

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

**FORMA DE PAGAMENTO:** Transferencia para conta no mesmo banco

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

**BANCO:** 001

**AGÊNCIA:** 1912

**CONTA:** 611000

---

---

**DATA DA TRANSFERENCIA:**

14/10/2022

**NUMERO DO DOCUMENTO:**

PAG\_8147894

**VALOR TOTAL:**

1.687,50

**TRANSFERIDO PARA:**

**CLIENTE:** JOSE IVANILDO DA SILVA SANTOS

**BANCO:** 001

**AGÊNCIA:** 01710

**CONTA:** 000010017635

---

---

**Número da Autenticação**

CA08E5F02AC72304

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3220046640 **Cidade:** Camocim de São Félix **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE IVANILDO DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 23/02/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 10/10/2022

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. (P1 P2 P9 P14)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO 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 MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** ANTERIOR 3220025148 CANCELADO EM FASE DE REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Flávia Vanessa da S. Neves

inscrito (a) no CPF/CNPJ 088.878.754 / 7.56 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Manoel da Silva Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 719.699.064 / 13

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da vítima José Manoel da Silva Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 719.699.064 / 13 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: recebeira Renda: recebeira e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Sítio Monte dos Negros</u>	Número: <u>48</u>	Complemento: <u>casa</u>
Bairro: <u>Zona Rural</u>	Cidade: <u>Bezerra</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:		CEP: <u>55660-000</u> Tel.(DDD): <u>81-996684814</u>

Local e Data: Bezerra 13 de Abril de 2022

Flávia Vanessa da S. Neves  
Assinatura do Declarante





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 097ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOAQUIM DO MONTE - DP97ªCIRC  
DINTER1/14ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 22E0187000208

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 05/04/2022 às 13:57

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia 23/2/2019 às 13:30

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA DEPUTADO RIBEIRO GODOY, 1, ESTRADA DE ACESSO AO SÍTIO SERRA DE AIRES /ZONA RU** - Bairro: **CRUZEIRO** - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: **55665-000**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:  
DESCONHECIDO ( AUTOR / AGENTE )  
JOSE IVANILDO DA SILVA SANTOS ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE IVANILDO DA SILVA SANTOS**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

**JOSE IVANILDO DA SILVA SANTOS (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE DA SILVA** Pai: **JOSE RIVALDO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **8/8/2001** Naturalidade: **CAMOCIM DE SAO FELIX / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **11458274/SDS/PE (RG), 71969906413 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **3ª. GRAU** Profissão: **AGRICULTOR(A)**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 48, SÍTIO MONTE DOS NEGROS /ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

**MOTOCICLETA (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE IVANILDO DA SILVA SANTOS**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**  
Placa: **PFY7748 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Chassi: **9C2KC1670CR618232**  
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

**RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA EM QUESTÃO PELA ESTRADA CARROÇAVEL DE ACESSO**

Relatório de Ocorrência

SITIO SERRA DE AIRES, ZONA RURAL E CAMOCIM DE SÃO FELIX - PE, QUANDO NAS PROXIMIDADES DA VILA, COLDIU DE FRENTE COM OUTRA MOTOCICLETA CONDUZIDA POR ALGUÉM DESCONHECIDO, CAUSANDO ASSIM A QUEDA DE AMBOS CONDUTORES, NA OCASIÃO LE, VITIMA, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO AO HOSPITAL DA CIDADE DE BEZERROS - PE, DE ONDE FOI TRASFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU - PE, CONFORME DOCUMENTAÇÕES DOS REFERIDOS HOSPITAIS, APRESENTADO PELA PROPRIA VITIMA.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

*Jose Ivanildo da Silva Santos*  
**JOSE IVANILDO DA SILVA SANTOS**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**  
(Liberado em **05/04/2022** às **14:17**)

*[Handwritten signature]*

COMPRES... SIA  
12 MAI 2022  
**PROTOCOLO**  
AGÊNCIA RECEBE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3220046640 **Cidade:** Camocim de São Félix **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE IVANILDO DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 23/02/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 10/10/2022

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. (P1 P2 P9 P14)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO 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 MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** ANTERIOR 3220025148 CANCELADO EM FASE DE REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

**Nome:** JOSE IVANILDO DA SILVA SANTOS  
**Data Nasc.:** 02/08/2001    **Idade:** 17    **Sexo:** MASCULINO  
**CPF:**    **RG:**    **Cor:** PARDA  
**Endereço:** SÍTIO SERRA DE ARES    **Cidade:** CAMOCIM DE SÃO FELIX  
**Bairro:** Z RURAL    **Profissão:**  
**CEP:** 55665000    **Fone:** 98890830  
**Nome da Mãe:** MARIA JOSE DA SILVA  
**Acompanhante:**  
**Motivo do Atendimento:** ATT COM MOTOCICLETA  
**Clinica:** ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

**Atendimento:** 487462    **Prontuário:** 334283  
**Religião:**

**Nº:** 0.1  
**Estado:** PE  
**12 MAI 2022**  
**PROTOCOLO**  
**UNIDADE REGISTRE**

## 2 - ATENDIMENTO

**Data:** 23/02/2019 17:48

**Médico:** MEDICO PLANTONISTA

### Queixa Principal / HDA:

*lesão aberta de membro superior direito, metacarpo distal com TCE, entorse no momento, lesão aberta ferida de comissuras, nódulos dentários*

**PA:**    **FC:**    **FR:**

### Exame Físico:

*Orientado em espaço, desorientado em tempo. membros de membros em posição normal e com emp.*

### Diag. Provisório:

*Fx de Fêmur Distal Esquerdo*

*Alto de emergência*  
  
**Antônio Raimundo L. Barreto**  
**CRM-PE: 10.657**  
**CPF: 149.002.472-2**

### Prescrição:

**Dieta:** \_\_\_\_\_

**Data**

		Horário
	<i>celom curado</i>	<i>PA / Pln</i>
	<i>O Póio de Tostox</i>	<i>PA / Pln</i>
	<i>Boas</i>	<i>PA</i>
	<i>Com Emp</i>	<i>OP / Pln</i>
	<i>Soluto Emp</i>	<i>OP / Pln</i>
	<i>outras</i>	<i>PA / Pln</i>
	<i>Soluto</i>	<i>PA / Pln</i>

**HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**  
**DATA: 23/02/19**

**Dr. Luigi Padoa M. de M. A.**  
**Ortopedia / Traumatologia**  
**CRM-PE/2244**  
**TEOT/1532**

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: José Inácio da Silva Santos

35

Prontuário: 234283

Data: 23 / 02 / 19

Hora: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO:

~~Trauma de fêmur distal esquerdo.~~

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Alta sob orientação de Dr. Marcelo Capeta. Retornar em 15 dias para acompanhamento de ortopedista p/ consulta q/ Dr. Mauricio

Paes

TRATAMENTO REALIZADO:

~~Atendimento de urgência de fêmur esquerdo em 19/02.~~

~~Fixação em mesa de Jorgão em 29/02.~~

Alta Hospitalar: Data: 22 / 03 / 19

Hora: 10:00

Sévia Lorenz  
Médica  
CRM PE 26199

Ass. do Médico e CRM  
Carimbo

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde  
 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
**HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA**  
 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES  
**2427419**  
 4 - CNES

Identificação do Paciente  
 5 - NOME DO PACIENTE  
**Jose Humberto de Jesus Santos**  
 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
**819180040222219413**  
 8 - DATA DE NASCIMENTO  
**02/08/01**  
 9 - SEXO  
 Masc.  1 Fem.  3  
 10 - RAÇA/COR  
 11 - NOME DA MÃE  
**Maria Jose da Silva**  
 13 - NOME DO RESPONSÁVEL

6 - Nº DO PRONTUÁRIO  
**337283**  
 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE  
 14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)  
**Sítio Anna de Azevedo**  
 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
**Camocim São Felix**  
 17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 18 - UF 19 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  
**Fx Fome Diston Boreom  
 z = Código.  
 040805009-8**

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  
**OTG Celmon**

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)  
**Exames Fisw + Rx**

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL  
**Fx Fome Diston Boreom**  
 24 - CID 10 PRINCIPAL  
**S72.9**  
 25 - CID 10 SECUNDÁRIO 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  
**Tratamento**  
 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO  
**0408050519**  
 29 - CLÍNICA  
**OTG**  
 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
 31 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) JCPF  
 32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
**Dr. Luigi Paolo M. de M. A. Freire**  
 33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
**Ortopedia e Traumatologia**  
**Cirurgia do Joelho**  
**CRM-PE-27442**  
 34 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
**03/02/19**  
 35 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE (REGISTRO DO CONSELHO)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU DOENÇAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO  
 37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO  
 38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO  
 39 - CNPJ DA SEGURADORA  
 40 - Nº DO BILHETE  
 41 - SÉRIE  
 42 - CNPJ EMPRESA  
 43 - CNAE DA EMPRESA  
 44 - CBOR  
 45 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA  
 ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
**Dr. Waldemir Soares da Silva**  
 47 - Cód. Órgão Emissor  
**PE-40-004**  
 48 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) JCPF  
 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO  
 51 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR (REGISTRO DO CONSELHO)  
**CRM-PE-7169**  
**CPF-158.365.034-04**  
 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO - HOSPITALAR  
**261910394490-8**



SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HRA HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

**SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA**  
**AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA**

DATA: 23/02/19 HORA DE ADMISSÃO: 24:46 HORA DA LIBERAÇÃO: \_\_\_\_\_  
REGISTRO: 334283 CIRURGIÃO: Ruqo Akira ANESTESISTA: Kelvin  
NOME DO PACIENTE: Joá. Franklin da Silva Santos  
PROCEDIMENTO REALIZADO: Tração Tranquiizante Tranquiizante (E) PONTUAÇÃO FINAL: 10

ÍTEM DE AVALIAÇÃO	PONTUAÇÃO	NA ADMISSÃO	APÓS		
			1h	2h	3h
<b>Respiração:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● Capacidade de respirar profundamente e tossir</li><li>● Esforço respiratório limitado (dispnéia ou imobilização)</li><li>● Nenhum esforço espontâneo</li></ul>	2 1 0	X			
<b>Circulação: Pressão arterial sistólica</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● &gt; 80% do nível pré-anestésico</li><li>● 50 a 80% do nível pré-anestésico</li><li>● &lt; 50% do nível pré-anestésico</li></ul>	2 1 0	X			
<b>Nível de Consciência:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● Responde verbalmente às questões/ orientado no espaço</li><li>● Acorda quando chamado pelo nome</li><li>● Não responde ao comando</li></ul>	2 1 0	X			
<b>Coloração:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● Coloração e aparência normais da pele</li><li>● Coloração da pele alterada: pálida, escura, manchada, icterícia</li><li>● Cianose evidente</li></ul>	2 1 0	X			
<b>Atividade Muscular:</b> Movimenta-se espontaneamente ou sob comando: <ul style="list-style-type: none"><li>● Capacidade de movimentar todas as extremidades</li><li>● Capacidade de movimentar duas extremidades</li><li>● Incapacidade em controlar qualquer extremidade</li></ul>	2 1 0	X			
<b>Total:</b>		<u>10</u>			

Necessário para que receba Alta da Sala de Recuperação: 7-8 pontos

Observações:

*Patrícia Veras*  
Formeja 42328

**Estado Geral:**

Regular ( ) Comprometido ( ) Grave  Normocorado ( ) Hipocorado  Anictérico  
 Ictérico ( ) Cianótico  Acianótico  Hidratado ( ) Desidratado ( ) Anasarca

**AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA****Nível de Consciência:**

Consciente ( ) Inconsciente ( ) Torporoso ( ) Sonolento  Alerta

**Nível de Orientação:**

Orientado ( ) Desorientado ( ) Sob sedação

**AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA**

AR \_\_\_\_\_ RPM \_\_\_\_\_

Modo: \_\_\_\_\_ Fi O2: \_\_\_\_\_ PEEP: \_\_\_\_\_ Sat O2: \_\_\_\_\_

Espontânea ( ) Traqueostomizada ( ) VM ( ) UNI c/O2 ( ) Venturi

**O2 Suplementar 1/min:**

Cateter Nasal ( ) Macronebulizador ( ) Venturi ( ) Eupneico ( ) Dispneico  
 Traquidispneico ( ) Bradipneico

**Murmúrios Vesiculares:**

Presentes ( ) Ausentes ( ) Diminuídos

**Ruídos Adventícios:**

Roncos ( ) Sibilos ( ) Estertores ( ) Creptante

**Dreno Torácico:**

Sim  Não Local: \_\_\_\_\_

**Oscilação:**

Sim ( ) Não Aspecto da Drenagem: \_\_\_\_\_

**Expansibilidade Torácica Conservada:**

Sim ( ) Não

**Tosse:**

Sim  Não ( ) Produtiva ( ) Não Produtiva

**SISTEMA CARDIOVASCULAR**

FC: \_\_\_\_\_ bpm PA: \_\_\_\_\_ mmHg

Pulso: \_\_\_\_\_ bpm ( ) Cheiro ( ) Filiforme ( ) Ausentes

**Uso de Drogas Vasoativas:**

Sim  Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_

**Acesso Venoso Central:**

Sim  Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_

**Acesso Venoso Periférico:**

Sim ( ) Não ( ) Qual? *MSK*

**SISTEMA GASTROINTESTINAL****Abdomen:**

Plano ( ) Globoso ( ) Distendido ( ) Escavado ( ) Depressível ( ) Ascítico  
 Doloroso ( ) Não Doloroso ( ) Local: \_\_\_\_\_

**RHA:**

Presentes ( ) Ausentes

**SNG:**

Sim  Não ( ) P/ Gavagem ( ) Sifonagem

**SNE:**

Sim  Não

**SISTEMA GENITO-URINÁRIO****Diurese:**

Presente  Ausente ( ) Espontânea ( ) SVD ( ) Volume: \_\_\_\_\_ ml

Aspecto: \_\_\_\_\_

**SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO****Deambulação:**

Sim ( ) Não ( ) Repouso Relativo  Repouso Absoluto

**Mobilidade:**

Ativa ( ) Passiva

**SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS**  
**HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**

BLOCO CIRÚRGICO

Atend = 487485

PACIENTE: Yale Ivanildo da Silva REGISTRO Nº 334283

SALA CIRÚRGICA Nº 07 DATA 23/02/19

CIRURGIAS: Frot - Remus B. (Trocar) CIRURGIÃO: Dr. Hugo Alia

ANESTESIA: sedação ANESTESIOLOGISTA: Dr. Felton

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
<u>Sim</u>	Oxigênio			<u>L</u>	Agulha Descartável		
<u>2</u>	Água Destilada				Agulha para Pendura		
	Atropina				Agulha para Raqui		
	Bupivacaína				Atadura Gessada		
	Cefazolina 1g				Atadura Crepom		
	Clonidina				Cateter para Oxigênio		
	Dezametasona 4mg			<u>1</u>	Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%			<u>2</u>	Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida				Equipo para Soro		
	Neostgmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Gat Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço <u>Fist 14.0 23.0</u>		
	Ringer co Lactato				Fio de Algodão <u>14.0 23.0</u>		
<u>1</u>	Soro Fisiológico				Fio de Nylon		
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			<u>L</u>	Gase 7,5x7,5		
	Tenoxican			<u>1</u>	Lâmina de Bisturi <u>22</u>		
<u>1</u>	<u>Propofol</u>				Luvas Estéreis 7,0		
					Luvas Estéreis 7,5		
<u>03</u>	<u>Tamoxifol Dose</u>			<u>1</u>	Luvas Estéreis 8,0		
<u>03</u>	<u>Ureol Dose</u>			<u>1</u>	Seringa 5ml		
<u>03</u>	<u>Pra-pe Dose</u>			<u>1</u>	Seringa 10ml		
					Seringa 20ml		
					Sonda de Fioev		
					Sonda Endotraqueal		
					Sonda Nasogástrica		
				<u>1</u>	Sonda Uretal		
					Tubo para Aspiração		
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

*[Assinatura]*  
 Assinatura do Cirurgião

*[Assinatura]*  
 Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia



