



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

CUMBE/COMARCA DE NOSSA SENHORA DAS DORES DA COMARCA DE CUMBE
Rod. Clovis de Faro Rollemberg, Bairro Centro, Cumbe/SE, CEP 49660000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202076100073	Distribuição: 01/07/2020
Número Único: 0000068-20.2020.8.25.0052	Competência: Cumbe/Comarca de Nossa Senhora das Dores
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

Assuntos

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: JOSE ILTON SANTOS MELO
Endereço: POVOADO SACO GRANDE
Complemento: TEL: 79 9.9836-5764
Bairro: ZONA RURAL
Cidade: CUMBE - Estado: SE - CEP: 49660000
Requerente: Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA 12367/AL
Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.
Endereço: Rua Senador Dantas
Complemento: 5º ANDAR
Bairro: CENTRO
Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20010000
Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

**CUMBE/COMARCA DE NOSSA SENHORA DAS DORES DA COMARCA DE CUMBE
Rod. Clovis de Faro Rollemberg, Bairro Centro, Cumbe/SE, CEP 49660000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

CUMBE/COMARCA DE NOSSA SENHORA DAS DORES DA COMARCA DE CUMBE
Rod. Clovis de Faro Rollemberg, Bairro Centro, Cumbe/SE, CEP 49660000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202076100073

DATA:

01/10/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200929170304875 às 17:03 em 29/09/2020.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

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: 27/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ILTON SANTOS MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03303

CONTA: 000000041614-0

Nr. da Autenticação 2F62B2FD58D902EA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190701712 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ILTON SANTOS MELO **Data do acidente:** 28/08/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO EXPOSTA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO (GALEAZZI).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 1/8/9/10 _CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190701712

Vítima: JOSE ILTON SANTOS MELO

Data do Acidente: 28/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE ILTON SANTOS MELO

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **JOSE ILTON SANTOS MELO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003303**

Conta: **0000041614-0**

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,



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: 574.023.105-15 4 - Nome completo da vítima: José Altam Santos Melo

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

5 - Nome completo: José Altam Santos Melo 6 - CPF: 574.023.105-15
7 - Profissão: lavador 8 - Endereço: Povo Saco Grande 9 - Número: 511 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Zona rural 12 - Cidade: Rumbau 13 - Estado: SC 14 - CEP: 49.660-000
15 - E-mail: francescadelia@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 49.99189204

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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3303 CONTA: 41614

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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 (ou nascos)? ☐ 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: 128761/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/12/2019 11:06 Data/Hora Fim: 05/12/2019 11:32
Delegado de Polícia: Fabio Santos Santana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Distrital de Cumbe
Data/Hora do Fato: 28/08/2019 15:40

Local do Fato

Município: Cumbe (SE)
Logradouro: povoado saco grande

Bairro: Povoado

CEP: 49.660-000

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSE ILTON SANTOS MELO (VÍTIMA, COMUNICANTE)
Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Cumbe Sexo: Masculino Nasc: 29/11/1970
Profissão: Agricultor
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Joselita Pereira Santos Melo Nome do Pai: Jose Alves de Melo

Endereço

Em Situação de Rua: Sim
Município: Cumbe - SE
Logradouro: povoado Saco Grande

CEP: 49.660-000

Telefone: (79) 99836-5764 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Descrição PAS/AUTOMOVEL	CPF/CNPJ do Proprietário 189.731.755-72
Placa MUV0511	Renavam 729750990
Número do Chassi 9BD158018Y4095508	Ano/Modelo Fabricação 1999/2000
Cor BRANCA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Propriá	Marca/Modelo FIAT/UNO MILLE EX
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Jose Ilton Santos Melo	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

NARRA o noticiante que guiava pela estrada que liga o Povoado Saco Grande a cidade de Cumbe, o veículo acima descrito

Delegado de Polícia Civil: Fabio Santos Santana
Impresso por: Cleber Martins da Silva
Data de Impressão: 05/12/2019 11:32
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

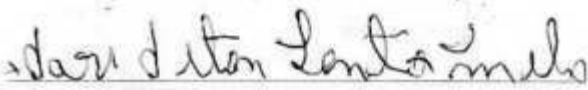
Nº: 128781/2019

tendo como proprietário o JERÔNIMO DE LEMOS DANTAS, quando perdeu o controle em uma curva, vindo a capotar; Que devido ao capotamento sofreu fraturas exposta no antebraço esquerdo sendo socorrido em um ambulância do município e conduzido ao Hospital de Nossa Senhora da Glória, e em seguida transferido ao HUSE ARACAJU aonde permaneceu internado por (19) dezanove dias. É o relato.

ASSINATURAS


Jose Roberto de Melo Santos

Cleber Martins da Silva
Máximo de Polícia
Matrícula 4712882
Responsável pelo Atendimento


Jose Ilton Santos Melo

(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que daí origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."





RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: JOSE ILTON SANTOS MELO

DATA DA ENTRADA: 10/09/2019

DATA DA SAÍDA: 16/09/2019

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 APRESENTANDO FRATURA EM ANTEBRACO ESQUERDO VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA. INTERNADO, FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA GALEAZZI A ESQUERVA MAIS FRATURATO, COM BOA EVOLUÇÃO ALTA HOSPITALAR EM 16/09/2019.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA EXPOSTA NO ANTEBRACO ESQUERDO, RAFA ÓSSEA COM PLACA E PARAFUSOS, SOB BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL.

EXAMES COMPLEMENTARES:

RADIOGRAFIAS DE ANTEBRACO ESQUERDO, HEMOGRAMAS, UREA, CREATININA, Glicemia

MÉDICOS ASSISTENTES:

DR. DEFFIS CABRAL DUARTE

DR. RAFAELA MURRIS DANTAS (ANESTESIOLOGISTA)

DR. MARCIO M. ROCHA

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

ARACAJU, 23 de Setembro de 2019

Isac Souza de Mendonça
CPF: 201.851.825-91
Médico
CRM/SE 1591

Isac Souza de Mendonça
CPF: 201.851.825-91
Médico
CRM/SE 1591

Isac Souza de Mendonça
CPF: 201.851.825-91
Médico
CRM/SE 1591

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 44031

DATA: 28/08/2019

HORA: 22:25

USUARIO: ACSSANTOS

CNS:

SETOR: 05-ORTOPEDIA

70080342505484

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE ILTON SANTOS MELO

DOC....: 1071968

IDADE.....: 48 ANOS NASC: 29/11/1970

SEXO...: MASCULINO

ENDereco.....: POV. SACO GRANDE

NUMERO:

COMPLEMENTO....: BAIRRO: ZONA RURAL

MUNICIPIO.....: CUMBE

UF: SE CEP....: 49660-000

NOME PAI/MAE...: JOSE ALVES DE MELO

/JOSELITA PEREIRA SANTOS MELO

RESPONSAVEL....: PAI

TEL....: 99836-5764

PROCEDENCIA....: CUMBI

ATENDIMENTO....: FRATURA

CASO POLICIAL..: NAO

PLANO DE SAUDE....: NAO

TRAUMA: NAO

ACID. TRABALHO: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: _/_/_

fratura RSE.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

gadelm
enlambido

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

fratura RSE - APX
fratura RSE em
ambulatorio e Cou
e para os ossos

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO

[] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[] FAMILIA

[] IML

[] ANAT. PATOL

7 Jose Alves de Melo
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO

DR. MARCIO ROCHA
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3592
RQE 10723

22:30 28/08/2019

SOT 22:30 IN
Kufel 22:30 IN

UNIDADE DE ORIGEM

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO - N. S^a DA GLÓRIA/SE

UNIDADE PARA REFERÊNCIA

HOSPITAL HUSE - SUTAMA - V.A. ELTON CUFAR JER

ENDEREÇO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

ESTAMOS ENCAMINHANDO O PACIENTE

Paulo Roberto Silva Melo

SEXO

M

NASCIDO EM

48 anos

MATRÍCULA

CUJO PROBLEMA DE SAÚDE NECESSITA DE UM TIPO DE ATENDIMENTO QUE ESTA UNIDADE NÃO OFERECE.

MOTIVO DA CONSULTA / IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS OU PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Planta após cirurgia de emergência,
com fratura exposta de antebraço esquerdo.
Cefaleia, náusea, vômito, febre.
Viremia - 100000 EV no sangue.
Trombocitopenia - 40000 EV no sangue.
Sono profundo / 10000 EV

ESTUDOS A QUE FOI SUBMETIDO O PACIENTE, SEUS RESULTADOS E CONDUTA ADOTADA (RESUMO DOS PRINCIPAIS ACHADOS DO EXAME CLÍNICO E DOS EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS ANTES DA SOLICITAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO)

RX de antebraço esquerdo

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Nálise e conduta de ortopedia

DATA DO ENCAMINHAMENTO

12.12.2019

Jorge Luiz Gonzaga Amorim

Clinica Médica
CRM 8E 3624

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: *Joãoilton Santos Silva*

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

CIRURGIA REALIZADA: *Prost. Anterior - H. Lungio*

CIRURGIÃO: *Denis Cabral Duarte*

AUXILIARES: *Just. Fernando*

ANESTESIA: ANESTESISTA

DIAGNÓSTICO PÓS- OPERATÓRIO:

() CIRURGIA LIMPA (X) CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA

() CIRURGIA CONTAMINADA () CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? () SIM () NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

() VIAS AÉREAS SUP. () PULMONAR () URINÁRIA () SNC () TGI

(X) CUTÂNEO () AP. CARDIO-VASCULAR () PLEURA () OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. *Paciente em DDA sob bloqueio e redução*
2. *A+A+ Campos estéril*
3. *Via de Acesso Volar (pele estéril lavada)*
4. *+ direção por pleura*
5. *RAFI c/ pleura DCP q 3.5 cm e profunda*
6. *Rx de Controle*
7. *Fechamento por pleura + Sutura pele*
curativa

DATA: *14/09/19*

Dr. Denis Cabral Duarte
CRM - 4163 - TEST 12353
Ortopedia e Traumatologia
Assinatura do Cirurgião

HUSE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO



NOME (s/abreviações): Joseilton Santa Melo

DATA: 14-09-10

HORA Entrada/sala 07:20 H HORA Saída/sala _____ H HORA Incisão _____ H HORA refia _____ H ALERGIA: _____

CIRURGIÃO: Dr. David 1º AUXILIAR: _____

ANESTESISTA: _____ 2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADOR: _____ CIRCULANTE: Ambrósio

CIRURGIA PROGRAMADA: Fratura de Alcega LATERALIDADE: _____

CIRURGIA REALIZADA: _____ ☐ DIREITA ☐ ESQUERDA ☐

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☐ ACORDADO ☐ SONOLENTO ☐ TORPOROSO ☐ COMATOSO

TÉCNICA ANESTÉSICA: ☐ GERAL VENOSA ☐ GERAL INALATÓRIA ☐ GERAL COMBINADA ☐ GERAL BALANCEADA ☐ RAQUIANEST

☐ PERIDURAL C/ CATETER ☐ PERIDURAL S/ CATETER ☐ SEDAÇÃO ☒ BLOQUEIO DE PLEXO ☐ LOCAL

DISPOSITIVOS: TOT ☐ ARAMADO Nº _____ ☐ MÁSCARA LARÍNGEA ☐ TRAQUEÓSTOMO ☐ GUEDEL ☐ SNG ☐ SNE ☐ COMUM

SVD ☐ SILICONE ☐ SUCÇÃO ☐ D. TÓRAX ☐ D. PIZZER ☐ D. KHER ☐ D. BLAKE ☐ D. PEN ☐ LÁTEX

CVC ☐ DL _____ ☐ AVP MSD ☐ CATETER FOGARTY ☐ TL

ASSEPSIA: ☒ PVP TÓPICO ☐ PVP ALCOÓLICA ☐ PVP DEGERMANTE ☒ CLOREXIDINA ALCOÓLICA ☐ CLOREXIDINA DEGERMANTE ☐ CLOREXIDINA AQUOSA

EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS

☐ BOMBA DE INFUSÃO ☐ DESFIBRILADOR ☐ MONITOR CEREBRAL (BIS) ☐ INTENSIFICADOR DE IMAGEM ☐ MANTA TÉRMICA ☐ MICROSCO

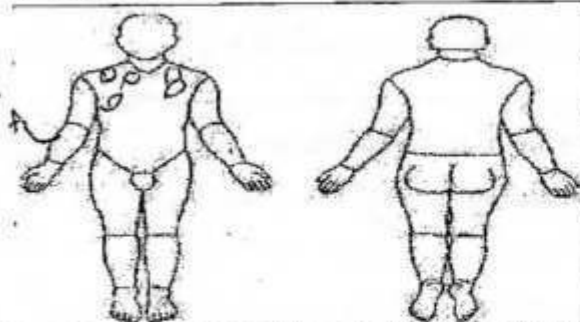
☐ FIBROSCÓPIO ☒ MONITOR CARDÍACO ☒ PA NÃO INVASIVA ☐ PA INVASIVA ☒ OXÍMETRO ☐ CAPNÓGRAFO ☐

☐ FOCO AUXILIAR ☐ FONTE DE LUZ ☐ BRONCOSCÓPIO ☐ VIDEOLAPAROSCÓPIO ☐ OUTROS _____

POSICÃO: ☒ DORSAL ☐ VENTRAL ☐ LATERAL DIRETO ☐ LATERAL ESQUERDO ☐ CANVETE ☐ TREDELEMBURG ☐ LITOTOMIA

COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS: ☐ BIPOLAR ☐ MONOPOLAR

☐ CABEÇA ☐ MSD ☐ MSE ☐ MD ☐ ME



LOCAL: _____

• ELETRODOS

✚ INCISÃO CIRÚRGICA

ENTREGUE RECOLHIDO

SINAIS VITAIS

	SpO2 (%)	FC (BPM)	PA (mmHg)	PAI (mmHg)	TEMP (°C)	FR (RPM)	GLICEMIA	LPP (mmHg)
PRÉ-OPERATÓRIO	<u>100%</u>	<u>79</u>	<u>95x59</u>			<u>17</u>		
INTRA-OPERATÓRIO								
POS-OPERATÓRIO								

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA		SIM	NÃO	NA
Dados pessoais confirmados com o paciente+equipe+prontuário+pulseira		2		
Procedimento/sítio cirúrgico confirmado com paciente+equipe+prontuário+exames		2		
Termo de consentimento assinado		2		
Checado funcionamento do equipamento anestésico			2	
Alergias conhecidas: _____			2	
Via aérea difícil e/ou risco de broncoaspiração Se SIM , os materiais devem estar disponíveis em sala			2	
Avaliado risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg em crianças) Se SIM , paciente deve ter 2 AVP calibrosos puncionados ou CVC e fluido previsto em sala			2	

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA		SIM	NÃO	NA
	Todos os membros da equipe se apresentam informando nome e função	X		
	Equipe confirma nome do paciente, local da cirurgia e procedimento	X		
0	Imagens essenciais disponíveis na sala operatória	X		
1	Antibioticoprofilaxia administrada nos últimos 60min.		X	
2	Materiais e Implantes no prazo de validade	X		

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÃO		SIM	NÃO	NA
3	Contagem de instrumentais, compressas e agulhas estão corretas	X		
4	Biópsia identificada com: Nome completo, data de nascimento, nº do prontuário, cirurgião e data do procedimento. Nº de amostras _____		X	
5	Identificados problemas com equipamentos durante o procedimento		X	
6	Recomendações especiais para o pós operatório		X	

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

RA	REGISTRO	ASSINATURA
0	gte admitido no 0o procedimento de Alarismo — orientado corrente Nektelgera p' rubroto - no 0o — procedimento vizinhos as unidades da equipe medica uniao da corrente bloqueio flexo e muros p' sui uniao do procedimento gte no Trans-geralno em no monte cordiao tormentos de pulso repi as unidades de de - deis — desenho de procedimento Termino da corrente gte no ps-geralno N' intercomencia — 1. — gte me. p' SRPA — 1. — 1. — 1. — 1. —	Assinatura 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785

FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO

NUMERO DA FICHA	DATA	28/8/2019	HORA	15:40
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			RECEPCIONISTA	KATIA
NOME:	JOSE ILTON SANTOS MELO	NASC:	1/1/1971	RG: X
CARTÃO SUS:	X	IDADE:	48	SEXO: ☒ MASC ☐ FEM
ENDEREÇO:	POVOADO SACO GRANDE	Nº	X	BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICÍPIO:	CUMBE	UF:	SE	CEP: 49630-000
MÃE:	JOSELITA PEREIRA SANTOS	PAI:	JOSE ALVES MELO	
RESPONSÁVEL:				TEL: 0
PROCEDÊNCIA:	QUEIXA: ACIDENTE CARRO			
TIPO ATEND:	☐ 0 URGÊNCIA / EMERGÊNCIA	☒ CL. MÉDICA	☐ PEDIATRIA	☐ OBSTETRICIA
CASO POLICIAL	☐	ACIDENT. TRAB	☐	TRAUMA
EXAMES COMPLEMENTARES:	☐ RAIOS - X	☐ SANGUE	☐ URINA	☐ TC
	☐ LIQUOR	☐ ECG	☐	☐
SUSPEITA DE VIOLÊNCIA OU MAUS TRATOS:	☐ SIM	☐ NÃO		
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM:			USO DE MEDICAÇÃO: ☐ SIM ☐ NÃO	
			QUAIS:	
DADOS CLÍNICOS			DATA PRIMEIROS SINTOMAS	
Paciente vítima de trauma por cerca de 40 min. Perda de consciência, náuseas ou vômitos. ABCD sem alterações. E: ferida exposta em M.E.			(Paciente automobilista)	
DIAGNÓSTICO:			CID:	
Trauma				
PRESCRIÇÃO			HORÁRIO DA MEDICAÇÃO	
1. Profenid 100mg + 100 ml de S.F.O. 9t. EV.			Agora	
2. Diproema 01 Amp. EV.			Agora	
3. Diproema 01 Amp. EV.			Agora (SEM EFEITO)	
4. Tramal 100mg + 100 ml de S.F.O. 9t. EV.			Agora	
5. Solicito RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO			E AP e PERFIL	
DATA DA SAÍDA			HORA DA SAÍDA	
			20:30h	
ALTA	DECISÃO MÉDICA	A PEDIDO	EVASÃO	DESISTÊNCIA
INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):				
Sala de Emergência - Setor de Trauma				
TRANSFERÊNCIA (UNIDADE DE SAÚDE):				
Sala de Emergência - Setor de Trauma				
OBITO:	☐ ATÉ 48 HS	☐ APÓS 48 HS	HORA DO ÓBITO:	
Assinatura do Paciente/Responsável				
Assinatura e Carimbo do Médico				