

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: 11/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILBERTO DE BRITO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03303

CONTA: 000000041176-8

Nr. da Autenticação 379D0D6259663B86

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200056071 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILBERTO DE BRITO **Data do acidente:** 12/10/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA. P.2
FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA. P.9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200056071

Vítima: GILBERTO DE BRITO

Data do Acidente: 12/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILBERTO DE BRITO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: GILBERTO DE BRITO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003303

Conta: 0000041176-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 130711/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/12/2019 12:19 Data/Hora Fim: 10/12/2019 12:50
Delegado de Polícia: Fabio Santos Santana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Regional de Nossa Senhora da Glória Aisp

Data/Hora do Fato: 12/10/2019 08:30

Local do Fato

Município: Nossa Senhora da Glória (SE)

Bairro: Centro

Logradouro: condomínio da saída para carira

CEP:49.690-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARIA LUCIENE LEAL (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: SE - Nossa Senhora

Sexo: Feminino

Nasc: 24/06/1970

Profissão: Agricultor

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Ireni de Barros Leal

Nome do Pai: Jose Pereira Leal

Endereço

Município: Nossa Senhora da Glória - SE

Logradouro: sítios piabas

CEP: 49.690-000

Nome Civil: GILBERTO DE BRITO (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: SE - Nossa Senhora

Sexo: Masculino

Nasc: 14/06/1964

Profissão: Agricultor

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Luiza Brito

Nome do Pai: Josias Jose Debrito

Endereço

Município: Poço Redondo - SE

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Descrição PAS/MOTOCICLETA

CPF/CNPJ do Proprietário 402.821.715-68

Placa OEM4391

Renavam 665663820

Número do Motor KC16E6E514975

Número do Chassi 9C2KC1660ER514975

Ano/Modelo Fabricação 2013/2014

Cor PRETA

UF Veículo Sergipe

Município Veículo Nossa Senhora da Glória

Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN EX

Veículo Adulterado? Não



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 130711/2019

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Envolvimentos

Gilberto de Brito

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

NARRA a noticiante que o seu esposo GILBERTO DE BRITO, conduzia a sua motocicleta acompanhando a procissão de Nossa Senhora de Aparecida, quando um veículo de passeio colidiu com a motocicleta; Que a vítima foi conduzida em uma Unidade da SAMU para o HUSE ARACAJU com fraturas graves na perna direita, permanecendo internado por vários dias até a data em que foi submetida a intervenção cirúrgica. É o relato.

ASSINATURAS

Jose Roberto de Melo Santos
Cleber Martins da Silva

Agente de Polícia
Matrícula 4712862

Responsável pelo Atendimento

Maria Luciene Leal

Maria Luciene Leal

(Comunicante)



"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) (assinante) responsável pelas informações acima anexadas e deixo que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa ao Ministério Público - Contravenção do Código Penal Brasileiro."

S/DATASUS

HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 66327
CNS:DATA: 12/10/2019
SETOR: 06-SUTURAHORA: 11:15
USUARIO: TRSANTOS

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : GILBERTO DE BRITO
IDADE.....: 55 ANOS NASC: 14/06/1964
ENDEREÇO.....: POVOADO PIABA
COMPLEMENTO....: 706201031279468 BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DA GLORIA, UF: SE
NOME PAI/MAE...: JOSIAS JOSE DE BRITO /LUZIA BRITO
RESPONSÁVEL....: FILHA - ANGELA/ TRAZ - SAMU
PROCEDENCIA....: NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

DOC....: 717,136
SEXO...: MASCULINO
NUMERO:
CEP....: 49680-000
TEL....: 79-9933.99
10

TRAUMA: SIM

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

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

Paciente vítima de acidente moto x carro, estava no moto, usava capacete. Nega TCE, sem náusea ou vômito. Referiu dor apenas em perna e tornozelo.
A,B,C,D e alterações. MTD imobilizado devido fratura exp.
ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM: em tornozelo. DTP em MTD.
foi recebu de pitorra e cetoprofeno.

DIAGNOSTICO:

PRESCRIÇÃO

Col DASAT 5000

② Reflim 2g

③ Rx toax + Rx pelve + Rx de perna ① + Rx tornozelo ① + pi

④ Avaliação da entropedia.

Pietra Zorzo

Cirurgia Geral
CREMESE 5258

DATA DA SAÍDA:

ALTA: [] DECISÃO MÉDICA [] A PEDIDO
[] ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO
INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAÍDA: :
[] EVASÃO [] DESISTÊNCIA

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE DE SAÚDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PA

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

RECEBUE DE RADIOLOGIA - HUSE

RECEBUE EM 12/10/2019

AS 11:46

Krieger de 1/3. Med. Fechada
 de fibra D e / Primeiro plano -
 um fuso em catenário e / com
pressão e / a prática. Reten-
 ção a ~~força~~ sutura
(C. GERAL) e posterior ponto
 Retenar h/ antebraço e /
intima

Adail Bezerra Barboza
 CRM 751 - Fone: 3211-2305
 Ortopedia e Medicina do Trabalho

Curativo Geral

Presente com lesões e em bordas utilizadas. Deformação
 em MIE. Realizado debridamento das lesões, hemostasia
 das lesões. Aproximação de bordas.

- CD: ① SAT S.OOO. VI, ~~JA~~
- ② Repetir no 1º, EV, 6/64 ~~18 24 36~~
- ③ Orientar manter antibiototerapia
- ④ Alto. do curativo geral
- ⑤ Aos Cuidadores do Urologia

Dr. Eduardo Silva Farias
 Médico
 CRM - SE: 5687
 CRM - BA: 31908



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÕES DIÁRIAS



DATA: 09 / 11 / 2019.

28 ° DIH

NOME: **Gilberto de Brito 55anos - A 3.4**

DIAGNÓSTICO (S): **Fratura Exposta Tíbia D + Fratura Platô Tibial D**

EVOLUÇÃO MÉDICA: _____

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta Livre	
2º. Gilberto Salinizado	
3º. Kefazol 1 g EV 8/8hs ou Keflin 1 g EV 6/6hs	
4º. Gentamicina 240mg + SF 0,9% 200 ml EV 1x dia SUSP	
5º. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 40gts VO 6/6hs	
6º. Nauseidron 8mg EV 08/08hs SOS	
7º. Antak 50mg EV ou 150mg VO 12/12hs / Omeprazol 40mg EV ou VO às 6hs	
8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 8/8hs	
9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs SOS	
10º. Captopril 25mg VO 8/8hs se PAS > 180 mmHg e PAD > 110 mmHg SOS	
11º. Glicose 25% 04amp. EV se Glicemia < ou = 80mg/dl	
12º. Clexane 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia	
13º. Dextro 6/6hs	
14º Insulina Regular SC, após o dextro. 201 – 250: 02UI 251 – 300: 04UI 301 – 350: 06UI 351 – 400: 08UI > ou = 401: 10UI	
15º. Curativos Diários 1 x dia (x) SF 0,9% + Gazes	
16º SSVV 6/6hs	
17º	
18º	
19º	
20º	
21º	
22º	

Dr. Ricardo Ribeiro Lobato
Ortopedia e Traumatologia
Crm 280

MÉDICA

Nome do Paciente:

Guilherme de Brito

Idade:

Sexo:

Unidade de Produção:

Leito:

Nº do Prontuário:

DATA	HORA	HISTÓRICO
12/10/19		Fratura de 1/3 médio da tíbia (D) + fratura no 1/3 médio de fêmur 4/5 for se desla 1/2 m/ C. femur. 1/3 estabilizado 1/3 fratura crônica. Adail Bezerra Barboza CRM 751 - Fone: 3341-2306 Ortopedia e Medicina do Trabalho
23/10/2019	21:05	Pela Enfermeira Paciente admitido em URG, proveniente de URG, com queixa de dor no membro superior direito, com fratura de fêmur, fratura de tíbia, fratura de rádio, fratura de ulna, fratura de escápula e fratura de clavícula. Dr. Raimundo César S. Santos Enfermeiro COREN 73522
24/10	15:25	Paciente ferida em fuga após as 23h de hoje + suspensão do exame a pedido do supervisor da ortopedia trauma

Nome do Paciente: Gilberto de Brito

Página

Unidade de Produção:

Idade:

Sexo:

Leito:

Nº do Prontuário:

2510

Recente com fratura exposta da unha D. com Tala removida.
Retirado tala quando Colocada Fixação Externa

Opulencia

CDU 80%

Dr. Marluccio Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 904
RBE 541

✓ km & sun glasses

31/10/19. Vts. Ant. de ontem Ok para trabalho
daes do exerto
manhã conduzir

Score 5/25

P/Enterimogevu

Paciente consciente, orientado, insuspeito, afeto
interativo com estimulantes regulares de dor
fecais presentes, diurese presente

Enfermeira

Enfermeiro
COREN-SE 40845

02/11/19	#Enfermeira
----------	-------------

20:25h Paciente no leito, consciente, lúcido, orientado, verbalizando. AFB. Eupneia
acianótica, anictérica, afebril. Com uso de AUP. Pele acompanhante
e sem queixas no momento

October 1st & 2nd
by preparing Chinese

Good! Oh

Jucindele Rădăușilor
Comuna Rădăușilor
Județul Iași

Free



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Fundação
Hospitalar
de Saúde

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: Guilherme de Brito

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura exposta de perna + lesão neurológica no calcanhar

CIRURGIA REALIZADA: Redução de aparelho giratório + colocação de fixador externo

CIRURGIÃO: Dr. Daniel / Dr. Marluce

AUXILIARES: Dr. Marluce / Dr. Daniel

ANESTESIA: Rospi + sedação ANESTESISTA Dr. Celso

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: 0 mmv

☐ 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. Realizar um desbridamento do ferimento e amputação + colocação de curativo amputar
2. Realizar cirurgia do peroneo + desbridamento da ferida + colocação + redução de refração no peroneo
3. Redução dos fragmentos ósseos.
4. Colocação de fixador externo monoplano.
5. curativo oclusivo
- 6.
- 7.

DATA: 25/10/2019

Marluce Andrie

Assinatura do Cirurgião

Dr. Marluce Andrade

Ortopedia e Traumatologia

CRM 804
RQE 811

REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS - OPERATÓRIO

NOME: Gubemio de BritoPRONTUÁRIO: 7508DATA: 25/10/19

HORÁRIO: _____

SALA: 01

CHEGOU AO CENTRO CIRÚRGICO ☒ CONSCIENTE ☐ INCONSCIENTE ☒ ORIENTADO ☐ DESORIENTADO ☐ DEAMBULANDO ☒ EM MACA	EQUIPE MULTIDISCIPLINAR CIRURGIÃO: <u>DR. Marluce</u> AUX 1: <u>DR. Bonini</u> AUX 2: _____ CIRCULANTE: <u>Isabela Vey</u> INSTRUMENTADOR: <u>Isabela</u> ENFERMEIRO: <u>Felipe</u> ANESTESISTA: _____	HORÁRIO ENTRADA NA SALA: <u>08:30</u> INÍCIO DA ANESTESIA: <u>09:00</u> INÍCIO DA CIRURGIA: <u>09:30</u> TÉRMINO DA CIRURGIA: <u>11:00</u> TÉRMINO DA ANESTESIA: _____ SAÍDA DA SALA: <u>11:20</u>
---	--	---

PROCEDÊNCIA DO PACIENTE: _____

CIRURGIA PROPOSTA: _____

CIRURGIA REALIZADA: Enxertia composta de pele de abdômen

TÉCNICA ANESTÉSICA

- ☐ GERAL VENOSA
☐ GERAL INALATORIA
☐ GERAL COMBINADA
☒ RAQUIANESTESIA
☐ PERIDURAL C/CATETER
☐ PERIDURAL S/CATETER
☐ SEDAÇÃO
☐ BLOQUEIO DO PLEXO
☐ LOCAL

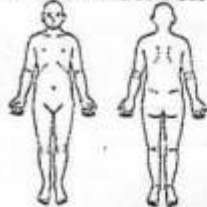
ASSEPSIA

- ☒ PVPI TOPICO
☐ PVPI ALCOOLICO
☐ CLOREX. ALCOOLICA
☐ CLOREX. DEGERMANTE
☐ CLOREX. AQUOSA

SUPORTE VENTILATORIO

- ☐ TUBO ENDOTRAQUEAL
☐ ORAL ☐ NASAL
☐ TUBO AMARADO
☐ SIM Nº: _____
☐ MASCARA LARINGEIA
☐ SIM

COXINS DE CONFORTO



POSICÃO DO PACIENTE

- ☒ DORSAL ☐ VENTRAL
☐ LAT. ESQ. ☐ LAT. DIR.
☐ CANIVETE ☐ LITOTOMIA
☐ TRENDELEMBURG
☐ TRENDELEMBURG REVERSA

BISTURI ELETRICO

- ☐ BIPOLAR ☐ UNIPOLAR
☐ ULTRASSÔNICO ☐ ARGÔNIO
 PLACA DE BISTURI
 LOCAL: _____

COMPRESSAS GRANDES

ENTREGUES: _____

DEVOLVIDAS: _____

COMPRESSAS PEQUENAS

ENTREGUES: _____

DEVOLVIDAS: _____

CONTAGEM DE INSTRUMENTAL

ENTREGUES: _____

DEVOLVIDAS: _____

GASOMETRIA ARTERIAL

- ☐ SIM ☐ NÃO

PLACA DE BISTURI, ELETRODOS E LOCAL DE INCISÃO



LEGENDA

PLACA DE BISTURI

LOCAL: _____

ELETRODOS

INCISÃO

EQUIPAMENTOS, ACESSÓRIOS E DISPOSITIVOS UTILIZADOS

- ☐ BOMBA DE INFUSÃO
☐ DESFIBRILADOR
☐ MONITOR CEREBRAL
☒ INTENSIFICADOR DE IMAGEM
☐ MANTA TERMICA
☐ MICROSCÓPIO
☐ FIBROSCÓPIO
☒ MONITOR MULTIPARAMETROS
☒ PA NÃO INVASIVA
☐ PA INVASIVA
☒ OXÍMETRO
☐ CAPNOGRAFO
☐ PIC
☒ FOCO AUXILIAR
☐ FONTE DE LUZ
☐ BRONCOSCÓPIO
☒ CARRO DE ANESTESIA
☐ GARROTE PNEUMÁTICO
☐ CARDIOSCÓPIO
☐ TERMOMETRO
☐ OUTROS
☐ ACESSO VENOSO PERIFÉRICO
☐ ACESSO VENOSO CENTRAL
☒ D ☐ E

SONDAS

- ☐ SNG Nº _____
☐ SNE Nº _____
☐ FOGARTY Nº _____
☐ SOND. FOLLEY Nº _____
☐ C/RESTRIÇÃO ☐ S/RESTRIÇÃO
☐ FOLLEY SILICONE Nº _____
☐ Sonda NELATON Nº _____
 PASSADA POR: _____
 ASPIRAÇÃO Nº _____

DRENOS E CÂNULAS

- ☐ SUÇÃO Nº _____
☐ ABDOMINAL Nº _____
☐ BLAKE Nº _____
☐ TÓRAX Nº _____
☐ PIZZER Nº _____
☒ PENROSE Nº 00
☐ KHER Nº _____
☐ TRAQUEOSTOMO Nº _____
☐ GUEDEL Nº _____
☐ TOT Nº _____

DIURESE DESPREZADA EM SALA

HORA	VOLUME	ASPECTO

ANATOMO PATOLÓGICO

NOME DA PEÇA: _____
 Nº DA PEÇA: _____
☐ SIM ☐ NÃO

SANGUE E HEMODERIVADO	QUANT.	DATA	HORÁRIO
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS			1º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ 2º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ OUTRAS: _____
PLASMA			1º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ 2º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ OUTRAS: _____
PLAQUETAS			1º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ 2º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ OUTRAS: _____
OUTROS			
Nº DA BOLSA:			

SINAIS VITAIS

FC (BPM)	<u>78</u>	<u>74</u>	<u>81</u>	<u>85</u>
SpO2 (mmHg)	<u>98</u>	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>
EPcO2 (mmHg)				
PA (mmHg)	<u>120 x 86</u>	<u>120 x 62</u>	<u>123 x 80</u>	<u>134 x 85</u>
PAI (mmHg)				
FR (RPM)	<u>9</u>	<u>18</u>	<u>18</u>	<u>19</u>
TEMP. (°C)				
LPP (LOCAL)?				

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Elaborado pelos Integrantes da Liga Acadêmica em Unidade de Centro Cirúrgico (LAUCC) do Centro Universitário Estácio de Sergipe no período de 2019.2 orientado pelos Professores(a): Sílvia Sandes e Alexandre Vasconcelos

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: GILBERTO DE BRITO
DATA DA ENTRADA: 12/10/2019
DATA DA SAÍDA: 29/11/2019

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INTERNAMENTO: PS (☒) ENFERMARIA (☒) UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente de origem no SUS vítima de acidente de trânsito, apresentando fratura crânio e pernas direita.
Por motivo, internado, e em recuperação clínica de alta hospitalar.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

25/10/19: Fratura da tibia da perna direita.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx: Fratura da tibia.

MÉDICOS ASSISTENTES:

Marcos Mendes

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

ARACAJU, 20 de 11 de 2019

Dr. Silvio C. M. Almeida
SAMA / HUSE
CRM 2510

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

RELATÓRIO MÉDICO

O (a) paciente

Alberto de Brito

foi atendido (a), nesta unidade dia

12/10/11

tendo sido submetido(a), (☒) a tratamento cirúrgico (☐) conservador)

de

fratura de humero
ext. direito

CID:

S11

ARACAJU

08/11/11

Dr. [assinatura] Cabral
Ortopedia e Traumatologia
Data 12/10/11