

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: 25/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.387,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO SANTANA DA SILVA

BANCO: 077

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000008563591-0

Nr. da Autenticação 27C43FE6D85D63B3

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200387607 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO SANTANA DA SILVA **Data do acidente:** 04/07/2020 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: MÚLTIPLAS FRATURAS DE PÉ ESQUERDO COM AMPUTAÇÃO DE 3º E 4º DEDOS DO PÉ ESQUERDO. P 2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE/ FIOS K- METATARSOS/REGULARIZAÇÃO DO COTO). ALTA. P 1/2/3/4.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PÉ ESQUERDO COM DÉFICIT ANATÔMICO DE 3º E 4º DEDOS DO PÉ 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE PÉ ESQUERDO COM PERDA ANATÔMICA DE 3º E 4º DEDOS DO PÉ ESQUERDO.

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	20%	R\$ 2.700,00
Total			32,5 %	R\$ 4.387,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200387607 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO SANTANA DA SILVA **Data do acidente:** 04/07/2020 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: MÚLTIPLAS FRATURAS DE PÉ ESQUERDO COM AMPUTAÇÃO DE 3º E 4º DEDOS DO PÉ ESQUERDO. P 2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE/ FIOS K- METATARSOS/REGULARIZAÇÃO DO COTO). ALTA. P 1/2/3/4.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PÉ ESQUERDO COM DÉFICIT ANATÔMICO DE 3º E 4º DEDOS DO PÉ 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE PÉ ESQUERDO COM PERDA ANATÔMICA DE 3º E 4º DEDOS DO PÉ ESQUERDO.

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	20%	R\$ 2.700,00
Total			32,5 %	R\$ 4.387,50

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 ASI: **10739966545** 3 - CPF da vítima: **francisco santana 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: francisco santana da silva	6 - CPF: 10739966545		
7 - Profissão: recuso	8 - Endereço: rua um	9 - Número: 28	10 - Complemento:
11 - Bairro: coroa do meio	12 - Cidade: Aracaju	13 - Estado: se	14 - CEP: 49.000.000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 79 99606-3112		

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: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **077 banco INTER**

AGÊNCIA: **0001**

9

CONTA: **85635910**

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vámoser)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	---	---	--	---	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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

Impressão digitalizada
utilizando
herramienta
máquina de assinatura

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: **ARACAJU/SE 28/10/2020**

Francisco Santana da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00078807/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 26/10/2020 12:08:35 Data/Hora Fim: 26/10/2020 12:50:48
Delegado de Polícia: Daniela Ramos Lima Barreto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito

Data/Hora do Fato: 04/07/2020 22:00 (Hora Aproximada)

Local do Fato

Município: Aracaju (SE)

Bairro: Aeroporto

Logradouro: Avenida Senador Julio Cesar Leite

Ponto de Referência: rotatória

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 DA LEI 9.503/1997 - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO SANTANA DA SILVA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 04/10/2001 Idade: 19
Profissão: Auxiliar de Mecânico
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Adriana Cristina Silva Santana
Naturalidade: Aracaju - SE
Nome do Pai: Francisco Alves da Silva

Documento(s)

CPF: 107.399.665-45

Endereço

Município: Aracaju - SE
Logradouro: Rua 01 Nº. 28
Bairro: Coroa Do Meio
Telefone: (79) 99895-2138 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 534.230.975-15	Placa IAA7377
Renavam 00892451270	Número do Motor E385E007021
Número do Chassi 9C6KE093060006978	Ano/Modelo Fabricação 2006/2006
Cor PRETA	UF Veículo SE
Município Veículo Aracaju	Marca/Modelo YAMAHA/XTZ 125E
Veículo Adulterado? Não	Situação Envolvido



**GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00078807/2020

Última Atualização Denatran 22/10/2019

Situação do Veículo RENAINF

Nome Envolvido	Envolvimentos
Francisco Santana da Silva	Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Descrição Clio Branco	Veículo Adulterado? Não
Situação Meio Empregado	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Relata o noticiante que no dia, local e hora mencionada, estava conduzindo o seu veículo pela faixa da direita, quando nas proximidades da rotatória da via, foi surpreendido por um veículo que estava sinalizando com a seta para a esquerda, mas inesperadamente trocou para a faixa da direita. Mencionou que ao ver a manobra do condutor do automóvel, tentou desviar do veículo, mas não obteve êxito, ocasionando a colisão entre os veículos. Informou que com a batida teve a perda de dois dedos do pé esquerdo, fratura exposta de outro do mesmo pé, além de escoriações em seu corpo. Relatou que não aguardou a chegada do SAMU, pois ligou para o seu irmão, solicitando que o levasse ao hospital. Disse, por fim, que não tem interesse pela representação criminal do autor do fato.

ASSINATURAS

Manoel Messias Santos
Escrivão de Polícia
Matrícula 1218969
Responsável pelo Atendimento

Francisco Santana da Silva
Vítima, Comunicante

"Declaro para os céus/fim de crime que sou eu(a) unico(a) responsável pelas informações acima assinadas e ciente que poderé responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previstos nos Artigos 329-Denúncia à Culposa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

[Assinatura]
Jaiane Batista Menezes Santos
Agente de Polícia Judiciária
Mat. 2537

NOME DO PACIENTE: Fábio Francisco Sintim da Silva
DATA DA ENTRADA: 04/07/2020
DATA DA SAÍDA: 16/07/2020

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 vítima de acidente de trânsito, colisão moto x carro, com fraturas múltiplas em pé esquerdo (fratura exposta), ficando internado de 04-07-2020 até 16-07-2020, foi operado no 05-07-2020, sendo cirurgia ortopédica para fixação com FK e/ou MTT, realizada anestesia G:14- protocolo, teve alta dia 16-07-2020 seu internamento com receteira pós-cirúrgica e orientado a ter acompanhamento ambulatorial

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

- 05-07-2020 - cirurgia ortopédica para tratamento de múltiplas fraturas em pé esquerdo.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx do pé - Esquerdo.

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Marcos de Freitas Alves CRM 3407

Dr. Wallber Souza CRM 5161

Dr. Tiago Nascimento CRM - 3702

Dr. Antônio Branco da Cunha CRM - 880

Dr. Rodrigo O. Pires CRM 4808.

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

ARACAJU, 16 de Outubro de 2020

Dr. Damásio D. Conrado Abilio
Médico
CRM-BA: 10599 CRM-SE: 3638

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 163313 DATA: 04/07/2020 HORA: 22:19 USUARIO: CSSOUZA
 CNS: SETOR: 05-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : FRANCISCO SANTANA DA SILVA DOC...: 71120840
 IDADE.....: 18 ANOS NASC: 04/10/2001 SEXO...: MASCULINO
 ENDERECO....: RUA PARTIDO 2 NUMERO: 12
 COMPLEMENTO.....: BAIRRO: COROA DO MEIO
 MUNICIPIO....: ARACAJU UF: SE CEP...: 49000-000
 NOME PAI/MAE.: FRANCISCO ALVES DA SILVA /ADRIANA CRISTINA SILVA SANTA
 RESPONSABEL...: ESPOSA/TAMires TEL...: 79-998951
 PROCEDENCIA....: ARACAJU - CAPITAL 38
 ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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: _____

*Pelos de olho, doloros moto x como
 com trauma em pé Enq.*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

Hipertensão transitória por do sono

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*to CC.**Kefzol 50 mg ev aqvo. 2300*

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. FATO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSABEL

ASSINATURA E CARTUCHO DO MEDICO

Marcio Alves Parias Alves
04/07/2020
2020-07-04
2020-07-04



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: Francisco Sánchez M. J. con

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO: MUCOSIDADES MUY INTENSAS A PESAR DE ESTA

CIRURGIA REALIZADA: RESESSÃO DE CÔTE + FOLHO DE MASTO

CIRURGIÃO: WALZA SOUZA

AUXILIARES:

ANESTESIA: Mg ANESTESISTA: D. Ch

DIAGNÓSTICO PÓS- OPERATORIO: Ometro

CIRURGIA LIMPA CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA
 CIRURGIA CONTAMINADA CJR. INFECTADA

ADMISSÃO () SIM () NÃO

TÓPOLOGIA DA INFECÇÃO

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

DESCRICAÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

II MIGRENTE E DDA SOD ARRESTADA
 II ANAMNESE PESS + ASSOCIA + COLOCAR OS CONCEP
 II C-MRN CON SFOB%
 4) VISUAL. 200 3°, 4° PDD ESTRELA CANTO COSTE
 SEM USO DE LANTERNAS, REGRAS, IMPRESSOS.
 5) F. DIGITOS CON FR (2.0) XE FAX XO MTT (5)
 6) F. DIGITOS XE MIGRAZ MAXIMA XO 2 PM.
 II CERATOMA FUNDOSCA
 8) SERUM NERFOSOS
 9) LUMAGEM
 10) A SODA.

DATA: 05/07/20

~~2000~~

Assinatura do Cirurgião

HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGipe - HUSe FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SAÚDE - FHS BLOCO CIRÚRGICO										
CONSUMO DE SALA										
PACIENTE: Francisco Sampaio da Silva N° PRONTUÁRIO: 19.216 DATA: 01/01/11										
CIRURGÃO: Dr. Waller	TIPO DE ANESTESIA: Raqueal	CIRCULANTE:	Nº LACR:							
CIRURGIA: Bloco cirúrgico	INSTRUMENTADOR: Vânia	Nº DE SALA: 08	GELADO:							
ENFERMEIRO: Bruna	ANESTESISTA: Dr. Erick	Nº DO KIT:	KIT FDS:							
RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS CONSUMO DE SALA										
COD	MEDICAMENTOS COMUNS	COTA	QTD UTILIZ	REPOR- TA	COD	MATERIAIS	COTA	QTD UTILIZ	REPOR- TA	COTA
11.207	ÁCIDO TRANEXANICO	4			12.265	CATETER TIPO ÓCULOS	1	01	12.726	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 6,5
11.211	AGUA DESTILADA	10			12.340	COLETOR URINA SISTEMA ABERTO	1		12.727	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 7,0
729	ATROFINA	5			12.386	ELETRODOS	5	05	12.730	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 7,5
	CEFAZOLINA (KEFLIN)	2			12.404	EQUIPO MACROGGOTAS	2		12.733	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 8,0
11.639	CEFAZOLINA	2	01		12.431	EQUIPO MICROGGOTAS	1		COD	FROS
11.253	CETOPROFENO IV (PROFENID)	1	01		12.358	EXTENSOR	2		11.645	FIO ALGODÃO 6 C/AGULHA
763	CLONIDINA	1	01		12.385	FILTRO BARREIRA	1		11.613	FIO ALGODÃO 1,0 C/AGULHA
3.111	DEXAMETASONA (DECADRON)	1	01		12.245	GELCO Nº 14	2		11.641	FIO ALGODÃO 0,5 C/AGULHA
11.293	DIFENIDRAMINA 50/1	1			12.247	GELCO Nº 16	2		11.582	FIO ALGODÃO 2,0 S/AGULHA
11.186	DIMENIDRATO+PIROXIDINA 10ML	2	02		12.248	GELCO Nº 18	2		11.616	FIO ALGODÃO 3,0 S/AGULHA
866	DIPIRONA	2	02		12.249	GELCO Nº 20	2		11.705	FIO POLIAMIDA PURA 2,0 C/AGULHA
11.847	EFEDRINA	1			12.251	GELCO Nº 22	2		11.713	FIO POLIAMIDA PURA 3,0 C/AGULHA
829	EPINEFRINA(ADRENALINA)	5			12.252	GELCO Nº 24	2		11.716	FIO POLIAMIDA PURA 4,0 C/AGULHA
831	ETILEFRINA (EFORTIL)	1			12.121	LÂMINA Nº 11	2		11.755	FIO POLIGLACTINA 1 C/AGULHA
11.433	GLUCONATO CALCIPIO	5			12.124	LÂMINA Nº 15	2		11.759	FIO POLIGLACTINA 2,0 C/AGULHA
982	HIDROCORTISONA 10MG	1			12.128	LÂMINA Nº 21	2		11.774	FIO POLIGLACTINA 3,0 C/AGULHA
11.347	NEOSTIGMINE (PROSTIGMINE)	5			12.131	LÂMINA Nº 23	2		1.837	FIO POLIPROPILENO 0 C/AGULHA
11.356	NOREPINEFRINA	5			12.132	LÂMINA Nº 24	2		11.842	FIO POLIPROPILENO 2,0 C/AGULHA
11.377	ONDASENTRONA (NAUSEDRON)	1	01		12.454	LUVA ESTERIL Nº 7	6	06	12.493	FIO POLIPROPILENO 3,0 C/AGULHA
11.396	SUXAMETÔNIO 100MG (QUELICIN)	1			12.455	LUVA ESTERIL Nº 7,5	6		COD	SEANEANTES
COD	MEDICAMENTOS CONTROLADOS	COTA	QTD UTILIZ	REPOR- TA	12.458	LUVA ESTERIL Nº 8	6		COTA	
11.283	DEXTROCATAMINA (KETALAR)	1			12.462	LUVA ESTERIL Nº 8,5	6		11.974	ÁGUA OXIGENADA
883	DIAZEPAM 10MG	1			12.468	LUVA PROCEDIMENTO TAM. G	50		11.987	ÁLCOL 70% 100ML
11.307	ETOMIDATO	1			12.468	LUVA PROCEDIMENTO TAM. M	50		11.984	ÁLCOL 70% 1000ML
11.325	FENTANIL+DROPERIDOL(NRPERIDOL)	1			12.467	LUVA PROCEDIMENTO TAM. P	50		12.024	CLOREXIDINA ALCOOLICA
11.328	FENTANIL 2ML	1			12.601	SERINGA 1ML	5		12.019	CLOREXIDINA AQUOSA
11.325	FENTANIL 10ML	1			12.596	SERINGA 3ML	5		12.029	CLOREXIDINA DÉGERMANTE
6.680	MÍDAZOLAM 5MG (DORMONIC)	1			12.587	SERINGA 5ML	5		12.112	PVP DÉGERMANTE
11.336	MORFINA 0,2MG (DIMORF)	1	01		12.598	SERINGA 10ML	5		12.137	PVP TÓPICO
11.337	PROPOFOL 20ML	1			12.599	SERINGA 20ML	5		BESTURI ELÉTRICO	
11.635	PROPOFOL 50ML	1			12.610	SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº 04	1			CARRO DE ANESTESIA
11.355	REMIFETANILA (ULTIVA)	1			12.620	SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº 06	1			DESFRIABILADOR
11.414	TRAMADOL (TRAMAL)	1			12.621	SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº 08	1			MICROSCÓPIO
COD	ANESTÉSICOS	COTA	QTD UTILIZ	REPOR- TA	12.622	SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº 10	1			MONITOR CARDIÁCO
11.361	BUPIVACAÍNA 0,5% C/V	1			12.623	SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº 12	1			NEGATOSCÓPIO
11.235	BUPIVACAÍNA 0,5% S/V	1			12.624	SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº 14	1			ÔNÍMETRO DE PULSO
11.358	BUPIVACAÍNA+ GLICOSE (NEOCÁINA PES)	1	01		12.625	SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº 16	1		COD	GASOTERAPIA
11.298	CISATRACURIO	1			12.637	SONDA NASOGÁSTRICA Nº 04	1		COTA	
1.096	LIODCAINA / XILODCAINA 1% S/V	1			12.658	SONDA NASOGÁSTRICA Nº 06	1		11.933	SORO FISIOLÓGICO 100ML
11.398	PANCURÔNIO	1			12.659	SONDA NASOGÁSTRICA Nº 08	1		855	SORO FISIOLÓGICO 250ML
11.368	RONCURÔNIO	1			12.660	SONDA NASOGÁSTRICA Nº 10	1		856	SORO FISIOLÓGICO 500ML
11.372	RONPIVACAÍNA	1			12.664	SONDA NASOGÁSTRICA Nº 18	1		12.072	SORO GLUCOFISIOLÓGICO 500ML
COD	MATERIAIS	COTA	QTD UTILIZ	REPOR- TA	12.665	SONDA NASOGÁSTRICA Nº 20	1		16.785	SORO GLUCOFISIOLÓGICO 250ML
12.027	AGULHA 13X0,45	5			12.696	TORNEIRINHA 3 VIAS	2		12.077	SORO RINGER C/ 500ML LACTATO
12.033	AGULHA 25X7	5	02		12.701	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 7,5	1			
12.036	AGULHA 30X8	5	02		12.703	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 8,0	1			
12.088	AGULHA 40X12	5			12.704	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 8,5	1			
12.007	AGULHA RAQU 22	1			12.713	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 9,0	1			
12.051	AGULHA RAQU 25	1			12.716	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 9,5	1			
12.023	AGULHA RAQU 27	1			12.718	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 10,0	1			
12.400	BURETA	1			12.720	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 10,5	1			
12.274	CATETER DE OXIGÊNIO Nº 8	1			12.724	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 11,0	1			

KIT REPOSTO POR:

Escavinhos — 04

Comp. Grandes — 04

c/ 5

atadinas — 03

REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO

PRONTUÁRIO: 19216

NOME: Francisco Santana da Silva
DATA: 4/07/20 HORARIO: 23:40 SALA: 08

<input checked="" type="checkbox"/> CHEGOU AO CENTRO CIRURGICO <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> DESORIENTADO <input type="checkbox"/> DEAMBULANDO <input type="checkbox"/> EM MACA	EQUIPE MULTIDISCIPLINAR CIRURGÃO: Dr. Waller AUX 1: _____ AUX 2: _____ CIRCULANTE: Dr. Sérgio Rezende INSTRUMENTADOR: Dr. Luis ENFERMEIRO: Dr. Sá ANESTESISTA: Dr. André	HORÁRIO ENTRADA NA SALA: 23:40 INÍCIO DA ANESTESIA: 23:50 INÍCIO DA CIRURGIA: 00:15 TERMINO DA CIRURGIA: 01:10 TERMINO DA ANESTESIA: _____ SAÍDA DA SALA: _____												
PROCEDÊNCIA DO PACIENTE: P5 Vida Tranca CIRURGIA PROPOSTA: Teto exératice de falt. exp. do P-6 CIRURGIA REALIZADA: Teto exératice de falt. exp. do P-6														
TECNICA ANESTESICA <input type="checkbox"/> GERAL VENOSA <input type="checkbox"/> GERAL INALATORIA <input type="checkbox"/> GERAL COMBINADA <input type="checkbox"/> FRAQUIANESTESIA <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 checked="" type="checkbox"/> PVPI TOPICO <input type="checkbox"/> PVPI ALCOOLICO <input type="checkbox"/> CLOREX ALCOLICA <input type="checkbox"/> CLOREX DEGERMANTE <input type="checkbox"/> CLOREX AQUOSA SUPORTE VENTILATORIO TUBO ENDOTRAQUEAL <input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> NASAL TUBO AMARADO <input type="checkbox"/> SIM N°: _____ MASCARA LARINGERICA <input type="checkbox"/> SIM	POSIÇÃO DO PACIENTE <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> TRENDELEMBURG <input type="checkbox"/> TRENDELEMBURG REVERSA BISTURI ELETTRICO <input type="checkbox"/> BIPOLAR <input checked="" type="checkbox"/> UNIPOLAR <input type="checkbox"/> ULTRASSÔNICO <input type="checkbox"/> ARGÔNIO PLACA DE BISTURI: LOCAL: <u>Pant.</u> (D) COMPRESSAS GRANDES ENTREGUES: <u>50</u> DEVOLVIDAS: _____ 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 INFUSAO <input type="checkbox"/> DESFIBRILADOR <input checked="" type="checkbox"/> MONITOR CEREBRAL <input type="checkbox"/> INTENSIFICADOR DE IMAGEM <input type="checkbox"/> MANTA TERMICA <input type="checkbox"/> MICROSCÓPIO <input type="checkbox"/> FIBROSCÓPIO <input type="checkbox"/> MONITOR MULTIPARAMETROS <input type="checkbox"/> PA NÃO INVASIVA <input type="checkbox"/> PA INVASIVA <input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRO <input type="checkbox"/> CAPNOGRAFO <input type="checkbox"/> PIC <input type="checkbox"/> FOCO AUXILIAR <input type="checkbox"/> FONTE DE LUZ <input type="checkbox"/> BRONCOSCOPIO <input type="checkbox"/> CARRO DE ANESTESIA <input type="checkbox"/> GARROTE PNEUMATICO <input type="checkbox"/> CARDIOSCOPIO <input type="checkbox"/> TERMOMETRO <input type="checkbox"/> OUTROS <input checked="" type="checkbox"/> ACESSO VENOSO PERIFÉRICO <u>USD</u> <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: <u>O</u> LOCAL: _____ ELETRODOS: <u>X</u> INCISÃO: <u>X</u>	SONDAS <input type="checkbox"/> SNG N° _____ <input type="checkbox"/> SNE N° _____ <input type="checkbox"/> FOGARTY N° _____ <input type="checkbox"/> SONDE FOLLEY N° _____ <input type="checkbox"/> C/RESTRIÇÃO <input type="checkbox"/> S/RESTRIÇÃO <input type="checkbox"/> FOLLEY SILICONE N° _____ <input type="checkbox"/> SONDA NELATON N° _____ PASSADA POR: _____ ASPIRAÇÃO N° _____												
DRENOS E CÂNULAS <input type="checkbox"/> SUCCÃO 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> ANATOMO PATOLÓGICO NOME DA PEÇA: _____ Nº DA PEÇA: _____ <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	HORA	VOLUME	ASPECTO										SANGUE E HEMODERIVADO CONCENTRADO DE HEMÁCIAS: _____ PLASMA: _____ PLAQUETAS: _____ OUTROS: _____ Nº DA BOLSA: _____
HORA	VOLUME	ASPECTO												
FC (BPM)	SINAIS VITAIS													
SpO2 (mmHg)	100%													
EPCO2(mmHg)														
PA (mmHg)														
PAI (mmHg)														
FR (RPM)														
TEMP. (°C)														
LPP (LOCAL)?														



SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PREScrições Diárias

DATA: 16 / 07 / 2020.

12 ° DIH

NOME: Francisco Santana da Silva 18anos – A 6.2

DIAGNÓSTICO(S): Fratura Múltiplas Pé E + Amputação Traumática 3° e 4 ° PDD PÉ

EVOLUÇÃO MÉDICA: _____

	Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º.	Dieta Livre	
2º.	Gelco 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	
5º.	Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 40gts VO 6/6hs	
6º.	Nausedron 8mg EV 08/08hs SOS	
7º.	Antak 50mg EV ou 150mg VO 12/12hs / Omeprazol 40mg EV ou VO às 6hs	
8º.	Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 8/8hs	
9º.	Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs SUSP	
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 SOS	
12º.	Clexane 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia	
13º.	Dextro 6/6hs SUSP	

14º Insulina Regular SC, após o dextro.

201 – 250: 02UI

301 – 350: 06UI

251 – 300: 04UI

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	

CRM 880
Ortopedia e Traumatologia
Dr. Anderson Alves Cidral
Medico

Nome do Paciente: Francisco Santana da Silva

Idade:

四

Unidade de Produção: e - e

Leito:

Nº do Brontuário:

160

~~DATA HORAS~~ DATA HISTÓRICA
05/07/20 NO 201907090000, V-SAC-2020 20V-A-B117
70 3 e 4 DSE, SEM círculos. SA EN CASO
CAP-TAN. OAT no DR AMPLIADO E F-dan
DOS FMTUMS 20 5-MTJ-F 2. Myocardi

~~05~~
~~07~~
~~00~~
10'm paciente em PO de estetoscópio, consciente, re-
ceptivo, orientado, calmo, consciente orientado
embalizado, manchas petequicas em MCL e ce-
lulas fluidas. nega alergia medicamentosa, ne-
dores pugnac. Manchado circunscritas oclausas.
e seco em pe Es. Segue evolução si-
quente: — sangue Belenides
Maria Belenides do L. Jardim
ENFERMEIRA 127427
COREN SE



EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE

Pág.

Nome do Paciente: Francisco Santana da Silva Idade: 18a Sexo:
Unidade de Produção: Ala A Leito: 6.2 Nº do Prontuário:

DATA

HORA

HISTÓRICO

13/07/20

MICROSCÓPIO

D. PESSOA E ACLE D. GOMES

es uPM

13/07/20

Psicologia (Manhã)

No momento, paciente acordado, consciente e com
consciência de tempo e espaço, apresenta pouco vol-
ta de fala, mas com predomínio de ideias claras
e coerentes. Bem adaptado ao contexto de internação.
Nega agressão. Humor estabilizado e pouco ansioso.
Identificou-se como psicólogo no momento em que
foi observado.

Karla Ferreira Torre de S. M. Mendes
Psicóloga
CRP 19/1722



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



Fundação
Hospitalar
de Saúde

Nome do Paciente:

Francisco Santana de Sá Idade: 18

| Idade:

Sexo:

Unidade de Produção:

SRPA

Leito: 65

Nº do Prontuário:

1991

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
05	01:30	Pete juntou e admitido na SRTI acordado, resposivo e colaborativo. exame em uso de sedante + curativo em MIF, segue com observação.
07		
20/20		
07	08:00	Paciente no leito a ordenado, com movimentos, verbalizando em FV-F + sonoterapia. Segue os procedimentos de enfermagem administrando medicos conforme prescrito.
10/05	10:00	Administrados medicos, ch. de franir
11:30		Lact. ex. o celo
12:00		Exame de FV, sono, ampolas, exames. Em uso de STT, evitando excessos ou mani- cures em MIF, Funtas, etc. nos exames os que admitem.
17h		Tentar dormir sono aviso se for o caso nos exames ou quando a enfermeira.
19h		Quando dem queixas ou alterações administrando medicos de forma
		Recebe seu auxilio.