

# 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: 00000029967-2

---

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, ENOFALMO, 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
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

**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, ENOFALMO, HIPOFTALMO E MÁ OCLUSÃO DENTÁRIA.**

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

[ **X** ] 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 OSTEOSÍTESE COM MINIPLACAS E MINIPARAFUSOS, CERCA DE 2 MESES APÓS O SINISTRO. EVOLUIU COM ALTERAÇÕES FACIAIS DESCRIAS ACIMA. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.**

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

[ **X** ] Sim [    ] Não

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

**Dano crânio 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 crânio faciais**

% 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

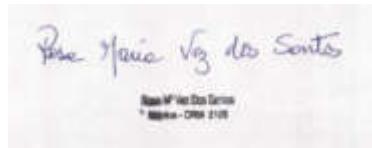
Região Corporal (Sequela):

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

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



BOLETO DE ATENDIMENTO N° 45081 /2018  
ADM COM REGISTRO SAÍDA Admissão: 02/09/2018 12:46:59  
EN 02/09/18 BOLETIM FATURADO EM 20/10/18  
CIRURGIA GERAL - AMARELO



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

Nascimento: 10/04/1974 Natural: BAIA DA TRAIÇAO BRASIL

CNS: 898004037916519

CPF: 01723826456

Prof:

Sexo: M Cor: PARDA

Mãe: MARIA DE LOURDES DA CONCEICAO

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: FAMILIA

Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS: Classificação: 02/09/2018 12:39:28

HORA	P.A.	HGT	SatQ2	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 apresenta trauma de moto dia 18/09/18, com  
má memória do nível de consciência. Referiu  
cefalógie intensas.

#### EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A	Via aérea. Via aérea dolorosa e engorgada	12:50
B	MV+, respiratório	29 JUL. 2018
C		
D	Glasgow 15	12:50
E		DATA DE SEGUIMENTO

#### OUTRAS OBSERVAÇÕES:

02/09/18 13:39' Exame: 02/09/18 12:59'  
Saída e Jackson Saída e Jackson

Exame:  
Médico: te face

Exame:  
Médico: te crânio

#### DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Relatório

Órgão Hospitalar de Epidemiologia

\*Gerado via SX por FRANCISCO DE ASSIS DE BRITO. Impresso em 02 de Setembro de 2018

03/09/18

## EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A	
B	
C	
D	
E	
A(ALERGIAS)	<i>Neg</i>
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)

*Rx de joelho Direito D. pff**MR Cirurgia Geral  
CRM/RN - 9143*

## LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

## OUTROS

## CONDUTA PRIMARIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

## ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

## ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1	<i>NRC</i>	HORA: 13:00 h	DATA: 02/09/2018
ESPECIALISTA 2	<i>BMF</i>	HORA: 13:00 h	DATA: 02/09/2018
ESPECIALISTA 3	<i>Ortopédico</i>	HORA: 13:00 h	DATA: 02/09/2018

## DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:	DATA / /	HORA
SAIDA: ( ) DECISÃO MÉDICA ( ) REVELIA ( ) TRANSFERIDO PARA:		
OBITO: DATA / / HORA	<i>Ketsia Serra</i> MR Cirurgia Geral CRM/RN - 9143	
ENTREGUE À FAMÍLIA ( ) COM ATESTADO ( ) S.V.O ( ) ITEP		

Braco

**ANÁLISES** - Pdr. vítima de queda de moto,  
nega vômito e alega perda de consciente  
de face edema e hemorragia

**EXAME FÍSICO** - ~~deformações faciais / contusões~~  
~~de face edema e hemorragia~~

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**

Fractura 1/3 medial da face

**EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)**

Tc de teto

**LABORATÓRIO****OUTROS****CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)**

- Ex clínico e de  
migra evidencial  
fot. de face  
- Orto-bloco e NAST  
- cirurgia oftálmica

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**Natal, 12/05/19  
Mat. N. 150003

Same

Assinatura

H.15  
março  
250003

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.

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

#### **ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:**

Nea 21.09.18

## **ANAMNESE**

points covered, and  
new point  
not  
etc.

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

**EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)\*\*\***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

#### **CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)**

ANOTACÕES DE ENFERMAGEM

~~All areas~~

~~Wm. J. Am.~~  
H. B. G.

## **ANOTACÕES DE ENFERMAGEM**

#### **Assinatura e Carimbo do Responsável**

**Assinatura e Carimbo do Responsável**

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	Consciente, sem respostas Consciente com respostas Sem respostas
Olhos se abrem espontaneamente	
Olhos se abrem ao comando verbal (Não confundir com o nível de consciência 4, ou nível 3.)	
Olhos se abrem por estímulo doloroso	
Olhos não se abrem.	
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde corretamente a perguntas simples, a quem, o porquê, o dia e o ano).	
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas não tão facilmente quanto o orientado).	
Páciente Inapropriado (Fala ininteligivelmente, mas sem traços de confusão).	
Sons Ininteligíveis, (Demanda para entender paciente).	
Aussente.	
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais, (Pode sair da cama quando lhe é dada).	
Lateraliza estímulo doloroso,	
Movimento associativo e doloroso.	
Páciente finge a dor (Desorientação).	
Páciente extensor à dor (Desorientação).	
Sons responde motora.	
Total	

ESCALA DE TRIAGEM DO TRAJAMA REVISADA - RTR	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	0-12 = 4
	3-12 = 3
	1-9 = 2
	4-5 = 1
	30 = 0
	18-29 = 4
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	≥36 = 3
	1-9 = 2
	1-5 = 1
	0 = 0
	>59 = 4
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	75-99 = 3
	50-74 = 2
	1-49 = 1
	0 = 0

CLASSIFICAÇÃO DO TCE  
(ATLS 2005)\*

93 - Engrave (necessidade de intubação imediata);  
99 - 3+ moderado;  
14 - 15 leve;

\* Referencia: TEASDALE G, JENNET B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;281-84

"A escola progresso aplica-se a situações concretas, e que... contam com idade superior a 3 anos. Na Escola Qualitativa sente-se as forças que classificam a personalidade de cada um de acordo com os seguintes adjetivos:

SEM DOR	LEVE	Moderata	Intensa	Pior Possivel
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 IORDESTÃO CIDADE JARDIM – ESTRADA DE PONTA NEGRA / AV ENG ROBERTO REIRE), NO DIA OK 1/11/18 (5<sup>ª</sup> FEIRA), ÀS 7 HORAS. TEL 008-5000

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

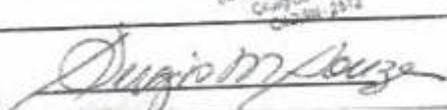
RETIRAR A BARBA E O BIGODE DIARIAMENTE (CASO POSSUA).

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

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

CASO A INTERNAÇÃO SEJA NA 5<sup>ª</sup>. FEIRA ÀS 7 HORAS DA MANHÃ, INGERIR LIMENTOS E ÁGUA ATÉ 5 HORAS DA MANHÃ.

OUTRAS:

Natal, 06/11/18   
*Dr. Rômulo Dias - Cirurgião-Dentista  
06/11/2018*

25 JUL. 2019

ALLIANZA =  
CORRETORA DE SEGUROS LTDA.

SERVIÇO DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILOFACIAL

LARDO

*Face fratura complexa da face*  
para tratar fraturas complexas da face no dia 08/11/18 submeteu-se a cirurgia  
encontra-se em recuperação.

Natal, 20/11/2018

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

*25/07/2018*

25 JUL 2018

*LEIA-SE*  
*ORDEM DE SERVIÇOS*



(20)

g & com DBR Rua 09  
 \* hotel 90 dias.  
 \* Negociado 1. 207 A.  
 \* 44 anos  
 \* 77 kg


 PRONTOCLÍNICA  
 Dr. Paulo Gurgel

## REGISTRO DE INTERNAMENTO

Nº AIH:	Nº ATENDIMENTO	385523	DATA: 08/11/18 HS:
TIPO DE INTERNAMENTO:	<input checked="" type="checkbox"/> CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO		
ACOMODAÇÃO:	207	LEITO:	207 A
MATRÍCULA	306 3067 8033 4170	VALIDADE	
ASS. DO RESPONSÁVEL PELO INTERNAMENTO:			

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME:	Antônio Carlos Freire da Silva	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
DATA DE NASCIMENTO:	10/04/1974	RG: 3.430.999 CPF: 017.238.264.56
FILIAÇÃO MÃE:	Maria de Lourdes da Conceição	
PAI:	Spiríno Freire da Silva	
ENDERECO:	Rua Senador J. Pinto Pinto Freire nº 41	
BAIRRO:	Bela Vista	CIDADE: Montanhas
ESTADO:	RN	CEP: 59198.000
RESPONSÁVEL:		PARENTESCO:
FONE:	(84) 98636.5990 - Mãe	FONE:

## SUMÁRIO DE ALTA

TIPO DE ALTA:	<input type="checkbox"/> MÉDICA <input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVA <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> OBITO
DATA:	/ / 2018 HORA:
ASS: RESPONSÁVEL DO SETOR:	

## RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

- Asma crônica severa
- Degradação ágio M/Z
- Dor no Tórax
- Fase agudizada

25 JUL. 2018

LIVRE =  
ORDEM SEGURO

Data: 11/11/18

Confere com o Original

CNPJ: 03.417.742/0001-91

PRONTOCLÍNICA DA CRIANÇA LTDA

PRONTOCLÍNICA DA CRIANÇA LTDA

CNPJ: 03.417.742/0001-91

Confere com o Original

Data: 06/06/2019

Silvânia Roger

CARIMBO E ASS. DO MÉDICO

 Dr. Rômulo Dias  
 Busto Magno Faculdade  
 Centro Universitário  
 CEDUN - RN





PRONTO-SOCORRO E MATERNIDADE  
Dr. Paulo Gurgel

### RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME ANTONIO CARLOS FREIRES BE L<sup>inha</sup> REGISTRO 385523

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

#### ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

JEJUM COMPLETO INCLUINDO ÁGUA? ( ) Não ( ) Sim inicio 20:00 PESO: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ cm

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

ALERGIAS: ( ) NÃO ( ) SIM: (NEGA)

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

Consentimento Cirúrgico Preenchido ( ) Não ( ) Sim

Exames: ( ) Labor ( ) Raio x ( ) USG ( ) TCC ( ) RNM ( ) Risco cirúrgico Outros: clau bco  
( ) Pedi

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: \_\_\_\_\_

#### ETAPA I: PRÉ -INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta Fratura 1/3 médio

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

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

25 JUL. 2019

LIMA CEZAR  
DR. ADRIANO

[www.concepto.com](http://www.concepto.com)  
Dr. Paresh Gargai

## DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Aneurisma gástrico; A ser prior; isolamento  
do pescoço; ① Incisão na clavícula  
estéril; dilatação; pedateio; osteotomia  
os fios; sutura, ceroplasto.

**Dr. Rômulo Dias**  
Succo Maxito Facial  
Esfoliante e Hidratante  
CÓDIGO: 1927

BOLETIM DE ANESTESIA

#### **ANESTESIA TIPO-**

ACB 2021

TECNICA:

... DRA AF SEGUNDO ...

**Dr. Marcelo N. Gadelha de Queiroz**  
ANESTESELOGISTA  
CRM-RN 1923 - CCP-025.039-78A-60

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 disponível ( )

21. Confirma bisturi elétrico e placas instalados corretamente ( )

#### INTRA-OPERATORIO

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

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

Passado faixa de smarch: Não ( ) sim, em: \_\_\_\_\_ Inicio \_\_\_\_\_ Termino \_\_\_\_\_

**Soluções Antissépticas Usadas no Campo Operatório:** ( ) Clorex degermante ( ) Clorex aquoso  
( ) Clorex Alcólica ( ) 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 12/79 mmhg FC 92 bpm Sat 100% T: 36 °C Hora: \_\_\_\_\_

Anestesia: Início 16:40 Termino \_\_\_\_\_ ( ) Geral Inhalatório ( ) Geral Venosa ( ) Sedação ( ) Local  
( ) Peridural ( ) Raqui ( ) Bloqueio: \_\_\_\_\_

IOT: ( ) Não ( ) sim - Cânula nº 7,5 IOT aramado: ( ) não ( ) sim nº \_\_\_\_\_

AVP: ( ) não ( ) sim MSL, Jelco nº 18 por bolha 1000cc 150-TE

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) 2amp diproporxa 1amp dolamitescam  
epalatina 2g 1amp Pometidina FA 10ml 40mg

25 JUL. 2019

L.E.I. - LIGACÉ -  
ORA DE SEGURANÇA

CPME: ( ) NÃO ( ) SIM, qual

Placa 4 juros 5/5 ✓

04 PF N° 04

Placa semi luna 06 juros ✓

02 PF N° 05

03 PF N° 08 01 PF N° 07 Fim.

Anotações de Enfermagem e Intercorrências 5/

Inicio da cirurgia: 16:45

Termino da cirurgia:

CIRURGIANO Drº Rômulo ASSISTENTE: Ivan Ponte ANESTESIOLOGISTA Drº Marcelo  
INSTRUMENTADORA Sueliwsa CIRCULANTE: Lilia ENFERMEIRA: Edna

#### URPA ( Unidade de Recuperação pós-anestésica)

##### Condições de admissão do paciente:

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

( ) Cateter de O2 ( ) TQT 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 ( ) AVC ( ) SNG ( ) SVD FECHADA ( ) DRENOS ( ) CURATIVOS LIMPO ( )

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

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

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

Anotações de Enfermagem:

ENCAMINHADO POR:	<u>Lilia</u>	HORA:	<u>16:40</u>
------------------	--------------	-------	--------------

25 JUL. 2019

LIA-NCO  
DRA DE SEGURANÇA

**Pronto-clínica Dr. Paulo Gurgel**  
**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

MÉDICO: Dr. Romulo

PACIENTE: Antônio Carlos Fróes de Souza SETOR: 2º andar LEITO: 207A  
DIAGNÓSTICO MÉDICO: Fratura 1/3 midílo da face. IDADE: 74 anos  
PROLEDAÇÃO:  DOMICILIAR  HOSPITALAR: QUAL:  
ALERGIAS: Nigro DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: Nigro.

EVOLUÇÃO 08/11/2018 HORÁRIO: 10h.

**ASPECTO GERAL**

- CONSCIENTE  ORIENTADO  ALGO ORIENTADO \_\_\_\_\_
- ATIVO  CREATIVO  HIPOTÔMICO
- HIPERTÔMICO  HIPOTÔMICO
- ICÔMATOSO  SEDADO  ANASARCA  EDEMA

**ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)**

- AVP:
- AVC:
- Jejico:
- Scalp:

**INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB**

- HV
- BI
- ATB

**PELE**

- HIDRATADA  RESSECADA  ICTÉRICA
- NORMOCORADA  HIPOCORADA  CIANOSE
- EXTREMIDADES FRIAS  NORMOTÉRMICA
- HIPOTERMIA: \_\_\_\_\_
- HIPERTERMIA: \_\_\_\_\_
- DRENOS Local: \_\_\_\_\_

Característica do líquido: \_\_\_\_\_

**APARELHO CARDIOPULMONAR**

- EUPNEICO  DISPNEICO  TAQUIPNEICO
- BRADIPNEICO  TIRAGEM: \_\_\_\_\_
- RUIDOS ADVENTÍCIOS, TIPO: \_\_\_\_\_
- TAQUICÁRDICO  NORMOCÁRDICO  BRADICÁRDICO

**OBSERVAÇÕES:**

\* Paciente de moto há 90 dias  
\* Fuga tudo, sumiu quase; fratura 1/3 midílo da face.  
\* Durante quanto não sumiu e voltou da admissão.  
\* Exames ok (radiografia, tomografia, 4 imagens (Rx)).

Enfermeira Flávia 536.101

Carioba e Assinatura do Enfermeiro

**ASPECTO GERAL**

- CONSCIENTE  ORIENTADO  ALGO ORIENTADO \_\_\_\_\_
- ATIVO  CREATIVO  HIPOTÔMICO
- HIPERTÔMICO  HIPOTÔMICO
- ICÔMATOSO  SEDADO  ANASARCA  EDEMA

EVOLUÇÃO 08/11/18

HORÁRIO: 22:10

**VENTILAÇÃO**

- O2 AMB  MV %  HOOD: \_\_\_\_\_
- ENTUBADO TOT Nº \_\_\_\_\_

OBS: \_\_\_\_\_

**ELIMINAÇÕES**

- DIURESE**
- ESPONTÂNEA  SVA A CADA: 25 JUL 2018
- HEMATÚRIA  OLIGURIA
- POLIÚRIA  SVD

ASPERCETO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

**ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)**

- AVP:
- AVC:
- Jejico:
- Scalp:

**INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB**

- HV
- BI
- ATB

PP2011

**EVACUAÇÃO**

- ESPONTÂNEA

25 JUL 2018

ORA DE SEGURANÇA





PRONTOCLINICA  
Dr. Paulo Gurgel

## **RELATÓRIO DE ENFERMAGEM**

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	



PRONTOCLINICA  
Dr. Paulo Gurgel

EVOLUÇÃO MEDICA

PACIENTE: Antônio REGISTRO N°  
APTO.: 203 A CONVENIO (SUS)  
MÉDICO: \_\_\_\_\_

DATA / HORA	DESCRICAÇÃO MEDICA
08/11/18 09:30h Nutrição	Paciente admitido p/ realizar procedimento cirúrgico em complexo 1/3 da face. Nega alergia alimentar e doenças pre-existentes. Afebril, eliminações fisiológicas presentes, em diafragma.
08 11 18	<p>Paciente operado de fratura do complexo do 1/3 mandibular da face, sentido enxaquecimento ao esfregar. Recuperou-se.</p> <p><i>Excelente!</i></p> <p>Dr. Rômulo Dias Bueno Moura Ferreira Especialista em Mestrado CRM-SP: 322</p>
09/11/18	<p>Paciente BEG, com funções fisiológicas preservadas, sem queixa de dor, seguindo protocolo de maneira a condutor a aplicação.</p> <p>Alta da BUU.</p>
09/11/18 10:30h Nutrição	<p><i>Lugares sujos</i></p> <p>En. Sergio Medeiros de Souza Cirurgião-Dentista CRM-SP: 2512</p> <p>Pedro Henrique Nutricionista CRM-SP: 1035</p>

25 JUL 2019

211-212 - 001



**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

017.238.264-56

Nome completo da vítima

Antônio 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
Email		CEP 59.198-000
		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**

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA  
Nº:  
0762  
(Inserir digito se existir)

DN  
CONTA  
Nº:  
29967  
(Inserir digito se existir)

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

BANCO  
Nº:  
\_\_\_\_\_

AGÊNCIA  
Nº:  
DN  
CONTA  
Nº:  
DV  
(Inserir digito se existir)

Nº:  
\_\_\_\_\_

AGÊNCIA  
Nº:  
DN  
CONTA  
Nº:  
DV  
(Inserir digito 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 efetuado 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*

*Antônio Carlos Freire de Lima*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

*Antônio Carlos Freire de Lima*



108

30 JUL. 2019

**WILLIAM COX**  
**GRANDE SEGURO**

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: 3ª DELEGACIA REGIONAL - NOVA CRUZ  
 Endereço: RUA PROPRÉ MÁRIO PINOTE, 269, CENTRO, NOVA CRUZ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019076001035  
 1.2 Data de Expedição: 03/07/2019 15:27:01  
 1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO  
 1.4 Ligou CiOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 02/09/2018 21:00:00  
 2.2 Autoria: Conhecida  
 2.3 Fato: Consumido  
 2.4 Flagrante: Não  
 2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo  
 2.6 Tipo de local: Rural  
 2.7 Logradouro: RN 071  
 2.8 Número: 03  
 2.9 CEP:  
 2.10 Complemento:  
 2.11 Ponto de Referência:  
 2.12 Bairro: ZONA RURAL - SITIOS E FAZENDAS  
 2.13 Cidade: NOVA CRUZ  
 2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: ANTONIO CARLOS FREIRES DE LIMA  
 3.2 Estado civil: Solteiro(a)  
 3.3 Nome Social:  
 3.4 Padrão: Praia  
 3.5 Gênero: MASCULINO  
 3.6 CPF: 01223333456  
 3.7 RG: 34567890  
 3.8 Nacionalidade:  
 3.9 Profissão: AGRICULTOR  
 3.10 Telefone(s):  
 3.11 Número: 00  
 3.12 Bairro: ZONA RURAL  
 3.13 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
 3.14 Cidade: NOVA CRUZ  
 3.15 Classe:  
 3.16 Documento da(s) Vítima(s):  
 3.17 O declarante é a própria vítima:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUIDOS ACUSADOS)

5. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUIDOS TESTEMUNHAS)

6. VEÍCULO(S) INVOLVIDO(S)

7.1.1 Operador: Não  
 7.1.2 Sagitariano:  
 7.1.3 Chassi: \*\*\*\*\*14206  
 7.1.4 Renavam:  
 7.1.5 Placa: KQH7192  
 7.1.6 Estado:  
 7.1.7 Marca: HONDA  
 7.1.8 Ano de Fabricação: 2012  
 7.1.9 Ano de Modelagem:  
 7.1.10 Cor do Veículo: VERMELHA  
 7.1.11 Número do Motor:  
 7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA  
 7.1.13 Número da Placa:  
 7.1.14 Número do Motor:  
 7.1.15 Nome do proprietário: JOSE LOPES DOS SANTOS  
 7.1.16 Nome do condutor:  
 7.1.17 Nome do passageiro:  
 7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DADOS FATO

9.1 Histórico:

O COMUNICANTE/VITIMA ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA ACIMA CITADA, QUANDO AO PASSAR POR UM DECLEVE NA VIA, PERDEU O CONTROLE E CAIU AO SOLO, 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 DISSE.

9.2 Informações da CiOSP:

10. COMPLEMENTOS (ESSA BOLETTIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO:

Eu, o(a) comunicante, sou, ao abrigo da Lei, confirmo que as informações aqui registradas são verdadeiras.

03/07/2019 15:27:01

Antonio Carlos  
 (Assinatura)

25 JUL. 2019

FIM DO BOLETTIM DE OCORRÊNCIA

Atendente: 1957031 - IZALTINO GOMES GALVÃO NETO  
 Atendente: 1957031 - IZALTINO GOMES GALVÃO NETO em 03/07/2019 15:27:18

LEIA-NO  
 ORDEM DE SEGURO

ORIGINAL

14

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA n°

DATA: 09 /09 /2018

NOME: Henrique Carlos Freire Lamego TELEFONE:

NOME DA MÃE: Maria de Fátima da Fonseca

DN: 20,04,74 IDADE: 44 COR: Pardo SEXO: ( ) F ( ) M EST. CIVIL: Casado

RG: 5 CNS (SUS): 898 0040 3791 6515 NATURALIDADE: Bahia da Taioba

PROFESSIONAL LIABILITY INSURANCE

PROFISSAO \_\_\_\_\_ END \_\_\_\_\_

BAIRRO: Lapa Vista CIDADE: Ipatinga ENTRADA: 10 - HORAS 35 MINUTOS

## **CONDICÕES NO ATO DO ATENDIMENTO**

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

## HISTÓRIA/EXAME MÉDICO:

HISTÓRIA/EXAME MÉDICO:  
Quando de resto a noite h. + 09h.  
Q'guna d'epistaxe e tentou a far.  
Esv.

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

CONDUTA

~~RETC~~ - org + wh  
Dyrene - org + ~~wh~~

## **RELATÓRIO DE ENFERMAGEM**

25 JUL 1968  
U.S. DEPARTMENT OF COMMERCE  
NATIONAL BUREAU OF STANDARDS

~~Alma Mater Studiorum Macerata  
Tessera di Socio Sociale~~

## **DESTINO DO PACIENTE**

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

REMOVIDO EM: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ PAA: \_\_\_\_\_

RETIROU - SE POR DECISÃO MÉDICA ( ) A PEDIDO ( ) A REVELIA ( ) HOGAR ( ) DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

OBITO EM \_\_\_\_\_ AS \_\_\_\_\_ HORAS  
ENTREGUE A FAMÍLIA ( ) INSTITUTO MÉDICO LEGAL ( )

ENTREGUE A FAMILIA ( ) INSTITUTO MEDICO LEGAL ( )

Medico/CRM

Enfermeira/COREN