



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

GRACCHO CARDOSO DA COMARCA DE GRACCHO CARDOSO
Rua da Glória, Bairro Centro, Graccho Cardoso/SE, CEP 49860000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202060200397	Distribuição: 20/10/2020
Número Único: 0000376-09.2020.8.25.0003	Competência: Graccho Cardoso
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: JOSÉ WILAME DA SILVA

Endereço: RUA SÃO PEDRO, Nº

Complemento:

Bairro: CENTRO

Cidade: GRACCHO CARDOSO - Estado: SE - CEP: 49860000

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: 20031205

Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

GRACCHO CARDOSO DA COMARCA DE GRACCHO CARDOSO
Rua da Glória, Bairro Centro, Graccho Cardoso/SE, CEP 49860000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

GRACCHO CARDOSO DA COMARCA DE GRACCHO CARDOSO
Rua da Glória, Bairro Centro, Graccho Cardoso/SE, CEP 49860000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202060200397

DATA:

14/01/2021

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENEDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20210114164702973 às 16:47 em 14/01/2021.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	06/07/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE WILAME DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00612-2

CONTA: 000010025361-X

Nr. da Autenticação 58AE1F7F437F8A51

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200214001 **Cidade:** Graccho Cardoso **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE WILAME DA SILVA **Data do acidente:** 07/12/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE (FRATURA DE MANDÍBULA, LE FORT III)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 6

Sequelas permanentes: LESÃO DAS ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

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 RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRÂNIOFACIAIS.

Documentos complementares:

Observações: *130320*

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DISTRIITAL DE GRACCHO CARDOSO - GRACHO CARDOSO - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015737/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/02/2020 11:01 Data/Hora Fim: 10/02/2020 11:32
Delegado de Polícia: Felipe Tocori Queiroz Minas

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Distrital de Graccho Cardoso
Data/Hora do Fato: 07/12/2019

Local do Fato

Município: Graccho Cardoso (SE)
Bairro: Povoado Gavião

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARIA GENIVALDA DA SILVA (COMUNICANTE)
Nome Civil: JOSÉ WILAME DA SILVA (VÍTIMA)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Envolvido(a)	Grupo	Subgrupo	Descrição	Vínculo
José Wilame da Silva	Veículo	Motocicleta/Motoneta	POP110, Placa QME9513, Chassi 9C2JB0100JR091657, Núm. Motor JB01E0J091666, Renavam 01179342604	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA QUE: É MORADORA DA CIDADE DE GRACCHO CARDOSO/SE; QUE, O FILHO DELA(JOSÉ WILAME DA SILVA) ,CONDUZIA UMA MOTOCICLETA POP110,POR VOLTA DAS 06H DA MANHÃ DE 07/12/2019, PELA ESTRADA QUE DÁ ACESSO AO POVOADO GAVIÃO, QUE É SITUADO NA CIDADE DE GRACCHO CARDOSO/SE; QUE, A MOTO

POSSUÍA PLACA POLICIAL : **QME 9513, RENAAM: 01179342604, BRANCA , ANO DE FABRICAÇÃO 2018 E MODELO 2018;**QUE, A REFERIDA MOTO CONDUZIDA PELO FILHO DA DECLARANTE COLIDIU COM UMA OUTRA MOTO CUJAS CARACTERÍSTICAS NÃO SABE INFORMAR; QUE, COMO RESULTADO DESSA COLISÃO, A DECLARANTE CONDUZIU O FILHO (JOSÉ WILAME) PARA O HOSPITAL, FICANDO INTERNADO NO HOSPITAL JOÃO ALVES FILHO. EM





BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015737/2020

ARACAJU, POR 17 DIAS; QUE, O FILHO DA DECLARANTE FRATUROU A CLAVÍCULA, QUEBROU O NARIZ E O MAXILAR, SENDO NECESSÁRIO A EXECUÇÃO DE 04 (QUATRO) CIRURGIAS DEVIDO A SUPRACITADA COLISÃO ; QUE , O FILHO DA DECLARANTE NÃO POSSUI CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO; QUE, O PRESENTE BOLETIM TEM COMO OBJETIVO DAR ENTRADA NO SEGURO DPVAT, MAS QUE TEM CIÊNCIA DAS SANÇÕES LEGAIS CABÍVEIS AO FATO DE O FILHO DIRIGIR O VEÍCULO SEM POSSUIR CNH; QUE, NADA MAIS DISSE E NEM LHE FOI PERGUNTADO, ENTÃO , ENCERRO O PRESENTE TERMO .

ASSINATURAS


Igor Fernandes Santos
Responsável pelo Atendimento



Maria Genivalda da Silva
(Comunicante)

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

REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS CÍVIS DAS PESSOAS JURÍDICAS
Registra e emite o Título de Reconhecimento de Assinatura e o Título de Reconhecimento de Firma

Reconheço por autenticidade a firma indicada de MARIA GENIVALDA DA SILVA que confere o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
 Nossa Senhora da Glória/SE, 05 de março de 2020


 Anne Graziella Santana Gomes (Escrivã) /
 05/03/2020 10:13:11 V...er Total R\$ 9,24
 Selo TJSE: 2020296/4004747, Acesso:
<https://www.tjse.jus.br/x/ED94OC>



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: 858-321-285-67 4 - Nome completo da vítima: Jose Vilame da Silva

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

5 - Nome completo: Jose Vilame da Silva 6 - CPF: 858-321-285-67
 7 - Profissão: Trabalhador 8 - Endereço: Rua São Pedro 9 - Número: 318 10 - Complemento: Casa
 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Graccho Cardoso 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49860-000
 15 - E-mail: marcosdeglarui@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 7999938-9207

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)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 612 2 CONTA: 253618 51 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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) Divorçado 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.

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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, Nossa Senhora da Glória 15/06/2020

Jose Vilame da Silva
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NOME DO PACIENTE: Jose Wilame da Silva
 DATA DA ENTRADA: 07/12/2019
 DATA DA SAÍDA: 20/12/2019

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:

Vítima de acidente de moto com politraumatisms: trauma facial com assimetria facial com fratura paranasal abordada em urgência de urgência que aconteceu em 08/12/2019, operada por Dr. Alexandre Melo = tratamento cirúrgico de fratura complexa de mandíbula e fratura de For III, com placas e parafusos. Evoluiu com edema facial e fistula líquida (drenagem de líquido pelo nariz) resolvida com medicações prescritas pela neurocirurgia. Apresentou boa evolução, sem medicações de novo cirurgia nosseles, mantendo-se recebendo alto pelo enfermeiros. Em tempo: apresentava também fratura de clavícula, imobilizada com tórax.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

desaite acudo

EXAMES COMPLEMENTARES:

laboratoriais / radiografias / tomografia de crânio e cervical

MÉDICOS ASSISTENTES:

Buco-maxilo : Dr. Davi Faria Almeida CRM 1320
 Dr. Liame Souza CRM 766

Neurocirurgia : Dr. Dimas Fernandes CRM 5162

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

ARACAJU, 20 de Janeiro de 2020

Dr. Wanderlândia Diniz
 Intensivista / Clínica Médica
 CRM/SE 3506

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

FAST + CBMF + NCR + D. 10/19

No. DO BE: 93696

DATA: 07/12/2019

HORA: 12:27

USUARIO: CMSLEITE

CNS:

SETOR: 06-SUTURA

NOME : JOSE WILAME DA SILVA IDENTIFICACAO DO PACIENTE

IDADE : 28 ANOS NASC: 03/06/1991

ENDERECO : RUA SAO JOSE BAIRRO: GRACHO CARDOSO

DOC...: 35482052

SEXO...: MASCULINO

NUMERO:

COMPLEMENTO : 700706942561973

MUNICIPIO : GRACHO CARDOSO

UF: SE

CEP...:

NOME PAI/MAE : JOSE RIVALDO DA SILVA

/MARIA GENIVALDA DA SILVA

TEL...: 7998941847

RESPONSAVEL : TRAZIDO PELO SAMU A MAE

PROCEDENCIA : GRACHO CARDOSO-SE

ATENDIMENTO : ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)

CASO POLICIAL : NAO PLANO DE SAUDE...: NAO

ACID. TRABALHO : SIM VEIO DE AMBULANCIA: SIM

TRAUMA: 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:

Paciente trazido pelo SAMU com relato de queda de bicicleta no meio da rua, com lesões, mas sem vítimas. Adm. EF: (A) (B) (C) (D) (E) (F) (G) (H) (I) (J) (K) (L) (M) (N) (O) (P) (Q) (R) (S) (T) (U) (V) (W) (X) (Y) (Z)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

(B) - Trauma a pu / Membro superior direito - Fratura de clavícula direita. Bilateral

DIAGNOSTICO:

FRATURA DE CLAVICULA DIREITA

PRESCRICAO

GID:

HORARIO DA MEDICACAO

1	SP04% 100% I 12h	
2	Dipirona 02402 I 12h	500mg 500mg
3	Adalcanolol	45h
4	USG de Abdomem FAST	

PA DA SAIDA:

TA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

[] EVASAO

HORA DA SAIDA:

[] DESISTENCIA

REMANECCAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

TO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

NATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

(5) Avaliador do Cir. Buco Maxilo facial Neurocirurgião Ortop. de dia.

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO NETO Dr. José Torquato Neto Cirurgia Geral CRM - 42053

BMF
07/12/19
12:39

Coluna mto x mto com Trauma
em face.

Noe face uso de capote
Apresenta assimetria local, fraturas
feitas em face. Mobilidade
do maxil e mandibula.

MD: Fratura Paranasal
ED: Sclerita TC de face

Dr. Auremir Melo
Cirurgia Buco - Maxilo - Facial
CRO 1432

Fratura clavícula

Distúrbio

Trax. Genuerudo

Fratura

Trax. Genuerudo

Feltr. Antonio Lopez Freitas
Ortopedia - Traumatologia
CRM-SE 5839
GREMER 628787-7

Pela ne:

Alguns aspectos em to de capote
de face. Fraturas, lesões, cooperativas
de fratura. ETC = 15.
Soluções: Je crânio + TC coluna Cervical

HUSE

ULTRASONOGRAFIA

REALIZADO(S)

DATA: 07/12/19
MOTIVO: M/T

- não visualizada fratura
- lesões locais sem evidência de fraturas nem fraturas
- lesão de face, em nos face de face

Dr. José A. Perazzo
Médico
CRM - 514

REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS - OPERATÓRIO






NOME: Felipe Williams de Silva

PRONTUÁRIO: 10526

DATA: 28/12/19

HORÁRIO: 08:00

SALA: 02

CHEGOU AO CENTRO CIRURGICO <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> DESORIENTADO <input type="checkbox"/> DEAMBULANDO <input checked="" type="checkbox"/> EM MACA		EQUIPE MULTIDISCIPLINAR CIRURGIÃO: <u>Dr. Ademir</u> AUX 1: <u>Dr. Marcelo</u> AUX 2: _____ CIRCULANTE: <u>Waldo</u> INSTRUMENTADOR: <u>Waldemar</u> ENFERMEIRO: <u>Marcelo</u> ANESTESISTA: <u>Marcelo</u>		HORÁRIO ENTRADA NA SALA: <u>08:00</u> INÍCIO DA ANESTESIA: <u>08:15</u> INÍCIO DA CIRURGIA: <u>09:00</u> TÉRMINO DA CIRURGIA: <u>14:20</u> TÉRMINO DA ANESTESIA: <u>14:50</u> SAÍDA DA SALA: <u>15:00</u>																														
PROCEDÊNCIA DO PACIENTE: <u>P.S.</u> CIRURGIA PROPOSTA: <u>RTV Correção de fratura da mandíbula + tratamento específico da boca</u> CIRURGIA REALIZADA: <u>em preparação</u>																																		
TÉCNICA ANESTÉSICA <input type="checkbox"/> GERAL VENOSA <input type="checkbox"/> GERAL INALATORIA <input checked="" type="checkbox"/> GERAL COMBINADA <input type="checkbox"/> RAQUIANESTESIA <input type="checkbox"/> PERIDURAL C/CATETER <input type="checkbox"/> PERIDURAL S/CATETER <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO <input type="checkbox"/> BLOQUEIO DO PLEXO <input type="checkbox"/> LOCAL ASSEPSIA <input type="checkbox"/> PVPI TÓPICO <input type="checkbox"/> PVPI ALCOÓLICO <input type="checkbox"/> CLOREX. ALCOÓLICO <input type="checkbox"/> CLOREX. DEGERMANTE <input checked="" type="checkbox"/> CLOREX. AQUOSA SUORTE VENTILATORIO TUBO ENDOTRAQUEAL <input checked="" type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> NASAL TUBO AMARADO <input checked="" type="checkbox"/> SIM Nº: <u>85</u> MÁSCARA LARÍNGEA <input type="checkbox"/> SIM		POSICÃO DO PACIENTE <input checked="" type="checkbox"/> DORSAL <input type="checkbox"/> VENTRAL <input type="checkbox"/> LAT. ESQ. <input type="checkbox"/> LAT. DIR. <input type="checkbox"/> CANTIVETE <input type="checkbox"/> LITOTOMIA <input type="checkbox"/> TRENDELEMBURG <input type="checkbox"/> TRENDELEMBURG REVERSA BISTURI ELÉTRICO <input checked="" type="checkbox"/> BIPOLAR <input type="checkbox"/> UNIPOLAR <input type="checkbox"/> ULTRASSÔNICO <input type="checkbox"/> ARGÔNIO PLACA DE BISTURI LOCAL: <u>mand.</u> COMPRESSAS GRANDES ENTREGUES: <u>20+20</u> DEVOLVIDAS: <u>20+20</u> COMPRESSAS PEQUENAS ENTREGUES: _____ DEVOLVIDAS: _____ CONTAGEM DE INSTRUMENTAL ENTREGUES: _____ DEVOLVIDAS: _____ GASOMETRIA ARTERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		EQUIPAMENTOS, ACESSÓRIOS E DISPOSITIVOS UTILIZADOS <input type="checkbox"/> BOMBA DE INFUSÃO <input type="checkbox"/> DESFIBRILADOR <input type="checkbox"/> MONITOR CEREBRAL <input type="checkbox"/> INTENSIFICADOR DE IMAGEM <input type="checkbox"/> MANTA TÉRMICA <input type="checkbox"/> MICROSCÓPIO <input type="checkbox"/> FIBROSCÓPIO <input checked="" type="checkbox"/> MONITOR MULTIPARAMETROS <input checked="" type="checkbox"/> PA NÃO INVASIVA <input type="checkbox"/> PA INVASIVA <input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRO <input checked="" type="checkbox"/> CAPNOGRAFO <input type="checkbox"/> PIC <input checked="" type="checkbox"/> FOCO AUXILIAR <input type="checkbox"/> FONTE DE LUZ <input type="checkbox"/> BRONCOSCÓPIO <input checked="" type="checkbox"/> CARRO DE ANESTESIA <input type="checkbox"/> GARROTE PNEUMÁTICO <input checked="" type="checkbox"/> CARDIOSCÓPIO <input type="checkbox"/> TERMOMETRO <input type="checkbox"/> OUTROS <input checked="" type="checkbox"/> ACESSO VENOSO PERIFÉRICO <input type="checkbox"/> ACESSO VENOSO CENTRAL <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E																														
COXINS DE CONFORTO 		PLACA DE BISTURI, ELETRODOS E LOCAL DE INCISÃO  LEGENDA PLACA DE BISTURI:  LOCAL: _____ ELETRODOS:  INCISÃO: 		SONDAS <input type="checkbox"/> SNG Nº _____ <input type="checkbox"/> SNE Nº _____ <input type="checkbox"/> FOGARTY Nº _____ <input checked="" type="checkbox"/> SOND. FOLLEY Nº <u>46</u> <input type="checkbox"/> C/RESTRIÇÃO <input type="checkbox"/> S/RESTRIÇÃO <input type="checkbox"/> FOLLEY SILICONE Nº _____ <input type="checkbox"/> SONDA NELATON Nº _____ PASSADA POR: <u>Sau. Moura</u> ASPIRAÇÃO Nº _____																														
DRENOS E CÂNULAS <input type="checkbox"/> SUÇÃO Nº _____ <input type="checkbox"/> ABDOMINAL Nº _____ <input type="checkbox"/> BLAKE Nº _____ <input type="checkbox"/> TÓRAX Nº _____ <input type="checkbox"/> PIZZER Nº _____ <input type="checkbox"/> PENROSE Nº _____ <input type="checkbox"/> KHER Nº _____ <input type="checkbox"/> TRAQUEOSTOMO Nº _____ <input type="checkbox"/> GUEDEL Nº _____ <input type="checkbox"/> TOT Nº _____		DIURESE DESPREZADA EM SALA <table border="1"> <thead> <tr> <th>HORA</th> <th>VOLUME</th> <th>ASPECTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		HORA	VOLUME	ASPECTO							<table border="1"> <thead> <tr> <th>SANGUE E HEMODERIVADO</th> <th>QUANT.</th> <th>DATA</th> <th>HORÁRIO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CONCENTRADO DE HEMÁCIAS</td> <td> </td> <td> </td> <td>1º INÍCIO: _____ 2º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ OUTRAS: _____</td> </tr> <tr> <td>PLÁSMAS</td> <td> </td> <td> </td> <td>1º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ 2º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ OUTRAS: _____</td> </tr> <tr> <td>PLAQUETAS</td> <td> </td> <td> </td> <td>1º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ 2º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ OUTRAS: _____</td> </tr> <tr> <td>OUTROS</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		SANGUE E HEMODERIVADO	QUANT.	DATA	HORÁRIO	CONCENTRADO DE HEMÁCIAS			1º INÍCIO: _____ 2º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ OUTRAS: _____	PLÁSMAS			1º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ 2º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ OUTRAS: _____	PLAQUETAS			1º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ 2º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ OUTRAS: _____	OUTROS			
HORA	VOLUME	ASPECTO																																
SANGUE E HEMODERIVADO	QUANT.	DATA	HORÁRIO																															
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS			1º INÍCIO: _____ 2º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ OUTRAS: _____																															
PLÁSMAS			1º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ 2º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ OUTRAS: _____																															
PLAQUETAS			1º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ 2º INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ OUTRAS: _____																															
OUTROS																																		
ANATOMO PATOLÓGICO NOME DA PEÇA: _____ Nº DA PEÇA: _____ Nº DA PEÇA: _____ <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO																																		
SINAIS VITAIS																																		
FC (BPM)	<u>83</u>	<u>89</u>	<u>92</u>	<u>97</u>	<u>90</u>																													
SpO2 (mmHg)	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>99%</u>	<u>98%</u>	<u>100%</u>																													
EPCO2 (mmHg)																																		
PA (mmHg)	<u>147x93</u>	<u>109x58</u>	<u>118x74</u>	<u>112x61</u>	<u>110x58</u>																													
PAI (mmHg)																																		
FR (RPM)	<u>16</u>	<u>15</u>	<u>15</u>	<u>14</u>																														
TEMP. (°C)																																		
LPP (LOCAL)?																																		

Elaborado pelos integrantes da Liga Acadêmica em Unidade de Centro Cirúrgico (LAUCC) do Centro Universitário Estácio de Sergipe no período de 2019.2 orientada pelas Professoras(a): Silvia Santos e Alexandre Vasconcelos

CHEKLIST DE CIRURGIA SEGURA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA			
1.	Dados pessoais confirmados com o paciente + equipe + prontuário + pulseira	SIM	NÃO NA
2.	Procedimento/sítio cirúrgico confirmado com o paciente + equipe + prontuário + exames	SIM	NÃO NA
3.	Termo de consentimento assinado	SIM	NÃO NA
4.	Checado funcionamento do equipamento anestésico	SIM	NÃO NA
5.	Alergias conhecidas: _____	SIM	NÃO NA
6.	Via aérea difícil e/ou risco de broncoaspiração? Se SIM, os materiais devem estar disponível em sala	SIM	NÃO NA
7.	Avaliado risco de perda sanguínea >500ml (7ml/kg em crianças) Se SIM, paciente deve ter 2 AVP calibrosos puncionados ou CVC fluído previsto em sala	SIM	NÃO NA
ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA			
8.	Todos os membros da equipe se apresentam informando nome e função	SIM	NÃO NA
9.	Equipe confirma nome do paciente, local da cirurgia e procedimento	SIM	NÃO NA
10.	Imagens essenciais disponíveis na sala operatória	SIM	NÃO NA
11.	Antibioticoprofilaxia administrada nos últimos 60min.	SIM	NÃO NA
12.	Materiais e implantes no prazo de validade	SIM	NÃO NA
ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÃO			
13.	Todos os membros da equipe confirmam o procedimento realizado	SIM	NÃO NA
14.	Contagem de instrumentais, compressas e agulhas estão corretas	SIM	NÃO NA
15.	Biópsia identificada com: Nome completo do paciente, data de nascimento, nº do prontuário, nome do cirurgião e data e do procedimento. Nº de amostras: _____	SIM	NÃO NA
16.	Identificados problemas com equipamentos durante o procedimento	SIM	NÃO NA
17.	Recomendações especiais para o pós operatório	SIM	NÃO NA
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM			
HORA	REGISTRO	ASSINATURA	
07:00	Paciente admitido nos 02, procedente de P.S. de 11h examinado aos sinais vitais de todo o corpo. V. parat. paciente em calma, consciente, orientado, hidratado. Exames de laboratório: Hb + Ht + TPC + AUP em MSE fluído hem. Portando prot. + exames. Intelectual ment. + placa de brn.	Toc. P. de C.	
08:15	Realizado entubação orotraqueal com tubo 8,5 mm do com sucesso p.d. fixado.	Toc. P. de C.	
09:00	Realizado incisão em região da mandíbula e maxilar, em sequência, deprimção e compressão men- te em posição submentoniana.	Toc. P. de C.	
11:00	Unidade expulsa em engasgamento, sem intubação. Al- ternativa.	Toc. P. de C.	
14:00	Paciente em trans operatório, não fatigado, não memnto	Toc. P. de C.	
14:20	Terminou o procedimento cirúrgico com sucesso.	Toc. P. de C.	
14:30	Apresentado 950ml de sangue contido.	Toc. P. de C.	
15:00	Paciente em sala de recuperação, sem SRA devida, suprição apoiada. Em uso de prot. em MSE fluído hem. + exames em região da maxila + SUD el. Colites. Portando prot. + exames. Suprição aos sinais vitais de todo o corpo.	Toc. P. de C.	
ENCAMINHADO PARA: SRPA			



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: José Wilson da Silva

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura Panfacial

CIRURGIA REALIZADA: T+O cirúrgico de fratura complexa de mandíbula + Fratura Lefort III

CIRURGIÃO: Dr. Auremir

AUXILIARES: Dr. Marcelo Amorim

ANESTESIA: Geral ANESTESISTA Dr. Geraldo

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: o mesmo

() CIRURGIA LIMPA (X) CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA

() CIRURGIA CONTAMINADA () CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? () SIM (X) NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

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

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. Paciente e ODH, sob anestesia geral e intubação oral
2. Antisepsia e Anestesia
3. Aposição da tampa operatória
4. Realização de intubação submandibular
5. Acesso cirúrgico (Fratura malar bilateral, Débil lateral ⊕ lado direito ⊕
6. submandibular) dividido por plano ⊕ hemiotomia ⊕ identificações de fratura
7. Buro e boneca de Eick e fio de Aço.
Redução de fratura c/ FIC c/ 6 placas 1,5 - no lado + 1 placa
2,4 - - mandíbula ⊕ 24 parafusos de 1,5 - ⊕ 7 parafusos de 2,4 - -
8. Sutura por planos, Remoção de intubação submandibular
9. Recolha de floquinhos
10. Curativos

DATA: 08/22/19

Dr. Auremir Melo
Cirurgia Bócio-Maxilo-Facial
CRM 1432
Assinatura do Cirurgião

HUSE

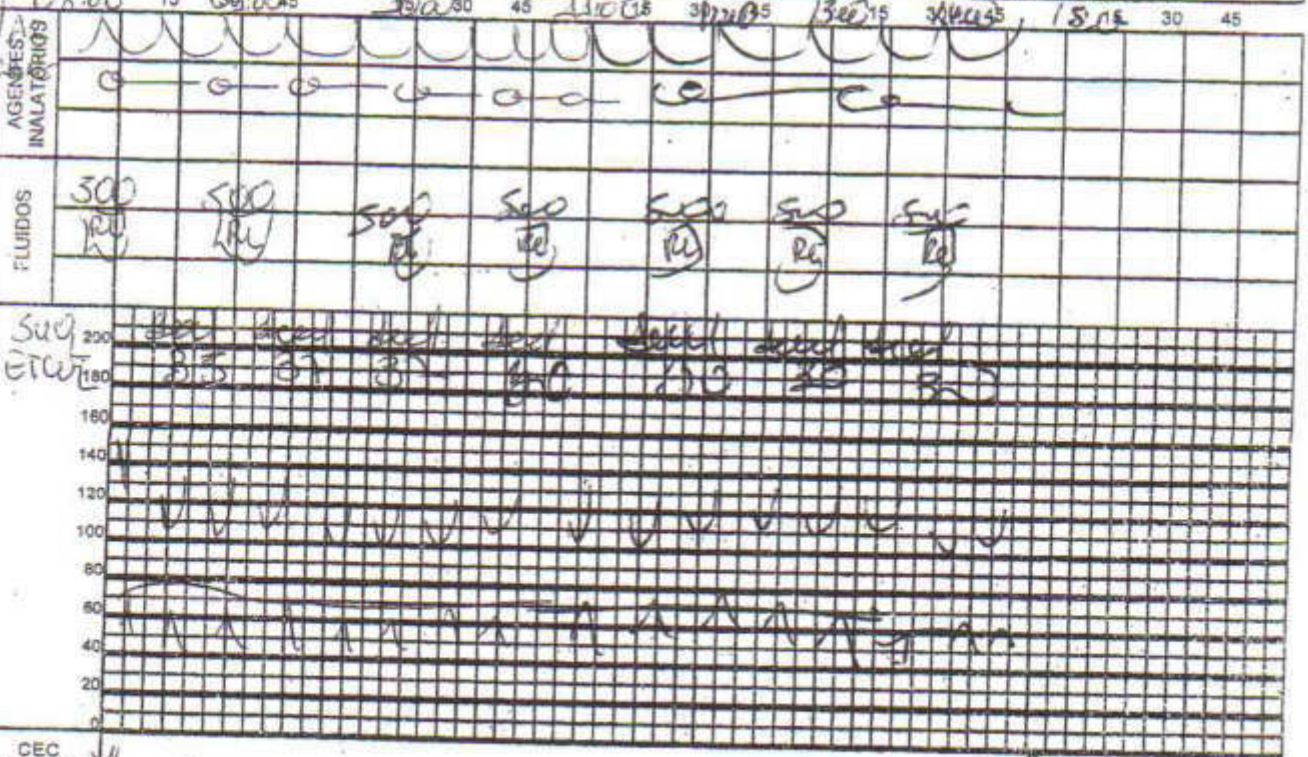
BOLETIM DE ANESTESIA



Fundação Hospitalar de Saúde

PACIENTE: JOSE WILHELE DA SILVA		REGISTRO: 16526
UNIDADE: C.C	MÉDICO: ARAGUIA / MARCO	LEITO:
CIRURGIA PROGRAMADA: PF ULTRASSOM PARA COMPRESSA DE ULCERA DE FRONTO	CIRURGIA REALIZADA: FRANCA LOPES	DATA: 08/12/15
ANESTESIOLOGISTA: GERARDO OLIVEIRA	TÉCNICA ANESTÉSICA: GA	MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: (E)
CIRURGIÃO:	AUXILIAR:	ASA: III E
HORA DE INÍCIO: 08:00	HORA DE TÉRMINO: 0	ACESSO VENOSO:
ACESSO VENOSO: 08:00 15 09:00 45 10:00 30 11:00 15 12:00 30 13:00 45		POSICÃO: DDH

O2
Satur



CEC OUTROS:

MONITORIZAÇÃO		CONDICÃO DE ALTA PARA CPPA	
PA NÃO INVASIVA	<input checked="" type="checkbox"/>	PVC	<input type="checkbox"/>
PA INVASIVA	<input type="checkbox"/>	TEMPERATURA	<input type="checkbox"/>
ELETRCARDIOGRAFIA	<input checked="" type="checkbox"/>	DIURESE	<input checked="" type="checkbox"/>
OXIMETRIA	<input checked="" type="checkbox"/>	VENTILAÇÃO	<input type="checkbox"/>
CAPNOGRAFIA	<input checked="" type="checkbox"/>	PAM	<input type="checkbox"/>

AGENTES ANESTÉSICOS	DOSE	ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO
1) FENTANIL 4mg (01)	ARAGUIA 04	NOME: KEFTRON
2) BOLUSIVIA 2mg (01)	ARAGUIA 01	
3) MORFINA 10mg (01)	ARAGUIA 04	1ª Dose as: 08:00 horas 2g
4) MORFINA 10mg (01)		2ª Dose as: 12:00 horas 2g
5) MORFINA 2mg (01)		3ª Dose as: horas
6) PRECEDOX 100mg (02)		

OBSERVAÇÕES	
1) LIDOCINA (01)	
2) ULTIVA (01)	
3) TRANSDANIL (10)	
4) DIPIVONA 2g (02)	
5) PROFENID 100mg (01)	
6) DICLOFENAC 75mg (01)	

ENCAMINHADO PARA: **UTI** UNIDADE: **UTI**

sem. por cl tubo reanexo 12x15 cl WFF.
Reserva Polma nos olhos.

Gerardo de Oliveira Junior
CRM: 3723



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



Fundação
Hospitalar
de Saúde

Nome do Paciente: José Wilame da Silva Idade: 28a Sexo: M
Unidade de Produção: ala C Leito: 1.3 Nº do Prontuário: 10526

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
18/12/14	14:00	Paciente em leito, acompanhado por familiares, acordado, consciente, orientado, verbalizando, ambulando, faz uso de AUP em MSE com oximetria 96,5% sobre, sem queixas até o momento, segue sob cuidados da equipe — família
	16:00	Paciente tranquilo, sem queixas até o momento, segue sob cuidados da equipe — família
	18:00	Administrado medicamentos de horários conforme prescrição — — — — — família
	20h	Paciente no leito, acordado, calmo, consciente, verbalizando, orientado, agitado, episódios acidentais em uso de fisioterapia por via A.V.P. em MSE, está com família, segue sob cuidados da enfermagem. — — — — —
17/12/14	21h	Setor de limpeza, operado pela nutricionista.
	22h	Sete minutos quando dadas.
	24h	adm. medicação de horários, conforme prescrição médica. — — — — —
19/12/14	8h	Paciente no leito, calmo, consciente, respondendo às solicitações verbais, sem queixas a relatar. Segue sob observação. — — — — —
	10h	Redigida evolutivo com SF, apresenta bom aspecto, segue sob os cuidados da equipe. — — — — —
	12h	Administrado a medicação de horários. — — — — —

Elizângela Santos Silva
Téc. Enfermagem
COREN-SE 404.870-TE

Elizângela Santos Silva
Téc. Enfermagem
COREN-SE 404.870-TE

DATA

HORA

1973

19/12/19

EVOLUÇÃO

13:00 Paciente no leito colado em suíte -
afetado acusticamente - sendo atendido em
compartimento de família com vent. Dióxido
em uso de SVP Quano

Wilton R. Costa
Téc. Enfermeiro
COREN-CE 000524/15

14

19/12
2019

19:00 Paciente acordada - no leito colado, acordada
7:00 ab. consciência, orientada, responsiva as
solicitações verbais, agitada, orientada
em uso de SVP - glúteno. Com. abn-
normal. medicação congrua - paracetamol

665 administração medicamentosa de Vancomicina

20/12 Obidos, bem acordada e no
leito em deambulatório dorsal, de
coluna, comente, anedonia
dudosa comente, querendo
cuidado no leito ou com
muitos de um tipo de família
fui em observação

~~10:20 hs. Com. uso de alto
hospitalar em, tipo de família
deve orientar medicação~~

~~Wilton R. Costa~~



Nome do Paciente: JOÃO WILSON Idade: _____ Sexo: _____
 Unidade de Produção: _____ Leito: _____ Nº do Prontuário: _____

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
10/12	08:00	Paciente no leito Depressão deixando afeição de 200- com uso de oxigênio 10L/min medicação de bronco- dilator medicamento de bronco- dilator
10/12	09:00	Paciente no leito, acordado, calmo, consciente, antido: eufrásico, hidratado, normotensos, afeição de 200- realizo ausculta, ausculta, alar em 20- em as arborais, em uso de ACP + 200, 100, sem febre, aos cuidados do enfermeiro de enfermagem Gislene
10/12	10:00	Paciente segue no leito, Realizo os cuidados em leito de 200, admitindo sinais respiratórios segundo as normas Maria Giacilma Rodrigues RSE 1152856
10/12	12:00	Administração da medicação de rotina, Realizo os cuidados: conforme prescrição médica Maria Giacilma Rodrigues RSE 1152856
10/12	13:00	Paciente no leito dormindo, calmo, acompanhado de enfermeiro em uso de ACP.
10/12	14:00	Paciente perde AP, realizado sem novo ACP e sucesso, deixo flutuante 200- 100- med. CAL. Siga os cuidados de enfermagem Gislene
10/12	15:00	adm medicação de rotina - segue

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
	06h	Administrado medicamento venoso. <i>Cassia Pereira Damaceno</i> Imagem COREN-SE 645776
17/12/2013	07h	Paciente no leito, calmo, deitado de lado, realizando em jejum de venoclise. <i>Imagem</i> COREN-SE 645776
18/12/2013	08h	Administrado os bandos, realizado venoclise.
	12h	Paciente mantendo o quadro.
19/12/2013	14h	Paciente no leito, eufórico, diáspnoico, afilado ao logaritmo em uso de oxigênio venoso.
	16h	sem queixas no momento.
	18h	Adm. medicamento de hora diária.
18/12/2013	20h	Paciente calmo no leito, em decúbito dorsal, deionizado, consciente, orientado no tempo e espaço verbalizando bem seu estado de saúde, sem queixas, <i>Imagem</i> COREN-SE 379942 TAX=36,10E PA=105x47mmHg FC=68bpm PR=22mmHg No momento sem alterações no quadro.
	22h	Administrado medicamentos. <i>Imagem</i> COREN-SE 379942
	24h	Administrado medicamento. <i>Imagem</i> COREN-SE 379942
	06h	Administrado medicamento. Siga 201 unidades de <i>Imagem</i> COREN-SE 379942
18/12/2013	07:00	Paciente ainda permanece em jejum, no leito sem alterações. No que diz respeito ao estado do paciente no momento, paciente no leito, calmo, orientado, verbaliza espaço, eufórico, diáspnoico em uso de A.P com oxiterapia, diurese e dejeção.
19/12/2013	07:00	Paciente tomou banho + enxerto com SF em incisões cirúrgicas.
	10:00	Administrado medicamento de horário de xamoxone 4mg.
	12:00	Administrado medicamento de horário de cafeína 1g ✓ - paciente sem queixas no momento.

Ílida Silva Santos
Téc. de Enfermagem
COREN-SE 153007

Nome do Paciente: Serj Wilame Idade: Sexo:
 Unidade de Produção: Leito: Nº do Prontuário:

DATA	HORA	HISTÓRICO
------	------	-----------

18/12/19
 Paciente com edema facial notado. Sem presença de tumor (massa). Solicitado Rx de face e maxilares e cobalato.

Marcos Aurelio Silveira
 Cirurgião Bucal Maxilo Facial
 CRO-SE 735

19/12/19 Paciente deu seu edema seu face verbalizando, presença tumores. Solicitado Rx ortomaxilares. Equipe cirúrgica para o encaminhamento cirúrgico. Rx de controle OK.

Dr. Liane M. de A. Silva
 Urologista
 CRO 735

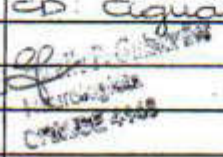

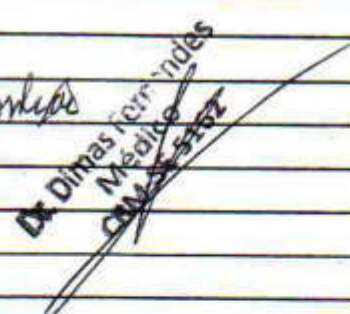

20/12/19 cont. - Paciente com edema facial sem sinais de infecção, radiografia de entalhe sem alterações. Indicação de uma intervenção cirúrgica. Alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial.

Dr. Liane M. de A. Silva
 Urologista
 CRO 735

Nome do Paciente: Jon Vulture Idade: Sexo:
Unidade de Produção: Leito: Nº do Prontuário:

DATA	HORA	HISTÓRICO
		#PC 10/12/19 TCE fratura de braço de crepe - 07/12 P P Exat em fratura líquida EN-ECG-15, na admit. 10/12/19 Exat. 2 Dilat. 2PC y UO C16L
		Dr. Dimas Ferr. Mendes Médico CRMSE 5162
30/12/19	20:30	# E. 10/12/19 Paciente admitida no ALEC, procedente de UAC, no caso de angor pectoris e infarto do miocárdio superior. Los cié, orientada, responsiva, consciente, em uso de AIO em MSK+SRP, reativa em sinais vitais e SPO2 em presença, segue orientada, avaliado de VEC, dias pós-operatório, segue em estado de saúde estável. <u>meia di. 10/12/19</u>
		Cristiane Alves Santos Pereira CRMSE 559455 EMU
		11/12/19 (12/19) - paciente ainda em fixa mantida em estado estável, sem problemas visuais.
		Aurelio S. Silva Cirurgião Geral CRMSE 738
		11/12/19 S. Social Falta admiração com orientações ao acompanhante
		Silvia L. Silva CRMSE 559455 EMU

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

DATA	HORA	HISTÓRICO
11/12/19	17:00	# NEUROLOGIA #
		<p>Sou chamada para avaliar paciente portador de fratura de face e fístula liquórica e descubro na verdade que avaliação era para neurocirurgia.</p> <p>CD: aguardará avaliação da especialidade.</p>
		
21/12/19		<p>Paciente com extenso edema no face. Acompanhamento em função da PCL. Aguarda 2º tempo cirúrgico.</p>
		
13/11/19		<p># NCK</p> <p>Paciente com lesão na região de fratura após implantação de placa. ECV ECV-15, de defeito, na fístula liquórica.</p> <p>Condut: - Pedir diagnóstico por SPT - SPT de NCK - Solicitar exame avaliação antes de alta hospitalar</p>
		<p>A disponibilidade</p> 
11/12/19		<p>(CBMF) Paciente no G = DPO de redução e FIB de fraturas panorâmica. Analisar a possibilidade de BMM.</p>
		
		<p>Paciente com DPO de redução e fixação por placa panorâmica. Definir o conduta.</p>

Paciente com redução de volume da mandíbula e boquilha panorâmica

Nome do Paciente: José Valdomiro da Silva Idade: Sexo:
 Unidade de Produção: Leito: N° do Prontuário:

DATA	HORA	HISTÓRICO
		<p>Cirurgia geral 7.12.19</p> <p>X Paciente realizou FAST: resultado negativo. EPIV e hemodinamicamente estável.</p> <p>CS: Alta da cirurgia geral aos cuidados de BU e Neurologia.</p>
		<p>BMF 07/12/19 20:20</p> <p>E tempo paciente ainda não realizou TCD para como infra-estrutura de realização de exame a supinação. Em contato com SAMU por regular exame externamente, SAMU (ambulância) informa que encaminha vítima para realizar exame.</p> <p>CD: Paciente cirúrgico de Urgência BMF, aguardando exame e avaliação por</p>
00:26	08/12/19	<p># N.º 123456789 #</p> <p>Paciente vítima de colisão moto-moto com trauma por trauma. Relato que após a ocorrência relatou dor de cabeça de caráter de caráter de caráter de caráter.</p> <p>Exm. Pupila 3+/2cm; ECG: II - Motricidade Preservada</p> <p>Cl. Interrompa Hospitalar - Vigilância mandibular</p>

Dr. João Roberto de Sousa
 Angiologia e Cirurgia Vascular
 CRM 3885

Dr. João Roberto de Sousa
 Angiologia e Cirurgia Vascular
 CRM 3885

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

DATA	HORA	HISTÓRICO
11/10/17	00:36	# Neurocirurgia #
		Paciente vítima de (mult)
		BMT Em tempo paciente foi avaliado pela NCR que no momento
		08/12/14 não há progressão cirúrgica.
		07L Paciente cirúrgico BMT de urgência, sub-to sala cirúrgica.
		<i>[Signature]</i>
		08/12/14 # Nota de Sala #
		Paciente submetido a TPO cirúrgico de patologia pancreatocel c/ FTR. Procedido ao internamento. Paciente segue a SRTA nos cuidados da neurologia.
		<i>[Signature]</i>
		Pacientes submetidos em cirurgia de urgência pelo BMT em leito com edema extenso em parte pré-frontal. Em TPO sob monitorização constante apresentando melhora da qualidade de vida.
		<i>[Signature]</i>
		10/12/17 BMT
		Paciente com edema P.O com drenagem de líquido pelo nariz por meio de fistula liquórica. Sol. atáxico da NRC com urgência.
		<i>[Signature]</i>

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE
PRONTO SOCORRO

01-3

BUCO MAXILO FACIAL

JOSÉ WILANE		anos		20/12/2019
-------------	--	------	--	------------

DIAGNÓSTICO FRATURA PANFACIAL

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA PASTOSA/LIQUIDIFICADA CONFORME ACEITAÇÃO	
2	SF0,9% 500ML IV P/24H	
3	SG 5%1500ML IV P/24H	
4	CEFALOTINA 1G IV DE 06/06H	
5	VITAMINA B E C 01 AMPOLA DE CADA EM 250ML DE SF EV 12/12H	
7	DEXAMETASONA 4 MG EV DE 12/12 HS	
8	PROFENID 100MG+100ML DE SF 0,9% EV 12/12H	
9	DIPIRONA 1G IV DE 06/06H +18 ML DE AD SOS	
10	ANTAK 50MG IV 12/12H	
11	CABECEIRA ELEVADA A 30GRAUS	
12	CURATIVOS DIÁRIOS	
13	SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS	
14		
15	ALTA HOSPITALAR	
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
329		

Sinais Vitais (Favor anotar abaixo)

Horário	PA(mmHg)	FC(bpm)	FR (ipm)	SpO ₂	Diurese	Temp(°C)	Glicemia
6:00h	X						
12:00h	X						
18:00h	X						
00:00h	X						

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE
PRONTO SOCORRO

BUCO MAXILO FACIAL

JOSÉ WILANE	anos	19/12/2019
-------------	------	------------

DIAGNÓSTICO	FRATURA PANFACIAL
--------------------	-------------------

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA PASTOSA/LIQUIDIFICADA CONFORME ACEITAÇÃO	
2	SF0,9% 500ML IV P/24H	500
3	SG 5%1500ML IV P/24H	500 500
4	CEFALOTINA 1G IV DE 06/06H	18 18 24 06
5	VITAMINA B E C 01 AMPOLA DE CADA EM 250ML DE SF EV 12/12H	18 06
7	DEXAMETASONA 4 MG EV DE 12/12 HS	08 08
8	PROFENID 100MG+100ML DE SF 0,9% EV 12/12H	20 08
9	DIPIRONA 1G IV DE 06/06H +18 ML DE AD SOS	S.N.S
10	ANTAK 50MG IV 12/12H	18 06
11	CABECEIRA ELEVADA A 30GRAUS	
12	CURATIVOS DIÁRIOS	
13	SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS	
14		
15	ACOMPANHAMENTO DA NCR	
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
329		

Sinais Vitais (Favor anotar abaixo)

Horário	PA(mmHg)	FC(bpm)	FR (ipm)	SpO ₂	Diurese	Temp(°C)	Glicemia
6:00h	X						
12:00h	X						
18:00h	X						
00:00h	X						

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo...: 10526
Numero do CNS.....: 0000000000000000
Nome.....: JOSE WILAME DA SILVA
Documento.....: 35482052 Tipo :
Data de Nascimento: 3/06/1991 Idade: 28 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: JOSE RIVALDO DA SILVA
Nome da Mae.....: MARIA GENIVALDA DA SILVA
Endereco.....: RUA SAO JOSE 700706942561973
Bairro.....: Cep.: 00000-000
Telefone.....: 7998941847
Município.....: 2802601 - - SE
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 93696
Clinica.....: 918 - CENTRO CIRURGICO SRPA
Leito.....: 999.0352
Data da Internacao: 08/12/2019
Hora da Internacao: 07:43
Medico Solicitante: 797.412.585-34 - AUREMIR ROCHA MELO
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: ESBSANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

Proc.Realizado:
Dt.Hr Saida:
Especialidade:
Tipo de Saida:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO - N. Srª DA GLÓRIA/SE

UNIDADE PARA REFERÊNCIA

HUSE - S. Paulo (Contato com M. Jorge)

ENDEREÇO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

Anacajás

ESTAMOS ENCAMINHANDO O PACIENTE

José - Wilame da Silva

SEXO

M

NASCIDO EM

03/06/91

MATRÍCULA

409907

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

MOTIVO DA CONSULTA / IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS OU PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Última de colúmbia incolorizada, sem sinais
de trauma de face e de membros D.
① ② ③ ④: NDN ⑤: Provável. grotura de abstrato
e grande bala e unido.
Fato: Transmissão Deletoriosa / Diploia / Cigalotina

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

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Ac. do Ortopedico
Ac. do Buro

DATA DO ENCAMINHAMENTO

07, 12, 19

Dr. José Cicero da Silva
Mastologia/Cirurgia Geral
CRM/SE 5498

ASSINATURA E GARIMBO DO MÉDICO

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

Nº. DO BE: 409907
CNS:

DATA: 07/12/2019 HORA: 07:20
SETOR: 04-SALA DE PROCEDIMENTOS

USUARIO: LMBSILVA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE WILAME DA SILVA DOC...:
IDADE.....: 28 ANOS NASC: 03/06/1991 SEX...:
ENDERECO.....: RUA SAO JOSE NUP...:
COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: CENTRO
MUNICIPIO.....: GRACHO CARDOSO UF: SE CEP...: 49600-
NOME PAI/MAE...: JOSE RIVALDO DA SILVA /MARIA GENIVALDA DA SILVA
RESPONSAVEL...: O PROPRIO TEL...:
PROCEDENCIA...: GRACCHO CARDOSO-SE
ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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: ___/___/___

Paciente vítima de punho de punho e lesão com contusão e edema em superfície superior e lateral superior. Edema e dor no ombro direito e punho

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: *Esquema.*

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Diclofenaco. Oms (30)
DIP, Romas (30) + (30)
7 de ombro direito, punho e mão esquerdos
As 08:40 Paciente
responde após 15
e fase. 10/11/19
626 938

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 []

Maria Genivalda da Silva
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

Bl. Adm. ...
ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA: _____

PROFISSÃO: _____

ANAMNESE DE ENFERMAGEM

HORÁRIO: _____

TIPO
ALERTA/ORIENTADO LETARGICO OBNUBILADO TORPOROSO COMATOSO OUTROS

HISTÓRIA PREGRESSA

DIABETES HIPERTENSÃO ARTERIAL CARDIOPATIA AVC OUTROS: _____
QUAIS: _____

ALERGIAS / INTOLERÂNCIA

SIM NÃO

MEDICAMENTO EM USO

SIM NÃO

QUAIS: _____

QUAIS: _____

SINAIS VITAIS

Glicose mg/dl Pressão Arterial / mmHG Frequência Cardíaca bpm Temperatura °C Frequência Respiratória irpm Saturação de Oxigênio % Peso kg

RISCO:

VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

OBSERVAÇÃO:

Ass. Enfermeiro(a) / Carimbo

ATENDIMENTO MÉDICO

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

EVOLUÇÃO MÉDICA

REGISTRO DE ENFERMAGEM

Às 09:50 por 950ml SFO, 9% + O2 A4. *[Assinatura]*
de transição EV. *[Assinatura]*

CCO. PR. 2571 01

CCO. PROC. 2560 01

HORÁRIO DE SAÍDA: _____

Assinatura e Carimbo

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

1970-1971

ESPANOL (PT) *Jose Wilame Da Silva*




ASSINATURA

Assinatura do titular da Carteira de Identificação de Segura

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RESOLUÇÃO GEN. 1.548, 205-2 2.VIA

NOME JOSE WILAME DA SILVA

DATA DE EMISSÃO 14/01/2020

FUNÇÃO INTERIA GENTYLLIM DA SILVA

JOSE RIVALDO DA SILVA

NATURALIDADE

EMPREGADOR CROCIOS-SE

DATA DE NASCIMENTO 03/06/1991

DOC. GERAL CT. NASCIM. 11072601551991100013591000333476

CART. OFIC. INT. DIST. COM DE GRACINDO CROCIOS-SE

CPF 898.321.285-67

Jenilton de Jesus Gomes

Assinatura do titular da Carteira de Identificação de Segura

LEI Nº 7.116 DE 2006 (BC)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0165996/20

Vítima: JOSE WILAME DA SILVA

CPF: 858.321.285-67

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 07/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE WILAME DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA : 020.003.675-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE WILAME DA SILVA : 858.321.285-67

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/06/2020
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/06/2020
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO
CPF: 221.365.090-04

JOSE MARINO GOYA ARAUJO