

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 10.631,25

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

CLIENTE: IEDA ARAUJO DE FREITAS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05885-8

CONTA: 00000004352-4

---

Nr. Autenticação

BRADESCO160120200500000000023705885000000043521063125 PAGO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190693606      **Cidade:** São Pedro      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IEDA ARAUJO DE FREITAS      **Data do acidente:** 16/08/2019      **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO, TÍBIA DIREITA E TRAUMATISMO CRANIANO.

**Descrição do exame físico:** APRESENTA AFUNDAMENTO TEMPORAL CRANIANO À DIREITA, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE JOELHO ESQUERDO E DIREITO PARA FLEXÃO PERFAZENDO 100 GRAUS, HIPOTROFIA MODERADA DE MUSCULATURA DE COXAS DIREITA E ESQUERDA, CLAUDICAÇÃO E DIFICULDADE PARA DEAMBULAÇÃO, FERIMENTOS OPERATÓRIOS CICATRIZADOS.

**Resultados terapêuticos:** RADIOGRAFIAS DE PERNAS DEMONSTRAM FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA FIXADA COM PLACA MEDIAL E PARAFUSOS, FRATURA DE TÍBIA DIREITA FIXADA COM PLACA E PARAFUSOS.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO JOELHO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 10/01/2020

**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 leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>		<b>78,75 %</b>	<b>R\$ 10.631,25</b>	

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, 19 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190693606      Vítima: IEDA ARAUJO DE FREITAS**

**Data do Acidente: 16/08/2019      Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), IEDA ARAUJO DE FREITAS**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 10.631,25

Dano Pessoal: 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%

Graduação: Em grau leve 25%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%  
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%  
Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%  
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

**Recebedor: IEDA ARAUJO DE FREITAS**

**Valor: R\$ 10.631,25**

**Banco: 237**

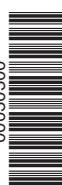
**Agência: 000005885-8**

**Conta: 000004352-4**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas,



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

737.245.214-72 Ieda Manoel de Freitas

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Ieda Manoel de Freitas

6 - CPF:

737.245.214-72

7 - Profissão:

Rústico

8 - Endereço:

Povoado lagos de Fora

9 - Número:

1900

10 - Complemento:

casa

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

São Pedro

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59480-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(84) 9 9134-3008(84) 9 9806-1091

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 5885

CONTA:

000 4352 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após à efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT [Lei nº 6.194/74], uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

Sim

Não

30 - Vítima deixou

Sim

Não

nasceram (vai nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

Sim

Não

33 - Vítima deixou

Sim

Não

pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha:

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teranémio 04 de dezembro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Ieda Manoel de Freitas

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Anderson Bernardino Leitão

FPS.001 V002/2019

**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: 3190693606  
Nome do(a) Examinado(a): Ieda Araujo de Freitas  
Endereço do(a) Examinado(a): Povoado Lagoa de Fora, 8900 Casa  
Zona Rural São Pedro RN CEP: 59480-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 644513  
Data local do acidente: [ 16/08/2019 ]  
Data local do exame: [ 10/01/2020 ] NATAL [ RN ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO, TÍBIA DIREITA E TRAUMATISMO CRANIANO.**

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

**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTOS CIRÚRGICOS EM PERNAS E NA REGIÃO CRANIANA. CRANIECTOMIA FRONTO-TEMPORO-PARIETAL DIREITA.**  
Data da Alta: 04/12/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**APRESENTA AFUNDAMENTO TEMPORAL CRANIANO À DIREITA, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE JOELHO ESQUERDO E DIREITO PARA FLEXÃO PERFAZENDO 100 GRAUS, HIPOTROFIA MODERADA DE MUSCULATURA DE COXAS DIREITA E ESQUERDA, CLAUDICAÇÃO E DIFICULDADE PARA DEAMBULAÇÃO, FERIMENTOS OPERATÓRIOS CICATRIZADOS.**

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

**( X ) Sim**      **(    ) Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

**( X ) Sim**      **(    ) Não**

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

**INVALIDEZ AO NÍVEL DE JOELHO ESQUERDO, MEMBRO INFERIOR DIREITO E EM ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.**

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 o 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO INFERIOR - Lado Direito**

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

Região Corporal (Sequela):

**JOELHO - Lado Esquerdo**

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

- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

*Urai de Oliveira*

DR. URAI DE OLIVEIRA  
ORTOPÉDIA/TRAUMATOLOGIA  
CRM-RN 4315

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
PÓLICIA CIVIL  
1<sup>ª</sup> DELEGACIA REGIONAL DE PÓLICIA CIVIL DE SÃO PAULO DO POTENGI - SÃO PAULO DO POTENGI - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036506/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/08/2019 13:28 Data/Hora Fim: 21/08/2019 14:10

Delegado de Policia: Otacilio de Medeiros Guedes Filho

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1<sup>ª</sup> Delegacia Regional de Policia Civil de São Paulo do Potengi

Data/Hora do Fato: 16/08/2019 17:50

Local do Fato

Município: São Pedro (RN)  
Logradouro: sítio lagoa de fora

Bairro: zona rural  
Nº: s/n  
CEP: 59.025-250

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Méio(s) Empregado(s)
23: Lesão corporal de natureza grave se resulta perigo de vida (Art. 129, § 1º, Inc. II do CPB)	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: NIVIANE ARAÚJO DOS SANTOS (COMUNICANTE)	Sexo: Feminino	Nasc: 27/12/1990
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RN - São Pedro	Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Profissão: Atendente de Restaurante		
Estado Civil: Solteiro(a)		
Nome da Mãe: Iran de Araújo	Nome do Pai: Anesiano Jose dos Santos	
<u>Documento(s)</u>		
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 101.721.514-65		
<u>Endereço</u>		
Município: São Pedro - RN		
Logradouro: sítio lagoa de fora	Nº: 18	
Complemento: próximo as torres		
Bairro: zona rural		CEP: 59.025-250
Telefone: (84) 99440-7502 (Celular) (84) 98630-3665 (Celular)		

Nome Civil: IEDA ARAÚJO DE FREITAS (VÍTIMA (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RN - São Pedro	Sexo: Feminino	Nasc: 18/07/1958
Profissão: Agricultor			
Estado Civil: Casado(a)			
Nome da Mãe: Raimunda Araújo	Nome do Pai: João Manoel de Araújo		

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 737.245.214-72

Endereço

Município: São Pedro - RN	
Logradouro: sítio lagoa de fora	Nº: 18
Complemento: próximo a torre	
Bairro: zona rural	CEP: 59.025-250



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
1<sup>a</sup> DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO PAULO DO POTENGI - SÃO PAULO DO POTENGI - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036506/2019

Telefone: (84) 99440-7502 (Celular)

**Nome Civil: JAILSON IRMÃO DE OZAIR (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR (AUSENTE))**

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Estado Civil: União Estável

Idade: 38

**Endereço**

Município: São Pedro - RN

Logradouro: rua do poço

Nº: s/n

Complemento: próximo ao club de neilton

Bairro: centro

CEP: 59.025-250

**Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR )**

Nacionalidade: Brasileira

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Veículo Adulterado? Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

**Nome Envolvido**

Desconhecido 1

Envolvimentos

Proprietário

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Veículo Adulterado? Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

**Nome Envolvido**

Jailson Irmão de Ozair

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Compareceu a esta Unidade Policial a comunicante para informar que a vítima, IEDA ARAÚJO DE FREITAS, é sua tia e que no dia 16/08/2019, estava caminhando no sítio onde mora em direção a sua residência quando a pessoa de JAILSON atropelou e disseram que foi a pessoa de NETO e DUER presenciaram o atropelamento e que a vítima; QUE, segundo as testemunhas tinha outra pessoa em outra moto e vinham tipo pegando "racha", porém, não souberam informar quem eram; QUE, a comunicante não sabe informar as características da moto em que estavam a pessoa de JAILSON; QUE, IEDA ARAÚJO DE FREITAS já saiu desmaiada do local e foi socorrida para o Hospital Walfrido Gurgel em Natal/RN; QUE, teve as duas pernas fraturadas, sendo que uma ficou com parte do osso esmagado, além de um coágulo na cabeça; QUE, ela permanece internada no Walfrido Gurgel e o seu estado de saúde inspira cuidados; QUE, a comunicante soube que JAILSON foi socorrido para o Hospital Regional de São Paulo do Potengi/RN e foi liberado; perguntado,





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
1<sup>a</sup> DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO PAULO DO POTENGI - SÃO  
PAULO DO POTENGI - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036506/2019

ASSINATURAS

Francisco Erinaldo Bezerra  
Agente de Polícia  
Matrícula 1945491  
Responsável pelo Abordamento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou eu (a) abaixo assinado(a) responsável pelas informações acima apresentadas e/ou que posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que delas originam, conforme prevista nos Artigos 339-Denúnciação Crimétrica e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Ocorrência do Código Penal Brasileiro."

Niviane Araújo dos Santos  
(Comunicante)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

737.245.214-72

4 - Nome completo da vítima:

Ieda Araújo de Freitas

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

5 - Nome completo:

Ieda Araújo de Freitas

6 - CPF:

737.245.214-72

7 - Profissão:

Recurso

8 - Endereço:

Povoado lagos de Fora

9 - Número:

8900

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

São Pedro

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59480-000

15 - E-mail:

(84) 9 9134-3008 (84) 9 9806-1091

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 5885

CONTA: 000 43 52 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vernascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

Sim

Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34  
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Ramamirim 04 de dezembro de 2019

Ieda Araújo de Freitas

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Alexandre Bernardino de Souza

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

# # hondro articulo #

# Nome: JOSÉ ARAUJO DE FREITAS

# Nasc: 16/08/19



SES/P/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 41991 /2019

Admissão: 16/08/2019 20:24:40



## CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 139422 - IEDA ARAUJO DE FREITAS (61 a 29 d )

Nascimento: 18/07/1958 Natural: SAO PEDRO BRASIL

CNS: 706701550502910 CPF: 73724521472

Mãe: RAIMUNDA ARAUJO

Pai:

Logradouro: LAGOA DE FÓRA, 1

Sexo: F Cor: PARDA

CEP: 59480000 Bairro: AREA RURAL

Telefone: 84 32542127

Cidade: SAO PEDRO

**Motivo:** ATROPELAM. POR MOTO

**Origem:** AMBUL. INTERIOR

Compt:  
Tipo: REFERENCIADO  
Empresa:

Fluxograma:

OBS:

HORA	P.A.	HGT	SaO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

### HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: trauma em mie e joelho d apos atropelamento por moto

Horas: 10:30

Principais vícios d' anterior passado por moto (sic).  
não fumo alcoolista.

### EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vpp
- B Edema ce
- C pulm círculo fc = 80 l/m
- D Prejuízos
- E

16.08.19 20:24:40

### OUTRAS OBSERVAÇÕES:

- deformidade no tornozelo - ferme ①
- deformidade joelho - ferme
- \*Saida: ferme - 1ª vez abdome frágil

### DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Frontal

\*Gerado via SX por WELLINGTON GOMES DO NASCIMENTO. Impresso em 16 de Agosto de 2019.

FAIOS 16.08.19 20:24:40

## 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)

- Re farozeiro / Pinus @ APIP
- Re folho @ APIP

## LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

## CONDUTA PRIMÁRIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

Novo procedimento para  
entubação naso

*Dr. Rafael Rosas  
CRM/RN 001 Ap. Digestivo*

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

23: poli

*Dr. Rafael Rosas  
CRM/RN 001 Ap. Digestivo*

- Nô nítios de crise tônica progressiva.

- Omo se apura higié - (IV) abare (feito)

22.00

## ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

## ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

*Dr. Rafael Rosas  
CRM/RN 001 Ap. Digestivo*

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

## ESPECIALISTA 1

Orto pe de

HORA: 21.00

DATA:

## ESPECIALISTA 2

Dona evora

HORA:

DATA:

## ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

*Dr. Rafael Rosas  
CRM/RN 001 Ap. Digestivo*

## DESTINO DO PACIENTE:

## INTERAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA / /

HORA

SAÍDA: ( ) DECISÃO MÉDICA ( ) REVELIA ( ) TRANSFERIDO PARA:

OBITO: DATA / / HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA ( ) COM ATESTADO ( ) S.V.O ( ) ITEP

## ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

*Ortopedia*

## ANAMNESE

Paciente viver a sua vida normal (SNC)  
 Sintoma fura nos mamilos

## EXAME FÍSICO

Braço esquerdo = axilares  
 na curva do cotovelo 140 mm

## IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Problema estribo + nódulo D. e P.H.L.

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

Mastos 50 cm de Lado  
*S. R. P. G.*

## LABORATÓRIO

## OUTROS

## CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

*Dos. cc. Cachorro (mam)*

*Boletim N.º 505 - 2007-12825  
Assinatura e Carimbo do Responsável*

*CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL 06/10/2010  
MAT. N.º 1500105  
SAME*

*Assinatura e Carimbo do Responsável*

*ASSINATURA*

## 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.

## **ANAMNESE**

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

## **ANOTACÕES DE ENFERMAGEM**

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

**Atendimento clínico**  
Paciente com queixas esteve em consultório  
de mato. No momento, constante.  
TA: 96 x 59 / FC: 63 | Saturação: 97%. Sem  
alterações clínicas no momento que pre-  
cisa ser hospitalizado.

Em tempo: ~~o~~ paciente era te crônico. Apresentou episódios de hemorraxe em bôrre de café morninho, prevenido pelo equipe de enfermeiros.

~~en~~ ~~o~~ - ~~is~~ ~~met~~ ~~een~~ ~~omgezel~~;

LUCY Magallanes  
MEXICAN  
100-8740

- Omeprazol 40 mg - 02 doses + offerte
- SFOgj. 500ml, ev, em offerte.
- Acompanhamento Assinatura e Carimbo do Responsável  
conjunto de e-dr.

~~expenses - 20~~

**Assinatura e Carimbo do Responsável**

OBSTACULOS TEÓRICOS

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASSOW	
Abertura Ocular (AO)	4
Olhos se abrem espontaneamente.	
Olhos se abrem no estímulo verbal. (Pode contrair com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marcar 4, se não 3.)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2 ✓
Olhos não se abrem.	1
<b>Melhor resposta verbal (MRV)</b>	
Otimizado: Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, local onde está, etiologia, e pergunta "o que é isso?"	5
Confusa: Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desacordância e confusão.	4
Palavras inapropriadas (fala aleatória, mas sabe quem é e o que é).	3
Não Interage/grita. (Desconhece seu próprio paternidade.)	2
Assente.	1 ✓
<b>Melhor resposta motora (MRM)</b>	
Obediente a ordens verbais. (Faz ações simples quando lhe é ordenada.)	5
Lançar dardos/dartos.	4
Retirada intencional e dura.	3
Pode falar à dor (Desorientação).	2
Evita/dizem à dor (Desorientação).	1

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS"	
DISCRIMINADOR	FORTUNAÇÃO
13-150	= 6
8-120	= 3
8-30	= 2
4-30	= 1
30	= 0
12-200	= 6
>200	= 3
8-30	= 2
1-30	= 1
00	= 0
>300	= 4
75-100	= 3
50-75	= 2
1-400	= 1
00	= 0

"Escala de Trastorno Neurológico (EN): Escala indicativa de subescalas para padecimientos de trastorno neurológico. Adaptación de Chapman H.R., Bassar W.J., Copay, et al; A revision of the Tractus score. J. Trauma 19(5): 624, 1979.

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
x	1	/8	3	4

"A seguir proponho aplicar os elementos complementares e que  
substituiram esses ideias inserir a 3 etapa. No Exercício Qualitativo  
admitir-se-á desvio que tipificaria o fenômeno da sua origem  
e que não se enquadra na classificação.

**CLASSIFICAÇÃO DO TCE.  
(ATLS 2008)\***

**SUS**
**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar**
**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou \_\_\_\_\_

CNES:

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**
Nome: **139422 IEDA ARAUJO DE FREITAS**

CNS: 706701550502910

Nascimento: 18/07/1958

Sexo: Feminino

Prontuário:

Cor: PARDA

Mãe: RAIMUNDA ARAUJO

Pai:

Fone: 32542127 /

Endereço: SITIO LAGOA DE FORA, 1 - AREA RURAL - SAO PEDRO

CEP: 59480-000

Município: SAO PEDRO

Código Municipal IBGE:

241270 UF: RN

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 21512 / 2019

**JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**
**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:**

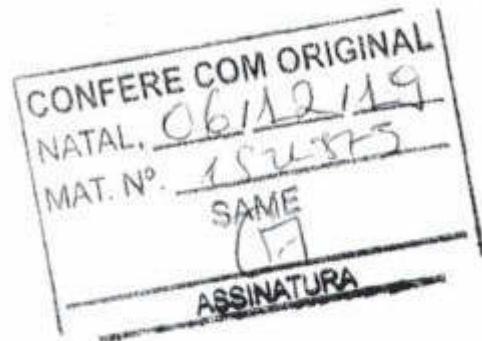
DOR + EDEMA + DEFORMIDADE NA Perna DIREITA + JOELHO ESQUERDO  
 FRATURA DE TIBIA E FÍBULA DIREITA + FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO (MEDIAL/SUBLUZAÇÃO)

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:**

TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CONTROLE DE DANOS / FIXADOR EXTERNO

**RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:**

RX.


**Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:**

SB2.1 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA\*408050551.TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALT

**Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?**

PLATO TIBIAL, FX;1

Informações importantes sobre as condições do paciente:  
 Diabetes       Hipertensão       Obesidade

 Faz Antibioticoterapia Lesão por pressão       Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assitente:

MAURO CARNEIRO CALHAU

3063 / RN

Data da Solicitação 16/08/2019

**PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**
 Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: \_\_\_\_\_

Nº do bilhete: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_

 Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: \_\_\_\_\_

CNAE da Emp.: \_\_\_\_\_ CBOR: \_\_\_\_\_

 Acidente de Trabalho TrajetoVínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado
**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_ Orgão Emissor: \_\_\_\_\_

Número da Autorização: \_\_\_\_\_

Data da Autorização: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_



Nome: Isabela Freijo de Freitas

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data: 17 AGO. 2019

Hora:

Paciente com história de  
atraso setoramento por mato  
apresentando fratura  
luxação de joelho e  
mátria fechada des  
ses pés da perna.  
Apresentar os seguintes  
hematomas. Fibrina crônica.  
Episódios de cintilograma  
H.D. Fratura fechada dos ossos  
das pernas + Fratura  
- luxação fechada de joelhos.  
- H.D. CONFIRA COM ORIGINAIS  
INATAL. 01/01/19  
MAT. N. 651-73  
SAME

Dr. Kleidson Batista  
Ortopedia  
CRM-4421

17/08/19 # Isabela Freijo de Freitas # 34-51  
Sua evolução para evitável quadro hemônico. Pente embaixo  
em regular estado geral, acalma, anestesia abd. (Spasmodica  
3+4+, hidratação: Taquicardia (120 bpm), taquimia em  
ar ambiente (F.R = 28 bpm). Converte porém algo sonolenta.  
Aumentando vômito em grande quantidade apesar banho de  
côf. AC = RTCP 27 BUN 51 uréia (1AP = 16.0) KtTc 50% Mântese  
ponto, indolor, sem sinais de envolvimento portional. (H.D = HDA?)  
CD - Vértebra: paro SVA dura; Omoplata dose dobrada 12/12h;  
concentrado 6 Unidades 02 balas IV. Sugiro realizar EDA  
e Salvar Ab/Ht de controle pós transfusão.

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

D. Guilherme Falót  
Médico  
CRM-RN 9471



✓  
Vigente

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Iedson Araújo de Freitas Idade: \_\_\_\_\_ Nº Reg.: \_\_\_\_\_  
Serviço: Osteopedia Enfº: \_\_\_\_\_ Leito: 417

AO SERVIÇO: Neurocirurgia

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

Paciente com history de  
abuse de álcool e alcoolismo  
mais de 48 hr.  
Envolvendo sonambulismo.  
Sintomas evolutivos da Neuro-  
cirurgia.

20 AGO. 2019

Natal/RN, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Dr. Kledson Bastos  
Ortopedia  
Médico que solicita o parecer CRM-4421

PARECER: \_\_\_\_\_

GC: volumoso contusão temporal direita.

Ao centro unirrígido

Dr. Bruno Gois  
Neurocirurgião  
CRM/RN 5823

200819 12:32  
União  
Crânio

Natal/RN, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Médico que emite o parecer



REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Jedde Araújo de Freitas Idade: \_\_\_\_\_ Nº Reg.: \_\_\_\_\_  
Serviço: UTI - RPA-I Enfº \_\_\_\_\_ Leito: 747

AO SERVIÇO: Fonoaudiologia

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

Paciente vítima do atropelamento com RNC never ser H5DC, tendo sido submetido a cirurgia. Estadia no H.S. e melhora do nível de consciência e hipersomnolência. Sintoma apontado é constante e generalizado.

Natal/RN, 25 de 08 de 19

Dr. Angelica N. Lima  
Médico que solicita o parecer

PARECER: Paciente avaliada e admitida para Fonoaudiologia. Apresentando díquitos funcionais no tist V.O. 1º episódio de tosse col. SNE + tosse V.O. lug/past 3x ao dia. Abs. autóagio p/ desmame da SNE.

Karla Danielly S. de A. Marques  
FONOAUDIOLOGA  
RPA 9748/RN  
26/10/19

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL 06/12/19  
MAT. N° 152-13  
SAME  
ASSINATURA

Natal/RN, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Médico que emite o parecer

Identificação

Enfermaria: nobre Lelio: 417/09 UTI: \_\_\_\_\_ Lelio: \_\_\_\_\_  
 Data de admissão: 16/08/19 Alta: \_\_\_\_\_ Naturalidade: São Pedro/RN  
 Nome: Tedher Araújo de Freitas Data de Nascimento: 18/07/1958  
 Idade: 61 Sexo: ( ) Masculino (X) Feminino Nível de Instrução: E.F. Inc.  
 RG: 644.513 Estado Civil: Solteira  
 Filiação: Pai: José Manoel de Araújo  
 Mãe: Haimunda Araújo  
 Endereço: Sítio Neves de Faria Cidade: São Pedro - RN  
 Telefone: 99440-7502 Sbiturte ( ) Residencial ( ) Trabalho ( ) Recado  
 Contato: Nívane Outros telefones: 98719-3885 (mãe)  
 Composição familiar: Pende com a mãe.  
 Outras informações: Faz uso de (X) Alcool (X) Fumo ( ) Drogas ( ) Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Agricultor Trabalho c/ vínculo empregatício ( ) Não ( ) Sim  
 (X) Aposentado ( ) Auxílio doença ( ) BPC ( ) Autônomo ( ) Pensionista ( ) Desempregado  
 Programas e Serviços: ( ) Passe Livre ( ) Bolsa Família ( ) PETI ( ) PSF ( ) CAPs ( ) SAD  
 Internação decorrente de acidente de trabalho? ( ) Não ( ) Sim Nome da Empresa \_\_\_\_\_

Forma de Acesso ao Serviço

( ) Sozinho - procurou atendimento ( ) Trazido por familiares  
 ( ) Socorrido em via pública ( ) Outros meios  
 (X) Encaminhado: Hospital de origem: São Pedro

CONECRE COM ORIGINAL  
 Trazido pelo SAMU  
 NATAL 06/12/19  
 MAT.º 1523  
 SAME 91

Critérios para Acompanhante

Possui requisitos? ( ) Não (X) Sim Qual o motivo? Idoso ASSINATURA  
 Portador de deficiência: ( ) Auditiva ( ) Visual ( ) Física ( ) Mental  
 Responsável pelo paciente: Tiara de Araújo  
 Parentesco: Mãe Telefone: 98719-3885  
 Endereço do Responsável: \_\_\_\_\_

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

Paciente admitida quer lidar com os efeitos da osteopatia. A sobrinha informa que a idosa não tem filhos, é alcoolista. A sobrinha foi encantada quanto às normas da unidade, solicitadas as cópias dos documentos. Silviano

Sofieldany G.O. Pinheiro da Silva  
 Assistente Social

Saída 20/08/19 Segundo a

óbito: Encaminhamento: ITEP ( ) SVO ( ) DO ( ) Obs. \_\_\_\_\_ a paciente deu

Alta hospitalar ( ) Transferência ( ) Destino: entidade para despedimento

Orientações/Encaminhamentos: Documentos: RG + CPF + SUS +  
Residência

Mesmo: Olá, no ambiente hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situações de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas naturais, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e científicas para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

Ofélia Dantas  
 A-Sant - 926

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walferdo Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sarrinho  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

TIPO DE CIRURGIA:

NOME DO PACIENTE: Edna Araújo de Freitas

DATA DE NASCIMENTO: 18/07/1958 IDADE: 61 anos

REGISTRO: 139422

DATA DE ADMISSÃO: 14/08/2019 HORA: 13:05

ADMISSÃO DO PACIENTE:

CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Ortopedia

HIDRATAÇÃO: SIM () NÃO () VIA: PERIFÉRICO: () ACESSO CENTRAL: ()

NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE () ORIENTADO () VIGIL () AGITADO ()

INCONSCIENTE: ()

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () GRAVE ()

SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE () M. V. () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()

ALÉRGICO: SIM () NÃO () HIPERTENSO: SIM () NÃO ()

DIABÉTICO: SIM () NÃO () ASMÁTICO: SIM () NÃO ()

DOENÇA RENAL: SIM () NÃO () OUTRAS PATOLOGIAS:

MEDICAÇÕES EM USO: vega

CIRURGIAS ANTERIORES: vega

EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO ()

OBSERVAÇÃO:

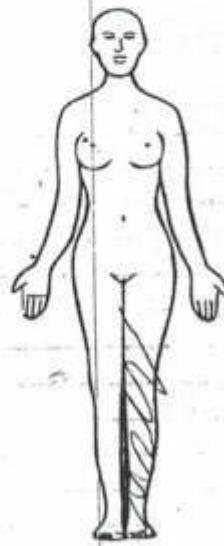
ÁREA DE TRICOTOMIA:

HORA:

ÁREA DE PUNÇÃO braço esquerdo

HORA:

OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



Lote: 000325 Código: F08 2 680  
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R  
X C X 4,5 X 200 X T

Fab.:16/08/2018 Val.:08/2023  
Registro Anvisa Nº 80083650026  
Material ACO INOX F138

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP  
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP  
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 001035 Código: F08 2 209  
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA  
SARTORI - LINEFIX FEMUR T  
350 - ESTERIL

Fab.:27/08/2018 Val.:08/2023  
Registro Anvisa Nº 80083650031  
Material ACO INOX/ALUMINIO

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP  
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP  
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 000198 Código: F08 2 209

SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA  
SARTORI - LINEFIX FEMUR T  
350 - ESTERIL

Fab.:14/08/2018 Val.:08/2023  
Registro Anvisa Nº 80083650031

Material ACO INOX/ALUMINIO

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP  
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP  
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 000035 Código: F08 2 680  
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R  
X C X 4,5 X 200 X T

Fab.:15/08/2018 Val.:08/2023  
Registro Anvisa Nº 80083650026

Material ACO INOX F138

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP  
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP  
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

JALECO N°:

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL, 06/09/2019

MAT. N° 151-113  
ACESSO CENTRAL

B.PESSINATURA LOCAL

INSTRUMENTADO: Rutho

CIRCULANTE: Rosane Vieira

TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUI () PERIDUAL ()

OBS.:

ANESTESISTA: Dra Andréa

INÍCIO DE ANESTESIA: 14:00

TÉRMINO DE ANESTESIA:

ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO:

HORA:



## **IDENTIFICAÇÃO**

Nome: Ieder Araújo de Freitas Reg. N°

Diagnóstico pré-operatório: Fracturas - luxações de Joelho (S)

Indicação terapêutica: Treatment Urgência ( ) Eletiva ( ) Fachada

## Curvaço INTERVENÇÃO

Data: 17 AGO. 2019 Início: Término: Duração:

Operador: Honda

Término:

#### Duração:

### **1º Auxiliar:**

CRM/CRO

## **2º Auxiliar:**

CRM/CBD

---

Instrumentador

Anestesiologo

CRM/CBO

## **RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO**

- 1- Parente ameaçado
  - 2- Auto - sepsis e aspergílos
  - 3- Aposseos de campos estériles
  - 4- Reclamações Invenientes
  - 5- Controle com fiscalizadores externos  
transmunicacionais de jellbre
  - 6- Circunstâncias
  - 7- Tais os casos - pedálicas

0408050683 (4) 5821

R&397 JS

0702030406 R\$648,  
0702030805 R\$28,00

Kleidson Bastos  
Ortopedia  
CRM-442.

Coleta de material anatomo-patológico: ( ) NÃO ( ) SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: ( ) NÃO ( ) SIM QUAL?



IDENTIFICAÇÃO

Nome: LEO ALVIO DE FREITAS Reg. N° 1391122

Diagnóstico pré-operatório: Hemorragia abdominal

Indicação terapêutica: Cirurgia de emergência Urgência ( ) Eletiva ( )

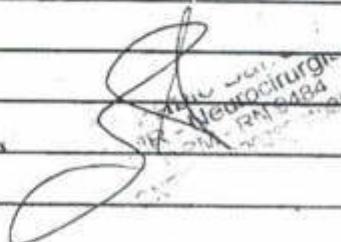
INTERVENÇÃO

Data: <u>20/03/19</u>	Inicio: <u>17:40</u>	Término: <u>19:50</u>	Duração: <u>2h 10m</u>
Operador: <u>DR Bruno Bois</u>		CRM/CRO:	<u>CONFERE COM ORIGINAL</u>
1º Auxiliar: <u>DR Guilherme Lira</u>		CRM/CRO:	<u>NATAL 06/12/19</u>
2º Auxiliar: <u>DR Tiago Borges</u>		CRM/CRO:	<u>MAT. N° 1524 PTS SAME</u>
Instrumentador:			<u>CF</u>
Anestesista:		CRM/CRO:	<u>ASSINATURA</u>

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- PACIENTE Foi ORGANIZADO DURANTE A CIRURGIA PODEM SER ESCUTADAS
- TRICOTOMIAS, DEGERUAGOS, ANTISSÉPSICO, ALOSÍCOS DA CINTA
- INCISÃO Foi BECHER, ABDOMINAL DE FASES, REVISÃO DA HEMOSTASIS
- ESGRUMAS SO PULP, RETIRADA AO 2600m.
- TRAÇADO Foi 4 fases. CAVIDADES, RETIRADA DA HEMOSTASIS.
- ABERTURA DURA 20 MINUTOS DO FASEM SISTEMA E TERRAC. COM COAGULADORA DE FASEM DE 7MMX10
- DURADURA 20 MINUTOS COM POMPEA
- FECHAMENTO Foi 1 fase
- CLOSURA

A 07,

  
DR Bruno Bois  
Neurocirurgião  
CRM 0484

DR Bruno Bois

0203010020 (15) 5063  
R\$ 807,75

Coleta de material anatomo-patológico: ( ) NÃO ( ) SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: ( ) NÃO ( ) SIM QUAL?



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

RECEITUÁRIO

NOME: Iedson Araújo de Freitas MATRÍCULA: 100000000000000000

Declaro os fins necessários  
que o paciente encon-  
trar-se internado neste  
hospital p/ tratamento  
de ferimentos de membros  
inferiores e haveria que  
deslocar-se. Não  
tive previsão de alter  
hospital.

CID: S82, H92

DATA 20/08/19

MÉDICO - CRM

Dr. Kleidson Bastos  
Ortopedia  
CRM-4421

FUMAR FAZ MAL À SAÚDE - USE CINTO DE SEGURANÇA  
PILOTE SEMPRE COM CAPACETE - NÃO BEBA AO DIRIGIR  
ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, E NOSSO.



Secretaria de Saúde Pública  
Hospital Deoclécio M. Lucena

RECEITUÁRIO MÉDICO

R/ Idele A de  
Freitas.

Selvato:

Frostasepar  
Motero  
(20 sessões)

HD: Freitas  
detumore  
Platis tibial (F)

21/11/91. /   
Dr. J. C. Freitas  
Oftalmologista  
Grau II



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA**  
**HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA**  
**PARNAMIRIM / RN**

**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA**

Nº 0058

~~Memorando de Regulação~~  
MR / HDMI  
AUTORIZADO

BOLETIM DE AVEIA  
NOME: Tiago Araújo de Freitas COR: marrom SEXO: masculino ESTADO CIVIL:  
IDADE: 10/07/90

IDADE: 10/09/19 CÓD.:  
NATURALIDADE: São Paulo PROFISSÃO: Aluno/Hora PROCEDÊNCIA:  
ENDEREÇO: R. Sílvia Lemos Góes, 1 - BAIRRO: Vila Brasil  
CIDADE: São Paulo DATA: 09/09/2019 HORA: 15:59  
CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

#### CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO	SIM <input type="checkbox"/>	
PUPILAS,	A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)	B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA
		C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

**B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA**

#### C) PRESSÃO ARTERIAL

CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA) *Fratura*

**TEMP.**

RESPIRAÇÃO

PULSO

TA

## HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

- CAUSA EFICIENTE DA LESAO (ALEGAÇÃO)  
Paciente  
de Perns

Seana RD

Josivan F. Nunes  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-RN 5263

EXAME FÍSICO

INSTITUTO FEDERATIVO DE EDUCAÇÃO  
DE SANTA CATARINA - IFSC  
CURITIBA - PR  
PROJETO DE INVESTIGAÇÃO  
PROJETO DE INVESTIGAÇÃO  
PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

## SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

## EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

## CONDUTA

Ass. do Responsável

## DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVICO DE <i>Otorrino</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____ / _____ / _____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA _____ / _____ / _____ ÓBITO _____ / _____ / _____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____ HORA _____	A REVELIA <input type="checkbox"/>
ENTREGUE MÉDICO (Carimbo)	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/> <i>Josivan F. Nunes</i> <i>Ortopedia / Traumatologia</i> <i>CRM-RN 5763</i>
CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)		



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES  
3515168

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO  
167458

IEDA ARAUJO DE FREITAS

7- CARTÃO NACIONAL SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO:

10- RAÇA/COR

706 7015 5050 2910

19/07/1958

#REF!

#REF!

11- NOME DA MÃE

12- FONE DE CONTATO  
994407502

RAIMUNDA ARAUJO

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- FONE DE CONTATO

IRANIR DE ARAUJO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

SITIO LAGOA DE FORA

16- MUNICÍPIO

17- BAIRRO:

18- UF:

19- CEP

SAO PEDRO

ZONA RURAL

RN

59480000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com febre de pele e se

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

23- DIAGNÓSTICO INICIAL  
24- CID 10 PRINCIPAL  
25- CID 10 SECUND.  
26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Dra. Ana F. Nunes

( ) CNS ( ) CPF

até o momento não tenho

36- ( ) AC. TRÂNSITO

37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO

38- ( ) ACI. TRABALHO TRAJETO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- N° DO BILHETE

41- SÉRIE

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- CÓD. ORGÃO EMISOR

52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

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

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

HRM/SES/CONFERIDO/001  
Data: 01/01/2011  
Assinatura: Dr. Matias Gomes

Paciente: 139422 - IEDA ARAUJO DE FREITAS  
FIA: 4-7691/2019  
Idade: 61 ano(s) 1 mes(es) e 18 dia(s)  
Prescrição Nº: 20  
Hospital / Unidade: WG - 2 ANDAR  
Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 1187967  
Peso:  
Data Internação: 16/08/2019 22:22  
Início Validade: 05/09/2019 08:52 até 06/09/2019 18:00  
Quarto / Leito: 1 - 202  
Médico Resp.: 237-MAURO CARNEIRO CALHAU

#### EVOLUÇÃO DO PACIENTE

05/09/2019 08:53:22 - EVOLUINDO SEM INTERCORRENCIAS.  
EM BOM ESTADO GERAL.  
FO CICATRIZADA.  
ECG:15. HEMIPARESIA ESQUERDA  
TC 04/09: BOM RESULTADO CIRURGICO. ARÉAS DE CONTUSÃO RESIDUAL EM ABSORÇÃO AVANÇADA.

CD: ALTA NCR. PARECER PARA SEGUIMENTO AMBULATORIA. PARECER PARA ORTOPEDIA ASSUMIR O CASO.

*Ritina Pente*

#### PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - BRANDA PADRAO						08:52 11:52 14:52 17:52 20:52 23:52 02:52 05:52 08:52 11:52 14:52 17:52
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - SORO FISIOLOGICO CLOR. DE SODIO 0,9% 500 ML SIST. F	1	BOLS	IV	6h/6h		12 18 00 06 12:58
3 - FENITOINA 50MG/ML 5 ML Obs.: fazer LENTO Diluição: 18ml SF0,9%	2	ML	IV	8h/8h		14 22 06 14:50
4 - RANITIDINA 25MG/ML - 2 ML Obs.: fazer LENTO Diluição: 18ml SF0,9%	1	AMP	IV	8h/8h		14 22 06 14:50
5 - TRAMADOL 50MG/ML - 2ML Obs.: S/N se dor Diluição: 100ml SF0,9%	1	AMP	IV	8h/8h		SN
6 - ONDANSETRONA 2 MG/ML - 4 ML Obs.: S/N se náuseas ou vômitos Diluição: 20ml SF0,9%	1	AMP	IV	8h/8h		SN
7 - DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2 ML Obs.: S/N dor ou febre Diluição: 8ml SF0,9%	1	AMP	IV	6h/6h		SN 18
CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
8 - PARECER Obs.: ORTOPEDI					CONTINU	08:52 08:52
9 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS						08:52 14:52 20:52 02:52 08:52 14:52
10 - HIGIENE ORAL Obs.: COM CLOREXIDINA 0,12%						06 12 18 m t n
SERVIÇO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
11 - FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA	3					

*Ritina Pente*

RAFAEL DE ALBUQUERQUE BARBOSA  
CRM-6715/RN

PEDIDO DE PARECER

I-03  
L=03

condutor

Unidade Solicitante: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Paciente: J.C.Ds Arante de Souza Prontuário: \_\_\_\_\_

Motivo da Consulta: E.C.G com Risco Cirúrgico

medo  
PS  
MED

OTCABNO  
OECO

Médico

CRM

Data

Encaminhado à especialidade: CARDIOLOGIA

Consulta marcada para a Unidade:

Município: \_\_\_\_\_

Para o (a) Dr. (a): \_\_\_\_\_

às \_\_\_\_\_

horas do dia \_\_\_\_\_

13/09

RESPOSTA DE PARECER

NO C.C.

Unidade Solicitante: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Paciente: J.C.Ds Arante de Souza

Prontuário: \_\_\_\_\_

(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)

Fx Tím.

ANTES DO ACIDENTE TÍMIS  
AUTONOMIA PLENA, TUBEROSA  
NO CORPO

API: TABAGISTA

ECO: NORMAL

DESONVOLVIMENTO NASAL

PA: 130x80 AC: REPERCUS  
Hb: 126 Plaq: 350000 Gluc: 110  
U: 23 Cr: 0,6 TAP: 87%

Risco MODERADO de eventos

CID:

Diagnóstico: lesões nasais

Data

Médico

CRM

Retornar à clínica solicitante: \_\_\_\_\_

Unidade: \_\_\_\_\_

Dia: \_\_\_\_\_

horas do dia: \_\_\_\_\_

Automação de Vida  
Automação de Vida

às \_\_\_\_\_

Nome do paciente	ICDA Arsenio de Freitas			Nº prontuário
Data operação	30/09/19	Enf.	Leito	
Operador	Marcos Moreira		1º auxiliar	Cesar Magno Ribeiro
2º auxiliar	IGOR		3º auxiliar	Instrumentador
Anestesista	FRANCIS DE PECINA DIREITTA			
Diagnóstico pré-operatório				
Tipo de operação	TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FISSÃO INTERNA			
Diagnóstico pós operatório				
Relatório imediato do patologista				
Exame radiológico no ato				
Acidente durante a operação				

#### DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras

Próxente sua anestesia assistiu  
exames, mesa, dessecção, execução placa  
com as fúrcas, 107 passagens corretas,  
curvado por duas, curvado

Dr. Carlos Magno T. Andrade  
Ortopedista Traumatologista  
Pernambuco Traumatologista  
CRM 2108 - TEC 5951  
CPF: 181.342.884-14

<input type="checkbox"/> CIRURGIAS MÚLTIPLES (9415010012)
<input checked="" type="checkbox"/> POLTRAUMATIZADO (9415030013)
<input type="checkbox"/> PROC. CLÍNICO
<input checked="" type="checkbox"/> PROC. CIRÚRGICO 0408050551
<input type="checkbox"/> CBO: 225225
<input checked="" type="checkbox"/> CBO: 225270
<input checked="" type="checkbox"/> 3 DIAS
<input type="checkbox"/> CID S - 821

HODML / SESAP  
CONFERTO ORIGINAL  
PESQUINH. 0112/019

16/09/2019  
M. 86921-4

# Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital	140m L	Enfermaria	Leito	Nº prontuário
Nome	Jedro Stoerzo de Freitas			Idade 61 Sexo F Cor
Data	Pressão arterial 30/09/2013 130x80	P脉搏 64	Respiração	Temperatura
Tipo sanguíneo	Hematílias	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia
	Urina			
Ap. respiratório	S1 alter.			Asma
Ap. circulatório	S1 alter.			Eletrocardiograma
Ap. digestivo				Ap. urinário
Estado mental	Loto, Vizel			Alergia Nipos
Diagnóstico pré-operatório	I= > 10 teles (D)			Hipotensores
Anestesias anteriores				Estado físico ASA I
Medicação pré-anestésica				Aplicada às Efeito
Agentes Anestésicos	0 • Midazolam 0,2 • Fentanyl 50 µg $O_2 - 0,3L/min$			
Líquidos	B) A 1. Beber 200ml 2. Repetir 200ml Fentanyl 0,05 Morfina 80mg			
<input type="radio"/> Oper.	① RSP 25,5 100% - 100% - 100%			
<input checked="" type="checkbox"/> Anest.	② Prometidina 100 ③ Dicromato 10 ④ Diazepam ⑤ Fentanyl 40 ⑥ Cefotoleno			
<input checked="" type="checkbox"/> P Pulso	⑦ 100% - 100% - 100%			
SÍMBOLOS				
E				
ANOTAÇÕES				
POSIÇÃO				
Agentes				
Técnica	A + A: BSAC Pml L4/L5 c1 ap 27 Gue. Líquido (D), limpeza			
Operação	++ (descrição de f+ se teleo (D))			
Cirurgiões	Márcio Boilete e Carlos Moraes			
Anestesistas	J포t Freitas			
Observações	Sossego Muitos F de medo Gasoterapeuta			

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

Nome: JESSA ARAÚJO DE FREITAS Idade: 61 D/N: 19/07/1958  
 Pront: 167458 Município: SÃO PEDRO Procedência: Interno ( ) Externo  
 Data da cirurgia: 30/07/19 Hora Admissão: Bloco: 0820 Sala: 0750 Hora Saída: 1100 Peso:  
 Alergias: Não ( ) Sim Comorbidades: ( ) HAS ( ) DM ( ) Outras  
 Uso de medicações: Não ( ) Sim Jejum: ( ) Não ( ) Sim  
 SSW Admissão: PA: mmHg P脉: bpm FL: bpm FC: bpm SpO<sub>2</sub>: % T: °C  
 Enfermeiro(a): LUCIANA Instrumentador (a): RITA Circulante: AUGUSTO  
 Cirurgia: TIT CIRURGICO TIRIA DIA Especialidade: ORT Sala: 01  
 Hora Início: 1015 Hora Término:  Tipo de cirurgia: Eletiva ( ) Urgência ( ) Limpa ( ) Contaminada ( ) Infectada  
 1º Cirurgião: MARCELO MUSSELO Residente: GABRIEL MAGALHÃES  
 Anestesia: ( ) Local ( ) Sedação ( ) Geral TOT: ( ) Bloqueio ( ) Raquidiana Ag.nº 27 ( ) Peridural ( ) c/cateter ( ) s/cateter  
Ag.nº 27 Cateter nº: 09 Início 09:50 Garrote: ( ) Smarch ( ) Pneumático Início 10:00 Término: 10:45  
 Anestesiologista: DR. FELIPE

NEUROMUSCULAR		PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/>	Consciente	Normocorada	Normotensão	Jelco	ECG
<input checked="" type="checkbox"/>	Letárgico	Hipocorada	Hipotensão	Acesso V. Central	Oximetria
<input checked="" type="checkbox"/>	Coma	Cianótica	Hipertensão	Cat. Diálise	Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/>	Orientado	Ictérica	Normocárdico	Fistula Arteriovenosa	PA
<input checked="" type="checkbox"/>	Desorientado	Desidratada	Bradicardia	SNG	Estimul. Nervo
<input checked="" type="checkbox"/>	Sedado	Integra	Taquicardia	SVD	Diprifusor
<input checked="" type="checkbox"/>	Ansioso	C/lesões	Choque	Colostomia	BIC
<input checked="" type="checkbox"/>	Deambula	Sudorese	Normoesfigmico	Cistostomia	Desfibrilador
<input checked="" type="checkbox"/>	t/ dificuldade	Cicatriz cirúrgica	Eupnéia	Dreno:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Acamado	Higiene Satisfatória	Dispneia	Aparelho gessado	
<input checked="" type="checkbox"/>	Paraplégico	Higiene deficiente	Dispositivo O <sub>2</sub>	Tração	
<input checked="" type="checkbox"/>	Tetraplégico	Manchas		Talas	
<input checked="" type="checkbox"/>	Amputações	S/Tricotomia			

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>129</u>	<u>70</u>	<u>60</u>	Bpm
Pulso	<u>61</u>	<u>72</u>	<u>60</u>	Bpm
Oximetria	<u>100%</u>	<u>99%</u>	<u>100%</u>	%
Capnografia	<u>135</u>	<u>124</u>	<u>135</u>	mmHg
PA	<u>135/87</u>	<u>124/81</u>	<u>135/69</u>	

ACCESSO VENOSO			
Puncão Arterial			
Puncão Venosa Periférica			
Puncão Venosa Central			
Dissecção venosa			
Local:			
Cateter:			

SONDAGEM GÁSTRICA	
SNG nº	
Retorno:	
CATETERISMO VESICAL	
SVF nº	SVA nº
Diurese:	
Profissional responsável:	
EXAMES SOLICITADOS	
Gasometria	

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
Dorsal	Cabeça	Anatômicos
Ventral	PESCOÇO	Abduzidos
Lateral	Tórax	Fletidos
Litotômica	Lombar	MMII
Trendlemburg		Anatômicos
Canivete		Abduzidos
Proclive		Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
Sim ( ) Não ( )	Metal ( ) Descartável
Local: <u>PARSO DIA</u>	
DEGERMAÇÃO	
Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não
Local: <u>MEI</u>	Solução: <u>Clorox</u> Local:
IMPLANTE CIRÚRGICO	
Drenos:	
Tela:	
Cateter:	
Ostomia:	
Fio de KC:	Parafuso - tipo:
Placa - Tipo: <u>ACP 8 EUROS ESTERITA + PM</u>	
Outros:	

RECORTE DO MATERIAL CIRÚRGICO

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO**

**HEMOTRANSFUSÃO:**

( ) Hemoconcentrado \_\_\_\_\_ Unid.  
 ( ) Albumina \_\_\_\_\_ Unid.

( ) Plasma \_\_\_\_\_ Unid.

( ) Plaquetas \_\_\_\_\_ Unid.

( ) Expansor plasmático \_\_\_\_\_ Unid.

**MEDICAÇÕES UTILIZADAS**

h: \_\_\_\_\_  
 h: \_\_\_\_\_  
 h: \_\_\_\_\_

h: \_\_\_\_\_  
 h: \_\_\_\_\_  
 h: \_\_\_\_\_

h: \_\_\_\_\_  
 h: \_\_\_\_\_  
 h: \_\_\_\_\_

**HIDRATAÇÃO VENOSA**

( ) Soro Fisiológico: 1000 ml  
 ( ) Soro Glicosado: \_\_\_\_\_ ml

( ) Soro Ringer Simples: 500 ml  
 ( ) Soro Ringer Lactato: \_\_\_\_\_ ml

Quantidade total de volume administrado:

**ANÁTOMO PATOLÓGICO**

Não  Sim Peça:  
 Swab para cultura:

Peça para sepultamento:  Não  Sim  
 Líquido:

**CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES**

FO de aspecto:  Limpo  c/ exsudato  Contaminada  Aparelho gessado  Bandagens  Talas  Outros:

**INTERCORRÊNCIAS:**

Tensão arterial alta suspeita de pressão arterial alta

Ass: Jorge Coren: 29720

**CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO**

Nível de consciência:  Consciente  Inconsciente  Narcose  Coma  Vigil  Agitado  
 Respiratório:  Intubado  Extubado  Cânula de Guedel  O<sub>2</sub> ambiente Curativo.  Oclusivo  Compressivo  Bolsa de colostomia  Outro:  
 Diurese:  Espontânea  Normal  Hematúria  Irrigação Vesical  Oligúrico Destino após a cirurgia: CKD

**UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO**

Hora: 11:00 Data: 30/07/17 Nível de consciência:  Acordado  Sonolento  Narcose  Orientado  
 Desorientado  Agitado  Choroso Vias aéreas:  Intubado  Extubado  Cânula de Guedel  Cateter O<sub>2</sub>  O<sub>2</sub> Ambiente Mobilização MMII:  Normal  Diminuída  Sem mobilidade Mobilização MMSS:  Normal  Diminuída  Sem mobilidade Venoclise:  Não  Sim Tipo:  Local: \_\_\_\_\_ Sondas:  Gástrica  Enteral  Vesical Drenos:  Sucção  Torácico  Penrose  Kherr Ostomias:  Sim  Não Especifique: \_\_\_\_\_ Irrigação vesical continua:  Retorno satisfatório  Retorno Insuficiente  Coágulos Curativo:  Oclusivo  Descoberto  Limpo  Sujo Monitorização:  ECG  Oxímetro  PA

**INTERCORRÊNCIAS NA URPA** ( ) Náuseas ( ) Vômitos ( ) Sangramento ( ) Dor ( ) Bexigoma ( ) Alteração PA ( ) Alteração FC

Relate:

**SINAIS VITAIS**

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	—	67	—	—	97	N/D
30'	—	64	—	—	96	N/D
60'	—	62	—	—	96	N/D
Alta	—	75	—	—	98	N/D

**Líquidos administrados na URPA:**

Soro glicosado: \_\_\_\_\_ ml

Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml

Ringer: \_\_\_\_\_ ml

Irrigação vesical continua: \_\_\_\_\_ ml

**Medicações administradas URPA:**

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

**Eliminações:**

	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação
Recebido da SO				
Desprezado URPA				

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:** A ce ortostática e no in  
re, consciente, orientada (algo)  
no ambiente

Nome do paciente

Idha Drolho d Fruta

Nº prontuário

Data operação

23/9/19

Enf.

Leito

Operador

Dr. Almeida

1º auxiliar

Dr. R. Card. Coimbra

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Dr. Leonardo Bahia  
 Diagnóstico pré-operatório HDM  
 Coordenador HDM  
 Matrícula 27040

Tipo de anestesia

Tipo de operação

Extrato d fruta no plato n did am Cauda leste (sem reb. lobo)

Diagnóstico pós operatório

O mesmo

\* SEM Rx PO

Relatório imediato do patologista

N/A

CIRURGIAS MÚLTIPLAS

(415010012)

Exame radiológico no ato

SAC

POLTRAUMATIZADO

(415030013)

Acidente durante a operação

N/A

PROC. CLÍNICO

PROC. CIRÚRGICO

0408050551

680.225225

2001025276ceras

3 DIAS

#### DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado

- ① Descrição do set rot apêndice arretado + fixa aderência CID S-821
  - ② Amplo e profundo
  - ③ Aperta campo operatório
  - ④ Invasão adx, densa por placa, visivelmente fratura  
 plato metálico com reb. lobo no sacrum, óptimo para fixar  
 em sacrum (reparo metálico X 1 dente).
  - ⑤ Limpz JF 9,17. 03L5 + Orm portas 3-cm
  - ⑥ Sutura por placas
  - ⑦ Cerrada + prótese sac. esquerda
  - ⑧ Fixar (1) 1 parafuso de
- DR. ALMEIDA  
 DR. R. CARD. COIMBRA
- HDM / SESAP  
 CONFERENCIA ORIGINAIS  
 PARANHOS / RN - 2012-09-24  
 DR. MATO GERALDO
- Além - Falta operar fixar diagnosi prima

# Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital					Enfermaria	Leito	Nº prontuário											
Nome <i>I 509 Davis do Freitas</i>						Idade	Sexo	Cor										
Data <i>23.09.10</i>	Pressão arterial	P脉搏	Respiração	Temperatura	Peso	Outros												
Tipo sanguíneo	Hematíes	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia													
	Urina																	
Ap. respiratório					Asma	Bronquite												
Ap. circulatório					Eletrocardiograma													
Ap. digestivo					Dentes	Pescoço	Ap. urinário											
Estado mental					Ataracicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores										
Diagnóstico pré-operatório							Estado fisiico	Risco										
Anestesias anteriores																		
Medicação pré-anestésica					Aplicada às	Efeito												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; height: 100px;"> <tr><td style="width: 10%;">Agentes Anestésicos</td><td style="width: 90%;"><input checked="" type="radio"/></td></tr> <tr><td>Líquidos</td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Anest.</td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Oxigenio</td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>P Pulso</td><td><input type="radio"/></td></tr> </table> <p style="text-align: center;"><i>Monitorizada com ecg on rib dvi</i></p>									Agentes Anestésicos	<input checked="" type="radio"/>	Líquidos	<input type="radio"/>	Anest.	<input type="radio"/>	Oxigenio	<input type="radio"/>	P Pulso	<input type="radio"/>
Agentes Anestésicos	<input checked="" type="radio"/>																	
Líquidos	<input type="radio"/>																	
Anest.	<input type="radio"/>																	
Oxigenio	<input type="radio"/>																	
P Pulso	<input type="radio"/>																	
SIMBOLOS	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																	
E																		
ANOTAÇÕES	<p><i>Bri + monitorização e capnografia + Sol húmido</i></p>																	
POSIÇÃO	<p><i>Bri + monitorização e capnografia + Sol húmido</i></p>																	
Agentes	<p><i>Bri + monitorização e capnografia + Sol húmido</i></p>																	
Técnica	<p><i>Bri + monitorização e capnografia + Sol húmido</i></p>																	
Operação	<p><i>Bri + monitorização e capnografia + Sol húmido</i></p>																	
Cirurgiões	<p><i>Bri + monitorização e capnografia + Sol húmido</i></p>																	
Anestesiistas	<p><i>Bri + monitorização e capnografia + Sol húmido</i></p>																	
Observações	<p><i>Bri + monitorização e capnografia + Sol húmido</i></p>																	
<p><i>Notar no vermelho se complicações</i></p>																		
<p><i>Leonardo Barros Coordenador HRDMI Matrícula 194.270-0</i></p>																		



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Jeda Araújo de Farias Idade: \_\_\_\_\_ D/N: 10/07/1958  
 Pront.: 167458 Município: São Pedro Procedência:  Interno  Externo  
 Data da cirurgia: 25/09/12 Hora Admissão: Bloco: \_\_\_\_\_ Sala: \_\_\_\_\_ Hora Saída: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
 Alergias:  Não  Sim Nega Comorbidades:  HAS  DM  Outras Nega  
 Uso de medicações:  Não  Sim Nega Jejum:  Não  Sim  
 SSW Admissão: PA: \_\_\_\_\_ mmHg Pulso: \_\_\_\_\_ bpm FL: \_\_\_\_\_ rpm FC: \_\_\_\_\_ bpm SpO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ % T: \_\_\_\_\_ °C  
 Enfermeiro(a): Lidiane Instrumentador (a): Fernanda C. Circulante: Cynthia  
 Cirurgia: III Cir. de fhal. de Plataforma Tibial E. Especialidade: Ortopedia Sala: 03  
 Hora Início: 08:50 Hora Término: 09:30 Tipo de cirurgia:  Eletiva  Urgência  Limpa  Contaminada  Infectada  
 1º Cirurgião: Dra. Alírio Aux.: Dra. Ricardo E. Residente: \_\_\_\_\_  
 Anestesia:  Local  Sedação  Geral TOT: \_\_\_\_\_ Bloqueio  Raquidiana Ag. n° 25 Peridural  c/cateter  s/cateter  
 Ag. n° \_\_\_\_\_ Cateter n°: 10 Início: 08:20 Garrote:  Smarch  Pneumático Início: 08:30 Término: 09:33  
 Anestesiologista: Lourivalo.

NEUROMUSCULAR		PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/>	Consciente	Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco <u>MSE</u>	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/>	Letárgico	Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
<input type="checkbox"/>	Coma	Cianótica	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo
<input type="checkbox"/>	Orientado	Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input checked="" type="checkbox"/> Fistula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input checked="" type="checkbox"/>	Desorientado	Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input checked="" type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input type="checkbox"/>	Sedado	Integra	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input checked="" type="checkbox"/> Diprifusor
<input checked="" type="checkbox"/>	Ansioso	C/lesões	<input checked="" type="checkbox"/> Choque	<input checked="" type="checkbox"/> SVD	<input checked="" type="checkbox"/> BIC
<input type="checkbox"/>	Deambula	Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfíglico	<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia	<input checked="" type="checkbox"/> Desfibrilador
<input type="checkbox"/>	t/ dificuldade	Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia	
<input type="checkbox"/>	Acamado	Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Dispnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Dreno:	
<input type="checkbox"/>	Paraplégico	Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Dispositivo O <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input type="checkbox"/>	Tetraplégico	Manchas		<input checked="" type="checkbox"/> Tração	
<input type="checkbox"/>	Amputações	S/Tricotomia		<input checked="" type="checkbox"/> Tales	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.	
FC	71	74	72	Bpm	
Pulso	70	73	73	Bpm	
Oximetria	94%	95%	97%	%	
Capnografia	-	-	-	%	
PA	144	978	368	135	mmHg

ACCESSO VENOSO	
<input checked="" type="checkbox"/>	Punção Arterial
<input checked="" type="checkbox"/>	Punção Venosa Periférica
<input checked="" type="checkbox"/>	Punção Venosa Central
<input checked="" type="checkbox"/>	Dissecção venosa
Local:	<u>MSE</u>
Cateter:	<u>n° 20</u>

SONDAGEM GÁSTRICA	
SNG n°	
Retorno:	
CATETERISMO VESICAL	
SVF n°	SVAn°
Direse:	
Profissional responsável:	
EXAMES SOLICITADOS	
	Gastrometria

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Cabeça	Anatômicos
<input checked="" type="checkbox"/> Ventral	<input checked="" type="checkbox"/> Pescoco	Abduzidos
<input checked="" type="checkbox"/> Lateral	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	Fletidos
<input checked="" type="checkbox"/> Litotômica	<input checked="" type="checkbox"/> Lombar	<b>MMII</b>
Trendlemburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
Canivete		Abduzidos
Proclive		Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Metal <input type="checkbox"/> Descartável
Local:	<u>horas de volta</u>

DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Local: <u>MIE</u>	Solução: <u>clor - dig</u> Local: <u>local</u>

IMPLANTE CIRÚRGICO	
Drenos:	<input checked="" type="checkbox"/> MDM / SESAP
Tela:	<input checked="" type="checkbox"/> CONFERI CI/OCRI
Cateter:	<input checked="" type="checkbox"/> Paracateter RN <u>01116-04</u>
Ostomia:	<input checked="" type="checkbox"/> Mat. <u>96971-1</u>
Fio de KC:	Parafuso - tipo:
Placa - tipo: <u>M T 3 MROS</u>	
Outros:	

Teddy  
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

( ) Hemoconcentrado \_\_\_\_\_ Unid.  
( ) Albumina \_\_\_\_\_ Unid.

( ) Plasma \_\_\_\_\_ Unid.  
( ) Expansor plasmático \_\_\_\_\_ Unid.

( ) Plaquetas \_\_\_\_\_ Unid.

HEMOTRANSFUSÃO:  
MEDICAÇÕES UTILIZADAS

\_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_

HIDRATAÇÃO VENOSA

( ) Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml  
( ) Soro Glicosado: \_\_\_\_\_ ml

( ) Soro Ringer Simples: \_\_\_\_\_ ml  
( ) Soro Ringer Lactato: \_\_\_\_\_ ml

Quantidade total de volume administrado:

ANÁTOMO PATOLÓGICO

Não  Sim Peça:  
Swab para cultura:

Peça para sepultamento:  Não  Sim  
Líquido:

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto:  Limpo  c/ exsudato  Contaminada  Aparelho gessado  Bandagens  Talas  Outros:

INTERCORRÊNCIAS: Paciente intubado procedimento realizado com  
bucal e um intercorrência.

Ass: Marcos Henrique Coren: 00000000000000000000000000000000

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência:  Consciente  Inconsciente  Narcose  Coma  Vigil  Agitado  
Respiratório:  Intubado  Extubado  Cânula de Guedel  O<sub>2</sub> ambiente Curativo  Oclusivo  Compressivo  Bolsa de colostomia  Outro: \_\_\_\_\_  
Diurese:  Espontânea  Normal  Hematuria  Irrigação Vesical  Oligúrico Destino após a cirurgia: CRO.

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO

Hora: 09:51 Data: 25/09/19 Nível de consciência:  Acordado  Sonolento  Narcose  Orientado  
( ) Desorientado  Agitado  Choroso Vias aéreas:  Intubado  Extubado  cânula de Guedel  Cateter O<sub>2</sub>  O<sub>2</sub> Ambiente  
Mobilização MMII:  Normal  Diminuída  Sem mobilidade Mobilização MMSS:  Normal  Diminuída  Sem mobilidade  
Venóclise:  Não  Sim Tipo: PNP Local: MDE Sondas:  Gástrica  Enteral  Vesical  
Drenos:  Succión  Torácico  Penrose  Kherr Ostomias:  Sim  Não Especifique  
Irrigação vesical contínua:  Retorno satisfatório  Retorno Insuficiente  Coágulos  
Curativo:  Oclusivo  Descoberto  Limpo  Sujo Monitorização:  ECG  Oxímetro  PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA ( ) Náuseas ( ) Vômitos ( ) Sangramento ( ) Dor ( ) Bexiga ( ) Alteração PA ( ) Alteração FC  
Relate:

SINAIS VITAIS

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat %	Dor
Admissão		60			97	
30'		53			100	
60'		56			100	
Alta						

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: \_\_\_\_\_ ml

Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml

Ringer: \_\_\_\_\_ ml

Irrigação vesical contínua: \_\_\_\_\_ ml

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação
Recebido da SO				
Desprezado URPA				

Evolução de Enfermagem/Intercorrências: Paciente encaminhada para clínica ortopédica acompanhada pelo maestro, após liberação Dr. Leonardo, às 11:36. Sem intercorrências.



Hospital

Nº prontuário

Nome do paciente

IEDA ASSUJO DE FRITAS

Data operação

PESO FER

Enf.

Leito

Operador

WIZA

1º auxiliar

Instrumentador

2º auxiliar

3º auxiliar

Tipo de anestesia

Anestesista

Diagnóstico pré-operatório

TARRA DE PESO + LESÃO TISSUEURAR  
EN SOCORRO EXPRESSO

Tipo de operação

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

## DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras

PACIENTE SUB SESSÃO DISSEPSIA  
ESQUROS, FOLGASSO AS COVEÇÕES, RETIRADO  
HASTAS, RETIRADO PUNOS DE SETHWIS. CAVATIVO  
TALA FATO CILINDRO

<input type="checkbox"/>	URGIAS MULTIPLAS
<input type="checkbox"/>	(4475010012)
<input type="checkbox"/>	POLYRAUMATIZADO
<input type="checkbox"/>	(4475030013)
<input type="checkbox"/>	PRODC. CLINICO
<input checked="" type="checkbox"/>	PRODC. CIRÚRGICO
	0408060360
<input type="checkbox"/>	NBO. 225225
<input checked="" type="checkbox"/>	NBO. 225270
<input type="checkbox"/>	2 DIAS
<input type="checkbox"/>	CID T-131

12/05 Magno P. do Carmo  
Ortopedista - Traumatologa  
Ponto em: Traumatologia  
CRM 2106 - TEOT 5881  
CPF: 188.304.664-14

HDM/SESAP  
CONFIRA O ORIGINAL  
Famalicão-RN 24/12/94

Mat 96921-4

# Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital Desclerio M. Lucena					Enfermaria	Leito	Nº prontuário	
Nome Ieda Araujo da Freitas					Idade	Sexo		Cor
Data	Pressão arterial	P脉	Respiração	Temperatura	Peso		Outros	
Tipo sanguíneo	Hematíes	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia			
	Urina							
Ap. respiratório					Asma		Bronquite	
Ap. circulatório					Eletrocardiograma			
Ap. digestivo			Dentes	Pescoço	Ap. urinário			
Estado mental			Ataracicos	Corticoides	Alergia		Hipotensores	
Diagnóstico pré-operatório <i>Pelvioda de material de síntese</i>					Estado físico		Risco	
Anestesias anteriores								
Medicação pré-anestésica					Aplicada às	Efeito		
<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <div style="flex: 1; padding-right: 10px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Agentes Anestésicos         </div> <div style="flex: 1; padding-right: 10px;"> <input type="checkbox"/> O<sub>2</sub> </div> <div style="flex: 1; padding-right: 10px;"> <input type="checkbox"/> Liquidos         </div> <div style="flex: 1; padding-right: 10px;"> <input type="checkbox"/> Oper         </div> <div style="flex: 1; padding-right: 10px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Anest.         </div> <div style="flex: 1; padding-right: 10px;"> <input type="checkbox"/> P Pulso         </div> <div style="flex: 1; padding-right: 10px;"> <input type="checkbox"/> O Resp:         </div> <div style="flex: 1; padding-right: 10px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Anest.         </div> <div style="flex: 1;"> <p><i>NLS00</i></p> <p><i>DPA</i></p> </div> </div>								
<b>SÍMBOLOS</b> E <i>Análise pré op</i> <i>Venoclín prévio</i> ANOTACÕES <i>Chloral sala op</i> <i>Sedacão</i> <i>monitorização</i> <i>Propofol 50 mg</i>								
<b>POSIÇÃO</b> Agentes <i>Propofol</i> Técnica <i>Sedacão</i> Operação Cirurgiões Anestesistas Observações								

Dr. Panosso Macedo  
Anestesiologista



## PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

		REGULAÇÃO	OBS
CLINICA ORTOPEDIA		WALFREDO GURGEL	
ENFERMARIA Nº	LEITO		PRONTUÁRIO 167458
DATA	HORA	CATEGORIA	QIH
09/09/2019	16:35		
PACIENTE			DATA DE NASCIMENTO
IEDA ARAUJO DE FREITAS			19/07/1958
ESTADO CIVIL		PROFISSÃO	
SOLTEIRA		AGRICULTORA	
ENDEREÇO (RUA, Nº)			
SITIO LAGOA DE FORA	BAIRRO	UF	CEP
MUNICÍPIO	ZONA RURAL	RN	59480000
SAO PEDRO			TELEFONE
LOCAL DE TRABALHO			
FILIAÇÃO		JOAO MANOEL	
RAIMUNDA ARAIJO			
RESPONSÁVEL			TELEFONE
IRANIR DE ARAUJO			994407502
ENDEREÇO			
O MESMO			
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO			
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO			
DATA DE ADMISSÃO	ALTA 02/10/19		OBITO
HISTÓRIA CLÍNICA			
DADOS PESSOAIS			
CICLO ORIGINAL			
RN. 04/12/09			
M. 9692-1			



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  
Identificação do Estabelecimento de Saúde

2- CNES

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE OCÉLIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES  
3515168

5- PACIENTE

IEDA ARAUJO DE FREITAS

7- CARTÃO NACIONAL SUS

706 7015 5050 2910

11- NOME DA MÃE

RAIMUNDA ARAUJO

13- NOME DO RESPONSÁVEL

IRANIR DE ARAUJO

15- ENDEREÇO (RUA, N°)

SITIO LAGOA DE FORA

16- MUNICÍPIO

SAO PEDRO

Identificação do Paciente

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO  
167458

8- DATA DE NASCIMENTO

19/07/1958

9- SEXO  
#REF!

10- RACIA/COR  
#REF!

12- TELEFONE DE CONTATO  
994407502

14- TELEFONE DE CONTATO

17- BAIRRO

ZONA RURAL

18- UF

RN

19- CEP  
59480000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com febre  
de Pecta e dor

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento de urgencia

22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Osteossintese de Habis

Procedimento Solicitado

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

29- CLÍNICA

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

( ) CNS ( ) CPF

35- ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

34- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

36- DATA DA SOLICITAÇÃO

37- CNPJ DA SEGURADORA

38- N.º DO BILHETE

41- SÉRIE

38- ( ) AC. TRÂNSITO  
37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO

38- ( ) ACI. TRABALHO TRAJETO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURO

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Autorização

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

51- ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

Paulo Ney Oliveira Guedes  
CPF: 242.551.721-12  
COPIA 18/09



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL DR. DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA  
SERVIÇO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA



Paciente: IEDA ARAUJO DE FREITAS  
Data: 20/09/2019

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

### TÉCNICA:

Os cortes obtidos no plano axial, sem a administração EV do meio de contraste iodado, mostram:

### RELATÓRIO:

Sinais de craniectomia fronto-temporo-parietal direita.

Lesão hipodensa leuco-cortical frontal inferior e temporal à direita, com efeito atrófico, caracterizado por acentuação dos sulcos entre os giros acometidos e do ventrículo lateral correspondente, compatível com área de encefalomácia.

Não há evidências de lesões parenquimatosas agudas.

Restante do sistema ventricular de situação, morfologia e dimensões normais.

Não há evidencia de processos expansivos acima ou abaixo do tentório.

O parênquima encefálico esquerdo apresenta coeficientes de atenuação normais.

Demais sulcos corticais, fissuras e cisternas de aspecto normal para a faixa etária.

Laudo gerado: 20/09/2019 18:46. Para baixar uma cópia, acesse <https://validar.wbsrad.com.br/>, utilize data/hora e a chave: EzrobikY.

Assinado Por:  
**THADEU ALEXANDRE PAULINO DE SOUSA**  
CRM-RN 5447 / RADIOLOGISTA

Validação





## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: 139422 IEDA ARAUJO DE FREITAS

CNS: 706701550502910

Nascimento: 18/07/1958

Sexo: Feminino

Prontuário:

Cor: PARDA

Mãe: RAIMUNDA ARAUJO

Pai:

94407502

Endereço: SITIO LAGOA DE FORA, 1 - AREA RURAL - SAO PEDRO

Fone: 32542127 /

Município: SAO PEDRO

Código Municipal IBGE:

241270 UF: RN

CEP: 59480-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPÉDIA Laudo Nº 21512 / 2019

## JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

## PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

D  EDEMA + DEFORMIDADE NA Perna DIREITA + JOELHO ESQUERDOF  FURA DE TIBIA E FÍBULA DIREITA + FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO (MEDIAL/SUBLUZAÇÃO)

## CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CONTROLE DE DANOS / FIXADOR EXTERNO

## RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX

## Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.1 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA\*408050551.TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALT

## Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

PLATO TIBIAL, FX;1

Informações importantes sobre as condições do paciente:

 Diabetes Hipertensão Faz Antibioticoterapia Lesão por pressão Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assitente:

MAURO CARNEIRO CALHAU

3063 / RN

Data da Solicitação 16/08/2019

## PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

- () Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: \_\_\_\_\_ Nº do bilhete: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_  
 () Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: \_\_\_\_\_ CNAE da Emp.: \_\_\_\_\_ CBOR: \_\_\_\_\_  
 () Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_ Orgão Emissor: \_\_\_\_\_

Número da Autorização: \_\_\_\_\_

Data da Autorização: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_

## ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO

### DADOS DO PACIENTE:

NOME: IEDA ARAÚJO

SEXO: F

DATA DO EXAME: 19/09/19

Peso: 45 kg Altura: 1,55m

### MEDIDAS E CÁLCULOS:

Seio aórtico: 32mm (VN: 27 a 35mm)

Átrio esquerdo: 32mm (VN: 27 a 38mm)

Diâmetro diastólico do VD (basal): 30mm (VN: 25 a 41 mm)

Diâmetro diastólico do VE: 43mm (VN: 38 a 52 mm)

Diâmetro sistólico do VE: 29mm

Septo: 07 mm (VN: 6 a 9mm)

Parede posterior: 07mm (VN: 6 a 9mm)

Fração de ejeção do VE (Teichholz): 60% (VN: 54 a 74%)

Espessura relativa da parede: 0,33 (VN: < 0,42)

Índice de massa do VE: 63 g/m<sup>2</sup> (VN: < 95g/m<sup>2</sup>)

### COMENTÁRIOS:

Exame realizado com regular qualidade técnica e janela ecocardiográfica adequada.

Ritmo cardíaco regular

### Câmaras Cardíacas

Câmaras cardíacas de tamanhos normais.

### Ventrículos

Ventrículo esquerdo apresenta função sistólica e espessura miocárdica preservadas, não sendo observadas alterações na mobilidade segmentar de parede.

Diástole: normal

Ventrículo direito apresenta função sistólica normal.

### Valvas

Valva mitral apresenta aspecto e movimentação normais de suas cúspides. Estudo Doppler e mapeamento com fluxo em cores são normais.

Valva aórtica apresenta aspecto e movimentação normais de suas válvulas. Estudo Doppler e mapeamento com fluxo em cores são normais.

Valva tricúspide apresenta aspecto e movimentação normais de suas cúspides. Estudo Doppler e mapeamento com fluxo em cores são normais.

Valva pulmonar apresenta aspecto e movimentação normais de suas válvulas. Estudo Doppler e mapeamento com fluxo em cores são normais.

**Aorta**

Seios aórticos, aorta ascendente e arco aórtico com diâmetros e fluxo normais.

**Pericárdio**

Pericárdio com aspecto ecocardiográfico normal.

**CONCLUSÃO:**

Ecocardiograma normal



Dr. George Barreto Miranda  
Cardiologia e Ecocardiografia  
CRM/RN 5778





# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0446560/19

Número do Sinistro: 3190693606

Vítima: IEDA ARAUJO DE FREITAS

Data do acidente: 16/08/2019

CPF: 737.245.214-72

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IEDA ARAUJO DE FREITAS

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/12/2019  
Nome: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA  
CPF: 061.089.354-80

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/12/2019  
Nome: CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA  
CPF: 026.685.584-92

CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA