

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ERASMO JACINTO BRAZ JUNIOR, brasileiro, solteiro, portador de Cédula de Identidade sob o RG n.º 6.421.298, expedida pela SSP/PE, inscrito no CPF sob o n.º 050.418.384-29, residente e domiciliada na Vila São Francisco, n.º 11, Zona Rural, Lagoa do Carro/PE, CEP 55.810-000.

OUTORGADO: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 22.820, com endereço profissional à Av. Fagundes Varela, 988, Salas 10, Jardim Atlântico, Olinda-PE, com endereço eletrônico jm_adv08@hotmail.com

PODERES

Para representá-lo em juízo, conforme cláusula "ad judícia", conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, executar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, transigir, firmar acordos e compromissos, desarquivar processos, recorrer, acompanhar andamento de processo, apresentar contrarrazões, requerer e receber Alvará Judicial para dar quitação, pedir a justiça gratuita e **assinar declaração de hipossuficiência econômica**, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15, podendo ainda substabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados, sempre no interesse dos outorgantes.

Carpina/PE, 20 de novembro de 2019.


Outorgante

Av. Fagundes Varela, 988. Sl. 10. Jardim Atlântico. Olinda. PE (81) 32032699/9.98989933
jm_adv08@hotmail.com



TERMO DE RESPONSABILIDADE

EU, **ERASMO JACINTO BRAZ JUNIOR**, brasileiro, solteiro, portador de Cédula de Identidade sob o RG n.º 6.421.298, expedida pela SSP/PE, inscrito no CPF sob o n.º 050.418.384-29, residente e domiciliada na Vila São Francisco, n.º 11, Zona Rural, Lagoa do Carro/PE, CEP 55.810-000.

Declaro para os devidos fins de direito que me responsabilizo por todas as informações, declarações prestadas e documentos apresentados para requerer a Indenização do Seguro Obrigatório DPVAT Judicialmente, visto que fui vítima de um acidente de trânsito, perante qualquer juízo e órgãos municipais, estaduais e federais, de total minha responsabilidade que estou ciente deste ato.

Obs: Esta Declaração é expressão da verdade, pelo qual me responsabilizo civil e criminalmente sob as penas da Lei - Art.299 do Código Penal Brasileiro.

E por estar de acordo com o que aqui foi narrado, firmo o presente em duas vias de igual teor.

Carpina/PE, 20 de novembro de 2019.

Erasm Jacinto Braz Junior



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE HABITAÇÃO

PE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1564594360

1564594360

PROIBIDO PLASTIFICAR

1564594360

PERNAMBUCO

ERASMO JACINTO BRAZ JUNIOR

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
6421298 SSP PE

CPF
050.418.384-29

DATA NASCIMENTO
27/09/1983

FILIAÇÃO
ERASMO JACINTO BRAZ
JOSEFA PAULINO BRAZ

PERMISSÃO
ACC

CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
02169160829

VALIDADE
27/03/2023

1ª HABILITAÇÃO
21/01/2002

OBSERVAÇÕES

ERASMO JACINTO BRAZ JUNIOR

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CARPINA, PE

DATA EMISSÃO
27/03/2018

90811246710
PE085186520

Assessor
Charles Andrew Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR



HOSPITAL

A RESTAURACAO

Resumo da

Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e Hora

Data da senha: 24/05/2019 20:57

Nome Paciente: ERASMO JACINTO BRAZ JUNIOR

Cód. Paciente:

Data de Nascimento: 27/09/1983

Sexo: Masculino

Idade: 35

Senha: U0056

Convênio:

Atendimento:

SAME:

Período: 24/05/2019 20:59 - 24/05/2019 21:01

LARISSA MORELIA SÁ - COREN: 97706 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

AZUL

Queixa Principal: PAC VITIMA DE ACIDENTE DE CARRO, ESTAVA DIRIGINDO, NEGA DESMAIO E VOMITO. NEGA DM E HAS

Observação: SENHA 51911219

Fluxograma sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminador(es): - EVENTO RECENTE? Não

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Sinais Vitais Lidos: - ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 6
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 17.00 RPM
- GLICEMIA: 92.00 MG/DL
- PERFUSAO CAPILAR: 99.00 %

Transtorno de ansiedade 22:53

HDA: Acidente automobilístico.

*Queixa de dor em S de L do membro superior direito.
Ao exame físico: Lesão contusa em polegar distal
do S de L. Neurovascular preservado. Paciente com
repetidos de S de L de punho prava não tratado.
CD: R de membro superior direito*

*Dr. Stanley Napoleão
MÉDICO
CRM-PI 7472*

Acolhido(a) por: LARISSA MORELIA SÁ - COREN: 97706 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 24/05/2019 21:01

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

Número do Atendimento

1432026

Data e Hora de Atendimento:
24/05/2019 21:08

Local de Entrada: **EMERGENCIA GERAL**
Atendimento Manual:

Nr. Prontuário: **1679639** Paciente: **ERASMO JACINTO BRAZ JUNIOR**
Data de nascimento: **27/09/1983** Idade: **35a 7m 26d**

Nm. Social:

Sexo: **MASCULINO**

Estado Civil: **SOLTEIRO**

Profissão:

Acompanhante: **LUCIANA FERREIRA**

DOC ID / Data expedição
6421298 /

Mãe: **JOSEFA PAULINO BRAZ**

Pai: **ERASMO JACINTO BRAZ**

Cartão SUS:

Endereço: **SITIO SO FRANCISCO**

Bairro: **CENTRO**

Cidade: **LAGOA DO CARRO**

Ocorrências:

Atto 28 05/19
Vigilância Epidemiológica Hospitalar
VEH-HR/SES - NEPI

UF: **PE**
Complemento: **SESSÃO DE RESTAURAÇÃO**
Telefone: **TOMOGRAFIA DA EMERGENCIA**

DATA **24/05/19** HORA:

Motivo do atendimento: **ENCM. POR TCE (TRAUMA CRANIO ENCEFALICO)**
Procedência: **OUTRO HOSPITAL**

MÉDICO: *daula*
TÉCNICO:
EXAME: *crânio s/c*
CONTRASTE: *cervical*

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome:

Fones:

Assistente Social

Confirmação de endereço:

Providências: Alta ☐ Caso Social ☐
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons.Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Público ☐
Outros ☐
Observação:

Assistente Social

História Clínica:

POTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO HA APROXIMADAMENTE 3 HORAS (SIC) CHEGA AO SERVIÇO SEM PRONUNHA RIGIDA E COM CERVICAL. RESPIRANDO A AR AMBIENTE, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. NEGA EPISÓDIO EMÉTICO E PERDA DA CONSCIÊNCIA.

FATURADO

Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Transporte realizado Por:
Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☐ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura:
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por Quê?

Exame Físico:

A: Geral Via aérea está pervia: Sim ☒ Não ☐ O paciente fala: Sim ☒ Não ☐ Temp:

EÓREGUAR, EUPNEICO

B: Respiratório

MV 12 EM AHT, SIRA.

C: Circulatório

PA:

X

mm

Pulso:

120

bpm

RCR EM 21, BNF, SISS





GOVERNO DE
CARPINA
A FORÇA DO TRABALHO

RECEITUÁRIO

Euano L.
Braz Junior

Ref: HR (Vencim.)

Conta: 59112R

Ref: TEF

24/05/19

Av. Agamenon Magalhães, s/n, - São José - Carpina - PE / CEP 55.815-060





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

#CTBUF#

24/05/19

11h42

Paciente vítima de acidente automobilístico cursando com trauma em face. No momento está consciente, disorientado devido ao consumo de álcool, eupneico e normotensorado.

Do exame BUF observa-se edema e equimose periorbital (E), edema em regiões mandibulares, acuidade e motricidade visual preservados. Apresenta mobilidade em OPN e mandíbula.

Do exame de imagem, sugere fratura em zigoma (E), mandíbula (E) e OPN.

- CD: ① Paciente cirúrgico BUF
② Comp BUF
③ Dieta 0

Em tempo 25/05/2019 às 2:30h. Paciente

Bebeu água no transp, aguardando para cirurgia

25/05/19

NCR

00h40

Dra. Caroline Brigida
Cirurgiã Maxilo-Facial
Residente HUOC/POP/OPF
CRQ-PE 19.384

Dr. Flávio
Cirurgião Maxilo-Facial
Residente HUOC/POP/OPF
CRQ: 10113

Retorno da TC com 01 lesões NCR

TC cervical: 01 lesões NCR

glânglia 13, iso. RUM (E), a fraiz

CD: Alto do NCR





Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

#CTB.F#
 25/05/14
 17:44
 Paciente U.H. no RS-OP. Tratado de osteosíntese
 de fraturas de MANDÍBULA e C2D(3) V.H.
 Co-Suporte, SONOLÊNCIA, dispneia, normotensa,
 56 An. no EX. D.F. observada cefaleia em
 FALSA CORPÓREA com R. COINTE, eufonia de
 R.S.P., se- disto e/ou distorção. Pro coínter
 se- Z. Interferência.
 C.D. ① A SRPA
 ② NO-P. D.F.
 Dr. Eugênio Figueiredo
 Cirurgião e Traumatologista
 Buco-Maxilo-Facial
 Residente HUOCHUPE/FO-
 PE 9113
 PARAFUSO DE BLOQUEIO
 INTERMAXILAR 2.0X10.0MM
 REF. 16.512 LOT 56601
 Reg. ANVISA/MS 80389000007
 SINGO VINCES EQUIPAMENTOS ODONTOLÓGICOS EIRELI
 0800 600 5999 | 41 3032 5999 | CNPJ 03.717.757/0001-99 | IE 90212465-97
 Rod. Raul Azevedo de Macedo, 733 | 83.606-482 | Campo Largo/PR | Brasil
 RESP. TÉCNICO: Andreas R. Fiszli | CREA 29.522/D
 PARAFUSO DE BLOQUEIO
 INTERMAXILAR 2.0X10.0MM
 REF. 16.512 LOT 56601
 Reg. ANVISA/MS 80389000007
 SINGO VINCES EQUIPAMENTOS ODONTOLÓGICOS EIRELI
 0800 600 5999 | 41 3032 5999 | CNPJ 03.717.757/0001-99 | IE 90212465-97
 Rod. Raul Azevedo de Macedo, 733 | 83.606-482 | Campo Largo/PR | Brasil
 RESP. TÉCNICO: Andreas R. Fiszli | CREA 29.522/D
 PARAFUSO DE BLOQUEIO
 INTERMAXILAR 2.0X10.0MM
 REF. 16.512 LOT 56601
 Reg. ANVISA/MS 80389000007
 SINGO VINCES EQUIPAMENTOS ODONTOLÓGICOS EIRELI
 0800 600 5999 | 41 3032 5999 | CNPJ 03.717.757/0001-99 | IE 90212465-97
 Rod. Raul Azevedo de Macedo, 733 | 83.606-482 | Campo Largo/PR | Brasil
 RESP. TÉCNICO: Andreas R. Fiszli | CREA 29.522/D
 25/05/14
 #SRPA#
 Paciente submetido à REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA + REDU-
 ÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA DE 1/3 MÉDIO DE FACE. PROCEDIMENTO REALIZADO SOB ANESTE-
 sia GERAL SEM INTERCORRÊNCIAS.
 Admitido SONOLENTO, mas CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO, ACIANÓTICO
 ANICTÉRICO, BOA PERFUSÃO TEGUMENTAR, AFEDEIL AO TOQUE, EUPNEICO, RESPIRANDO ESPON-
 TANEAMENTE AO AMBIENTE. ACV: RCR em 2T, BNF, SIS. FC: 108 bpm
 AR: MVQ em AHT com ROLLOS DE TRANSMISSÃO. Sat O2= 97%. AA
 CD: 1 - ALTA para ENFERMARIA.
 Dr. Rodrigo de Andrade Lima
 Médico





EVOLUÇÃO

CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAL.

ERASMO JACINTO BRAZ JUNIOR	1432026	606-07
----------------------------	---------	--------

26/05/2019 7H:30MIN

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

VISTO CONSCIENTE ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, EG REG.

CIRURGIA REALIZADA DIA 25/05/2019, POR DR. ARAQUEM, MATHEUS CAVALCANTI, VIRGILIO, EUGÊNIO, PARA REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA COMPLEXA EM TERÇO MÉDIO DE FACE E PARASSÍNFISE MANDIBULAR (E).

AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA COMPATÍVEL COM PÓS-OPERATÓRIO, ACESSOS MANTIDOS SEM DÉBITO OU DEISCÊNCIA, ACUIDADE E MOTRICIDADE OCULAR PRESERVADA, EDEMA EM REGIÃO PERIORBITÁRIA (E), OPN E MAXILARES FIRMES AO TOQUE, SEM QUEIXA RESPIRATÓRIA, MALOCCLUSÃO PRÉVIA.

HD: FRATURA DE CZO (E) E PARASSÍNFISE MANDIBULAR (E).

CD:

ALTA BMF

AO HUOC

AGUARDO LIBERAÇÃO TRAUMATO

Dr. Erasmo Jacinto Braz Junior
Cirurgia e Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial
Residente HR/UPE
CRM-PB 13.314





REGISTRO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO HR

PACIENTE: Erasmio Jacinto Braz ^{homem} REGISTRO: 1679639
IDADE: 35 A SEXO: M(☒) F() SETOR DE PROCEDENCIA: V. Trauma

1-EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO: Proquem ANESTESISTA: Kimie
1ª AUXILIAR: Vinilio / Eugenio AUXILIAR: Antheus INSTRUMENTADOR: Flipe (R) ^{Bern}
ENFERMEIRA: Idineia CIRCULANTE: Wartma

2-DADOS DA CIRURGIA:

CIRURGIA: Hernia femoral da ^{mae de bscule} INICIO: 11:25 TÉRMINO: 13:30
TIPO DE ANESTESIA: geral INICIO: 11:00 TÉRMINO: 13:40

3-DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

ESTADO GERAL: ROM() REGULAR(☒) GRAVE() NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE(☒) ORIENTADO() SONOLENTO() SEDADO() INCONSCIENTE()
REPIRAÇÃO: ESPONTÂNEA(☒) ENTUBADO() TRAQUEOSTOMIZADO() CIRCULAÇÃO: FREQUÊNCIA CARDÍACA _____ PULSO _____ PA _____
PELE: INTEGRAL(☒) LESIONADA() DIURESE: ESPONTÂNEA(☒) SONDIA() DISPOSITIVO URINÁRIO() ALERGIA: _____ PERTENCES: _____
PREPARO PARA CIRURGIA: BANHO PRE-OP() TRICOTOMIA() MARCAÇÃO DO SITO CIRÚRGICO: SIM() NÃO(☒) PROTESE DENTÁRIA: SIM() NÃO(☒)

4-TRANS-OPERATÓRIO

POSICÃO: FOWLER() LATERAL() DORSAL(☒) VENTRAL() GINECOLÓGICA() PROTEÇÃO OCULAR: SIM() NÃO(☒) LOCAL DE PLACA CIRÚRGICA: Pantuflex ^E
CONTAGEM DE COMPRESSAS INÍCIO: _____ FINAL: _____ CONTROLE DE PERFUROS: FIO AGULHADO: INÍCIO: _____ FIM: _____
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO: SIM() NÃO(☒) QUAL: Vancomicina HORA: _____ PREENCHEU COTA: SIM() NÃO(☒)
GARROTEAMENTO: SIM() NÃO(☒) TEMPO DE GARROTE: INÍCIO: _____ FINAL: _____
CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS: _____ CONFERIDO POR: Jussara + one HORA: _____

5-EQUIPAMENTOS/MATERIAIS

MONITOR(☒) OXÍMETRO(☒) CAPNÓGRAFO(☒) PNI(☒) ASPIRADOR MONTADO(☒) MANTA TÉRMICA() AP.VÍDEO() TORPÊDO DE NITROGÊNIO() TORPÊDO DE CO₂() BISTURI ELÉTRICO(☒) MICROSCÓPIO() CAVITRON() INTENSIFICADOR() BOMBA DE INFUSÃO() DIPRIFUSOR() ESTIMULADOR DE NERVOS() DERMATOMO() BISTURI ULTRASSÔNICO()
INSTRUMENTAIS CONSIGNADOS SIM(☒) NÃO()

6-PEÇA CIRÚRGICA/EXAMES

ANATOMO PATOLÓGICO: SIM() NÃO(☒) NOME DA PEÇA: _____ MATERIAL: _____
ESLUCÇÃO: _____ IDENTIFICADO POR: _____
CULTURA: SIM() NÃO(☒) EXAMES LABORATORIAIS: SIM() NÃO(☒) GASOMETRIA: SIM() NÃO(☒) RX: SIM() NÃO(☒)





Ortomédica
COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA

Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim
CEP: 52.060-210 - Recife - PE
CNPJ: 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5
Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

RQ: 1679639

**CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA**

(RQ-06)

Nº 058728

1º Via Fixa

Hospital: HR Convênio: _____ Cidade: _____
Nome do Paciente: ELIASMO FARIAS BIAZ JUNIOR Data da Cirurgia: 25/05/19
Médico: DR. ANTONIO MORAIS Membro Operado: FARCO

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
PLACA com 4 Furos Rotin	SIST 2.0	04	
Placa com 4 Furos semi-circular.	SIST 2.0	01	

EXATURADO

Dr. Eugênio Figueiredo
Residente em Ortopedia
Boc. Maxilo-facial
CRO-PE 9113

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº	06			
	QUANT.	20			
	LOTE				
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS CANULADOS	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				

Dr. Eugênio Figueiredo
Residente em Ortopedia
Boc. Maxilo-facial
CRO-PE 9113

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: _____





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital da Restauração

2 - CNES

0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Erasmio Jacinto Braga Jr

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1679639

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TC crânio S/C

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TC cervical

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TCE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

24/05/19

MÉDICO

TÉCNICO

EXAME:

CONTRASTE:

Santo

Crânio S/C

Cervical

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dra. Odara Møllgaard
Médica
CRM-PE 24848

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

24/05/19

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

Dra. Odara Møllgaard
Médica
CRM-PE 24848

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

Cod. 042



Exame Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Heterocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular score: 4 Hora: Glasgow: Resposta Verbal score: 4 Hora: Glasgow: Resposta Motora score: 2 Hora: 2

GLASGOW = 15 (21: 20)

Exposição/Abdômen:

ABD FLACCO, DEPRESSÍVEL, INDOLORE A PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA.
PRESENÇA DE ESCORIAÇÕES EM FACE À ESQUERDA.
PRESENÇA DE LESAÇÃO CORTO CONTUSA EM 5º DÍGITO DA MÃO ESQUERDA.

Diagnóstico Inicial:

TRAUMATISMO

Conduta:

1. Solicito RX DETRAY AP/PERFIL + RX DE PELVE AP
 - Solicito TAC CRÂNIO S/ CONTRASTE
 - Solicito TAC CERVICAL S/ CONTRASTE
2. REAVALIAÇÃO CG (+) UCR.
3. AVALIAÇÃO BMR

Ass. Médico
Dra. Odara Møllgaard
Médica
CRM PE 24848

TAC RECONSTRUÇÃO DE FACE 3D

Ass. Enfermagem

Evolução de Enfermagem:

Condição de Alta:

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☒ Alta

Internado na Clínica:

Transferido para:

☐ Curado ☒ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Autorização para Internamento / Transferência:

Médico:

Dra. Odara Møllgaard
CRM PE 24848

CRM: 22827 Data: 26/05/19 Hora: 12:30

Termo de responsabilidade de Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 24-Mai-19



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO		
Paciente : <u>ERASMO LAZARO BORGES JUNIOR</u>	Nº do Registro : <u>1679639</u>	
Clínica : <u>CTBARF</u>	Nº do Leito :	
Operador : <u>DR ANAQUELA NOLLO</u>		
1º Assistente : <u>DR MATHEUS GUELLATI</u>	2º Assistente : <u>DR VIRGINIO FERNANZ</u>	
Instrumentador : <u>DR AUGUSTO FERNANZ</u>	Anestesista : <u>DR KIMIE</u>	
Anestesia : <u>GOMZ</u>	Duração :	
Data da Operação : <u>25/05/19</u>	Início : <u>11:25</u>	Fim : <u>13:30</u>
Diagnóstico Pré-Operatório : <u>Fratura completa do maxilar + fratura</u> <u>completa do CHO (E)</u>		
Diagnóstico Pós-Operatório : <u>Fratura completa do maxilar + fratura</u> <u>completa do CHO (E)</u>		
Operação Proposta : <u>Osteossíntese do fratura completa do maxilar +</u> <u>Osteossíntese do fratura completa do CHO (E)</u>		
Operação Realizada : <u>Osteossíntese do fratura completa do maxilar +</u> <u>Osteossíntese do fratura completa do CHO (E)</u>		
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO		
<p>① Paciente em DPH, sob anestesia GOMZ e fixação ortopédica com nervos para nobis submandibular.</p> <p>② Anestesia intra e extraoral com LIDOX 2%, e reposição do G-BS Oportomias</p> <p>③ Infiltrações de anestesia local; ④ Incisões e nobis do for 2 vestibular maxilar (E); ⑤ Infiltrações de INF e Bismoloid M.</p> <p>⑥ Nobis e osteossíntese do fratura do maxilar com 02 placas do sistema 2.0 (4 furos). ⑦ Nobis do Bismoloid maxilar maxilar. ⑧ Incisões e nobis transmandibular, divulsões e acesso a mandíbula transmandibular ⑨ Nobis e fixação com placas e parafusos do sist. 2.0 (4 furos). ⑩ Lavar as feridas ortopédicas e suturar G- Fios non absorvíveis e NS não absorvíveis. ⑪ Lavar o guia com betadine do G-BS Oportomias ⑫ Sutura ⑬ A SURA COD. 034</p>		

Dr. Eugenio Figueiredo
Especialista em Traumatologia
Cirurgia Maxilo-Facial
Residente em OCUPE/POP



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

RELACÃO DE MATERIAIS USADOS EM CIRURGIA

PACIENTE

Erasmu Jacinto Braz Junior

REGISTRO

1679639

CIRURGIA

Ydo e muihfrictura da genalivale data 26/05/19

CIRCULANTE

Mentura Juvelale

HR 40 anos

QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MEDICACÃO	QUANT.	MEDICACÃO
<input checked="" type="checkbox"/>	Agulha 25x07		Fio protene s/a		Adrenalina		Metoclopramida (plasil)
<input checked="" type="checkbox"/>	Agulha 40x12		Fio de seda		Agua destilada 10ml		Naloxona (narcen)
	Agulha 13x4		Fio simples		Alcurônio		Neocaina
	Agulha de bloqueio ()		Fio simples		Atentanila (rapifen)		Neostigmine
	Atad. Crepe		Fita cardiaca		Antibiótico		Pancurônio
	Atad. Gessada	<input checked="" type="checkbox"/>	Gase		Antibiótico		Pomada oftálmica
	Capa microscópio		Hemostático		Atropina		Propofol
	Capa de vídeo	<input checked="" type="checkbox"/>	Lamina bisturi nº (1) ()		Bicarbonato de sódio		Ranitidina
	Cat. Subclávia	<input checked="" type="checkbox"/>	Luva cirúrgica nº 7.0		Cedilanide		Rocurônio (esmeron)
	Cat. venopunção nº	<input checked="" type="checkbox"/>	Luva cirúrgica nº 7.5		Cetoprofeno		Sevorane
	Cat. de oxigênio	<input checked="" type="checkbox"/>	Luva cirúrgica nº 8.0		Decadron		Soro fisiológico
	Cêra óssea	<input checked="" type="checkbox"/>	Luva de procedimento		Dexametasona		Soro fisiológico
	C. de urina fechado () aberto ()	<input checked="" type="checkbox"/>	Seringa Insulina () 5cc ()		Diazepam		Soro glicosado
<input checked="" type="checkbox"/>	Compressa cirúrgica 0/30x1	<input checked="" type="checkbox"/>	Seringa 10cc (X) 20cc ()		Dipirona		Soro Ringer 500ml
	Correção 2 vias		Sistema de drenagem () ()		Dopamina		Suxametônio (quelicin)
<input checked="" type="checkbox"/>	Eletrodo	<input checked="" type="checkbox"/>	Sonda endotraqueal ()		Dormonid		Tracium
<input checked="" type="checkbox"/>	Eq. De bomba		Sonda de foley nº () *		Enflurano		Vitamina C
<input checked="" type="checkbox"/>	Eq. De soro - <u>Woufao</u>		Sonda nosogástrica nº ()		Etilefrina (efortil)		Vitamina K
	Fio cromado	<input checked="" type="checkbox"/>	Sonda uretral nº (14)		Fenitoina (hidental)		Xilocaina C/A
	Fio cromado		Tomeira de 3 vias		Fentanil		Xilocaina S/A
<input checked="" type="checkbox"/>	Fio de aço	<input checked="" type="checkbox"/>	Vidro de aspiração 2. Litros		Furosemida (lasix)		Xilocaina 2ml
<input checked="" type="checkbox"/>	Fio de aço	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>leiten</u>		Gelafundin		Xilocaina geléia
<input checked="" type="checkbox"/>	Fio de algodão c/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>leiten</u>		Glicose 10ml		
	Fio de algodão c/a		<u>leiten</u>		Gluconato de sódio		
	Fio de algodão s/a		<u>leiten</u>		Heparina		
	Fio de algodão s/a		<u>leiten</u>		hidrocortisona		
<input checked="" type="checkbox"/>	Fio de nylon 4.0	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>leiten</u>		Hypnomidate		
<input checked="" type="checkbox"/>	Fio de nylon 5.0	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>leiten</u>		isoflurano		
	Fio protene c/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>leiten</u>		Lanexat (flumaznil)		
	Fio protene c/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>leiten</u>		Manitol		
	Fio protene s/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>leiten</u>		Meperidina (Dolantina)		

Cod. 0198

Paciente: EDAS - JACIL BIAZ JAVO -

LAH2

Paciente com histórico de fraturas
de ossos e fêmur (C20 @ e
Parafuso mandibular). encontra-se sob
Atendimento Ambulatorial para
serviço de cirurgia e traumatologia
Branco após fratura do HUOC. encontra-se
com detecção de fratura cervical,
já estabilizada e em evolução positiva.
NS tem pontos de fratura, não
limites do maxilar. Estável
após a fratura.

Recife, 17/08/19

Convênio Universitário
SUS - UPE

Luis Felipe O. Maciel
Cirurgia e Traumatologia
Boca Maxilo-Facial
Residência Médica UPE
CRO-PE 12.870



Governo do Estado de Pernambuco

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OSWALDO CRUZ
Rua Américo Marques s. 310 - Santo Amaro - Recife - PE
CEP: 50100-130 - Fone: (81) 3194.1299
CNPJ: 11.022.597/0013-25



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1432026

Nome: Evandro Jo Pinto Brás Junior

Foi atendido às 17:08 hs. do dia 24.05.19

Diagnóstico Provável: Paciente vítima de
afecção crônica do sistema
circulatório com sintomas de
insuficiência cardíaca.
C/n: 902.8.

Tratamento Realizado: Paciente em 20 (vinte) dias de
repouso ambulatorial.

Prescrição realizada no dia 25/5/19,
por Dr. Anselmo, médico, para
tratamento de insuficiência cardíaca
com uso de furosemida e paracetamol.

Observação: Retornar ao ambulatório
do Hospital da Restauração
para avaliação em 13 de Junho,
para dia 04/05.

Cópia de:

Alto Brás

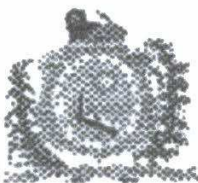
dia 26/05/19

Dr. DEBORA LOPES DE OLIVEIRA
Médico - CRM Nº 101.101
Belo - CRM Nº 101.101
Residência CRM Nº 101.101

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou
ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do
tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público
do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 056ª CIRCUNSCRIÇÃO - LAGOA DO
CARRO - DP56ªCIRC DINTER1/11ªDESEC**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0146000400

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/06/2019** às **12:22**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **24/6/2019** às **18:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE LAGOA DO CARRO, 1, NA PE 88
PROXIMO A ENTRADA DA FAZENDA APUA - Bairro: CENTRO - LAGOA DO
CARRO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ERASMO JACINTO BRAZ (OUTRO)
ERASMO JACINTO BRAZ JUNIOR (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): ERASMO JACINTO BRAZ
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): DESCONHECIDO

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

**ERASMO JACINTO BRAZ JUNIOR (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
JOSEFA PAULINO BRAZ Pai: ERASMO JACINTO BRAZ Data de Nascimento: 27/8/1983
Naturalidade: CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 64231298/SSP/PE (RG),
20189160820 (CNH) Estado Civil: AMASIADO(A) Telefones Celulares:
- 982864726**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE LAGOA DO CARRO, 1, SÍTIO SÃO FRANCISCO - CEP:
55000-000 - Bairro: CENTRO - LAGOA DO CARRO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**ERASMO JACINTO BRAZ (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade:
NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE LAGOA DO CARRO, 1, SÍTIO SÃO FRANCISCO - CEP:
55000-000 - Bairro: CENTRO - LAGOA DO CARRO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**



**Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)**

AUTOMÓVEL 91 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ERASMO JACINTO BRAZ**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ERASMO JACINTO BRAZ**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/VW/GOL** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **EJE2799** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **628147642**
Ano Fabricação/Modelo: **1994/1995** Combustível: **GASOLINA**

AUTOMÓVEL 92 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VITIMA E NOTICIANTE VEIO A ESTA DP INFORMAR QUE NO DIA 24/05/2018 POR VOLTA DAS 18:30 HS, SEGUIA NA CONDUÇÃO DO VEÍCULO GOL COR VERMELHA PLACA EJE 2799 PELA PE 99 SENTIDO LAGOA DO CARRO/ LIMOEIRO, MOMENTO EM QUE UM VEÍCULO QUE VINHA EM SENTIDO CONTRÁRIO À SUA MÃO DE DIREÇÃO COM FARÓIS ALTOS, OFUSCANDO O CONDUTOR VITIMA, SENHOR ERASMO JACINTO BRAZ JUNIOR, CULMINANDO COM A COLISÃO OBLÍQUA, (NEM DE LADO, NEM DE FRENTE), SENDO A VITIMA NOTICIANTE AFETADA PELO ABALROAMENTO SINISTROSO, ONDE A VITIMA FICOU DESACORDADA SENDO SOCORRIDA PELA AMBULANCIA DA UNIDADE MISTA DE CARPINA-PE, PARA ONDE FOI ATENDIDO PRELIMINARMENTE, DEPOIS REMOVIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO EM RECIFE, COM FRATURAS NA FACE LADO ESQUERDO E OUTRAS LESÕES. CONSTATADAS PELAS FICHAS DE ATENDIMENTO DAS RESPECTIVAS UNIDADES DE SAÚDE EM COMENTO, AINDA DECLINA A VITIMA QUE NÃO FOI POSSÍVEL A IDENTIFICAÇÃO DO OUTRO CONDUTOR ENVOLVIDO NO ACIDENTE. ASSIM ENCERRA ESTE BOE.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Erasmão Jacinto Braz Júnior
ERASMO JACINTO BRAZ JUNIOR
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOÃO BOSQUE OLIVEIRA CASTRO** - Matrícula: **318821-5**





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 29 de Julho de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190448828

Vítima: ERASMO JACINTO BRAZ JUNIOR

Data do Acidente: 24/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), ERASMO JACINTO BRAZ JUNIOR

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag: 0161901620 - carta_07 - INVALIDEZ

00050810



Carta nº 14628004

