

# 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: 30/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.645,77

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WANDERSON DA SILVA OVIDIO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02010

CONTA: 000000178541-0

---

Nr. da Autenticação BDF18F0BA5E0ADF5

# PARECER DE DAMS



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200156617      **Data do acidente:** 01/02/2019  
**Vítima:** WANDERSON DA SILVA OVIDIO      **Atendimento:** HOSPITAL  
**Cidade:** Natal      **UF:** RN      **Análise:** Primeira Análise  
**Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA      **Data:** 28/04/2020 16:36:35

## DADOS DO PARECER

**Diagnóstico:** FRAT DO CRANIO E DOS OSSOS DA FACE FRAT DOS OSSOS MALARES E MAXILARES -      **Internação:** Não

**Tratamento:** CIRURGICO      **Tratamento Odontológico:** Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Taxas Odontológicas	11167	IMPLANTE ZIGOMÁTICO - POR UNIDADE	3000,00	1645,77
<b>Total da Análise Atual</b>			<b>3000,00</b>	<b>1645,77</b>

**Indicadores:** Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

**Observações:**

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: WANDERSON DA SILVA OVIDIO Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	3000,00	1645,77	1645,77
<b>Total da Análise Atual</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>3000,00</b>	<b>1645,77</b>	<b>1645,77</b>

**TOTAL PLEITEADO:** 3000,00      **TOTAL AVALIADO:** 1645,77      **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 1645,77

## INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 07 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200156617

Vítima: WANDERSON DA SILVA OVIDIO

Data do Acidente: 01/02/2019

Cobertura: DAMS

Procurador: ANDRE DA CRUZ GONCALVES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WANDERSON DA SILVA OVIDIO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Rebedor: WANDERSON DA SILVA OVIDIO

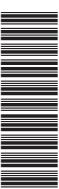
Valor: R\$ 1.645,77

Banco: 104

Agência: 000002010

Conta: 00000178541-0

Tipo: CONTA POUPANÇA



Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

**Recibo**

Nº	R\$
	3'000,00

Receb\_0 \_do(s) Sr.(s) Wandersen da Silva Ovidio  
Endereço \_\_\_\_\_

a importância supra de R\$ Três mil reais.

referente Tratamento Odontológico  
(2 implantes Dentários)

pelo que para maior clareza firmo o presente,

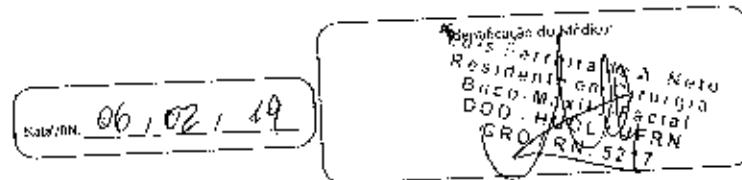
EMITENTE ENDERÉZO CNPJ/CPF/RG LOCAL E DATA Início/ Fim	OBSERVAÇÕES (84) 9 9903-6595 Dr. Marcelo Oliveira ASINATURA MURGIAO DENTISTA CRM-RN-4935
--	--

Serão: os mesmos fornecedores.

Data: 14/02/19.

Horário: 08:00.

Lugar: R. 420 + MOND.



Av. Nilo Peçanha, 620, Petrópolis | Cep 59.012-300, Natal/RN

+55 (84) 3342-5600 | [www.huo1.cberh.gov.br](http://www.huo1.cberh.gov.br)



*3275-4100*

**URGENTE**



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DESPORTO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA  
DISCIPLINA DE IMAGENOLOGIA

**REQUISIÇÃO DE EXAMES RADIOGRÁFICOS**

DISCIPLINA SOLICITANTE: Wanderley de Souza Andrade  
PACIENTE: Cezar

**RADIOGRAFIA INTRABUCAL**

**RADIOGRAFIA PERIAPICAL**

Boca completa

Seguintes dentes assinalados:

18 17 16 35 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28  
48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

55 54 53 52 51 61 62 63 64 65  
85 84 83 82 81 71 72 73 74 75

**RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL**

<input type="checkbox"/> Molares	<input type="checkbox"/> Dir	<input type="checkbox"/> Pré-molares	<input type="checkbox"/> Dir
	<input type="checkbox"/> Esq		<input type="checkbox"/> Esq

**RADIOGRAFIA OCCLUSAL**

<input type="checkbox"/> Maxila Total	<input type="checkbox"/> Maxila Parcial Direita	<input type="checkbox"/> Mandíbula Parcial Direita
	<input type="checkbox"/> Maxila Parcial Esquerda	<input type="checkbox"/> Mandíbula Parcial Esquerda

**TÉCNICA DE LOCALIZAÇÃO**

Técnica de Clark: \_\_\_\_\_  Outra: \_\_\_\_\_

**RADIOGRAFIA EXTRABUCAL**

<input checked="" type="checkbox"/> Panorâmica	<input type="checkbox"/> Hertz
<input type="checkbox"/> Perfil de face (Telerradiografia)	<input type="checkbox"/> Towne
<input type="checkbox"/> P.A. do crânio	<input type="checkbox"/> OPN
<input type="checkbox"/> Waters (Seios da face)	<input type="checkbox"/> ATM (boca aberta e fechada)
<input type="checkbox"/> Obliqua de face	<input type="checkbox"/> Outra: _____

OBSERVAÇÕES (Justificativa/Indicação clínica): \_\_\_\_\_

*Jose Wlton de Macedo Soárez*  
E-MAIL da Disciplina: [ccsradio@ufrn.br](mailto:ccsradio@ufrn.br) Data: *01/02/19*  
Aluno: \_\_\_\_\_

Professor: \_\_\_\_\_ (Assinatura e Carimbo)



## GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

## RECEITUÁRIO

NOME

Wanderon da Costa Oliveira.

Z

ao lado

D Vítima Colmo ate

Pingo de gote de 4/4h no  
olho direito por Zelos.

Dr. Araken Braga  
Oftalmologista  
CRM/RN 4652

DATA

03/02/19

ASSINATURA

SE FOR DIRIGIR NÃO BEBA.  
FUMAR É PREJUDICIAL À SAÚDE.

RESPEITE O PEDESTRE.

PILOTE SEMPRE COM CAPACETES.  
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, EVITE ÁGUA PARADA.

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situações de emergências clínicas, drúrgicas, agravos de causas extremas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e à pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanizantes.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

RECEITUÁRIO

Wenderson de Souza Dantas

Aj londelagoste

Paciente com prenhes em fase  
necessitando de cirurgia sob anestesi-  
geno.  
Sobrada avulsão e ferida cordelagoso

Prof. Mário da Mota Soárez  
Cirurgião Dentista  
Centro de Odontologia  
Universidade Federal  
do Rio Grande do Norte

Notas 11/02/79



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

RECEITUÁRIO

NOTE

Glowdenson as Sun Queen

as Compositors.

Sousafo Aveso curvado.  
Posto no meu campo de  
morango e fogão, tem  
subido o voo das sas  
aves de topo.

DATA 01 / 02 / 4

*Residente en la  
Residencia de  
D.O.B. H. S. A.  
C.R.D. I.S.A. U.N.*

ASSINATURA

**SE FOR DIRIGIR NÃO BEBA.**

RESPEITE O PESO FISICO

PIOTE SEMPRE COM CAPACETE,  
DO DENGUE, EVITE ÁGUA PARADA.

**Missão:** Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agudas ou de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

## GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE



Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Barreto

## RECEITUÁRIO

NOME Wandoenon Soares Avaxo.

Uso intenso (uso com)

① Isupropeno 60mg \_\_\_\_\_ 010

Turm 01 resp. de 08/08 Unas pn

05 resp.

② Lisoprolol 5mg \_\_\_\_\_ 010

Turm 01 resp. de 06/08 Unas pn

05 resp.

Uso extenso

③ Perindopril 0,125mg \_\_\_\_\_ 01/08

Boclaceton 10ml 04 UESTC de 00 resp pn

JA resp.

DATA 01 / 02 / 19

J. M. Ferreira da C. N.  
Residente em:  
Belo-Maxílio T.  
ODD-HUCI  
FROIBN-S

ASSINATURA

SE FOR DIRIGIR NÃO BEBA.  
FUMAR É PREJUDICIAL À SAÚDE.

RESPEITE O PEDESTRE

POLTE SEMPRE COM CAPACETE  
COMBATE O MOSQUITO DA DENGUE, EVITE ÁGUA PARADA.

Máscara: Vá sempre, no ambiente hospitalar, respeitando a saúde para crianças e adultos em situação de emergência: infecções, cirurgias, agressões, tratamentos extensos, entre outros e basta, de acordo com as melhores práticas científicas e contribuir para o crescimento e a melhoria em saúde à luz das melhores técnicas e humanidades.



## GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel

Pronto Socorro Olívia Barreto

## RECEITUÁRIO

NOME Gleisonson da Silva Oliveira.

Uso materno (uso oral)

① Paracetamol 875 mg - 02

Tamm 01 esps no 08108 Unas per

IS 10305.

DATA 01 / 02 / 19

Luis Ferreira  
Residência: Avenida  
Bucó-Maxilar e Crânio  
DOD - HUUS - UFRN  
CRM - UFRN  
Assinatura

SE FOR DIRIGIR NÃO BEBA.  
FUMAR É PREJUDICIAL À SAÚDE.

RESPEITE O PEDESTRE.

PILOTE SEMPRE COM CAPACETE.  
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, EVITE ÁGUA PARADA.

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirurgias, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

**HEMOLAB**

Av. Iapatinga, 100 - Itaenga - Natal / RN - (84) 3616-5500

07/02/2019 08:12:43 - LUCAST



Ciente: 1398-11 - WANDERSON DA SILVA OVIDIO  
Nascimento: 15/02/1992  
Médico: 5217 - RN LUIS FERREIRA DE A NETO

Pedido: 4246-11 POSTO H11  
Atend.: 07/02/2019 08:12 Ref.: 11015  
Convênio: PAPILCONV

**EXAMES SOLICITADOS: (3)**

(COAG) COAGULOGRAMA - (SANGUE TOTAL) -  
(GLU) GLICOSE EM JEJUM - GLICEMICA - (SORO) -  
(HEM) HEMOGRAMA - (SANGUE TOTAL) -

Previsão	Material	Honorário
08/02/2019 16:00		R\$ 0,00
09/02/2019 16:00		R\$ 0,00
08/02/2019 16:00		R\$ 14,00

**www.hemolabrn.com**

**CLIENTE**

Total de honorários: R\$ 79,00 Desconto: R\$ 0,00 Pago: R\$ 0,00 A pagar: R\$ 79,00  
NA INTERNET - LOCALIZADOR: 28536705365 - USE SEU CPF COMO SENHA  
[www.hemolabrn.com](http://www.hemolabrn.com)

FM - FALTA MATERIAIS RC - COLHIDO NA RECEPÇÃO CL - COLHIDO PELO CLIENTE

SoftL@®

**HUOL**

Hospital Universitário  
Onofre Lopes

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPEZ**

**RECEITA MÉDICA**

Nome: **WANDERSON DA SILVA OVIDIO**

Clindamicina 300 mg (Uso interno - Via Oral) ----- 01 caixa  
Tomar 01 comprimido a cada 06 horas por 05 dias

**DROGARIAS BEZERRA**  
**DISPENSADO**  
DATA 19 / 2 / 19

Natal/RN, 17/02/2019

Sociedade de Medicina  
Centro Universitário  
Av. Presidente Vargas, 1000  
Cidade Universitária  
59070-350 - Natal - RN

Carimbo e Assinatura do Médico

**HUOL**

Hospital Universitário  
Onofre Lopes

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPEZ**

## **RECEITA MÉDICA**

Nome: **WANDERSON DA SILVA OVIDIO**

Lisador (Uso Interno - Via Oral) ----- 01 caixa  
Tomar 01 comprimido a cada 06 horas por 05 dias.

Nimesulida 100 mg (Uso Interno - Via Oral) ----- 01 caixa ✓  
Tomar 01 comprimido a cada 12 horas por 03 dias.

Clorexidina 0,12% (Uso Tópico) ----- 01 Frasco ✓  
Baçhechar 02 vezes ao dia por 10 dias.

Natal/RN, 17/02/2019

José Wilson de Macêdo Serr/  
Cirurgião Dentista  
CRM-RN 100000-0000  
H. Onofre Lopes  
UFRN

Carimbo e Assinatura do Médico



PREFEITURA DO NATAL  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**  
**SAMU 192 NATAL**



SAMU  
**192**

**DECLARAÇÃO**

Declaramos para os devidos fins que **WANDERSON DA SILVA OVIDIO**, foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 01/02/2019 aproximadamente às 19h55min, na Avenida Doutor João Medeiros Filho, Redinha, nesta Cidade. Sob nº de ocorrência 242602/2, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 27 de março de 2019.

Everton da Silva Rocha  
Auxiliar administrativo  
Matrícula nº 61.096-08  
Coordenação administrativa SAMU 192 Natal

# FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 242602/2

Data: 01/02/2019

## CHAMADO

TARM: DIANA ALVES JAPIASSU

Médico Regulação:

Rádio Operador: CLAUDIO ADRIANO RODRIGUES ZACARIAS

Médico Cena: RICARDO ALEXANDRE RAMOS BARBOSA

Equipe Enfermagem Cena: COMUNICADOR

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 18 (BASE DESCENTRALIZADA LEIDE MORAIS)

Equipe VTR: EDIVALDO SOARES DA SILVA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE  
EMERGÊNCIA  
JOÃO PAUL TORRES DE QUEIROZ - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

REGULAÇÃO MÉDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

TRANSFER./INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: TIAGO

Telefone: 084988161248

Nome do Paciente:

WANDERSON DA SILVA ODÍLIO

Idade: \*

26 ANO(S) ▼

Sexo: \*

MASCULINO ▼

Endereço: não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: -5.7517838 Longitude: -35.2343687

Endereço: AVENIDA DOUTOR JOÃO MEDEIROS FILHO

Nº: VP

Bairro: REDINHA

Outro Bairro:

Referência/Complemento: NITERÓI // SENTIDO IGAPÓ - REDINHA // APOS CAU SOCYTE // EM FRENTE AO EXPANSIVO //

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALTER GURGEL

Queixa Primária: COLISÃO CARRO X MOTO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

01/02/2019 19:58:43 - Dr(a). MARCOS ANTÔNIO PEREIRA DANTAS JÚNIOR

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: 02 VÍTIMAS - AS DUAS VÍTIMAS DA COLISÃO ESTAVAM NA MOTO. PACIENTE CONSCIENTES NO QTH, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

POSSUI CONVÉNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apóio:

## HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:

01/02/2019

19:55:33

Saída Local:

01/02/2019

21:03:05

Regulação Médica:

01/02/2019

19:58:43

Chegada Destino:

01/02/2019

21:31:07

Solicitação VTR:

01/02/2019

20:26:36

Liberação Destino:

01/02/2019

23:42:10

Saída VTR:

01/02/2019

20:27:47

Liberação VTR:

01/02/2019

23:42:11

Chegada Local:

01/02/2019

20:39:53

SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 6372 /2019

Admissão: 01/02/2019 21:41:25

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 113021 - WANDERSON DA SILVA OUVIDIO (26 a 11 m 15 d)

Nascimento: 15/02/1992 Natural: NATAL, BRASIL

CNS: CPF: 01734761474

Prof:

Mãe: VERA LUCIA DA SILVA

Pai:

Logradouro: SERTAOZINHO, 174

CEP: 59125140

Bairro: PÔTENGI

Cidade: NATAL

Telefone: 84 988731827

Compl:

Motivo: MOTO X CARRO - COLISÃO

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

\*Empresa:

Fluxograma:	Discriminador:								
OBS: PACIENTE SEM DOCUMENTO	Classificação: 01/02/2019 21:34:18								
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: TRAUMA FACIAL, CORTE ABDOME, OLHO EDEMACIADO, QUEDA DE MOTO (PACIENTE SEM DOCUMENTO)

Hora:

*Acidente de moto*

TOMOGRAFIA/HMWG

Data: 01/02/19 Hora: 23:16

Técnico: 24/600

Exame: *enro/cavale*

Médico: *ps. nelson*

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A Vias aéreas livres sem cervicalgias

B Olhos claros

C Pulso cheio FC: 70 130 + 80

D Lelengueis 15/1

E Trauma da face; hérni contorcida

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

BOLETIM FATURADO

EM 24/16/19

R Realizado em: 01/02/19 23:30

Técnico:

\*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Wanderley da Silva Durvaldo Idade 26 N° Reg.  
Serviço: CTBMT Enrº Relatório Leito:

AO SERVIÇO Oftalmologista

MOTIVO DA CONSULTA - (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo).

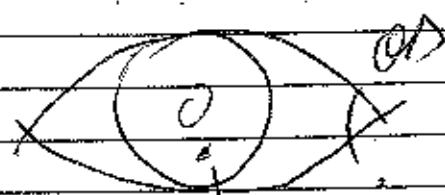
Paciente vítima de acidente de moto neste mês de setembro, com cítricos contra carro. Estava de capacete e relata impacto do pé contra vidro traseiro do carro. Segundo paciente tem inabilitação e complexo óptico izogonómico que necessita alterar regularmente. Se quiser de "tela que amarra a perna o olho". No exame físico apresenta aumento de volume em parte anterior do globo ocular superior à OD, não palpável medial. Sobreloja avaliação feita equipe do oftalmologista, foi possível extração extrânea.

José Walter de Maceió Santos

Cirurgião Plástico  
Especialista Facial  
Oculista - UVEMI

Medico que solicita o parecer

PARECER

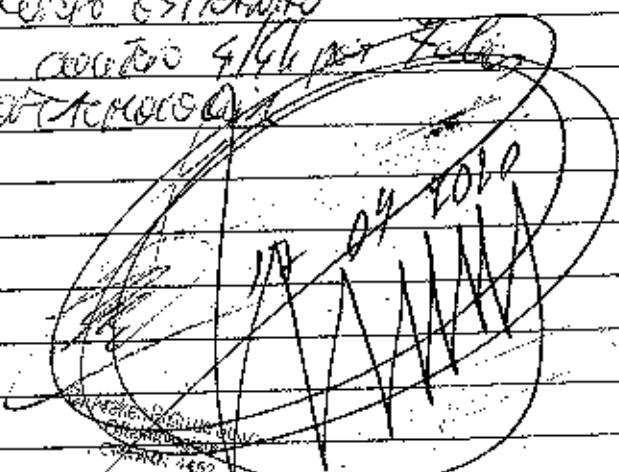


corpo estranho (fragmento de Vidro)

CD/OP RETIRO CORPO ESTRANHO

3/ Vítreos avitais 4/6 pt falso

3/ Reta de oftalmoscopia



Em 02 de FEB de 2019

Medico que emite o parecer

## ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

## ANAMNESE

Condutor de moto s/ perda de consciência  
Perdeu sono - e caiu de moto

## EXAME FÍSICO

BBG, 615 PTFK 51 de his Estava inerte  
muitas hemorragias em face

## IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

PW+

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

TC de crânio fígado.  
Sem comprovação de lesões  
intracranianas

## LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

## OUTROS

## CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

- Até de 10 cm de face  
+ Dr. Cláudio

PAULO RODRIGUES  
MÉDICO  
CRM/RN 8031

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

*CONFIRMO CONFERENCIA DE DATA DE 04/09/2010*

Assinatura e Carimbo do Responsável

## ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA (GLASSOW)

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA (GLASSOW)	
Abertura Ocular (AO)	4
Ocular aberto sem movimento	4
Ocular aberto com movimento vertical (olho consegue fazer o desvio de um passo só)	3
Ocular aberto com movimento circular	2
Ocular fechado por estímulos dolorosos	1
Ocular fechado se alarma	0
Melhor resposta verbal (MRV)	5
Responde a perguntas e orientações, mas não descreve detalhes (fala不懂)	5
Comunicação parcial ou corrompida, mas não responde a orientações e comando	4
Responde a orientações (fala coisas que se dizem, mas não sabe o que é)	3
Responde a estímulos (dizendo nomes familiares próximos)	2
Aumento	1
Melhor resposta motora (MMR)	6
Obedece ordens e manda dicas simples quando lhe é demandado	6
Locomoção espontânea	5
Reação à inspecção dolorosa	4
Padrão Gued à dor (definição de dor)	3
Padrão intensidade da dor (intensidade da dor)	2
Bem adaptado ao ambiente	1

## ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS

DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
13-15	4
9-12	3
5-8	2
4-3	1
0-2	0

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	
10-29	4
30-39	3
40-59	2
60-79	1
80-99	0

PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	
76-99	4
100-120	3
121-140	2
141-160	1
161-180	0

## CLASSEIFICAÇÃO DO TCE (ACLS 2005)\*

0-3 = Obrigatória (necessidade de intubação imediata)

4-5 = Indicada

14-15 = Proibida

\* Triagem Traumática (TTS):

Assessamento de coma endotraqueal e consciousness. A medida para Lacerd

1992-2004: TTS: 100% de mortalidade

2005: 100% de mortalidade

GRAD	DOR	LEVE	Moderada	Intensificada	Pior
0	1	2	3	4	5

\* Escala de Trauma Revisada (RTS): Índice usado para padronizar os triagens feitas. Referência: Adaptado de Champlin H.R., Sacco W.J., Coppe, et al: A revision of the Trauma score. J Trauma 21(5):620, 1981.

## ORIENTAÇÃO TEÓRICA

## EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A	
B	
C	
D	
E	
A(ALERGIAS)	
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)

R<sup>x</sup> de tórax; febre.

## LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

## OUTROS

## CONDUTA PRIMARIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Oxigênio 2 ampolas.

CPAP 100% de oxigênio via máscara nasal.

Com: 440

Frenar 600g - oxigênio + facemask 6V

↑ oxigenação arterial

Refluxo de Tórax : com humor

PNTX: San Ruyololicea

Obs: 1) Adm da CG,

+ Dr. Ubatuba

## ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

## ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1	Nel	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2	BNF	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3		HORA:	DATA:

## DESTINO DO PACIENTE:

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



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA  
BUCO-MAXILO-FACIAL / DOD-HUOL/UFRN

Natal, 02 de Abril de 2019.

### **Laudo Profissional**

O paciente Wanderson da Silva Ovídio, 26 anos, procurou o Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do HUOL-UFRN em 11/02/2019 após acidente motociclistico, queixando-se de dor e dificuldade de abertura bucal.

Ao exame físico observou-se edema +1/+4 em região mandibular bilateral e em região geniana direita, maloclusão, limitação de abertura bucal e mobilidade interfragmentar. Paciente relatava dor em região pré-auricular bilateral e parestesia em lábio inferior. Ao exame de imagem verificou-se fratura de côndilo mandibular esquerdo, corpo mandibular direito e complexo zigomático-maxilar direito.

Após avaliação clínica e radiográfica, planejou-se osteossíntese das fraturas, sob anestesia geral, a mesma foi realizada no Hospital Universitário Onofre Lopes no dia 12/05/19.

Atualmente o paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial com pós-operatório de 1 mês e 20 dias, sem queixas algicas, oclusão estável, compatível com a oclusão prévia ao trauma, edema intra-oral em processo de completa regressão, sem sinais de inflamação/infecção e/ou deiscência referindo parestesia. O mesmo está apto a retomar suas atividades profissionais.

*Luis Ferreira de Almeida Neto  
Residência de Cirurgia  
DOD - Maxilo-Facial  
CRO/RN: 5217*

**Luis Ferreira de Almeida Neto**  
Área de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial DOD-UFRN/HUOL  
CRO/RN: 5217

Observação do Apoio:

COMUNICA

Conduta VTR

Remoção

Conduta Equipe de Enfermagem:

01/02/2019 21:13:09 - COMUNICADOR  
TARM MADALENA : DR. ANDRE IRA RECEBER PACIENTE

ACESSO / FONCTIONALIDADE

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Vaga Negada - Motivo:

- SELECIONE -

H. ligação ao serv prop.:

23:53

P:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

Vaga Negada

Motivo da entrada:



Ass:

958750426

Nome receptor:

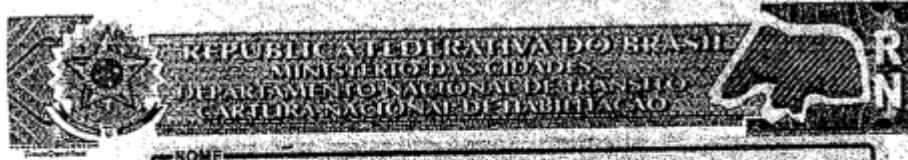
Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:



VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1563452267

NAME

ANDRE DA CRUZ GONCALVES



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

002324034 SSP RN

CPF

016.640.974-06

DATA NASCIMENTO

06/11/1985

PILIAÇÃO

ALDENOR DO NASCIMENTO  
GONCALVES  
ADELAIDE MARIA CRUZ  
GONCALVES

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB

AB

Nº REGISTRO

05981127794

VALIDADE

07/02/2023

HABILITAÇÃO

22/01/2014

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

NATAL, RN

DATA EMISSÃO

08/02/2016

Luis Edgardo Machado Pereira  
Diretor Geral - Detran/RN

48088414055  
RN702781446

RIO GRANDE DO NORTE

PROIBIDO PLASTIFICAR

1563452267

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 24 de Abril de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200156617**

**Vítima: WANDERSON DA SILVA OVIDIO**

**Data do Acidente: 01/02/2019**

**Cobertura: DAMS**

**Procurador: ANDRE DA CRUZ GONCALVES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), WANDERSON DA SILVA OVIDIO**

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora**.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Informamos que o reembolso de despesas médicas e suplementares é avaliado conforme critérios de análise praticados pelo mercado e tendo como limite mínimo os valores constantes na Tabela do Sistema Único de Saúde (SUS), podendo assim ser ou não reembolsado em sua totalidade, observando-se o limite da cobertura.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





**B O A T 101010**

**1 - LOCAL E DATA**

Local Avenida Dr. João N. Alho Bairro RECINHA  
Cidade/Nº NATAL - RN P. Ref. LAVA JATO OU NIZOU  
Data 03/10/2019 Hora do acidente 2030 Hora do registro 20:43 Dia da semana Sexta-feira

**2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA**

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> - Colisão Frontal              | <input type="checkbox"/> - Colisão Lateral     | <input type="checkbox"/> - Capotamento | <input type="checkbox"/> - Atropelamento  |
| <input checked="" type="checkbox"/> - Colisão Posterior | <input type="checkbox"/> - Colisão Transversal | <input type="checkbox"/> - Choque      | <input type="checkbox"/> - Outro(s) _____ |

**3 - VEÍCULO 01**

Placa ou Chassi QWG-2971 Cidade NATAL UF RN  
Marca/Mod. MARCAPOLO VOLARE Cor BRANCA Ano 2016 / 2016  
Proprietário FRANCISCO ALVIO DE LIMA Nº de Ocupantes 01  
Condutor JORGE CARLOS DE LIMA Data de Nasc. 39/10/1958  
Endereço AV. ANTONIO BRASILIO Nº 139 Fone 98717-9577  
Bairro QUINTAS Cidade NATAL UF RN  
CPF Nº 143 983 789-04 CNH Nº 0241363K54 Validade 07/10/2021 Categoria D  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

**4 - VEÍCULO 02**

Placa ou Chassi LSJ-4225 Cidade JAB. DAS GUARAPÉS UF PE  
Marca/Mod. CITROEN PICASSO Cor PRATA Ano 2011 / 2013  
Proprietário WILSTON RODRIGUES DE SOUZA Nº de Ocupantes 01  
Condutor FABIANA BEZERRA DOS SANTOS Data de Nasc. 21/01/1981  
Endereço RUA JOSE CARLOS DINASCO COSTA Nº 63 Fone 99932-3174  
Bairro RECINHA Cidade NATAL UF RN  
CPF Nº 034 11313420 CNH Nº 04424006833 Validade 02/10/2023 Categoria B  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

**5 - VEÍCULO 03**

Placa ou Chassi NOD-7631 Cidade S. G. NOAMIRANTE UF RN  
Marca/Mod. HONDA/CB 300R Cor AMARELA Ano 2013 / 2013  
Proprietário LUCIANO DANILO DA SILVA Nº de Ocupantes 02  
Condutor WANDERSON DA SILVA QUINTO Data de Nasc. 15/10/1993  
Endereço RUA SERRA DA ARAGUATA Nº 174 Fone 98739-8666  
Bairro POTENGI Cidade NATAL UF RN  
CPF Nº 013 347 614-74 CNH Nº \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ Categória \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

**6 - VEÍCULO 04**

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
Proprietário \_\_\_\_\_ Nº de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF Nº \_\_\_\_\_ CNH Nº \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ Categória \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

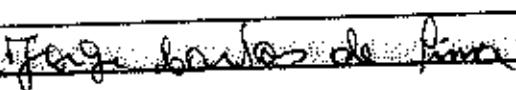
## 7. VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/Av. Transitava? AV. DR. JOÃO M. FILHO

Em que sentido? IGARAPÉ / REDINHA

Em que faixa? DIREITA

Versão do condutor ALEGOU QUE ESTAVA PARADO NO TRÂNSITO NA QUINTA FAIXA SENSUO O IMPACTO.

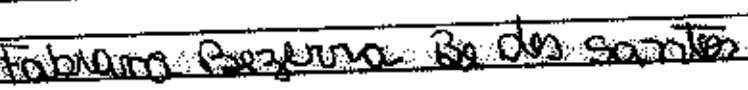
Assinatura do Condutor do V1 

SOBRE V2 - Em que Rua/Av. Transitava? AV. DR. JOÃO M. FILHO

Em que sentido? IGARAPÉ / REDINHA

Em que faixa? ESQUERDA

Versão do condutor ALEGOU QUE TRANSITAVA NORMALMENTE NA VIA CITADA QUANDO FICOU SUPRIMIDO PELO O U-3 COLIDINDO NA TRASEIRA DO SEU VEÍCULO.

Assinatura do Condutor do V2 

SOBRE V3 - Em que Rua/Av. Transitava? AV. DR. JOÃO M. FILHO

Em que sentido? IGARAPÉ / REDINHA

Em que faixa? ESQUERDA

Versão do condutor ALEGOU QUE TRANSITAVA NORMALMENTE NA VIA CITADA QUANDO O U-3 ENTROU DEZ O MESMO TENTOU DESVIA-SE DIREITO O GUINDA DO U-1 QUANDO PERDEU O CONTROLE VIANO A COLIDIR NA TRASEIRA DO U-3.

Assinatura do Condutor do V3 

SOBRE V4 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

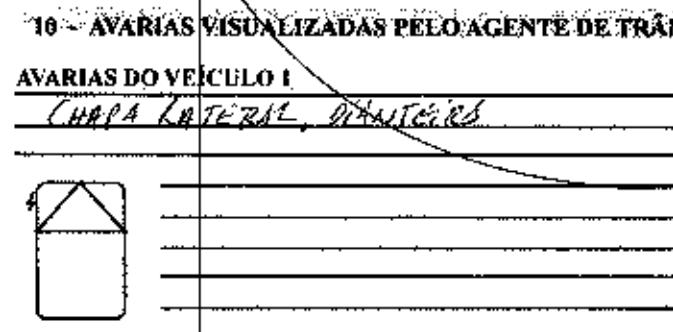
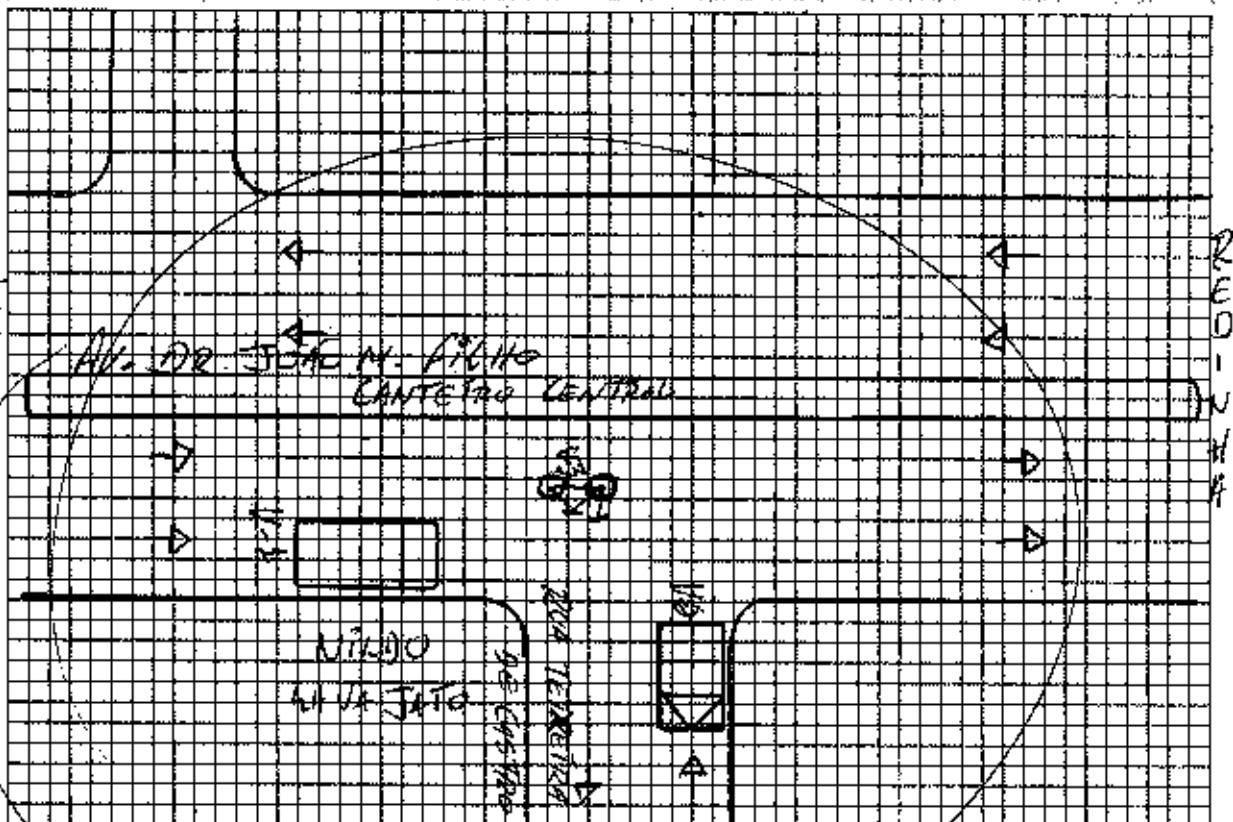
Assinatura do Condutor do V4

Autenticação N° do Boletim: 101010 N° da Ocorrência: 923201 Data Registro: 05/02/2019 Hora Registro: 09:00:45 Número/Controle: DF667C03BAFA07CF

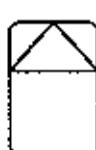
### **3 - CONDIÇÕES DA VIA**

Luminosidade	Cond./Tempo	Tipo da Pista	Caract./Pista	Cond./Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecer	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecer	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Acidente Ingreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Du Semáforo
<input checked="" type="checkbox"/> Noite e Iluminação	<input type="checkbox"/> Neblina	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Acidente Suave	<input type="checkbox"/> Poças d'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite e Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Ingreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros _____	<input checked="" type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enfarinhada	<input type="checkbox"/> Praça(s) _____
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Crossover	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perim. _____ KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

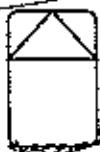
#### **9 - CROQUE DO ACIDENTE DE TRÂNSITO**



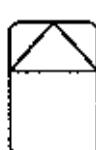
### **AVARIAS DO VEÍCULO 3**



VARIAS DO VEICULO:  
PARA PARE, FAZER REU, PARO CHUQUE, TALVEZ  
DO PERTIGA MESTA, LANTERNA, PARTE DA RODA DE  
LATERAL, O DIREITO, E DANDO INTERNU  
4 VERIFICAR.



FAROL, PARALANAS DIANTERO PAÍNEL  
RETRATO DE REIS MANGA DIREITA PROTETOR  
DO CANO DE SCARFÉ, TAMBORÉ, E  
TELESCOPIO... E BANDAS MECAN  
COS A VERIFICAR.



11 -  Vítima condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
 Passageiro de  V1  V2  V3  V4  Condutor para: \_\_\_\_\_

Presença:  Testemunha  Fato  Registro  
 Nome: PARIANA BEZERRA DOS SANTOS Data de Nascimento: 21/10/1981  
 RG Nº: 1841533 Órgão Expedidor: ITEL/RN N° 62 Fone: \_\_\_\_\_  
 Endereço: RUA JOSE CARLOS CANALHO COSTA Cidade: NATAL UF: RN  
 Bairro: CENTRO Versão: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

12 -  Vítima condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
 Passageiro de  V1  V2  V3  V4  Condutor para: H. CLOVIS SARINHO  
 Presença:  Testemunha  Fato  Registro  
 Nome: ARTHUR RONALD MARTINS DA SILVA Data de Nascimento: 13/10/1997  
 RG Nº: 003 477.509 Órgão Expedidor: ITEL/RN N° 42 Fone: 98817-1976  
 Endereço: RUA CARIBA Cidade: NATAL UF: RN  
 Bairro: POTENGI/CE SANTO REM Versão: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

13 -  Vítima condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
 Passageiro de  V1  V2  V3  V4  Condutor para: H. CLOVIS SARINHO  
 Presença:  Testemunha  Fato  Registro  
 Nome: WANDERSON DA SILVA 00106 Data de Nascimento: 15/10/1993  
 RG Nº: 003 87693 Órgão Expedidor: ITEL/RN N° 174 Fone: 98489-8006  
 Endereço: RUA SERRA DA ARAGUATA Cidade: NATAL UF: RN  
 Bairro: POTENGI Versão: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

14 -  Vítima condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
 Passageiro de  V1  V2  V3  V4  Condutor para: \_\_\_\_\_  
 Presença:  Testemunha  Fato  Registro  
 Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: / / /  
 RG Nº: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 Versão: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Marca/Modelo: \_\_\_\_\_  
 Nome: SAINV NATAL RG Nº: \_\_\_\_\_ Órgão Exp: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

16 - IMAGENS / FOTOS  SIM  NÃO AUTUAÇÃO  SIM  NÃO AFT/N/101023 COD/DESD/50100

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

INFORMO QUE O VEÍCULO V-3 FOI ENTREGUE AO SR. JOSE CARLOS DE SOUZA FILHO  
 CPF: 448 530 504 CUN 015 263 594 37 CAT. AB ASS.

INFORMO QUE O PASSAGEIRO É O CONDUTOR DE V-3 Foi CONDUZIDO PELA SAINV NATAL E A CONDUÇÃO DO V-3 PERMANECEU NO LOCAL DA ESTAÇÃO DE CHAMAE E OS FAMILIARES LEVARAM A MESMA AO PRIMÓ SOCORRO NÃO SINAIS FICAM.  
 TAMBÉM INFORMO QUE O CONDUTOR DE V-3 NÃO TEVE CONDIÇÕES DE ASSINAR A -  
 VERSEZ -

Nome Completo do Agente: Carlos Abon Abon Assinatura: J. DPRE  
 POSTO/GRAD.: 3: SGT PM Nº: 86411 Viatura: DRE-107 Subsídio: 1: DPRE  
 Local e Data: NATAL . 01 de FEVEREIRO de 2019. Assinatura do Agente de Trânsito