

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: 19/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO CARLOS FREIRES DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00762

CONTA: 000000029967-2

Nr. da Autenticação 7E40776996DDB6C4

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190447096 **Cidade:** Nova Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO CARLOS FREIRES DE LIMA **Data do acidente:** 02/09/2018 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO FACIAL COM AFUNDAMENTO DE FACE. FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA FACE À ESQUERDA.

Descrição do exame físico: A VÍTIMA REFERE DOR DO LADO ESQUERDO DA FACE COM DORMÊNCIA INFRAORBITÁRIA E VISÃO TURVA À ESQUERDA. AO EXAME, PRESENÇA DE ASSIMETRIA FACIAL À ESQUERDA, COM ACHATAMENTO FACIAL, ENOFTALMO, HIPOFTALMO E MÁ OCLUSÃO DENTÁRIA.

Resultados terapêuticos: A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA HEMIFACE ESQUERDA COM OSTEOSSÍNTESE COM MINIPLACAS E MINIPARAFUSOS, CERCA DE 2 MESES APÓS O SINISTRO. EVOLUIU COM ALTERAÇÕES FACIAIS DESCRITAS ACIMA. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Dano cranio facial

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 13/08/2019

Conduta mantida:

Observações:

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

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190447096**

Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO CARLOS FREIRES DE LIMA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA BOA ESPERANÇA , 430 - BOA ESPERANÇA - Montanhas - RN - CEP 59198-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ITEP /RN**] **3.730.999**

Data e local do acidente: [**02/09/2018**] **NOVA CRUZ / RN**

Data e local do exame: [**13/08/2019**] **Natal** [**RN**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMATISMO FACIAL COM AFUNDAMENTO DE FACE. FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA FACE À ESQUERDA.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

A VÍTIMA REFERE DOR DO LADO ESQUERDO DA FACE COM DORMÊNCIA INFRAORBITÁRIA E VISÃO TURVA À ESQUERDA. AO EXAME, PRESENÇA DE ASSIMETRIA FACIAL À ESQUERDA, COM ACHATAMENTO FACIAL, ENOFTALMO, HIPOFTALMO E MÁ OCLUSÃO DENTÁRIA.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA HEMIFACE ESQUERDA COM OSTEOSÍNTESE COM MINIPLACAS E MINIPARAFUSOS, CERCA DE 2 MESES APÓS O SINISTRO. EVOLUIU COM ALTERAÇÕES FACIAIS DESCRITAS ACIMA. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Dano cranio facial

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

Estruturas cranio faciais

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Rosa Maria Vaz dos Santos
CRM: 2109 - RN

Rosa Maria Vaz dos Santos - CRM: 2109 - RN



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 45081 /2018

Admissão: 02/09/2018 12:46:59

BOLETIM FATURADO

EM: 10/10/18

SAÍDA
EM: 02/09/18

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 90905 - ANTONIO CARLOS FREIRE DE LIMA (44 a 4 m 22 d)

Nascimento: 10/04/1974 Natural: BAIÁ DA TRAIÇÃO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 898004037916519

CPF: 01723826456

Prof:

Mãe: MARIA DE LOURDES DA CONCEIÇÃO

Pai:

Logradouro: GESSE PINTO FREIRE, 418

CEP: 59198000

Bairro: MONTANHAS

Cidade: MONTANHAS

Telefone: 84.988302534

Compl:

Motivo: MOTO X OBJETO FIXO

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: FAMÍLIA

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 02/09/2018 12:39:28

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: VITIMA DE QUEDA DE MOTO/APRESENTA HEMATOMA EM FACE E SANGRAEMTO NO NARIZ

Hora: 12:50

Paciente após trauma de moto chacoalhado, com
perda momentânea de nível de consciência. Refere
cefaleia intensa.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A	Ve pigmento. Ve no lado esquerdo	
B	muco, sensível	
C		25 JUL. 2018
D	Glasgow 15	
E		HORA DE SEGUROS

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

02/09/18 13:39'	02/09/18 12:59'
Jara e Jackson	Jara e Jackson
Exame: Médico: te Jara	Exame: Médico: te Jara

*Saída:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Hospital de Fisiologia

02/09/18

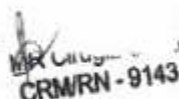
EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A
B
C
D
E
A(ALERGIAS) <u>Não</u>
M(MEDICAÇÃO EM USO) _____
P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) _____
L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS) _____
A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA) _____
V (PASSADO VACINAL) _____

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Rx de Joelho Direito Dr. perf.


 CRM/RN - 9143

OUTROS

CONDUTA PRIMARIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1	<u>NRC</u>	HORA: <u>13:00h</u>	DATA: <u>02/09/2018</u>
ESPECIALISTA 2	<u>BME</u>	HORA: <u>13:00h</u>	DATA: <u>02/09/2018</u>
ESPECIALISTA 3	<u>Ortopedia</u>	HORA: <u>13:00h</u>	DATA: <u>02/09/2018</u>

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:	DATA	/	/	HORA
SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:				
OBITO: DATA	/	/	HORA	
ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP				


 MR Cirurgia Geral
 CRM/RN - 9143

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

CONFERE COM ORIGINAL
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
NATAL: 22/05/19
MAT. Nº: 1520873
SAME
ASSINATURA

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1: 27/09/18	
ANAMNESE	pontos comunit, ouvid... não depend por 616-15
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)**** Exame: normal	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) Atualizada 4875	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM <div style="text-align: right; margin-top: 100px;"> 25 JUL 2018 </div>
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura ocular (AO)	
Olfos se abrem espontaneamente.	4
Olfos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3.)	3
Olfos se abrem por estímulo doloroso	2
Olfos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, onde está, onde vai, o tempo, a data e etc.)	5
Confuso (responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras incoerentes (Fala ininteligível, mas sem sons consoantes).	3
Sons ininteligíveis. (Somente sons silábicos palavras)	2
Assente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulos dolorosos.	5
Movimentos descoordenados a dor.	4
Resposta flexão a dor (Descoordenação).	3
Reflexo extensor à dor (Decorticação).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS"		
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO	
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15	0
	8-12	1
	6-7	2
	4-5	3
	3	4
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	10-20	0
	>20	1
	6-9	2
	1-5	3
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	0	4
	>90	3
	70-90	2
	50-69	1
	0	0

*Escala de Trauma Revisada (RT): Item indica de sobrevivente para pacientes de trauma lesado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco WJ. Copes, et al: A revision of the Trauma score, J. Trauma 1991; 32, 1999.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE
(ATLS 2005)*

03 - 08 grave (necessidade de intervenção imediata);
09 - 3+ moderado;
14 - leve

* Referência: TEASDALE G, JENNET B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1976;2:91-121

— A escala propõe-se aplicar-se a doentes conscientes e que estejam com idade superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa atribui-se ao doente que classifica a intensidade de sua dor de acordo com as seguintes definições:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4



**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA
BUCOMAXILOFACIAL**

**COORDENADOR: DR. RÔMULO DIAS
TURMA 2015-2018**

ORIENTAÇÕES PARA O PRÉ-OPERATÓRIO

- CIRURGIA HOSPITALAR -

INTERNAR-SE NA PRONTOCLÍNICA DR PAULO GURGEL (VIZINHO AO
IORDERSTÃO CIDADE JARDIM - ESTRADA DE PONTA NEGRA / AV ENG ROBERTO
REIRE), NO DIA 08 / 11 / 18 (5ª FEIRA), ÀS 7 HORAS. TEL
008-5000

. ESCOVAR OS DENTES DIARIAMENTE AO ACORDAR, APÓS AS REFEIÇÕES E
ANTES DE DORMIR. USAR ESCOVA DE DENTE + CREME DENTAL + FIO DENTAL.

. RETIRAR A BARBA E O BIGODE DIARIAMENTE (CASO POSSUA).

. LEVAR TODOS OS EXAMES LABORATORIAIS, ECG, RISCO CIRÚRGICO E OS
EXAMES DE IMAGEM.

. LEVAR A AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE DO SEU MUNICÍPIO PARA
FAZER A INTERNAÇÃO E CIRURGIA (QUANDO NÃO MORAR EM NATAL).

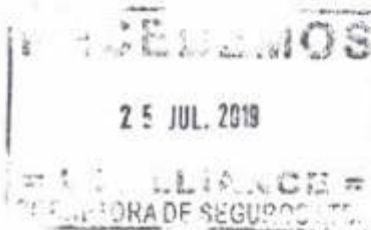
. **CASO A INTERNAÇÃO SEJA NA 5ª. FEIRA ÀS 7 HORAS DA MANHÃ, INGERIR
ALIMENTOS E ÁGUA ATÉ 5 HORAS DA MANHÃ.**

. OUTRAS:

Dr. Sérgio Medeiros de Souza
Cirurgião - Dentista
CRM-PA 2512

Natal, 06 / 11 / 18

Sergio Medeiros de Souza



SERVIÇO DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILOFACIAL

LAUDO

Francisco Carlos Frade de Lima
para tratar fraturas complexas da face no dia 28/II/18 submeteu-se a cirurgia
encontra-se em recuperação.

Natal, 30 / II / 2018

Assinatura e carimbo
Dr. Romulo Dias
Cirurgia da Boca e Face
Especialista e Mestre
CRO/RN - 922

25 JUL. 2019

LEI 13.005/2014
OFICINA DE SEGURANÇA

(2°)

q de com DR Paulo de
x foto 90 dias.
Nº 440009
97474

PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

REGISTRO DE INTERNAMENTO

Nº AIH:	Nº ATENDIMENTO 385523	DATA: 08/11/18 HS:
TIPO DE INTERNAMENTO:	(X) CIRÚRGICO () CLÍNICO () PEDIÁTRICO	
ACOMODADO: 002	LEITO: 207 A	CONVÊNIO SUS
MATRICULA 506 3067 8033 4170	VALIDADE	
ASS. DO RESPONSÁVEL PELO INTERNAMENTO:		

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Antonio Carlos Freires de Lima	SEXO: (X) M () F
DATA DE NASCIMENTO: 10/04/1974	RG: 3.430.999 CPF: 017.238.264-56
FILIAÇÃO MÃE: Maria de Lourdes da Conceição	
PAI: Sulpício Freires de Lima	
ENDEREÇO: Rua Senador Ruy Pinto Freire Nº 41	
BAIRRO: Vila Vista	CIDADE: Montanhas
ESTADO: RN	CEP: 59148-000
RESPONSÁVEL:	PARENTESCO:
FONE: (84) 98636-5490 - Mãe	FONE:

SUMÁRIO DE ALTA

TIPO DE ALTA: () MÉDICA () ADMINISTRATIVA () A PEDIDO () EVASÃO () ÓBITO	
DATA: / / 2018 HORA:	ASS: RESPONSÁVEL DO SETOR:

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

- Assistência física
- Degrau cinto M/E
- Dor ao toco
- Fome reduzida

25 JUL. 2019

LLIANCE
TORA DE SEGUROS

PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA
CNPJ: 09.417.742/0001-91
Confere com o Original
Data: 06/06/2019
Sibéria Logue

Data: / /
Confere com o Original
CNPJ: 09.417.742/0001-91
PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA



CARIMBO E ASS. DO MÉDICO

Dr. Renato Dias
Belo Horizonte
Superior e Mestre
CRM 100000

PACIENTE:

Infante Luis Felipe

CIRURGIÃO: DR. Paulo Gurgel

EQUIPE MÉDICA

BISTURI ELÉTRICO:

EQUIPAMENTOS / TEMPO DE USO

CONVÊNIO:
COD. PROCEDIMENTOS:
GASOMETRIA / TEMPO DE USO

DATA: 08/08/18
HORA: 10h30
TERMINO:

1ª AUXILIAR:

2ª AUXILIAR:

INTENS. DE IMAGENS:

MONITOR CARDÍACO:

GÁS CARBÔNICO:

NITROGENIO:

O₂ SOB PRESSÃO:

O₂ SOB PRESSÃO:

SANGUE:

3ª AUXILIAR:

ANESTESISTA:

OXÍM. DE PULSO:

SERRA ELÉTRICA:

OXÍDO NITROSO:

SOLUÇÃO

ARRUELAS

CIDEX FOR ML

OPR 5

INSTRUMENTADOR(A):

PROD. C/ALUMINIO

MEDICAMENTOS

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

NYLON 2,0 (2CM)

NYLON 2,0 (4CM)

ETHABOND 2,0

CATGUT SIMPLES 5,0

CATGUT CROMADO 1,0

VICRYL 0

PROLENE 2,0

MONOCRYL 3,0

POS II 1,0

TIO ALGODÃO C/ AGULHA

CERA OSSIA

QTD

LINDOCAINA 2% GEL

LINDOCAINA 2% VASO

LINDOCAINA S/ VASO

ISOLURANO

NOVABUP C/ VASO

NOVABUP S/ VASO

SERVO FLORANO

LINDOCAINA 10% SPRAY

NEOCAINA S/ VASO

NEOCAINA C/ VASO

XILOCAINA

QTD

ADRENALINA

AMINOFLINA

AMODARONA

ATROPINA

BUSCOPAM SIMPLES

CEFAZOLINA 1G

CEFAZOLINA 1G

CAPTOPRIL 25MG

CEFTRIAXONA 1G

CLORETO DE POTASSIO 19%

CLORETO DE SÓDIO 20%

QTD

DIPIRONA

DRAMIN B6DL

EFEDRINA

EPINEFRINA

FENERGAN 50MG 2ML

FUROSEMIDA

GLUCONATO DE CALCIO 10%

HIDROCORTIZONA 500MG

IPILION 1G

IPILION 4MG

METOCLOPRAMIDA

QTD

ONDASETRONA

PROSTIGMINE

RANTIDINA

TIATIL 40MG

SELOKEN 5 MG / 5ML

DIPROSPAM

C. PAPAVERINA 50MG/2ML

TRIDIL

CLORETO DE SUXAMETÔNIO

CLONIDIN

NIBUM

QTD

RETENÇÃO DE RECETTA

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

ATADURA GESSO

ATADURA CREPOM

ATADURA DE ALGODÃO

MALHA TUBULAR

VASELINA

CLOREXIDINA ALCOOLICA

CLOREXIDINA AQUOSA 2% 300ML

CLOREXIDINA DEGERMANTE

PAPI DE GERMANTE

PAPI TÓRICO

DETERGENTE ENZIMÁTICO

QTD

ATADURA GESSO

ATADURA CREPOM

ATADURA DE ALGODÃO

MALHA TUBULAR

VASELINA

CLOREXIDINA ALCOOLICA

CLOREXIDINA AQUOSA 2% 300ML

CLOREXIDINA DEGERMANTE

PAPI DE GERMANTE

PAPI TÓRICO

DETERGENTE ENZIMÁTICO

QTD

ESCOVA SECA

MICROPOR LARGO

LUVAS ESTÉREIS

ALGODÃO GRIBOIA

LUVAS DE PROCEDIMENTO

COMPRESSA CIRURGICA

GASES 10X10 PCT 20

SERINGA DESC. 3ML

SERINGA DESC. 5ML

SERINGA DESC. 10ML

SERINGA DESC. 20ML

QTD

PARAFUSO CORTICAL

PARAFUSO ESPONIOSO

PARAF. INTERF. TITANEO

PINO DESLIZANTE

PLACA

PARAFUSO CAVILADO

LAMINA DE SHAVER

PROTESE

SURGICEI

DRILL ELÉTRICO

ASPIRADOR

QTD

PARAFUSO ANCORÁ

PLAST ANEL 1,4

PARAFUSO TRANSVERSO

SONDAS

URETRAL 4

ASPIRAÇÃO TRAQUEAL 04

NASO LONGA 04

SONDA DE FOLEY

OUTROS

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

08/08/18

25 JUL 2018

ORA DE REGISTRO



PROTODOLÓGICA E MATERIDADE
Dr. Paulo Gurgel

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME ANTONIO CARLOS FREIRES DE LIMA REGISTRO 385523

Data Nascimento 10/04/74 IDADE 44a Sexo M LEITO: 207A Data de Admissão 08/11/18

MÉDICO: Rômulo Bias

ADMISSÃO DO CENTRO CIRURGICO

JEJUM COMPLETO INCLUINDO AGUA? () Não (X) Sim início 20:00 PESO: _____ Kg Altura: _____ cm

RETIRADA DE PRÓTESES/ORTESE/ADORNOS: (X) SIM () NÃO

ALERGIAS: (X) NÃO () SIM: (NEGA)

DOENÇAS PREGRESSAS: () DM () HAS () TABAGISMO () HIV () Hep B () Hep C () Arritmias () DPOC () AVC ()
Marcapasso () Outros: _____ Medicções de uso frequente: _____

Consentimento Cirúrgico Preenchido () Não (X) Sim

Exames: B) Labor (X) Raio X () USG () TC () RNM () Risco cirúrgico Outros: cf labor
(Papel)

Encaminhado: () Deambulando () Cadeira de Rodas () Maca () consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado

Anotações de Enfermagem: _____

Conferido informação acima por: José de Oliveira Jorge Admitido na sala: _____ Hora: _____
CORRESPONDENTE

ETAPA I: PRÉ-INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta Fratura 1/3 médio

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO: (X) Limpa () Contaminada () Potencialmente Contaminada () Infectada

1. Equipe completa presente (X) Sim () Não
2. Paciente com identificação e cirurgia confirmada (X)
3. Termo de consentimento (X) Cirúrgico () hemoterápico () não, caso não esteja assinado contatar o médico.
4. Local da intervenção marcado corretamente (X) sim () não () não aplicável
5. Bisturi elétrico disponível e testado (X)
6. Aparelho de Anestesia (X)
7. Equipamento de Vídeo ()
8. Monitor Multi-Parâmetro (X)
9. Saída de: Oxigênio (X) Ar Comprimido () Vácuo ()
10. Aspirador cirúrgico disponível e testado (X)
11. Mesa cirúrgica testada (X)

24 JUL 2019

ELABORADO POR: _____

DESCRIÇÃO DO ATO CIRURGICO

Atetoria gen; A se priv; 1 solucioes
do racio: 1 Inciso subfist per
exterior; divisoes; Redu; A; osteo inter
os plenas; enfurn; curativo.

Dr. Rômulo Dias
Suas Marcas Faciais
Especialista e Mestre
CRQ/RN - 122

ASSINATURA OU CARIMBO DO MÉDICO

BOLETIM DE ANESTESIA:

ANESTESIA TIPO:

TECNICA

[illegible]

12. Hemoderivados solicitados e reservados () sim () Não () Não aplicável
 13. Paciente tem alergia conhecida () sim () não
 14. Aparelho de anestesia testado () sim () não
 15. Esterilizações dos instrumentais com indicadores () sim () não

ETAPA II: PRÉ-INCISÃO

16. Confirma nome do paciente, local da intervenção e cirurgia proposta ()
 17. Confirma preparo da pele com clorexidine degermante e tópica () Sim () não
 18. Confirmar antibiótico profilático administrado () sim () não aplicável
 19. Paciente em posição adequada () sim () não

EQUIPE DE ENFERMAGEM

20. Confirmar se a disponibilidade dos materiais e equipamentos solicitados para cirurgia ()
 20. Confirmar com a equipe médica se os exames necessários estão disponíveis ()
 21. Confirma bisturi elétrico e placas instalados corretamente ()

INTRA-OPERATORIO

Posicionamento: Dorsal () Lateral direita () Lateral esquerda () Posição Ginecológica ()
 () Decúbito Proclie () Decúbito Ventral

Monitorização cardíaca: () sim () não PNI/Manguito em: 150 Placa neutra: Local: M

Passado faixa de smarch: Não () sim, em: _____ Início _____ Termina _____

Soluções Antissépticas Usadas no Campo Operatório: () Clorex degermante () Clorex aquoso
 () Clorex Alcoolica () PVPI degermante
 () PVPI tintura () _____

Infusões: SF0,9% _____ ml R.Lactato: _____ ml R.Simples _____ ml SG5% _____ ml

Drenos: () Penrose nº _____ () Porto-vac nº _____ () Tórax nº _____

Sinais vitais: PA 110/79 mmHg FC 92 bpm Sat 100 % T: _____ °C Hora: _____

Anestesia: Início 16:40 Termina _____ () Geral Inalatório () Geral Venosa () Sedação () Local
 () Peridural () Raquí () Bloqueio: _____

IOT: () Não () sim - Cânula nº 7.5 IOT aramado: () não () sim nº _____

AVP: () não () sim 150, Jelco nº 18 por banheira de drenagem

Cateter O2: () não () sim SNG: () NÃO () SIM Nº _____ SVD () NÃO () SIM Nº _____

Ferida operatória: Curativo limpo e seco

Cultura: _____ Anát.Patológico: () Não () Sim _____ Unid _____

Material Explantado: _____

Conferido por _____ Intercorrência _____

ETAPA III: ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

Confirmar se a contagem de compressas, instrumentais e agulhas foi realizada () sim () não
 Caso a cirurgia realizada não tenha sido a proposta, _____

Medicações administradas (anotar horários) 2 Amp duperona 1 Amp dolamitoxona
efalativa 2g 1 Amp Penicilina PA 1ml 40mg

25 JUL 2019

UNIDADE DE SEGURANÇA

CPME: () NÃO (X) SIM, qual

1 Placa 4 furos 5/5 ✓

04 PF N° 07

1 Placa semi luna 06 furos ✓

02 PF N° 05

01 PF N° 07 Romm

03 PF N° 03

Anotações de Enfermagem e Intercorrências 5/

Início da cirurgia: 16:45 Término da cirurgia:

CIRURGIÃO: Dr. Romulo ASSISTENTE: Ivam Dantas ANESTESIOLOGISTA: R. Marcalo
INSTRUMENTADORA: Aureliana CIRCULANTE: Lelia ENFERMEIRA: Edna

URPA (Unidade de Recuperação pós-anestésica)

Condições de admissão do paciente:

(X) Acordado () Sonolento () agitado Ar ambiente () MV 50%

() Cateter de O2 () TQT (X) AVP () AVC

() Hipotensão () Hipertensão () Bradicardia () Taquicardia () Tremor () Dor () Baixa Saturação

() Hemorragias () Desorientação () Agitação () Dispneia () Broncoespasmo () Outros:

Medicações Administradas na URPA (anotar horários):

Encaminhado para o andar

AVP (X) AVC () SNG () SVD FECHADA () DRENOS () CURATIVOS LIMPO ()

GESSO EM: MSD () MSE () MID () MIE ()

XAMES: (X) Labort (X) Raio x () USG () TC () RNM () RISCO CIRURGICO () OUTROS:

ENCAMINHADO: (X) Enfermaria () UTI () Alta Hospitalar () Outros:

Anotações de Enfermagem:

ENCAMINHADO POR: Lelia HORA:-

25 JUL. 2019

UNIDADE DE SEGURANÇA

Prontoclinica Dr. Paulo Gurgel
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

MÉDICO: Dr. Renato

PACIENTE: Antônio Carlos Frires de Lima SETOR: 2ª andar

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Fratura 1/3 médio 1/4 fac.

LEITO: 207A

PROCEDÊNCIA: ☒ DOMICILIAR () HOSPITALAR: QUAL: _____

IDADE: 44 anos

ALERGIAS: Nega

DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: _____

EVOLUÇÃO 08/11/2018 HORÁRIO: 10h

ASPECTO GERAL

☒ CONSCIENTE ☒ ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
() ATIVO () REATIVO () HIPOATIVO
() HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
() COMATOSO () SEDADO () ANASARCA () EDEMA

VENTILAÇÃO

☒ O2 AMB () MV _____ % () HOOD: _____
() ENTUBADO TOT Nº _____
OBS: _____

ELIMINAÇÕES

DIURESE
☒ ESPONTÂNEA () SVA A CADA: _____
() HEMATÚRIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA
() POLIÚRIA () SVD _____
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

() AVP: _____
() AVC: _____
() Jeico: _____
() Scalp: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

() IV _____
() BI _____
() ATB _____

PELE

☒ HIDRATADA () RESSECADA () ICTÉRICA
☒ NORMOCORADA () HIPOCORADA () CIANOSE
() EXTREMIDADE FRIAS () NORMOTÉRMICA
() HIPOTERMIA: _____
() HIPERTERMIA: _____
() DRENO Local: _____
Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

☒ EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
() BRADIPNEICO () TIRAGEM: _____
() RUIDOS ADVENTÍCIOS, TIPO: _____
() TAQUICÁRDICO () NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO

EVACUAÇÃO

☒ ESPONTÂNEA
() ESTÍMULO: _____
() AUSENTE _____ DIAS
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMEN
☒ ELACIDO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
() DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
() TIMPÂNICO () MACIÇO () RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

☒ DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS
() SOBRE MACA () MULETA

DIETA

() AO SEIO () ORAL/COPINHO () GTM
() SOG/SNG _____
() RESÍDUO GÁSTRICO: _____
☒ ZERO () VÔMITO _____ vezes

OBSERVAÇÕES: * Acidente de moto há 30 dias
* Não tudo, sem sequelas; fratura 1/3 médio 1/4 fac.
* Exames OK (Cholesterol, 4 imagens RX).

Inf Ama Elizia 536.102

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 08/11/18 HORÁRIO: 22:10

ASPECTO GERAL

☒ CONSCIENTE () ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
() ATIVO () REATIVO () HIPOATIVO
() HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
() COMATOSO () SEDADO () ANASARCA () EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

() AVP: _____
() AVC: _____
() Jeico: _____
() Scalp: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

() IV _____
() BI _____
() ATB 500mg 2011W

VENTILAÇÃO

☒ O2 AMB () MV _____ % () HOOD: _____
() ENTUBADO TOT Nº _____
OBS: _____

ELIMINAÇÕES

DIURESE
☒ ESPONTÂNEA () SVA A CADA: _____
() HEMATÚRIA () OLIGÚRIA 25 JUL 2018
() POLIÚRIA () SVD _____
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

() ESPONTÂNEA

PELE

☒ HIDRATADA () RESSECADA () ICTÉRICA
☒ NORMOCORADA () HIPOCORADA () CIANOSE
☐ EXTREMIDADE FRIAS ☒ NORMOTÉRMICA
☐ HIPOTERMIA: _____
☐ HIPERTERMIA: _____
☐ DRENO Local: _____
 Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

☒ EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNÉICO
☐ BRADIPNEICO () TIRAGEM: _____
☐ RUIDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
☐ TAQUICÁRDICO ☒ NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES:

- Dem quixico durante a visita
 - O2 - 8 OK
 - Aos cuidados de enfermagem

() ESTÍMULO:

☒ AUSENTE _____ DIAS
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO**ABDOMEN**

☒ FLACIDO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
☐ DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
☐ TIMPÂNICO () MACIÇO () RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

☒ DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS
☐ SOBRE MACA () MULETA

DIETA

☐ AO SEIO ☒ ORAL/COPINHO () GTM
☐ SOG/SNG _____
☐ RESÍDUO GÁSTRICO: _____
☐ ZERO () VÔMITO _____ vezes

EVOLUÇÃO**HORÁRIO:****ASPECTO GERAL**

☐ CONSCIENTE () ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
☐ ATIVO () REATIVO () HIPOATIVO
☐ HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
☐ COMATOSO () SEDADO () ANASARCA () EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

☐ AVP: _____
☐ AVC: _____
☐ Jelco: _____
☐ Scalp.: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

☐ HV _____
☐ BI _____
☐ ATB _____

PELE

☐ HIDRATADA () RESSECADA () ICTÉRICA
☐ NORMOCORADA () HIPOCORADA () CIANOSE
☐ EXTREMIDADE FRIAS () NORMOTÉRMICA
☐ HIPOTERMIA: _____
☐ HIPERTERMIA: _____
☐ DRENO Local: _____
 Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

☐ EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNÉICO
☐ BRADIPNEICO () TIRAGEM: _____
☐ RUIDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
☐ TAQUICÁRDICO () NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES:

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

VENTILAÇÃO

☐ O2 AMB () MV _____ % () HOOD: _____
☐ ENTUBADO TOT Nº _____
 OBS: _____

ELIMINAÇÕES**DIURESE**

☐ ESPONTÂNEA () SVA A CADA: _____
☐ HEMATÚRIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA
☐ POLIÚRIA () SVD _____
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

☐ ESPONTÂNEA
☐ ESTÍMULO: _____
☐ AUSENTE _____ DIAS
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO**ABDOMEN**

☐ FLACIDO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
☐ DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
☐ TIMPÂNICO () MACIÇO () RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

☐ DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS
☐ SOBRE MACA () MULETA

DIETA

☐ AO SEIO () ORAL/COPINHO () GTM
☐ SOG/SNG _____
☐ RESÍDUO GÁSTRICO: _____
☐ ZERO () VÔMITO _____ vezes

25 JUL. 2018

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro



PACIENTE Antônio C. Freire de Lima
 APTO.: _____ Nº REGIST. _____
 CONVEN. _____

USO DE:		DATA / H		USO DE:		DATA	
BOMBA DE INF.	DIL			ECG			
NEBULIZADOR	Nº			OXIG./UMIDIF.			
ASPIRADOR	DIL			BERÇO AQUECIDO			
CURATIVO				FOTOTERAPIA			
				INCUBADORA			

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ASSINAT.
08.11.18	15:45	Paciente em c.c. em maca, aca para o pa magro -	Dynara Andréia P. de Araújo Téc. de Enfermagem COREN/RN 1.141.788
08.11.18	22h	Adm. med. efazolima + PBD + tilatil 20mg + PBD 2 -	Ma Cleozita B. Costa COREN/RN 500892
08.11.18	22h	Adm. med. dipirona 20mg + PBD 2 + diclofenaco 75mg + PBD 2	Ma Cleozita B. Costa COREN/RN 500892
08.11.18	04h	adm. med. efazolima 1g + PBD 2	Ma Cleozita B. Costa COREN/RN 500892
09.11.18	08h	Adm. med. diclofenaco 75mg + PBD 2	Ma Cleozita B. Costa COREN/RN 500892
09.11.18	10h	Adm. med. ketorolaco 30mg + PBD 2 + Adm. efazolima 1g + PBD 2	Ma Cleozita B. Costa COREN/RN 500892
	10:30	Paciente saiu de alta, res- pitador sendo todos os seus pontos em ordem seus pontos de O2, película de olho + O2 olhos de RX + exames lab + ECG fl.	Ma Cleozita B. Costa COREN/RN 500892



PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE:

APTO.:

MÉDICO:

REGISTRO Nº

CONVENIO

Antônio

002 A

SUS

DATA / HORA

DESCRIÇÃO MÉDICA

08/11/18 9:30

Nutrição

Paciente admitido p/ avaliação proadimento
cirurgias em complexo 1/3 de face. Nega alergia
alimentar e doenças pre-existent, afebril,
eliminação fisiológica presente, em dieta zero.

08

11

18

Paciente operado da fratura
da mandíbula do 1/3 inferior
da face. Seculo em crescimento
do crânio. Recuperação.

Dr. Ronaldo Dias
Bacharel em Odontologia
Especialista em Odontologia
CBO 2012

09/11/18

Paciente BEG, com funções fisiológicas
preservadas, sem queixa de dor, re-
gindo satisfatoriamente a conduta
aplicada.

Alta da Bnt.

09/11/18

Dr. Paulo Gurgel

09/11/18 10:30

Nutrição

Paciente estável com boa recuperação da di-
ta zero. V.O. Diurise presente e eliminação
fisiológica ausente, afebril.

Dr. Paulo Gurgel
Nutricionista
CBO 2012

25 JUL. 2019



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

017.238.264-56

Antonio Carlos Freire de Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Antônio Carlos Freire de Lima		CPF titular da conta 017.238.264-56	Profissão Agricultor
Endereço Povoado Boa Esperança		Número 430	Complemento Casa
Bairro Boa Esperança	Cidade Montanhas	Estado RN	CEP 59.198-000
Email			Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☒ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA
NRD **0762** D/V ☐
(Informar dígito se existir)

CONTA
NRD **29957** D/V **2**
(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO
Nome NRD
AGÊNCIA
NRD D/V ☐ CONTA
NRD D/V ☐
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Nova Cruz, 29 de Julho de 2019

Local e Data

Antônio Carlos Freire de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SEALOS

30 JUL. 2019

ALLIANCE =
CORPORATE SECURITY

Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: 8ª DELEGACIA REGIONAL - NOVA CRUZ
Endereço: RUA PROFº MÁRIO PINOTE, 269, CENTRO, NOVA CRUZ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019076001035

1.2 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 02/09/2018 21:00:00

2.2 Fato: Consumido

2.3 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.4 Tipo do local: Rural

2.5 Número: 00

2.6 Complementar:

2.7 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS

2.8 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: ANTONIO CARLOS FREIRES DE LIMA

3.2 Nome Social:

3.3 Data de Nascimento:

3.4 Sexo: MASCULINO

3.5 CPF: 01220350456

3.6 Nacionalidade:

3.7 Profissão: AGRICULTOR

3.8 Telefone(s):

3.9 Número: 00

3.10 Bairro: ZONA RURAL

3.11 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.12 Cidade: NOVA CRUZ

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

1.2 Data de Expedição: 03/07/2018 15:27:01

1.4 Ligar CIOSP: Não

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RN 071

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: NOVA CRUZ

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: AGESPINO FREIRES DE LIMA

3.5 Mãe: MARIA DE LOURDES DA CONCEIÇÃO

3.6 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 10/04/1974

3.14 RG: 003730966 - SSP/PB

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: BAÍA DA TRAIÇÃO/PB

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: SÍTIO CONCEIÇÃO

3.24 CEP:

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Seguradora: Não

7.1.3 Chassi: *****14208

7.1.5 Placa: NQ87M92

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano de Modelo: 2012

7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: JOSE LOPES DOS SANTOS

7.1.17 Nome do condutor:

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam:

7.1.6 Estado:

7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN ESP

7.1.10 Ano de Fabricação: 2011

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE/VÍTIMA ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA ACIMA CITADA, QUANDO AO PASSAR POR UM DECLIVE NA VIA, PERDEU O CONTROLE E CAIU AO SOLCO, QUE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE MONTANHAS E EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL WALFREDO GURGEL, EM NATAL, QUE POSTERIORMENTE FOI SUBMETIDO A UMA CIRURGIA NO SEU ROSTO NA CLÍNICA PAULO GURGEL. NADA MAIS DISSSE.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 03/07/2018 15:27:01

[Assinatura]
Policar

Antonio Carlos
Interessado

[Assinatura]
Polegar direito

25 JUL. 2018

Atendimento: 1957031 - ZALTIMO GOMES GALVÃO NETO

Impressão por: 1957031 - ZALTIMO GOMES GALVÃO NETO em 03/07/2018 15:27:11

FIM DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA REGIONAL - NOVA CRUZ

ORIGINAL

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA nº

DATA: 02/09/2018

NOME: Antonio Carlos Freire da Silva TELEFONE: 3240 2293

NOME DA MÃE: Ydria de Almeida da Lorena

DN: 20/04/74 IDADE: 44 COR: Branco SEXO: () F (X) M EST. CIVIL: Uniao

RG: 898 0040 3791 6519 CNS (SUS): 898 0040 3791 6519 NATURALIDADE: Bahia da Trindade

PROFISSÃO: Agricultor END: R. José Pinto Freire

BAIRRO: Bela Vista CIDADE: Montanhas ENTRADA: 10 HORAS 30 MINUTOS

CONDIÇÕES NO ATO DO ATENDIMENTO

APARENTEMENTE BEM	REGULAR	C/DISPNEIA	CHOCADO	COMATOSO
C/HEMORRAGIA	EM CONVULSÃO	POLITRAUMATIZADO	AGITADO	OUTROS

HISTÓRIA/EXAME MÉDICO:
Quemba da mão agitada h+09h.
Ydria de Almeida da Lorena e tentou a par
ESP.

TA: x mmHg PULSO: RESP: T: PESO Kg

CONDUTA

RX+C
Tendão - 01mg + 1mg w/hk
Dipnóico - 01mg + 1mg w/hk

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

25 JUL 2018
UNIDADE DE SAÚDE SANTA IZABEL

10:36 12/09/2018

DESTINO DO PACIENTE

FICOU NO LOCAL () HORA: INTERNARDO NO SERVIÇO DE:

REMOVIDO EM: HORA: PAA:

RETIROU - SE POR DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () A REVELIA () DATA: / /
ÓBITO EM AS HORAS

ENTREGUE A FAMÍLIA () INSTITUTO MÉDICO LEGAL ()

Médico/CRM

Enfermeira/COREN