

	<p>Protocolo Nº 20220517204606450</p> <p>Sua solicitação foi enviada à 1ª Vara Cível de Socorro da Comarca de NOSSA SENHORA DO SOCORRO em 17/05/2022 20:46 por KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, OAB 2592##SE.</p>
---	--

DADOS DO PROTOCOLO

Tipo de Protocolo: PETICIONAMENTO GERAL - Outras Petições

Processo: 202088000303

Classe: Procedimento Comum

Dados do Processo Origem			
Número 202088000303	Classe Procedimento Cível	Competência Comum	1ª Vara Cível de Socorro
Guia Inicial 202013301162	Situação ANDAMENTO	Distribuído Em:	19/02/2020

Partes		
Tipo	CPF	Nome
Requerente	03313732542	WILLIAMS SANTIAGO ANDRADE
Requerido		SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Anexos		
	Nome	Tipo
1	2737753_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01.pdf	Petição
2	2737753_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02.pdf	Outros documentos

ATENÇÃO!

1. Documentos produzidos eletronicamente serão considerados originais, para os efeitos da lei, devendo os originais dos documentos digitalizados ser preservados pelo seu detentor até o trânsito em julgado da sentença ou, quando admitida, até o final do prazo para interposição de ação rescisória.
2. Os documentos cuja digitalização seja tecnicamente inviável devido ao grande volume ou por motivo de ilegibilidade deverão ser apresentados ao cartório ou secretaria no prazo de 10 (dez) dias contados do envio de petição eletrônica comunicando o fato, os quais serão devolvidos à parte após o trânsito em julgado.
3. Ressalvados os casos de sigilo e segredo de justiça, os documentos digitalizados juntados em processo eletrônico somente estarão disponíveis para acesso por meio da rede externa para suas respectivas partes processuais, através dos seus advogados, e para o Ministério Público.
4. Caso haja impedimento para o registro do processo eletrônico pelo Juízo, a solicitação será devolvida ao Portal do patrono solicitante (advogado, defensor público ou promotor de justiça), a fim de que possa ser submetido à regularização.
5. Atualize o seu e-mail para o Sistema Push. Este serviço promove o envio de correspondência eletrônica, dando-lhe informações sobre o andamento dos processos ajuizados por Vossa Senhoria. Se for caso de vinculação posterior a processos, o cadastro deverá ser realizado através do Portal TJSE.

[Imprimir](#)



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE SOCORRO/SE

Processo: 202088000303

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **WILLIAMS SANTIAGO ANDRADE**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Houve pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais).

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: 10/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WILLIANS SANTIAGO ANDRADE

BANCO: 104
 AGÊNCIA: 03836
 CONTA: 000000004099-7

Nr. da Autenticação 2DC578CD85647634

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora, tendo sido produzido o laudo acostado.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na presente hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

- 1) Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda;
- 2) Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Ocorre que, não se mostra crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

Cumpre observar, que, em sede administrativa foi apurada invalidez correspondente a 25% por lesão neurológica, contudo, o laudo ora produzido traz uma conclusão que reconheceu uma invalidez total (100%), mesmo inexistindo qualquer prova desse agravamento.

Deve ser considerada a grande divergência nas conclusões, dado que naturalmente haveria a estagnação da invalidez ou até mesmo a melhora, mas jamais o agravamento.

A indicação da lesão mais abrangente a ponto de se equipara a um estado vegetativo, a partir da mera avaliação visual não se mostra suficiente, posto que não corroborada pela documentação acostada.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Os documentos não comprovam o agravamento da lesão bem como a necessidade de novos tratamentos ou procedimentos médicos que indicariam que a lesão não estava estabilizada, cabendo o acolhimento do laudo administrativo acostado e o pagamento efetuado, impondo-se a improcedência da demanda.

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

DA PLENA VIGENCIA DA LEI 11.482/07

DO LIMITE MÁXIMO INDENIZÁVEL

Em 31 de Maio de 2007, entrou em vigor a Lei 11.482/07, que alterou a Lei 6.194/74 e a Lei 8.441/92. Em seu art. 8º, encontra-se especificado os novos valores a serem adotados, no que tange à indenização oriunda do Seguro obrigatório DPVAT¹.

A legislação estabeleceu que, nos casos de invalidez permanente TOTAL o limite legal é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Assim, deve ser observado que a autora já recebeu outras indenizações à título de seguro DPVAT:

^{1x}Art. 8º Os arts. 3º, 4º 5º e 11 da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passam a vigorar com as seguintes alterações: "art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada: I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos) - no caso de morte; II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas. (...)."

- R\$ 8.100,00 (oito mil e cem reais) – em razão de sinistro ocorrido em 15/03/2015, processo adm nº 3151017428 e

- R\$ R\$ 3.375,00 – em razão de sinistro atual em 16/08/2018, processo adm nº 3151017428.

Logo, a vítima já recebeu um total de R\$ 11.475,00 (onze mil e quatrocentos e setenta e cinco reais).

Dessa forma, na remota hipótese de condenação, o valor a ser pago não poderá ser superior à diferença entre o teto legal estabelecido e o valor total das indenizações já recebidas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SOCORRO, 17 de maio de 2022.

**KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ
2592 - OAB/SE**

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/01/2016

NUMERO DO DOCUMENTO: 315101742803

VALOR TOTAL: 8.100,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WILLIANS SANTIAGO ANDRADE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03836

CONTA: 000000004099

Número da Autenticação

8DC090D7AED8300B

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3151017428

Cidade: Aracaju

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: WILLIANS SANTIAGO ANDRADE

Data do acidente: 15/03/2015

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 1º QUIRODÁCTILO DIREITO. FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E DA FÍBULA DIREITAS.

Descrição do exame médico pericial: NO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM AUSÊNCIA DO 1º QUIRODÁCTILO, PRESENÇA DE COTO CIRÚRGICO. MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE, COM AUXÍLIO DE MULETAS, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA, FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA, DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DO JOELHO E TORNOZELO DIREITOS.

Resultados terapêuticos: ADMITIDO NO HOSPITAL EM 15/03/2015 E RECEBEU ALTA NO DIA 25/04/2015. TRATADO COM CONFECÇÃO DE COTO CIRÚRGICO NA AMPUTAÇÃO DO 1º QUIRODÁCTILO, COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO NA FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E DA FÍBULA, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: Amputação do 1º quirodáctilo direito, Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 30/12/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Manoel Otacílio Nascimento Junior

CRM do médico: 1827

UF do CRM do médico: SE

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 membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			60 %	R\$ 8.100,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: DEQUITIER MACHADO

CRM do médico: 52.93843-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in cursive ink, appearing to read "Dequitier Evangelho Machado".

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **WILLIANS SANTIAGO ANDRADE** Sinistro: **3151017428** Data: **15/03/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua: Seis de Janeiro, , s/n, casa - Centro - Nossa Senhora do Socorro - SE - CEP 49160-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SE**] **3.163.138-0**

Data local do exame: [**30/12/2015**] **Aracaju** [**SE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 1º QUIRODÁCTILO DIREITO. FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E DA FÍBULA DIREITAS. NO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM AUSÊNCIA DO 1º QUIRODÁCTILO, PRESENÇA DE COTO CIRÚRGICO. MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE, COM AUXÍLIO DE MULETAS, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA, FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA, DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DO JOELHO E TORNOZELO DIREITOS.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

ADMITIDO NO HOSPITAL EM 15/03/2015 E RECEBEU ALTA NO DIA 25/04/2015. TRATADO COM CONFECÇÃO DE COTO CIRÚRGICO NA AMPUTAÇÃO DO 1º QUIRODÁCTILO, COLOCACÃO DE FIXADOR EXTERNO NA FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E DA FÍBULA, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LÉSÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Ampuração do 1º quirodáctilo direito, Limitação funcional do membro inferior direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Membro inferior direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):
1º quirodáctilo direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa (**X**) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Manoel Otacílio Nascimento Júnior
NOME: Manoel Otacílio Nascimento Júnior
CRM: 1827 SERGIPE



SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA DO HUSE



RELATÓRIO

NOME:

Willow Braga Andrade

O(a) paciente supracitado(a), foi internado(a), nesta unidade HUSE, dia 16/03/15

Tendo sido submetido(a) à tratamento cirúrgico de _____

Fratura exposta da tibia e fíbula
e luxação na articulação do joelho

, CID S82, devendo ficar afastado de suas atividades por tempo

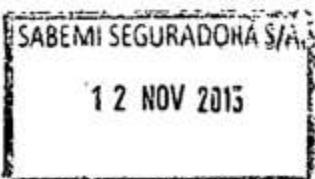
Determinado.

DOCUMENTO 4 *T4%*



Médico

Dr. Adilson Prado Lacerda
CRM 600
Ortopedia / Traumatologia



HOSPITAL SOUPHIERE DR. ALVES FILHO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 111300
Numero do CNS.....: 0000000000000000
Nome.....: WILLIANS SANTIAGO ANTUNADE
Documento.....:
Data de Nascimento: 27/07/1985 Idade: 29 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: LUIZ BARBOSA ANDRADA
Nome da Mae.....: GINAURA SAMIA
Endereco.....: PROX.RUA DO ALTO
Bairro.....:
Telefone.....:
Municipio.....: 28003-000 Cep.: 00000-000
Nacionalidade....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada.: 4 - EMERGENCIA N°. do BE: 1147163
Clinica.....: 918 - CENTRO CLINICO SRPA
Leito.....: 999.0223
Data da Internacao: 16/03/2014 *hol*
Hora da Internacao: 09:01
Medico Solicitante: 226.151.556-0 - DR. MARCIO DE CARVALHO SALOTTI
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: VCDSOUZA

INFORMACOES DE SAIDA

Proced. Realizado:

16/03 - *hol*

Dt. Hr Saída:

16/04 - *hol*

Especialidade:

Tipo de Saída:

CID Principal:

CID Secundario:

Principal:

Secundario:

Outro:

16/3 7/3 15/3
16/3 7/3 15/3

SABEMI SEGURADORA S/A

12 NOV 2015

Ref.: 30104115
(AME)

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE – HUSE

Paciente: Willian Santiago Andrade Idade: M
 Unidade de Produção: UPG Leito: Nº do Prontuário:

DATA	HORA	HISTÓRICO	
18/03	15	Psicólogo (Tardes)	
		<p>Paciente vítima de acidente de moto, submetido à cirurgia ortopédica na perna e mão, com perda (amputação) de parte do pulso. Realizada avaliação psicológica. Conscientemente, importante humor aborízante, apresentando sentimentos de dificuldade por ter perdido o dedo (amputado), preocupado com futuro laboral, nega de realidade discussões corrente. Realizadas intervenções de escuta, orientação e suporte emocional buscando auxílio na aceitação do ocorrido e expressar os sentimentos negativos que possivelmente dificulta no elaboração. Segue acompanhamento psicológico.</p> <p style="text-align: right;">Ticiane Melina C. A. Luz Souza Psicóloga CRP - 19/1325</p>	
		<p>Sentido Social</p> <p>Paciente calmo, Tranquilo, com acomodações agradáveis, alinhadas plausibilidades que apresentaram-se no leito, now-hisundo, e procedimento de se acomodarem.</p> <p style="text-align: right;">Ricardo de Souza Lima Assistente Social CREAS 1684</p>	
		12 NOV 2015	
29/10/15	15	Psicólogo (tarde)	
		<p>Recente em acompanhamento psicológico. Conscientemente, calmo, humor estabilizado, nega de realidades, discurso conexo, pensamentos e opiniões preservados. Refere bem estar, observa-se melhora do humor e aceitação pelo ocorrido. Estava acompanhado da conjugue que se mostrou edebatativa e aceitadora. Sem demanda pl. acompanhamento. Superado gradativamente perda de um dedo.</p> <p style="text-align: right;">Ticiane Melina C. A. Luz Souza Psicóloga CRP - 19/1325</p>	

EVOLUÇÃO NESSA

9/10/15 - a new L. ma sp.

卷之三

卷之三

DI Sérgio Capitão
e Traumatisma
Omelete e Churrasco
do CANTO

that on 10-20-00 - copy to file

Syr. Monk. Capital
S. S. T. & Co. ~~Manufacturing~~
Opposite ~~the~~ ~~Bank~~ ~~of~~ ~~India~~
Emilia 80. 325.

12 NOV 2013

110

Presente una fuerza armada demandada al Pte., comprendiendo
equivalente a media, que no ha sido enviada
al Perú. La situación es (enemiga) abrumadora. Nuevos de aviones y de
artillería de campo de infantería, en número de 10000
soldados. Los jefes de combate están formados y
en su mayoría tienen experiencia en combates. Fuerza naval
insuficiente para operaciones navales. Pueden tenerse
reservas, pero éstas permanecerán en muelles.

Psicología
CNP - 19/08/07

Dr. Sergio Ceballos

Wegbeschreibung der *Orthodoxie*

Q1224 2000-01-01 OK
Q1224 2000-01-01 OK

Int cirúrgico



ASSOCIAÇÃO DE SENSORES
NACIONAL DE FÉDICO DA SAÚDE



Fundação
Hospitalar
de Saúde

Evolução Multidisciplinar

Nome do Paciente: Willian Santiago Andrade

Idade: 23

Sexo: Masculino

Matrícula:

EVOLUÇÃO MÉDICA

16/04/15 / Crânio aberto - p. 125
entro / - 4d

(1) Dura-mater

*Dr. Michael Silveira Santos
Ortopedista Geral / Traumatologista
Cirurgião do Quadri
CRM-SE 2006 / TED 1.0007*

(2) Ligamento clavicular

SABEMI SEGURADORA S/A

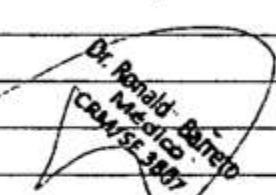
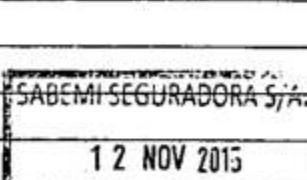
12 NOV 2013



EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE – HUSE

Nome do Paciente: William Santiago Andrade Idade: 29 a Sexo: M
Unidade de Produção: Leito: B-23 Nº do Prontuário:

DATA	HORA	HISTÓRICO
		<p># OPERADO: Paciente foi submetido ao abordamento da perna + fixação externa da tibia com fixador biplano.</p> <div style="text-align: right; margin-top: -20px;">  </div> <div style="text-align: right; margin-top: 50px;">  </div>

Registro de Enfermagem no Trans-Operatório

NOME	Williams Soárez		DIREÇÃO	PRONTUÁRIO	11307
RECEBIDO NA S.O. POR	Dominique + Boninho		DATA	16/03/05	SALA 03
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	ACORDADO	SONOLENTO	AGITADO	COMATOSO	
CIRCULANTE	Dominique		PROCEDÊNCIA		
ENTRADA S.O.	09h	INÍCIO DA ANESTESIA	09h	INÍCIO DA CIRURGIA	10h40
SAÍDA DA S.O.	h	FIM DA ANESTESIA	h	FIM DA CIRURGIA	h
CIRURGIÃO	Antônio		1º AUXILIAR	Sant	
ANESTESISTA			2º AUXILIAR		
INSTRUMENTADOR	afonsa		LATERALIDADE	() DIREITA () ESQUERDA () NA	
CIRURGIA PROPOSTA					
CIRURGIA REALIZADA	Rede de celofase de fibra (S)				

TÉCNICA ANESTÉSICA

GERAL VENOSA	GERAL INALATÓRIA	GERAL COMBINADA	GERAL BALANCEADA	RAQUIANESTESIA
PERIDURAL C/ CATETER	PERIDURAL S/ CATETER	SEDAÇÃO	BLOQUEIO DO PLEXO	LOCAL
TUBO ENDOTRAQUEAL () ORAL () NASAL	Nº:	TUBO ARAMADO	Nº:	MÁSCARA LARINGEA

ASSEPSIA

PVPI TÓPICO	PVPI ALCOÓLICO	PVPI DERGEMANTE	CLOREXID. ALCOÓLICA	CLOREXID. DEGERMANTE	CLOREXID. AQUOSA
-------------	----------------	-----------------	---------------------	----------------------	------------------

EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS

BOMBA DE INFUSÃO	DESFIBRILADOR	MONITOR CEREBRAL (BIS)	INTENSIFICADOR DE IMAGEM	MANTA TÉRMICA	MICROSCÓPIO
FIBROSCÓPIO	MONITOR CARDIÁCO	PA (NÃO INVASIVA)	PA (INVASIVA)	OXÍMETRO	CAPNÓGRAFO
FOCO AUXILIAR	FONTE DE LUZ	VIDEOLAPAROSCÓPIO	BRONCOSCÓPIO	OUTROS	

COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS

12 NOV 2010

BISTURI ELÉTRICO

CABEÇA	MSD	MSE	MIE	MIO	BIPOLAR	MONOPOLAR
--------	-----	-----	-----	-----	---------	-----------

	PLACA BISTURI.	COMPRESAS	
		GRANDES	
	LOCAL	ENTREGUE DEVOLVIDA	
	• ELETRODOS		
	‡ INCISÃO CIRÚRGICA		
	AVP D E	PEQUENAS	
	AVC D E	ENTREGUE DEVOLVIDA	
	GASOMETRIA: SIM () NÃO ()		

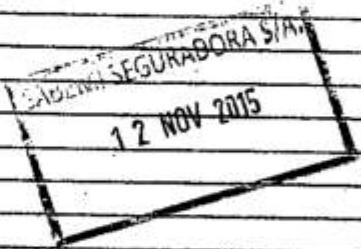
POSIÇÃO DO PACIENTE

DORSAL	VENTRAL	LAT. ESQ	LAT. DIR	CANIVETE	TRENDELEMBURG	LITOTOMIA
--------	---------	----------	----------	----------	---------------	-----------

ELABORADO PELOS ÁCADÊMICOS DE ENFERMAGEM DO 7º PERÍODO DA FACULDADE ESTÁCIO/FACE/2011/01 E 02 ORIENTADO

SONDAS - DRENOS - CÂNULAS									
SNG	Nº:	SNE	Nº:	FOGARTY	Nº:	TRAQUEÓSTOMO	Nº:	GUEDEL	Nº:
DRENOS		SUCCÃO	Nº			TÓRAX	Nº		PENROSE Nº
		ABDOMINAL	Nº			PIZZER	Nº		KHER Nº
		BLAKE	Nº			OUTROS			
PASSAGEM DA SONDA FOLLEY			- SEM RESTRIÇÃO			COM RESTRIÇÃO		VIAS	Nº:
FOLLEY	Nº:		FOLLEY SILICONE	Nº			SONDA NELATON (URETRAL)		Nº:
PASSADA POR							ANÁTOMO PATOLÓGICO	Nº PEÇAS	
SINAIS VITais									
FC (BPM)			86			86		61	
SpO2 (%)			88			89		89	
EPCO2 (mmHg)									
PA (mmHg)			120			120		121	
PAI (mmHg)			68	0		75		66	
FR (RPM)			20			20		19	
TEMP (°C)			36						

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

HORA	REGISTRO	AS
12:30	<i>Eugenio girded a tie across deck, gave estate notice, signed on behalf of his wife.</i>	AT
		

ENCAMINADO PARA:

**SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA DO HUSE
PRESCRIÇÕES DIÁRIAS**

B2.1

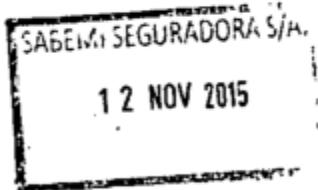
DATA: 20 / 04 / 2015

NOME: Willems Sonho de avo

DIAGNÓSTICO(S): 10. Egal. Piso. f.

~~EVOLUÇÃO MÉDICA~~

Wink.



Médico

LOV

HUSE	BOLETIM DE ANESTESIA			
PACIENTE				REGISTRO: 111300
UNIDADE CC	MEDICO.	LEITO.		
CIRURGIA PROGRAMADA Fixador Externo - Fratura M10 A menor		CIRURGIA REALIZADA	DATA 16/03/15	
ANESTESIOLOGISTA Dr. Flávio	TECNICA ANESTÉSICA Rasau.		MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA	
CIRURGIÃO Nilton Nélio + Sávio Lemos	AUXILIAR		ASA 1	
HORA DE INÍCIO 09:30	HORA DE TÉRMINO 11:45	ACESSO VENOSO MSE pul.	POSIÇÃO DOR	
(9) 15 30 45	(10) 15 30 45	(11) 15 30 45	(12) 15 30 45	(13) 15 30 45
AGENTES INHALATÓRIOS				
Fluticasone	99	60	99	99
Fluticasone	99	60	99	99
FLUIDOS				
CEC	ABCD EFGH	10 NOV 2015		
OUTROS				
MONITORIZAÇÃO				
MONITORIZAÇÃO		CONDICAO DE ALTA PARA CRPA		
PA NAO INVASIVA	OK	PVC	Anfetamina	
PA INVASIVA		TEMPERATURA	Isosorbida	
ELETROCARDIOGRAFIA	OK	DIURESE	Citalopram	
OXIMETRIA	OK	VENTILAÇÃO	Sibutramina	
CAPNOGRAFIA		PAM	Itraconazol	
AGENTES ANESTÉSICOS				
A) Sufentanil 12,5ug/DP SA		DOSE	ANTIBIOTICO PROFILAXIA	
B) Isoflamina 400ug SA			NOSE:	
C) Rocuronium 100ug			1. Dose as:	horas
D) Rocafin 0,2g IV APC			2. Dose as:	horas
E) Cipro 400mg IV			3. Dose as:	horas
F) Ampicilina 0,2g			OBSERVAÇÕES	
G) Profadol 100mg				
H) Zoflam 0,2g				
I) I do II: SOR 700mg - Infecção local				
DPA = DPA 1 g Klebsiella. Exams OK.				
J) PAF 1000mg			ENCAMINHADO PARA () UTI () UNIDADE	
junto questionado.			SCRMSE 3/2	

TÉCNICA: ① DPA + Isoflamina + Rocuronium + Fentanyl 12,5ug + APC + Sufentanil + ADF + BA + ② Princípios
 - vice versa 12-13 (2 doses) ③ Inf de A+S ④ SOR 700mg → VE ou 2 g c/inf



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: W. J. L. Souza Medrado

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO: Início de traqueia nas eras / Fisi. expira.

CIRURGIA REALIZADA: Ex. abd. traqueal RSE

TIB 16 3

CIRURGÃO: Dr. D. W. L. G.

AUXILIARES:

ANESTESIA: Bloq. locorregional ANESTESISTA:

DIAGNÓSTICO PÓS- OPERATORIO:

- CIRURGIA LIMPA CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA
 CIRURGIA CONTAMINADA CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSAO? SIM NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

- VIAS AEREAIS SUP. PULMONAR URINÁRIA ISNC YTGI
 CUTÂNEO AP. CARDIO-VASCULAR PLEURA OUTROS

DESCRICAÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Ressecção da BDH

Início e ant. expir.

Colocada de campo drgros

Debridamento de tecido devitalizado

Lavagem abundante com SFGX

Reduziu-se o risco de infecção tóxica

Rotura de rotula de m. quadríceps.

Sutura

Curso estabil.

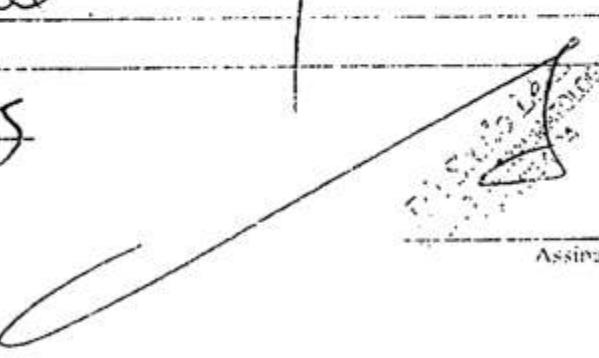
Debridamento da coto da putref. 1ºas áreas

- Lavagem abundante SFGX

- Se clareado, sutura do coto se amplia.

Curso estabil

DATA: 16/03/15


SABEMI SEGURADORA S/A

12 NOV 2015

RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS
CONSUMO DO HJAF/HUSE

PACIENTE: Willianes Santoro Acay RG 111300 DATA: 16/03/15
 CIRURGÃO: Dinton + Sand
 CIRURGIA: Red fr el Síndrome de Fibro (D)

ANESTESIOLOGISTA: _____ ANESTESIA: Raque CIRULANTE: Domingo

ANTAK	AMP	POMADA SULFA	TB	
ADRENALINA	AMP	POMADA COLAGENASE	TB	
ATROPINA	AMP	POMADA OFTÁLMICA	TB	
ÁGUA DESTILADA	AMP	PLASIL	AMP	
L-AMINOFILINA	AMP	REVIVAN	AMP	
CARBONATO DE SÓDIO	AMP	ROCEFIM	FR	02
CLORETO DE POTÁSSIO	AMP	SORO RINGER LACTATO	UND	02
CLORETO DE SÓDIO	AMP	SORO FISIOLÓGICO	UND	24
COLÍRIO	GTS	SORO GLICOFISIOLÓGICO	UND	
CEDILANIDE	AMP	SORO GLICOSADO	UND	
CLINDAMICINA	AMP	TRASAMIN	AMP	
CIPROFLOXACINO	UND	TRAMAL	AMP	
DECADRON	AMP	PROFENID	AMP	
DIPIRONA	AMP	<u>Gp 8</u> 400-8	UND	0
DIAZEPAN	AMP			
DIMORF	AMP			
DOLANTINA	AMP	ESMERON	FR	
DORMONID	AMP	ETOMIDATO	AMP	
EFORTIL	AMP	FENTANIL	FR	
FEDRINA	AMP	ISOFLURANO	ML	
FERNEGAN	AMP	PROPOFOL	AMP	
FLAGYL	UND	PAVULON	AMP	
GARAMICINA	AMP	QUELICIN	FR	
GLICOSE	AMP	KETALAR	FR	
GLUCONATO DE CÁLCIO	AMP	TRACRIUM	AMP	
HEPARINA	UND	MARCAÍNA 0,5% C	FR	
HIDROCORTIZONA	FR	MARCAÍNA 0,5% S	FR	
HIPOGLÓS	TB	NEOCÁINA PESADA	FR	
HISOCEL	UND	XILOCAÍNA 1% S/V	FR	
KEFLIN	FR	XILOCAÍNA 1% CA	FR	
LASIX	AMP	XILOCAÍNA 2% S/V	FR	
MANITOL 20%	UND	XILOCAÍNA 2% C/V 12 NOV 2015	FR	
NARCAN	AMP	XILOCAÍNA GELEIA	TB	
NILPERIDOL	AMP	XILOCAÍNA SPRAY	DOS	
ÁGUA OXIGENADA	ML	SERINGAS ML	UND	
AGULHA DE RAQUE N° 27	UND	SERRA DE GIGLE	UND	
AGULHA DESCARTÁVEL N° 40x12	UND	SONDA DE ASPIRAÇÃO N°	UND	

Luis Guilherme Santoro & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.881.623/0001-40 - Rio Claro / SP
Tel: (19) 3839-1400 - Info@SantoroInd.br

Lot: 053813 Código: AF351680
Pino Intramedular Ósseo - R x C x 4,5 x
200 x 1
Fabric.: 01/12/2014 Val.: 12/2019
Registro ANVISA N°: 80083650026
Material: Aço Inoxidável F. 138

Código: FG82209
Sistema de Fixação Óssea Santoro - Linek
Femur T 350 - Estéril
Fabric.: 24/11/2014 Val.: 11/2018
Registro ANVISA N°: 80083650031
Material: Aço Inox / Alumínio

Código: 053581
Sistema de Fixação Óssea Santoro - Linek
Femur T 350 - Estéril
Fabric.: 24/11/2014 Val.: 11/2018
Registro ANVISA N°: 80083650031
Material: Aço Inox / Alumínio

CNPJ: 04.881.623/0001-40 - Rio Claro / SP
Tel: (19) 3839-1400 - Info@SantoroInd.br

ÁGUA OXIGENADA	ML		SERINGAS ML	20, 15, 05	UND	02
ÁLCOOL 70%	ML	60	SONDA DE ALÍVIO N°		UND	
ALGODÃO ORTOPÉDICO	UND	02	SONDA NASOGÁSTRICA N°		UND	
ATAD. CREPOM	UND	10	SONDA NELATON N°		UND	
ATAD. GESSADA	UND	04	SONDA DE FOLLEY N°		UND	
BARRA DE ERICK	UND		TRAQUEÓSTOMO N°		UND	
BOLSA DE COLOSTOMIA	UND		TORNEIRINHA 3 VIAS		UND	
CAPA P/ MICROSCÓPIO	UND		TUBO ARAMADO N°		UND	
CATETER FORGATY N°	UND		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		UND	
CATETER. DE OXIGENIO N°	UND		FILTRO DE BARREIRA		UNI.	
CERA P/ OSSO	UND		FIOS			
CIMENTO ORTOPÉDICO	UND		ACIFLEX N°		UND	
CLOREXIDINA	ML		ALGODÃO C/AG N°		UND	
COLETOR DE URINA	UND		ALGODÃO S/AG N°		UND	
COMPRESSAS GR	UND	20	CAT GUT CROMADO S/AG N°		UND	
COMPRESSAS PQ	UND	10	CAT GUT SIMPLES C/AG N°		UND	
COTONETE	UND		CAT. GUT CROMADO C/AG N°		UND	
DRENO DE KHER N°	UND		CAT. GUT SIMPLES S/AG N°		UND	
DRENO DE PENROSE N°	UND		FITA CARDIÁCA N°		UND	
DRENO DE SUCÇÃO N°	UND		MONONYLON N°		UNDRMI SEGURADOURAS S/A	
DRENO DE TORAX N°	UND		MONONYLON N°		UND	
ELETRODOS	UND	05	PROLENE N°		12 NOV 2015	
EQUIPO	UND		VICRYL N°		UND	
EQUIPO DE SANGUE	UND					
ESCALPE N°	UND		EQUIPAMENTOS		USO	
ESCOVA DESCART.	UND	06	BISTURI ELETRICO		USO	
ESPARADRAPO	CM	40	CAPINÓGRAFO		USO	
ESTENSOR	UND		CARRO DE ANESTESIA		USO	
ÉTER	ML		DESFIBRILADOR		USO	
FORMOL 10%	ML		FURADEIRA		USO	2
GASE ALGODOADA	UND	02	FOCO CIRÚRGICO		USO	2
GASE SIMPLES	UND	100	INTENSIFICADOR () RX ()		USO	
GASE VASELINADA	UND		MONITOR CARDIÁCO		USO	2
GELCO N°	UND		MICROSCÓPIO		USO	
GEOFOAN	UND		NEGATOSCÓPIO		USO	
INTRA-CATH N°	UND		OXIMETRO DE PULSO		USO	2
LÂMINA DE BISTURI N°	UND	02				
LATÉX	UND		GASOTERAPIA			
LUVAS ESTER N° 7 8 8,5	UND	10	AR COMPRIMIDO		USO	
LUVAS PROCED	UND	10	NITROGÊNIO		USO	
MICROPORE	CM		OXIGÊNIO		USO	
PVPI DEGERMANTE	ML	60	PROTOXITO DE AZONIO		USO	
PVPI TÓPICO	ML	10	VÁCUO		USO	

ESPECIFICO DE PARAFUSOS

MATERIAL	REF.	QUANT.	MATERIAL	REF.	QUANT.
Armela PI/ Parafuso 3,5			Haste Bloqueada <input type="checkbox"/> Femur <input type="checkbox"/> Tibia <input type="checkbox"/> Umero		
Placa A/C Esternal Ped. Frangios 3,5			Parafuso para Haste Bloqueada		
Placa em T 3,5			Haste Bloqueada <input type="checkbox"/> Femur <input type="checkbox"/> Tibia <input type="checkbox"/> Umero		
Armela PI/ Parafuso 3,5			Parafuso Tamplão		
Placa em T/3 Tubular Ped. Frangios 3,5			Haste <input type="checkbox"/> Ender <input type="checkbox"/> Mini Ten <input type="checkbox"/> Ten		
Placa em Trevo 3,5			Fixação ()		
Placa de Reconstituição 3,5			Fixação Linear (Antebraço)		
Armela PI/ Parafuso 3,5			Fixação Linear (Umero)		
Placa A/C Estrela 4,5			Fixação Linear (Mão e Pe)		
Placa AC Larga 4,5			Fixação Linear (Femur/Mála)		
Placa Retângulo 4,5			Fixação Linear (Tibia)		
Placa Supera Condilar 4,5			Fixação Linear TP Presetion (Umero)		
Placa em L/T 4,5 <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Direita			Fixação Linear TP Presetion (Tibia)		
Placa Tubo Puddu <input type="checkbox"/> Femur <input type="checkbox"/> Femur			Fixação Articulada (TFP Collies)		
Parafuso Deslizante			Fixação Ilízavoy		
Parafuso de Compresão			Lamina de Carilagem		
Parafuso de Ossos			Lamina de Ossos		
Parafuso Transverso			Equipo. Multivis		
Pontaria de Rrafotrequência (Abdutor)			Parafuso de Interferencia		
Parafuso P/ Acetabulo			Agarre		
Acetabulo Bipolar			Ancoara Femoral (Endoprotese)		
Acetabulo Cimantado			Canula		
Restaurador de Kirschner			Angola		
Restaurador de Steltmann			Grampo de Blount		
Inserção Tibial			Fio de Cetradagm		
Componente Patelar			Fio de Slemann		
Componente Femoral			Base Bloqueada 3,5L		
Centrificador			SABERMISERADORA/S/A		
Cimento Ortopédico			Placa Bloqueada		
Stent Drapé			Placa NHOs 2015		
Kit Cimentação					

DESCRIGO DOS PRODUTOS UTILIZADOS

Nº 09005

ORTOPLAN SERGIPÉ LTDA - EPP
 AV. Rio Branco, 186 - ED. Oliveira Texeira - SÍLIA 817
 TEL/FAX: (79) 3222-0250 / 3222-0383 - CEP 49010-030 Aracaju - SE



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

Fundo Social
Hospital de
Sergipe

RASTREABILIDADE DE INTEGRADORES QUÍMICOS

NOME: Willians Santiago Andrade	
REGISTRO: 111300	DATA: 16-03-15 SALA: 03
CIRURGIÃO: André + Sand	
CIRURGIA: Red Orç/ Fissões sobre de Folia (S)	
ENFERMEIRO: Edson Souza	CIRCULANTE: D. Oliveira
INTEGRADORES QUÍMICOS	
 STEAM CHART 121°C - 17 min 134°C - 7 min P	
 STEAM CHART 121°C - 17 min 134°C - 7 min P	
 STEAM CHART 121°C - 17 min 134°C - 7 min P	
 SABEMI SEGURADORA S/A 12 NOV 2015	
Contribuição dos acadêmicos do 7º período de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe 2014.1. Orientação da Profª. Enfª. Espª. Luciana Lobo	

SERVICO DE CONTROLE DE INFECÇÃO / HOSPITAL DA CACHAMARCA / NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDIGAÇÃO ANESTÉSICA

Nome completo do paciente: <i>Williams Santiago Andrade</i>		Dados pessoais confirmados:
Registro: <i>1.11300</i>	Data da cirurgia: <i>16/03/15</i>	Equipe: <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Cirurgia que será realizada: <i>Red R. e S. laringe</i>		Prontuário: <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Lado/estrutura a ser operado (verificar marcação): <input type="checkbox"/> não se aplica		Paciente: <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não se aplica
Assinado termo de consentimento: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não se aplica		
Paciente em jejum: <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sem registro		
Alergia: <input type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não se aplica		

Oxímetro de pulso no paciente e em funcionamento: sim não - providenciar monitorizaçãoVia aérea difícil/ risco de aspiração: sim - checar/ providenciar equipamentos de emergência. nãoRisco de perda sanguínea: sim - providenciar acessos endovenosos adequados e checar/providenciar fluxos nãoMateriais dentro do prazo de validade: sim - fixar indicadores no prontuário não- providenciar materiais adequadosMateriais para implante na sala: sim não - providenciar materiais para implante não se aplica

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Nome do cirurgião: <i>Dinton + Sand</i>	DATA: <i>12 NOV 2015</i>	SABEMI SEGURADORA S/A: <i>SABEMI SEGURADORA S/A</i>
Nome do anestesista: <i>Isenor Pires</i>		

A equipe confirmou o nome do paciente, local e procedimento que será realizado: sim nãoPrevista perda sanguínea: sim não - Imagens essenciais disponíveis: sim não - providenciar não se aplica
 nãoMateriais para implante na sala: sim não não se aplica | Tempo previsto para cirurgia: _____Antibioticoprofilaxia realizado nos últimos 60 min? sim : não- administrar agora não se aplicaHorário de administração do ATB: *10:30* | Horário de inicio da cirurgia: _____

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÃO

Procedimento cirúrgico realizado: <i>Isenor Pires</i>	
Horário de término da cirurgia: _____	
Realizada contagem de compressas, agulhas e instrumentais: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não se aplica	
A amostra para biópsia foi identificada com o nome do paciente: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não - identificar agora <input type="checkbox"/> não se aplica	
Foi identificado algum problema com os equipamentos: <input type="checkbox"/> sim - providenciar manutenção/resolução <input type="checkbox"/> não	
Recomendação especial para o pós-operatório: <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Qual? <i>Manta m/s b. elenco</i>	
Assinatura/carimbo: <i>CD</i>	Data: <i>16-03-15</i>



GOVERNO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE SAÚDE

CENTRO CIRÚRGICO - SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA



500

NOME: Willian Santiago

ADMISSÃO: 08:30 h ALTA: h

PÓS-OPERATÓRIO DE: Red Encefálico

DATA: 16/03/18 De Silve (DT)

ANESTESIOLOGISTA: Jgor Prado

TIPO DE ANESTESIA: Roxane + BSL local

EM USO DE:

SNG	<input type="checkbox"/>	ml	OXÍMETRO	<input checked="" type="checkbox"/> <u>98%</u>
SV	<input type="checkbox"/>	ml	MONITOR	<input type="checkbox"/>
DRENOS	<input type="checkbox"/>	ml	CAPNÓGRAFO	<input type="checkbox"/>

OXIGENOTERAPIA MÁSCARA

 Início: 08:30 h Cateter

SOROTERAPIA Central Periférica

CURATIVO Limpo Úmido

SINAIS VITAIS								
HORA	0	15	30	45	45	60	90	ALTA
T	-							
P	<u>76</u>							
R	<u>20</u>							
PA	<u>120x80</u>							
SAT. O ₂	<u>98</u>							

DATA: / / ENCAMINHADO PARA: CASA

HORA: ANESTESIOLOGISTA: _____

ÍNDICE DE ALDRETE - KROLIK

MINUTOS	0	30	60	120	180
RESPIRAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>				
CIRCULAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>				
SATO	<input checked="" type="checkbox"/>				
ATIV. MUSCULAR	<input checked="" type="checkbox"/>				
CONSCIÊNCIA	<input checked="" type="checkbox"/>				
LAK	<input checked="" type="checkbox"/>				

AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE ALDRETE - KROLIK

RESPIRAÇÃO:	CIRCULAÇÃO:	
2 - Ação respiratória profunda e regular	2 - PA maior ou menor 20 valor Pré-Anestésico	
1 - Apneia ou inspiração limitada	1 - PA maior ou menor 25 a 50 valor Pré-Anestésico	
0 - Apneia	0 - PA maior ou menor 50 valor Pré-Anestésico	
SAT. O ₂ :	CONSCIÊNCIA:	ATIVIDADE MUSCULAR:
2 > 92% SAO;	2 - Despertar totalmente	2 - Apto a mover 4 extremidades
1 - 80% SAO;	1 - Despertar ao chama	1 - Apto a mover 2 extremidades
0 < 80% SAO	0 - Não responde a estímulos auditivos	0 - Apto a mover 0 extremidades

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

Despertar totalmente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Responde a estímulos auditivos	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Orientado no tempo e espaço	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>

RESPIRAÇÃO

Respirando livremente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Respiração limitada apneico	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Apneia	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>

NÁUSEAS / VÔMITOS

Ausente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
---------	------------------------------	------------------------------

NÍVEL DE COR

Ausente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
---------	------------------------------	------------------------------

ATIVIDADE MOTORA SOB COMANDO.

Mostrando-se como antes da cirurgia	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Capacidade de Ingerir Líquidos	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Sangramento	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>

INTERNAMENTO TRANSFERÊNCIA

ASS. ENF. / AUX. ENF. _____

SAIBEMI SEGURADORA S/A

12 NOV 2015

Wk Jnt.

HUSE	BOLETIM DE ANESTESIA							
PACIENTE:	Williams Santiago Andrade					REGISTRO:	111300	
UNIDADE:	MÉDICO						LEITO:	
CIRURGIA PROGRAMADA		CIRURGIA REALIZADA					DATA	
Exodon externo M1 D							16/04/15	
ANESTEsiOLOGiSTA	Raquel Amorim	TÉCNiCA ANESTÉSiCA	Kapni				MEDiCAÇÃO PRÉ-ANESTÉSiCA	
CiRURGiÃO	Soriano	AUXiLiAR	Ritz				ASA I	
HORA DE iNÍCiO	14:44	HORA DE TERMINO	15:10	ACESSO VENOSO	MSC JH 186	POSiÇÃO		
14:44	15 30 45	15:10	15 30 45	15 30 45	15 30 45	15 30 45	15 30 45	15 30 45
AGENTES iNHALATÓRiOS	Spinalgic 0,75% 0,75%							
FLUIDOS	RL RL 300 500							
CEC OUTROS	12 NOV 2015							
MONITORIZAÇÃO							CONDiÇÃO DE ALTA PARA CRPA	
MONITORIZAÇÃO	PA NAO iNVASiVA	✓	PVC	ICU 24h ASA I				
	PA iNVASiVA		TEMPERATURA	não aliciou				
	ELETROCARDiOGRAFiA	✓	DIURESE	igum dce				
	OXiMETRiA	✓	VENTiLACiÃO					
	CAPNOGRaFia		PAM					
AGENTES ANESTÉSiCOS		DOSE		ANTiBiOTiCO PROFiLAXiA		Ho		
(1) Dmacetomidina (W)		5mg		NAME				
(2) Fentanil (W)		100mcg		1 ^a . Dose as: horas				
(3) Bupivacaina (W)		10mg		2 ^a . Dose as: horas				
(4) Hidrocodone (W)		10mg		3 ^a . Dose as: horas				
(5) Kapanopeptin (W)		100mg						
Dr. Raquel Amorim Anestesiologista CRM-SE 4712				OBSERVACiOES				
				(1) monit. e gasos (2) tencelise				
				(3) bld doz 200ml (4) KOPuria -				
				fusofilia B 1000ml (5) bincake				
				20g 5% i.v. intercon. hemo				
				ENCAMiNHADO PARA () UTi () UNiDADe				



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Fundação
Hospitalar
de Saúde

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: William Santiago Andrade

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura do tubo + fratura do perito molar

CIRURGIA REALIZADA: Fixação externa do tubo + desbridamento da ferida

CIRURGIÃO: Dr. Ronald Barreto

AUXILIARES:

ANESTESIA:

ANESTESISTA

DIAGNÓSTICO PÓS- OPERATÓRIO:

- () CIRURGIA LIMPA () CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA
() CIRURGIA CONTAMINADA () CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? () SIM () NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

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

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. Anestesiou.
2. Colocou-se o comprimido cirúrgico anterior.
3. Retirada da fixação externa.
4. Desbridamento da ferida.
5. Fixação externa do tubo com fixador biológico.
6. Curativo.
- 7.

Dr. Ronald Barreto
Médico
CRM/SE/3000

SABEMI SEGURADORA S/A

12 NOV 2015

DATA: 16/09/2015

Assinatura do Cirurgião

MATERIAIS		QUANT	MATERIAIS		QUANT
ÁGUA OXIGENADA	ML		SERINGAS ML	20-4 10-2	UND
AGULHA DE RAQUE N° 27	UND	01	SERRA DE GIGLE		UND
AGULHA DESCARTÁVEL N° 30 X 8	UND	04	SONDA DE ASPIRAÇÃO N°		UND
ÁLCOOL 70%	ML	30	SONDA DE ALÍVIO N°		UND
ALGODÃO ORTOPÉDICO	UND		SONDA NASOGÁSTRICA N°		UND
ATAD. CREPOM 30	UND	03	SONDA NELATON N°		UND
ATAD. GESSADA	UND		SONDA DE FOLLEY N°		UND
BARRA DE ERICK	UND		TRAQUEÓSTOMO N°		UND
BOLSA DE COLOSTOMIA	UND		TORNEIRINHA 3 VIAS		UND
CAPA P/ MICROSCÓPIO	UND		TUBO ARAMADO N°		UND
CATETER FORGATY N°	UND		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		UND
CATETER. DE OXIGENIO N°	UND		FILTRO DE BARREIRA		UNID
CERA P/ OSSO	UND		FIOS		
CIMENTO ORTOPÉDICO	UND		ACIFLEX N°		UND
CLOREXIDINA	ML	100	ALGODÃO C/AG N°		UND
COLETOR DE URINA	UND		ALGODÃO S/AG N°		UND
COMPRESSAS GR	UND	10	CAT GUT CROMADO S/AG N°		UND
COMPRESSAS PQ	UND		CAT GUT SIMPLES C/AG N°		UND
COTONETE	UND		CAT. GUT CROMADO C/AG N°		UND
DRENO DE KHER N°	UND		CAT. GUT SIMPLES S/AG N°		UND
DRENO DE PENROSE N°	UND		FITA CARDÍACA N°		UND
DRENO DE SUCCÃO N°	UND		MONONYLON N°	SABEMI SEGURADORA S/A,	UND
DRENO DE TORAX N°	UND		MONONYLON N°		UND
ELETRODOS	UND	5	PROLENE N°	12 NOV 2015	UND
EQUIPO	UND	9	VICRYL N°		UND
EQUIPO DE SANGUE	UND		EQUIPAMENTOS		USO
ESCALPE N°	UND		BISTURI ELETRICO		USO
ESCOVA DESCART.	UND	06	CAPINÓGRAFO		USO
ESPARADRAPO	CM	30	CARRO DE ANESTESIA		USO
ESTENSOR	UND	01	DESFIBRILADOR		USO
ÉTER	ML		FURADEIRA		USO
FORMOL 10%	ML		FOCO CIRÚRGICO		USO
GASE ALGODOADA	UND		INTENSIFICADOR ()	RX ()	USO
GASE SIMPLES	UND	80	MONITOR CARDÍACO		USO
GASE VASELINADA	UND		MICROSCÓPIO		USO
GELCO N° 18	UND	01	NEGATOSCÓPIO		USO
GEOFOAN	UND		OXIMETRO DE PULSO		USO
INTRA-CATH N°	UND		GASOTERAPIA		USO
LÂMINA DE BISTURI N° 23	UND	01	LUVAS ESTER N° 7 7,5 8 8,5	AR COMPRIMIDO	USO
LATÉX	UND		UND	NITROGÊNIO	USO
LUVAS ESTER N° 7 7,5 8 8,5	UND	5+5	UND	OXIGÊNIO	USO
LUVAS PROCED	UND	10	UND	PROTOXITO DE AZONIO	USO
MICROPORE	CM		UND	VÁCUO	USO
PVPI DEGERMANTE	ML				
PVPI TÓPICO	ML				

RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS
CONSUMO DO HJAF/HUSE

PACIENTE: Williams Santiago Andrade RG 137300 DATA: 16/4/15
 CIRURGÃO: Dr. Ronald Barreto
 CIRURGIA: Fixador E. M. I. D

ANESTESIOLOGISTA: Dra. Raquel ANESTESIA: Raquel CIRCULANTE: Riton

ANTAK	AMP	POMADA SULFA	TB	
ADRENALINA	AMP	POMADA COLAGENASE	TB	
ATROPINA	AMP	POMADA OFTÁLMICA	TB	
ÁGUA DESTILADA	AMP	PLASIL	AMP	
AMINOFILINA	AMP	REVIVAN	AMP	
BICARBONATO DE SÓDIO	AMP	ROCEFIM	FR	
CLORETO DE POTÁSSIO	AMP	SORO RINGER LACTATO	UND	
CLORETO DE SÓDIO	AMP	SORO FISIOLÓGICO	500	04
COLÍRIO	GTS	SORO GLICOFISIOLÓGICO	UND	
CEDILANIDE	AMP	SORO GLICOSADO	UND	
CLINDAMICINA	AMP	TRASAMIN	SABEMI SEGURADORA S/A	AMP
CIPROFLOXACINO	UND	TRAMAL		AMP
DECADRON	AMP	PROFENID	12 NOV 2015	AMP
DIPIRONA	AMP			
DIAZEPAN	AMP			
DIMORF	AMP	ANESTESICOS		
DOLANTINA	AMP	ESMERON	FR	
DORMONID	AMP	01 ETOMIDATO		AMP
EFTORTIL	AMP	FENTANIL	FR	01
EFEDrina	AMP	ISOFLURANO	ML	
FERNEGAN	AMP	PROPOFOL		01
FLAGYL	UND	PAVULON		AMP
GARAMICINA	AMP	QUELICIN	FR	
GLICOSE	AMP	KETALAR	FR	
GLUCONATO DE CÁLCIO	AMP	TRACRIUM		AMP
HEPARINA	UND	MARCAÍNA 0,5% C/V	FR	
HIDROCORTIZONA	FR	MARCAÍNA 0,5% S/V	FR	
HIPOGLÓS	TB	NEOCAÍNA PESADA	FR	01
HISOCEL	UND	XILOCAÍNA 1% S/V	FR	
KEFLIN	FR	XILOCAÍNA 1% C/V	FR	
LASIX	AMP	XILOCAÍNA 2% S/V	FR	
MANITOL 20%	UND	XILOCAÍNA 2% C/V	FR	
NARCAN	AMP	XILOCAINA GELEIA	TB	
NILPERIDOL	AMP	XILOCAINA SPRAY	DOS	

HOSPITAL



ORTOPLAN SERGIPE LTDA - FEP

Av Rio Branco, 186 - Ed. Oviedo Telzheim - Centro

Centro, 166 - Ed. Oviedo Teixeira - Sala 817
Telefax: (79) 3222-0250 / 3222-0383 - CEP 49010-030 Aracaju - SE

PACIENTE: Wellerson S. Andrade

Nº DA DIN.

DATA DA CIRURGIA: 16/01/15

CIRURGIÃO: J. L. Ferreira

PRONTUÁRIO N°

CONVÉNIO: SUS

PROCEDIMENTO:

DESCRÍÇÃO DOS PRODUTOS UTILIZADOS

Nº 09355

PRODUTOS UTILIZADOS				Nº 09355	
MATERIAL	REF.	QUANT.	MATERIAL	REF.	QUANT.
Arruela p/ Parafuso 3,5			Haste Bloqueada <input type="checkbox"/> Femur <input type="checkbox"/> Tibia <input type="checkbox"/> Umero		
Placa em T 3,5			Pararafuso para Haste Bloqueada		
Placa A/C Estreita Peq. Fragtos 3,5			Pararafuso Tampão		
Placa 1/3 Tubular Peq. Fragtos 3,5			Haste <input type="checkbox"/> Ender <input type="checkbox"/> Mini Ten <input type="checkbox"/> Ten		
Placa em Trevo 3,5			Fixador ()		
Placa de Reconstrução 3,5			Fixador Linear (Antebraço)		
Arruela p/ Parafuso <input type="checkbox"/> 4,5 <input type="checkbox"/> 6,5			Fixador Linear (Úmero)		
Placa A/C Estreita 4,5			Fixador Linear (Mão e Pé)		
Placa A/C Larga 4,5			Fixador Linear (Femur/Tibia)		
Placa Ponte Larga 4,5			Fixador Linear (Fêmur)		01
Placa Semitubular 4,5			Fixador Linear (Tibia)		
Placa Reta Maleável 4,5			Fixador Linear TP Preston (Tibia)		
Placa Supra Condilar 4,5			Fixador Linear TP Preston (Úmero)		
Placa em L/T 4,5 <input type="checkbox"/> Direita			Fixador Linear TP Preston (Fêmur)		
Placa Tipo Puddu <input type="checkbox"/> Fêmur			Fixador Articulado (TP Colles)		
Placa Tubo Richards <input type="checkbox"/> 95°			Fixador Ilizarov		
Parafuso Deslizante			Lâmina de Cartilagem		
Parafuso de Compressão			Lâmina de Osso		
Prótese Thompson			Equipo p/ Bomba Infusão		
Parafuso p/ Acetáculo			Equip. Multivias		
Acetáculo Bipolar			Ponteira de Radiofrequência (Ablator)		
Acetáculo N/Cimentado			Parafuso Transverso		
Acetáculo Cimentado			Parafuso de Interferência		
Inserto do Acetáculo			Agrafe		
Cabeça Intercambiável			Âncora Femural (Endoboton)		
este			Âncora		
Centralizador			Cânula		
estritor de Cimento			Fio de Kirschner		
Componente Femoral			Fio de Steinmann		
erto Tibial			Fio de Cerclagem		
se Tibial			Grampo de Blount		
Componente Patelar			Placa Bloqueada 3,5 ()		
ape			Placa Bloqueada 4,5 ()		
Ortopédico			Placa Titânio () ()		
entação			Placa Pedus		
PRODUTO DE USO ÚNICO - NÃO REUTILIZAR - VER INSTRUÇÕES DE USO				SABEMISSEGURADORA S/A	
LOTE: 35480	FAB: 12/02/2015	VCTO: 12/02/2018	12 NOV 2015		
AÇO INOX	QTDE: 01	ESTÉRIL: ÓXIDO DE ETILENO			
REG. ANVISA NUM.: 800006480013	RESP. TÉC.: FÁBIO LUIS GROPO	CREA: 25.922/D/PE			
01018-89-0000350 FIXADOR LINEAR P/ FÉMUR PINO 5,0 mm HASTE 350 mm					
DATA ORIGEM: 08/02/2015 FABRICANTE: DYNACORP IND. E COM. DE MATERIAIS MEDICOS LTDA					
Av. Maria Rosa Coimbra, 100 Centro - São Paulo - SP - CEP: 01311-000 Fone/Fax: (11) 3334-2066 - REG. MS-800-056-000					
ONIX www.onix.com.br					

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

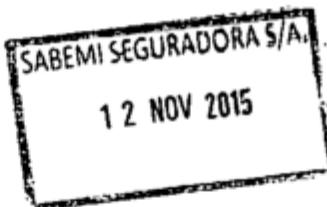
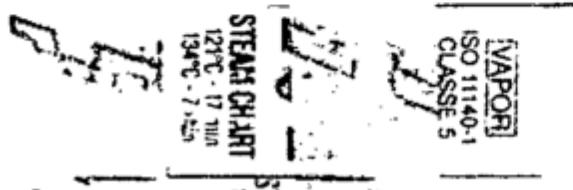
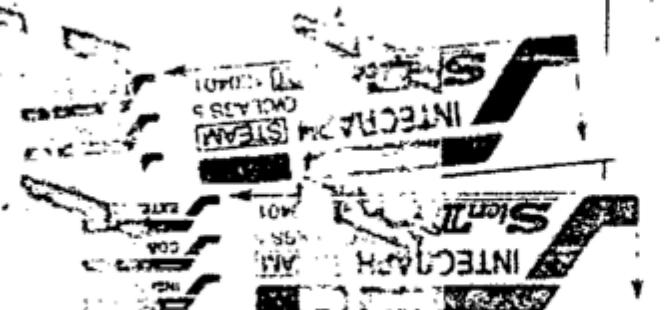
ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS									
USO CAL	Nº MM	OTD					PARAFUSO TITANIO CORTICAL	Nº MM	OTD
JSO CAL	3,5MM	QTD					PARAFUSO TITANIO CORTICAL	Nº MM	OTD
JSO JOZO	4,0MM	QTD					PARAFUSO TITANIO BLOQUEADO	Nº MM	OTD
ISO AL	4,5MM	QTD					PARAFUSO TITANIO BLOQUEADO	Nº MM	OTD
SD AR	5,5MM	QTD					PARAFUSO AÇO TIT CANULADO 3,5	Nº	OTD
SO ESPONJ. RTA	Nº	QTD					PARAFUSO AÇO TIT CANULADO 4,5	Nº	OTD
SO ESPONJ. R3	Nº	QTD					PARAFUSO AÇO TIT CANULADO R/16	Nº	OTD
SO PGE II	Nº	QTD					PARAFUSO AÇO TIT CANULADO R/32	Nº	OTD

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

RASTREABILIDADE DE INTEGRADORES QUÍMICOS

NOOME:	Williams Santiago Andrade		
REGISTRO:	111300	DATA:	16-4-15
CIRURGIÃO:	Dr Ronald		
CIRURGIA:			
ENFERMEIRO:	Paloma	CIRCULANTE:	Rita

INTEGRADORES QUÍMICOS



Contribuição dos acadêmicos do 7º período de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe 2014.1.
Orientação da Profª. Enfª. Espª. Luciana Lobo



HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE SERGIPE



SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR / NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE
LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA		Dados pessoais confirmados:
Nome completo do paciente: <i>Williams Santiago Andrade</i>	Registro: <i>111300</i> Data da cirurgia: <i>16/4/2015</i>	
Cirurgia que será realizada:		Equipe: (<input checked="" type="checkbox"/>) sim (<input type="checkbox"/>) não
Lado/estrutura a ser operado (verificar marcação): (<input type="checkbox"/>) não se aplica		Prontuário: (<input checked="" type="checkbox"/>) sim (<input type="checkbox"/>) não
Assinado termo de consentimento: (<input type="checkbox"/>) sim (<input type="checkbox"/>) não (<input type="checkbox"/>) não se aplica		Paciente: (<input checked="" type="checkbox"/>) sim (<input type="checkbox"/>) não (<input type="checkbox"/>) não se aplica
Paciente em jejum: (<input checked="" type="checkbox"/>) sim (<input type="checkbox"/>) não (<input type="checkbox"/>) sem registro		
Alergia: (<input type="checkbox"/>) sim (<input checked="" type="checkbox"/>) não (<input type="checkbox"/>) não se aplica		
Oxímetro de pulso no paciente e em funcionamento: (<input type="checkbox"/>) sim (<input type="checkbox"/>) não – providenciar monitorização		
Via aérea difícil/ risco de aspiração: (<input type="checkbox"/>) sim – checar/ providenciar equipamentos de emergência (<input type="checkbox"/>) não		
Risco de perda sanguínea: (<input type="checkbox"/>) sim – providenciar acessos endovenosos adequados e checar/providenciar fluidos (<input checked="" type="checkbox"/>) não		
Materiais dentro do prazo de validade: (<input checked="" type="checkbox"/>) sim – fixar indicadores ao prontuário (<input type="checkbox"/>) não- providenciar materiais adequados		
Materiais para implante na sala: (<input checked="" type="checkbox"/>) sim (<input type="checkbox"/>) não – providenciar materiais para implante (<input type="checkbox"/>) não se aplica		
ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA		
Nome do cirurgião: <i>Dr Ronald Bonato</i>	SEGURADORA S/A: <i>AMAZONAS</i>	
Nome do anestesista:	Data: <i>12 NOV 2015</i>	
A equipe confirmou o nome do paciente, local e procedimento que será realizado: (<input checked="" type="checkbox"/>) sim (<input type="checkbox"/>) não		
Prevista perda sanguínea: (<input type="checkbox"/>) sim (<input checked="" type="checkbox"/>) não	Imagens essenciais disponíveis: (<input checked="" type="checkbox"/>) sim (<input type="checkbox"/>) não – providenciar	(<input type="checkbox"/>) não se aplica
Materiais para implante na sala: (<input checked="" type="checkbox"/>) sim (<input type="checkbox"/>) não (<input type="checkbox"/>) não se aplica	Tempo previsto para cirurgia: _____	
Antibioticoprofilaxia realizado nos últimos 60 min? (<input type="checkbox"/>) sim (<input type="checkbox"/>) não- administrar agora (<input type="checkbox"/>) não se aplica		
Horário de administração do ATB: _____	Horário de início da cirurgia: _____	
ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÃO		
Procedimento cirúrgico realizado: <i>Fixação E.M.I.D</i>		
Horário de término da cirurgia: <i>15.10</i>		
Realizada contagem de compressas, agulhas e instrumentais: (<input type="checkbox"/>) sim (<input type="checkbox"/>) não (<input type="checkbox"/>) não se aplica		
A amostra para biópsia foi identificada com o nome do paciente: (<input type="checkbox"/>) sim (<input type="checkbox"/>) não – identificar agora (<input type="checkbox"/>) não se aplica		
Foi identificado algum problema com os equipamentos: (<input type="checkbox"/>) sim – providenciar manutenção/resolução (<input checked="" type="checkbox"/>) não		
Recomendação especial para o pós-operatório: (<input type="checkbox"/>) sim (<input type="checkbox"/>) não		
Qual?		
Assinatura/carimbo:	Data:	<i>16-4-2015</i>



CENTRO CIRÚRGICO – SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Fundação
Hospitalar
de Saúde

GOLPEADO DE SOROCABA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME: Gillians Santiago Andrade

ADMISSÃO: _____ h ALTA: _____ h

PÓS-OPERATÓRIO DE: fixação extensão MJD

DATA: 16/04/14

ANESTESIOLOGISTA: Raquel Amorim

TIPO DE ANESTESIA: Regional

EM USO DE:

SNG _____ ml OXÍMETRO

SV _____ ml MONITOR _____

DRENOS _____ ml CAPNÓGRAFO _____

OXIGENOTERAPIA Máscara Cateter

Inicio: _____ h Término: _____ h

SOROTERAPIA Central Periférica

CURATIVO Limpo Úmido

SINAIS VITAIS								
HORA PARÂMETROS	0	15	30	45	45	60	90	ALTA
T					ON			
P					50Z			
R					25			
PA								
SAT. O ₂								

DATA: 16/04/15 ENCAMINHADO PARA: CASA

HORA: 17h ANESTESIOLOGISTA: Dra. Raquel Amorim
Anestesiologista
CRM-SE 4712

Alta CNA

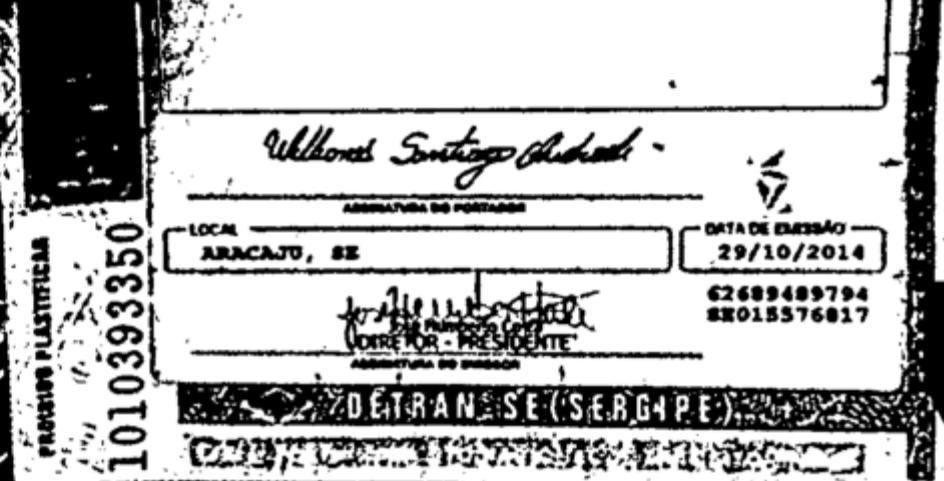
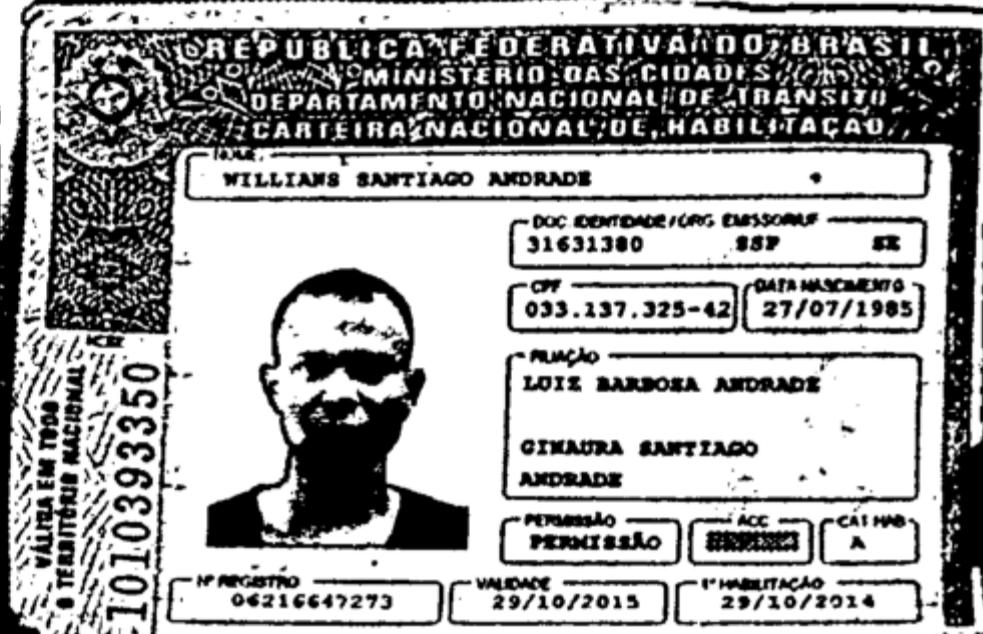
ÍNDICE DE ALDRETE - KROLIK					
MINUTOS	0	30	60	120	180
RESPIRAÇÃO					
CIRCULAÇÃO					
SATO					
ATIV. MUSCULAR					
CONSCIÊNCIA					
LAK					
AValiação do Índice de Aldrete - Krolik					
RESPIRAÇÃO			CIRCULAÇÃO		
2 - Agito respiratório profundo e tussi	2 - PA mais ou menos 20 valor Pré-Anestésico				
1 - Depressa ou respiração limitada	1 - PA mais ou menos 25 a 50 valor Pré-Anestésico				
0 - Apneia	0 - PA mais ou menos 50 valor Pré-Anestésico				
SAT. O ₂ :			CONSCIÊNCIA:		
2 - > 97% S/O ₂	2 - Desperto totalmente	2 - Apto a mover 4 extremidades			
1 - > 95% S/O ₂	1 - Desperto só chama	1 - Apto a mover 2 extremidades			
0 - < 90% S/O ₂	0 - Não responde a estímulos auditivos	0 - Apto a mover 0 extremidades			
ATIVIDADE MUSCULAR:					
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA					
Desperta totalmente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>			
Responde a estímulos auditivos	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>			
Orientado no tempo e espaço	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>			
RESPIRAÇÃO					
Respirando livremente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>			
Respiração limitada despropto	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>			
Apneia	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>			
NÁUSEAS / VÔMITOS					
Absent	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>			
NÍVEL DE COR					
Absent	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>			
ATIVIDADE MOTORA SOB COMANDO					
Mostrando-se como antes da cirurgia	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>			
Capacidade de ingerir líquidos	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>			
Sangramento	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>			
INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/>					
ASS. ENF. / AUX. ENF. _____					

DOCUMENTO S "T5%"



SABEM SEGUROADORA S/A

12 NOV 2015





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Williams Santiago Andrade PORTADOR(A) DO RG N° 31631380 EXPEDIDO POR SS P/SE EM 29/10/16 E CPF 033137329-42 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO funcionário E RENDA MENSAL DE R\$ 500,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Williams Santiago A. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FACIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomenda-se a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 041 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0003 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 06410-3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

DOCUMENTO 1 **T1%**

Gloria 08 de 11

LOCAL E DATA

de 15

Williams Santiago Andrade

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - SAA AG. NOSSA SENHORA DA G
DATA: 04/11/2015 HORA: 16:30:43
TERMINAL: 33031001 CONTROLE: 330310010457

COMPROVANTE DE
TRANSFERÊNCIA DE VALORES

REMETENTE

CGC/AGÊNCIA : 3303 / NOSSA SENHORA DA GLO
CONTA : 013.00.006.410-3
NOME : JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

FAVORECIDO

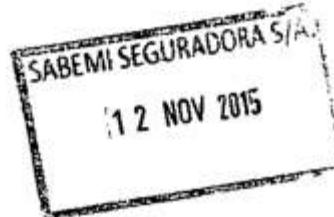
CGC/AGÊNCIA : 3836 / ARACAJU NORTE
CONTA : 013.00.004.099-7
NOME : WILLIANS SANTIAGO ANDRADE

VALOR : 5,00

DATA DE EFETIVACAO : 04/11/2015

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30
MINUTOS.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL



DELEGACIA ESP. DE DELITOS DE TRÂNSITO
RUA RUA LARANJEIRAS - ATÉ 1022/1023, CENTRO FONE:(0) (79)3198-1120
Boletim de Ocorrência 2015/06515.0-000642 - Alterado

DELEGACIA RESPONSÁVEL

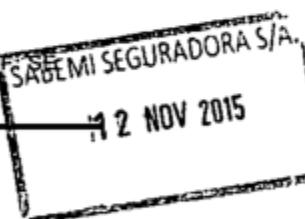
Nome: DELEGACIA ESP. DE DELITOS DE TRÂNSITO
Endereço: RUA RUA LARANJEIRAS - ATÉ 1022/1023, CENTRO FONE:(0) (79)3198-1120

FATO

Natureza: LEI 9.503/97 - LESAO CORPORAL CULPOSA NA DIRECAO DO VEICULO
Data e Hora do Fato: 15/03/2015 - 21:30 até 15/03/2015 - 21:30
Endereço: RUA JOSÉ SAMPAIO, CONJ. CASTEL Número: Complemento: CEP: 49000-000
Bairro: Ponto Novo Cidade: ARACAJU - SE Circunstância: DELEGACIA PLANTONISTA DE ARACAJU
Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: OUTRO

NOTICIANTE

Nome: LUIZ BARBOSA ANDRADE
Nome do pai: ANTONIO JOSÉ BARBOSA Nome da mãe: OTILIA ANDRADE
Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 2821249 UF: SE Órgão expedidor:
Naturalidade: ARACAJU Data de nascimento: 15/05/1954 Sexo: Masculino Cor da cutis: Parda
Profissão: PINTOR Estado civil: Casado Grau de instrução: 1º Grau Completo
Endereço: RUA 6 DE JANEIRO Número: 03 Complemento: LOTEAMENTO ROSA DE MAIO
CEP: 49.160-000 Bairro: ROSA DE MAIO Cidade: NOSSA SENHORA DO SOCORRO UF: SE
Proximidades: Telefone: 8151-1409

**VÍTIMA**

Nome: CHARLENE SANTOS GOMES
Nome do pai: JCSE DOS SANTOS GOMES Nome da mãe: AGUIANALVA DOS SANTOS GOMES
Pessoa: CPF/CGC: RG: 30472504 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE
Naturalidade: LAGARTO Data de nascimento: 10/12/1991 Sexo: Feminino Cor da cutis: Não informado
Profissão: DOMÉSTICA Estado civil: Solteiro Grau de instrução: Não informado
Endereço: RUA 06 DE JANEIRO Número: 03 Complemento: LOTEAMENTO ROSA DE MAIO
CEP: 49.160-000 Bairro: ROSA DE MAIO Cidade: SOCORRO UF: SE
Proximidades: Telefone:

VÍTIMA

Nome: WILLIANS SANTIAGO ANDRADE
Nome do pai: LUIZ BARBOSA ANDRADE Nome da mãe: GINAURA SANTIAGO ANDRADE
Pessoa: Física CPF/CGC: 033.137.325-42 RG: 316313801 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE
Naturalidade: ARACAJU Data de nascimento: 27/07/1985 Sexo: Masculino Cor da cutis: Não informado
Profissão: PEDREIRO Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 1º Grau Incompleto
Endereço: RUA 06 DE JANEIRO Número: 03 Complemento: LOREAMENTO ROSA DE MAIO
CEP: 49.160-000 Bairro: ROSA DE MAIO Cidade: NOSSA SENHORA DO SOCORRO UF: SE
Proximidades: Telefone:

PERÍCIAS E ATENDIMENTO HOSPITALAR

Perícia: IML Guia de Exame
Descrição: I corporal - CHARLENE SANTOS GOMES

Perícia: IML Guia de Exame
Descrição: I corporal - WILLIAMS SANTIAGO ANDRADE

HISTÓRICO

O noticiante disse que no dia hora e local acima citados, seu filho WILLIAMS SANTIAGO ANDRADE conduzia uma motocicleta quando o carro PLACA IAN-8307, avançou a preferencial da motocicleta, ocasionando uma colisão, com o impacto seu filho e a carona da motocicleta sra. CHARLENE SANTOS GOMES, perderam o equilíbrio e caíram na via, sofrendo escoriações. Informando que seu filho sofreu uma fratura na perna direita e a sra. Charlene sofreu escoriações diversas pelo corpo, ambos foram encaminhados para o Hospital de Urgência de Sergipe, através do SAMU, seu filho permanece internado e a sra. Charlene recebeu atendimento médico, ficou em observação e recebeu alta médica. Informa ainda que a motocicleta sofreu danos materiais diversos, sendo que o condutor do carro responsável pela colisão se evadiu sem prestar socorro às vítimas.

Acrescentado por Anuzia Lima de Jesus Santos - 19/03/2015 às 12:28
QUE A PLACA DA MOTOCICLETA É QKN 2343, DE MARCA HONDA/POP 100, DE COR VERMELHA, CHASSI 9C2HBO210ER467807,
LICENCIADA EM NOME DE WILLIAMS SANTIAGO ANDRADE; QUE O NOME DO FILHO DO NOTICIANTE É WILLIAMS SANTIAGO
ANDRADE..

Acrescentado por Anuzia Lima de Jesus Santos - 31/03/2015 às 12:13
QUE A PLACA DA MOTOCICLETA É QKN 7343; QUE O NOME DO FILHO DO NOTICIANTE É WILLIAMS SANTIAGO ANDRADE.

Acrescentado por Anuzia Lima de Jesus Santos - 30/06/2015 às 16:43
RELATA O NOTICIANTE VÍTIMA WILLIAMS SANTIAGO ANDRADE QUE TEVE O SEU POLEGAR DIREITO AMPUTADO EM
DECORRÊNCIA DO ACIDENTE.

Data e hora da comunicação: 17/03/2015 às 14:13
Responsável pela comunicação: Anuzia Lima de Jesus Santos

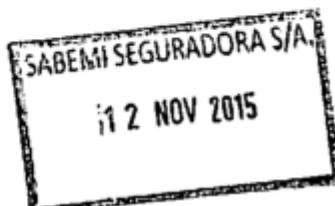
,Última Alteração: 30/06/2015 às
16:45.

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

LUIZ BARBOSA ANDRADE
Responsável pela comunicação

Mário de Carvalho Leony
Delegado(a) de Polícia


Anuzia Lima de Jesus Santos
Responsável pelo preenchimento



HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

ID: 1147163

DATA: 15/03/2015 HORA: 22:59

USUARIO: CECOOLAR

SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: WILLIANS SANTIAGO ANDRADE

IDADE: 29 ANOS NASC: 27/07/1985

ENDERECO: PROX.RUA DO ACRE

BAIRRO:

CIDADE: ARACAJU

DOC...:

SERV...:

NUMERO:

PLANO DE SAUDE: LUIZ BARBOSA ANDRADE

UF: SE CEP...:

/GINAURA SANTIAGO

TEL....:

RESPONSAVEL: SAMU

PROCESSIONAL: ARACAJU - CAPITAL

ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)

CASO POLICIAL: NAO

AVOID. /TRABALHO: NAO

PLANO DE SAUDE: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: NAO

TRAUMA: NAO

PULSO: [] TEMP.: [] FEGO: []

COMPLEMENTARES: [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

EXPLICAÇÃO DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

ANAMISES INICIAIS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

Paciente vítima de quebra o/maior cíclito traseiro falso falso SAMU 112 Piscinelli, Rua Dr.
de propriedade de um MTD e Moço D., fazia uso de cachaça. Nega ferimento
Vomito e náusea. Consciência clara. Avisou tiver parado. O exame exat. (1) PUPILA
S/IR. (2) Pulso F. per. 27.300. (3) ECG = 15 pulsos fuscácia / fuscófisca. (4) fratura em
MOTOCICLETA ENFERMAGEM: MID e Em não se encontra. Reunião OK!

DOCUMENTO 3 "T3%"



Pediatria

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDIDA

- (1) SED. 1000-0, EV. 500 500
 (2) Dipirona 500 + 400, EV 23.25.
 (3) Tramadol 100-75 mg 1.5/6,91.
 (4) SAE 1 caps. 750
 (5) Paracetamol 2g-1000 mg ditta

SABEMI SEGURADORA S/A

12 NOV 2015

HORA DA FAIXA:

[] DES ATIV.

RECISÃO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASÃO
 ENCERADO AO AMBULATORIO
 NO proprio HOSPITAL (SETOR):

TRANSMISSÃO (UNIDADE DE SAUDE):

ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA
 Dr. Petrólio E. Medico
 11/03/2015

IML [] A.D.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO HOSPITAL

6 Málisse d ortopedista

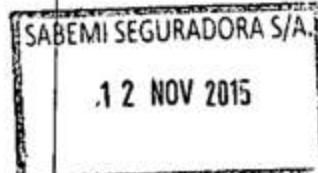
D. 15.03.15
 P.

Radicile :
Rox x de l.p.
Rox x de foros
Rox x de Pulpa
Rox x de Pana D.
Rox x de Pulp + Pani D.

Dr. Peláez
Medico
16/10/15

4:00 h - Paciente sr. queixa de dor
Aguarda S.O. da Ortopédica

- ① Profund 60g + 10ml 5% Fort. 4:10
② Dipirone 500g + AD 4:50 16/103
③ Nicta Zeta



S.O.

ERTOPMA CA - Prioridade

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

ID: 1147153

DATA: 15/03/2015 HORA: 22:59 USUARIO: CSU111A

SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: WILLIANS SANTIAGO ANDRADE

DOC...:

IDADE: 29 ANOS NASC: 27/07/1985

SEXO...:

RESIDENCIAL: PROX.RUA DO ACRE

NUMERO:

BAIRRO:

ARACAJU

UF: SE CEP...:

LUIZ BARBOSA ANDRADE

/GINAURA SANTIAGO

SAMU

TEL...:

PROSTITUICAO: ARACAJU - CAPITAL

ATENCAO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)

CASO VIOLENCA: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO

TRAUMA: NAO

CID: ORGANICO: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PULSO:

COMPLEMENTARES: [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSOM

APRESENTA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

Paciente vítima de futebol. O paciente fez 2 golos e sofreu uma fratura de protura exposta com MID e Moço D., fazendo uso de cinto de segurança. Nele demonstrou vômito e farto sanguinolento. A visão teve piorado. Cefaleia intensa. (3) PUPA 4+
 SIRA. (4) Pálpebra. Pupilas 2T. Difusas. (5) ECG = 15 pulsos. Freqüência respiratória: (6) fratura em ambulatório da ENFERMAGEM: MID & Em não queimadura. Revisão OK!

Relatório:

CID:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MUDANCA

(1) SFDV. 1000-6, EV. 500 5017

(2) Dipirona 500 + 411, 15 23:25

SABEMI SEGURADORA S/A

(3) Tramadol 100 mg 100 mg 15/03/11,

12 NOV 2015

(4) SFT 1 grm.

(5) Keyval 2g. 15/03/11

HORA DA FAIXA:

NOTA MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA

ACAMINHADO AO AMBULATORIO

NO proprio HOSPITAL (SETOR):

TRANSPORTE EM SAUDE (UNIDADE DE SAUDE):

ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML []

Sdnu

Dr. Petrópolis
Medico
Assinatura

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARTAO DO PACIENTE

6 mês de ortopedista

F... 15.3.15.

D... _____

H... _____

T... _____

Alecris

Kris & da C.C.

Rox & da fuma

Rox de Pilote

Kris & da
Perna D.

Rox & da
Perna & Pern D.

*Dr. Peccato
Mafaco
Carrasqueira*

4:00 h - Poente o queijo de dor
Aspirado S.O. da Ortopedia

- ① Profanid 100g + 10ml Soler - 4:10
② Dipirona 500g + AN. 600g 4:50
③ Nictazone

*Jr. Venâncio
Machado*

