

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: 3 - CPF da vítima: 10739966545 4 - Nome completo 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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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: 077 banco INTER
AGÊNCIA: 0001 9 CONTA: 85635910

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, ARAÇAJU/SE 28/10/2020

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 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)		Naturalidade: Aracaju - SE	
Nome da Mãe: Adriana Cristina Silva Santana		Nome do Pai: Francisco Alves da Silva	

Documento(s)

CPF: 107.399.665-45

Endereço

Município: Aracaju - SE
Logradouro: Rua 01
Bairro: Coroa Do Meio
Telefone: (79) 99895-2138 (Celular)

Nº: 28

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO 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/Caminhão		
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

"Dedarei para os devidos fins de direito que sou o(s) autor(es) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que do origin, conforme previsto nos Artigos 339-Delucção Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Daiane Batista Menezes Santos

Agente de Polícia Judiciária

Mat. 2537

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Francisco Antonio de 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, com cirurgia ortopédica para fixação com FK e O de MTT, realizado amputação 3:14 - protético, teve alta dia 16-07-2020 sem intercorrências, com receita para casa 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. Marcelo de Farias Alves CRM 3407

Dr. Walber Souza CRM 5161

Dr. Thiago Nizante CRM - 3702

Dr. Antonio Rocco David CRM - 880

Dr. Rodrigo D. Passos CRM 4808

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

ARACAJU, 16 de Outubro de 2020

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

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 163313
CNS:DATA: 04/07/2020 HORA: 22:19 USUARIO: CSSOUZA
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 SANTANA
RESPONSAVEL...: ESPOSA/TAMIREZ 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: ___/___/___

Queixas de dor, cólicas no abdome x como
com trauma em pé dir.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

Importância transitória por causa do trauma

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Pro CC.

Keppol 50 mg 23:00

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 [] FAM. [] IML [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E DO MEDICO

Márcio de Páris Alves
Ortopedia e Traumatologia / Cirurgião Geral
CRM 15.240-7/2019

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: FRANCISCO SORIANO DA SILVA
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO: MÚLTIPLOS TRAUMAS EM PE E MM
CIRURGIA REALIZADA: NECULECTOMIA DE CORO E F. DE MATEO DE MATO
CIRURGIÃO: WALDIR SOUZA
AUXILIARES:
ANESTESIA: MQU ANESTESISTA: D. ENCK
DIAGNÓSTICO PÓS- OPERATORIO: D. M. ENCK
() 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
() CUTANEO () AP. CARDIO-VASCULAR () PLEURA () OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

- 1) PACIENTE EM ODA SOB ANESTESIA
- 2) ADMISSÃO + ASSISIA + COLOM DE CORO
- 3) C-MMT com SF 9%
- 4) VISUALIZADO 3° e 4° PDD ESTAVA C. ANOICOSO E
SEM VASECULARIZAÇÃO, REALIZADO AMPUTACÃO.
- 5) F. DE MATEO COM FK (2.0) DE FAS DO MTT (S)
- 6) F. DE MATEO DE MATEO MODERADO DO 2° PDD.
- 7) CONTINUAÇÃO PROTOCOLO
- 8) SUTURA DE PDD
- 9) CURATIVO
- 10) A SPPA.

DATA: 05/07/20



Assinatura do Cirurgião


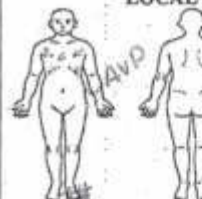



HUSE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO

NOME: Francisco Santana da Silva PRONTUÁRIO: 19246

DATA: 4/10/20 HORÁRIO: 23:40 SALA: 08

CHEGOU AO CENTRO CIRÚRGICO <input 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 CIRURGIÃO: <u>Dr. Walker</u> AUX 1: _____ AUX 2: _____ CIRCULANTE: <u>Dr. Bécia</u> INSTRUMENTADOR: <u>Dr. J. J.</u> ENFERMEIRO: <u>Dr. J. J.</u> ANESTESISTA: <u>Dr. J. J.</u>		HORÁRIO ENTRADA NA SALA: <u>23:40</u> INÍCIO DA ANESTESIA: <u>23:50</u> INÍCIO DA CIRURGIA: <u>00:15</u> TÉRMINO DA CIRURGIA: <u>01:10</u> TÉRMINO DA ANESTESIA: _____ SAÍDA DA SALA: _____																																									
PROCEDÊNCIA DO PACIENTE: <u>P. Verdadeira</u> CIRURGIA PROPOSTA: <u>Abc. cirúrgico de fr. exp. do P. E.</u> CIRURGIA REALIZADA: _____																																													
TÉCNICA ANESTÉSICA <input type="checkbox"/> GERAL VENOSA <input type="checkbox"/> GERAL INALATORIA <input type="checkbox"/> GERAL COMBINADA <input checked="" type="checkbox"/> TRAQUEIANESTESIA <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 TÓPICO <input type="checkbox"/> PVPI ALCOÓLICO <input type="checkbox"/> CLOREX. ALCOOLICA <input type="checkbox"/> CLOREX. DEGERMANTE <input type="checkbox"/> CLOREX. AQUOSA SUPOORTE VENTILATORIO TUBO ENDOTRAQUEAL <input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> NASAL TUBO AMARADO <input type="checkbox"/> SIM N°: _____ MÁSCARA LARINGEIA <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"/> CANIVETE <input type="checkbox"/> LITOTOMIA <input type="checkbox"/> TREDELEMBURG <input type="checkbox"/> TREDELEMBURG REVERSA BISTURI ELÉTRICO <input type="checkbox"/> BIPOLAR <input type="checkbox"/> UNIPOLAR <input type="checkbox"/> ULTRASSÔNICO <input type="checkbox"/> ARGÔNIO PLACA DE BISTURI LOCAL: <u>Ant. ①</u> COMPRESSAS GRANDES ENTREGUES: <u>20</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 INFUSÃO <input type="checkbox"/> DESFIBRILADOR <input type="checkbox"/> MONITOR CEREBRAL <input type="checkbox"/> INTENSIFICADOR DE IMAGEM <input type="checkbox"/> MANTA TÉRMICA <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 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 PNEUMÁTICO <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:  LOCAL: _____ ELETRODOS:  INCISÃO: 		SONDAS <input type="checkbox"/> SNG N° _____ <input type="checkbox"/> SNE N° _____ <input type="checkbox"/> FOGARTY N° _____ <input type="checkbox"/> SOND. 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"/> 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>PLASMA</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: _____	PLASMA			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: _____																																										
PLASMA			1º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ 2º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ OUTRAS: _____																																										
PLAQUETAS			1º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ 2º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ OUTRAS: _____																																										
OUTROS																																													
ANATOMO PATOLÓGICO NOME DA PEÇA: _____ N° DA PEÇA: _____ <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO																																													
SINAIS VITAIS <table border="1"> <tr> <td>FC (BPM)</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>SpO2 (mmHg)</td> <td>100%</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>EPcO2 (mmHg)</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>PA (mmHg)</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>PAI (mmHg)</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>FR (RPM)</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>TEMP. (°C)</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>LPP (LOCAL)?</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>						FC (BPM)					SpO2 (mmHg)	100%				EPcO2 (mmHg)					PA (mmHg)					PAI (mmHg)					FR (RPM)					TEMP. (°C)					LPP (LOCAL)?				
FC (BPM)																																													
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.	Nauseudron 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

251 – 300: 04UI

301 – 350: 06UI

351 – 400: 08UI

> ou = 401: 10UI

15º. Curativos Diários 1 x dia

(x) SF 0,9% + Gazes

16º	SSVV 6/6hs	
17º		
18º		
19º		
20º		
21º		

Nome do Paciente: Francisco Santana da Silva

Idade: 18

Pac

Unidade de Produção: e.c

Leito:

Nº do Prontuário: 19214

Sexo

DATA	HOR	HISTÓRICO
05/07/20		NO 2ª INTENSIVADO, VISUALIZADO 2 NV. ABILITADO 3 e 4 DIA, SEM CIRCUNÇÃO. SE ENCONTRA CAPILAR. O AFIRO DA AMPUTADO E F. L. DOIS DOS F. TUMOS DO S. MIT. E 2. M. DO M. NO.
05/07/20	10h	Paciente em PO de observação, insatisfeito com a cirurgia, calmo, consciente orientado verbalmente, mantendo higiene em PS. E. ca. L. de fluidos. nega alergia medicamentos, no dor no pós-operatório. Mantendo curativo aderente e seco em PE. segue confortável a qualquer. — segue Sedados
		Maria Belenildes do L. Santo ENFERMEIRA 127427 COREN - SE

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

DATA HORA HISTÓRICO

13/10/18

MICETE MIO G-ALTO
D. NEUROSE e DELE PLACER
e VPM

13/07/20

Psicologia (Manhã)

No momento, paciente acordado, consciente e orientado no tempo e no espaço, apresenta pouco volume de fala, mas com predomínio de ideias claras e sentis. Bem adaptado ao contexto de internação. Nega sintomas. Humor estável e pouco ansioso. Identifica demanda psicológica no momento atual que em observação.

Karla Karine Jones de S. Mendes
Psicóloga
CRP 19/1722



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



Fundação
Hospital de Saúde

Nome do Paciente:	Francisco Santana do Silveira	Idade:	18	Sexo:	M
Unidade de Produção:	SRPA	Leito:	05	Nº do Prontuário:	19216

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
05/07/2020	01:30	Paciente jovem admitido na SRPA acordado, responsivo, colabora ativamente em uso de soroterapia + curativo em MIE, segue suas observações. — A/Orientado
05/07/2020	04:00	Exame abdominal
05/07/2020	06:00	Paciente mantido acordado, colabora ativamente de acordo com as orientações da equipe
05/07/2020	08:00	Paciente no leito acordado, com orientações verbalizadas em A.O.F + soroterapia segue as orientações da equipe. — Administração medicamentosa conforme prescrito. —
05/07/2020	10:00	Administração medicamentosa conforme prescrito. —
05/07/2020	10:30	Exame de A.O.F. —
05/07/2020	11:30	Paciente acordado, colabora ativamente em uso de A.O.F., mantém o curativo em MIE, segue suas observações. —
05/07/2020	12:00	Paciente acordado, colabora ativamente em uso de A.O.F., mantém o curativo em MIE, segue suas observações. —
05/07/2020	17h	Quando sem queixas ou alterações administradas medicamentosa de acordo com prescrição. —
05/07/2020	18h	Paciente segue seu A.O.F. —