



Número: **0160944-70.2022.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/11/2022**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE IVANILDO DA SILVA SANTOS (AUTOR)	CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO(A))
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
124120722	23/01/2023 16:04	ANEXO 3	Outros (Documento)

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² 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 / 56, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jeni Bráulio da Silva Santon inscrito (a) no CPF sob o Nº 719.699.064 / 13

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da vítima Jeni Bráulio da Silva Santon

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

Declaro Profissão: recebeira de Renda: recebeira de 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



DLDRL.001 V001/2017





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

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 SÃO 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 SÃO 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 SÃO FELIX, 48, SÍTIO MONTE DOS NEGROS /ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SÃO 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: **ALCOI/GASOL**

Complemento / Observação

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



Boletim de Ocorrência

SÍTIO 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 PRÓPRIA 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**)



05/04/202



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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: JOSE IVANILDO DA SILVA SANTOS
 Data Nasc.: 02/08/2001 Idade: 17
 CPF: RG:
 Endereço: SÍTIO SERRA DE ARES
 Bairro: Z RURAL
 CEP: 55665000 Fone: 98890830
 Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA
 Acompanhante:
 Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 487462

Prontuário: 334283

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA

Religião:

Cidade: CAMOCIM DE SAO FELIX

Profissão:

Nº: 0...
 Estado: PE
 12 MAI 2022
PROTOCOLO
 EMERGENCIA RECIFE

2 - ATENDIMENTO

Data: 23/02/2019 17:48

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

lesão no tornozelo direito, com TCC, dor no tornozelo direito, dor no tornozelo direito, dor no tornozelo direito

Exame Físico:

Ortopedia em repouso, desvendado em tempo hábil de exame em punho direito e com Enq.

Diag. Provisório:

Tx de Fratura Distal Esquerda

Ata de Consulta
 Antônio Raimundo L. Barreto
 CRM-PE: 10.557
 CPF: 149.002.832-74

Prescrição:

Dieta:

Horário

Data

Data	Prescrição	Horário
	<i>com Enq</i>	<i>PT/Plant</i>
	<i>O Paino de Tostox</i>	<i>PT/Plant</i>
	<i>Paino</i>	<i>PT/Plant</i>
	<i>com Enq</i>	<i>PT/Plant</i>
	<i>Solto Enq</i>	<i>PT/Plant</i>
	<i>com Enq</i>	<i>PT/Plant</i>
	<i>Solto oroloco de Car.</i>	<i>PT/Plant</i>

Dr. Luigi Paulo M. de M. A.
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM-PE 2244
 TEOT: 1542



SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: José Ivanildo da Silva Santos

35

Prontuário: 334283

Data: 23 / 02 / 19

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

~~Tumor de células ditais esquerda~~

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Alta sob orientação de Dr. Marcelo Capeta. Retornar em 15 dias

para acompanhamento de ortopedia p/ consulta q/ Dr. Mauricio

Pais

TRATAMENTO REALIZADO:

~~Ressecção de protuberância de fêmur esquerda em 17/02.~~

~~Fixação em placa de titânio em 29/02.~~

Alta Hospitalar: Data: 22 / 03 / 19

Hora: 10:00

Sévia Lopes
Médica
CRM PE 26199

Ass. do Médico e CRM
Carimbo





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA**

2 - CNES: **24274119**

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: _____

4 - CNES: _____

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **Jose VAMANDO de Jesus Santos**

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: **334283**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **8191800410222219413**

8 - DATA DE NASCIMENTO: **02/08/01**

9 - SEXO: Masc. 1 Fem. 3

10 - RAÇA/COR: _____

11 - NOME DA MÃE: **maria jose da silva**

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: _____

13 - NOME DO RESPONSÁVEL: _____

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: _____

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): **Sítio Serra de areia**

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Camocim do Sul**

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO: _____

18 - UF: _____

19 - CEP: _____

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: **Fx Fome Diston Brevem**

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: **Z = LÓDIGO. 040805009-8**

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): **JTB Cerebral**

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: **Fx Fome Diston Brevem**

24 - CID 10 PRINCIPAL: **S72.9**

25 - CID 10 SECUNDÁRIO: _____

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **Tuberculose**

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **0408050519**

29 - CLÍNICA: **Onco**

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: _____

31 - DOCUMENTO () CNS () JCPF: _____

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: _____

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: **Dr. Luigi Paolo M. de M. A. Freire**

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: **23/02/19**

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE (REGISTRO DO CONSELHO): **Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM PE 12242**

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 - CNPJ EMPRESA: _____

41 - SÉRIE: _____

42 - Nº DO BILHETE: _____

43 - CNAE DA EMPRESA: _____

44 - CBOR: _____

45 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____

47 - COD. 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): **Dr. Waldemir Soares de Almeida CRM 7169**

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO: **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: Rogério Akiva ANESTESISTA: Kebrin

NOME DO PACIENTE: José Francisco da Silva Santos

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tração Tranquilizante com Tranquilizante (E) PONTUAÇÃO FINAL: 10

ÍTEM DE AVALIAÇÃO	PONTUAÇÃO	NA ADMISSÃO	APÓS		
			1h	2h	3h
Respiração:					
● Capacidade de respirar profundamente e tossir	2	X			
● Esforço respiratório limitado (dispnéia ou imobilização)	1				
● Nenhum esforço espontâneo	0				
Circulação: Pressão arterial sistólica					
● > 80% do nível pré-anestésico	2	X			
● 50 a 80% do nível pré-anestésico	1				
● < 50% do nível pré-anestésico	0				
Nível de Consciência:					
● Responde verbalmente às questões/ orientado no espaço	2	X			
● Acorda quando chamado pelo nome	1				
● Não responde ao comando	0				
Coloração:					
● Coloração e aparência normais da pele	2	X			
● Coloração da pele alterada: pálida, escura, manchada, icterícia	1				
● Cianose evidente	0				
Atividade Muscular:					
Movimenta-se espontaneamente ou sob comando:					
● Capacidade de movimentar todas as extremidades	2	X			
● Capacidade de movimentar duas extremidades	1				
● Incapacidade em controlar qualquer extremidade	0				
Total:		<u>10</u>			

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

Observações:

Patrícia Veras
 enfermeira
 42328



Estado Geral:

Regular () Comprometido () Grave Normócorado () Hipócorado 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/02 () 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? *MSE*

SISTEMA GASTROINTESTINAL

Abdomen:

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

RHA:

() Presentes () Ausentes

SNG:

() Sim Não () P/ Gavagem () Sinfonagem

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*
 CIRURGIJA: *Frot- Femur E. (Traço)* CIRURGIÃO: *Dr. Hugo Alca*
 ANESTESIA: *sedação* ANESTESIOLOGISTA: *Dr. Felton*

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
<i>Sim</i>	Oxigênio			<i>L</i>	Agulha Descartável		
<i>27</i>	Água Destilada				Agulha para Pendura		
	Atropina				Agulha para Raqui		
	Bupivacaína				Atadura Gessada		
	Cefazolina 1g				Atadura Crepom		
	Clonidina				Cateter para Oxigênio		
	Dezametasona 4mg			<i>1</i>	Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%			<i>27</i>	Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida				Equipo para Soro		
	Neostigmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Gat Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço <i>Fint 4.0 e 2.0</i>		
	Ringer co Lactato				Fio de Algodão <i>4.0 e 3.0</i>		
<i>1</i>	Soro Fisiológico				Fio de Nylon		
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			<i>L</i>	Gase 7,5x7,5		
	Tenoxicam			<i>1</i>	Lâmina de Bisturi <i>99</i>		
<i>1</i>	<i>Propopal</i>				Luvas Estéreis 7,0		
					Luvas Estéreis 7,5		
<i>03</i>	<i>Tamoxifeno Dose</i>			<i>1</i>	Luvas Estéreis 8,0		
<i>03</i>	<i>Male Dose</i>			<i>1</i>	Seringa 5ml		
<i>03</i>	<i>Piro-pe Dose</i>			<i>1</i>	Seringa 10ml		
				<i>1</i>	Seringa 20ml		
					Sonda de Foie		
					Sonda Endotraqueal		
				<i>1</i>	Sonda Nasogástrica		
					Sonda Uretal		
					Tubo para Aspiração		
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

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

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
 Assinatura do Cirurgião

Elaine + Lenina
 Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia



0001

