CIRURGIA PROGRAMADA

MF: Cláudio Batista Colpoxia de Massaria e Planas (efol) 08/12/15

CIRURGIA REALIZADA

DATA:

ANESTESIOLOGISTA

Geraldo Oliveira

TÉCNICA ANESTÉSICA

Geral

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTESICA

CIRURGÃO

AUXILIAR

ASA

HORA DE INÍCIO

HORA DE TÉRMINO

0

ACESSO VENOSO

POSIÇÃO

DDH

08:00

08:00

15

00:00:45

15

00:30

45

11:00:45

30

45

30:24:35

30

45

13:00:15

30

45

13:15:45

30

45

O2

Saú

AGEN

S IN

LATOR

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

S

O

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H



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

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
18/11/2011	14:00	Paciente em leito, acompanhado por familiar, acordado, consciente, orientado, verbalizando, deambulando, faz uso de AP em MSE com velocidade 66.5% 500ml, sem queixas até o momento, segue as cuidados da equipe — enfermagem
18/11/2011	16:00	Paciente tranquilo, sem queixas até o momento, segue as cuidados da equipe — enfermagem
18/11/2011	18:00	Administrado medicamentos de rotina conforme prescrição — enfermagem
18/11/2011	20hs	Paciente no leito, acordado, calmo, consciente, verbalizando, orientado, afibril, eupneico, acintótico em uso de reterapia por via P.V.P. em MSE, está com familiar, segue os cuidados da enfermagem.
19/11/2011	21hs	Aleita líquida, oferecida pela nutrição.
19/11/2011	22hs	Sete mantendo quadro estável.
19/11/2011	24hs	adm. Medida para de horário, conforme prescrição médica.
19/11/2011	8hs	Paciente no leito calmo, consciente, verbalizando, respondendo ao solicitado, sem queixas a relatar. Sem novas observações.
19/11/2011	10hs	Realizado exame com SF, apresenta bom aspecto. Suge. novos cuidados da equipe.
19/11/2011	12hs	Administrado medicamentos de rotina.

DATA

HORA

EVOLUÇÃO

19/12/19

13:00: Paciente no leito calmo e espontâneo
reflexos auscultáticos tendoligados em
comparação de família recente. Orientado
em uso de PVB clara. ~~W. M. R. S. D.~~
~~IE. Ferraz~~
~~CORTE 2000524/15~~

14

19/12 19:00 Paciente inconsciente -> no leito calmo, acorda
20/12 7:00 ab, comumente, orientado, respondendo as
solicitações atuais, agilas, orientadas
em uso ab. PVB clara. Com, calmo
mas testes mentais ligeiramente engançados
Ea

20/12 08:00: Calmo, comumente, orientado no
leito em deambulação lenta, no
colar, comumente, anestesiado
muito comumente, evitando
cuidado no que se mover
muito em sua cama ou formular
fazem em observação

10:30 hs fui ao ab alto
hospitais em crp da família
dá orientações médicas

~~10:30 hs~~