

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10140067

A/C: FRANCISCO DA SILVA BARBOSA

Sinistro: 3160716319 ASL-1166358/16  
Vitima: FRANCISCO DA SILVA BARBOSA  
Data Acidente: 08/08/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **23/11/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **08/08/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10140079

A/C: FRANCISCO DA SILVA BARBOSA

**Sinistro:** 3160716319 ASL-1166358/16  
**Vitima:** FRANCISCO DA SILVA BARBOSA  
**Data Acidente:** 08/08/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10140079

A/C: FRANCISCO DA SILVA BARBOSA

**Sinistro:** 3160716319 ASL-1166358/16  
**Vitima:** FRANCISCO DA SILVA BARBOSA  
**Data Acidente:** 08/08/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 26 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10414336

A/C: FRANCISCO DA SILVA BARBOSA

Sinistro: 3160716319 ASL-1166358/16  
Vítima: FRANCISCO DA SILVA BARBOSA  
Data Acidente: 08/08/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FRANCISCO DA SILVA BARBOSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000006998

Conta: 0000007616-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

|                  |     |          |
|------------------|-----|----------|
| Multa:           | R\$ | 0,00     |
| Juros:           | R\$ | 0,00     |
| Total creditado: | R\$ | 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

|   |     |          |
|---|-----|----------|
| Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = | R\$ | 1.687,50 |
|---|-----|----------|

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA  
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
BANCO: 341                    AGÊNCIA: 0477                    CONTA: 000000078857-4

---

|                        |            |
|------------------------|------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA: | 24/01/2017 |
| NUMERO DO DOCUMENTO:   |            |
| VALOR TOTAL:           | 1.687,50   |

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

|          |                            |
|----------|----------------------------|
| CLIENTE: | FRANCISCO DA SILVA BARBOSA |
| BANCO:   | 341                        |
| AGÊNCIA: | 06998                      |
| CONTA:   | 000000007616-7             |

---

Autenticação:  
0CEFB7CAB624CEA862FC8020E0A4666648BC9CE46EF4C2125B8A648241D3AA7C

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160716319 **Cidade:** Ielmo Marinho **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO DA SILVA BARBOSA **Data do acidente:** 08/08/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/01/2017

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** FRATURA DE PUNHO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** COM SEQUELA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE PUNHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL/ PUNHO ESQUERDO 50% DE 25%

**Documentos complementares:**

**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 |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 %   | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total   |  |  | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

## PRESTADOR

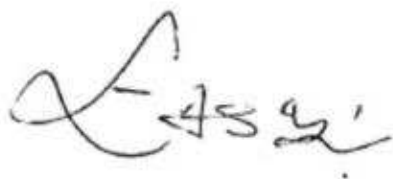
VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** EDSON L D ANDRADE

**CRM do médico:** 52.44121-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160716319 **Cidade:** Ielmo Marinho **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO DA SILVA BARBOSA **Data do acidente:** 08/08/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/01/2017

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** FRATURA DE PUNHO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** COM SEQUELA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE PUNHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL/ PUNHO ESQUERDO 50% DE 25%

**Documentos complementares:**

**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 |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 %   | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total   |  |  | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

## PRESTADOR

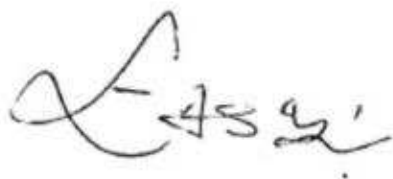
VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** EDSON L D ANDRADE

**CRM do médico:** 52.44121-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





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



BOLETIM DE Ocorrência

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE CEARÁ MIRIM  
Endereço: RUA PRISCO ROCHA, 1248, CENTRO, CEARÁ-MIRIM

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2016020002571

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 26/09/2016 09:50:01

1.4 Liguou CLOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/hora do Fato: 08/08/2016 02:36:00

2.3 Fato: Consumado

2.4 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: SN

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: ESTRADA QUE LIGA A RN-064 AO ASSENTAMENTO  
POROROCA

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: CEARÁ-MIRIM

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FRANCISCO DA SILVA BARBOSA

3.3 Etnia: Sem Informação

3.5 Mãe: MARIA IDALINA DA CONCEICAO

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 40683133420

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: APOSENTADO

3.15 Telefone(s): 84 987162143

3.17 Número: 30

3.19 Bairro: NS. APRESENTAÇÃO

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.2 Estado civil: Divorçado(a)

3.4 Pai: NÃO DECLARADO

3.6 Data de Nascimento: 16/12/1969

3.8 RG: 622286 - ITEPRN

3.10 Passaporte:

3.12 Nacionalidade: ARAKUNA PB

3.14 E-Mail:

3.16 Logradouro: RUA CEL. JOSÉ FRANCO RIBEIRO / BR-101 DIST. NORTE

3.18 CEP:

3.20 Cidade: NATAL

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Seguro: Não

7.1.3 Chassi: 80850

7.1.5 Placa: NNX7221

7.1.7 Marca: FIAT

7.1.9 Ano do Modelo: 2012

7.1.11 Cor do veículo: PRATA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: FRANCISCO DA SILVA BARBOSA

7.1.17 Nome do condutor: JOHNNATHA RANNIERY DA COSTA

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam: 00429583503

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.8 Modelo: STRADA WORKING CD

7.1.10 Ano de Fabricação: 2011

7.1.12 Tipo do veículo: CAMINHONETE

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a

Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

A VÍTIMA COMPARECEU A ESTA D.P. PARA INFORMAR QUE ESTAVA VOLTANDO DO ASSENTAMENTO POROROCA QUANDO O MOTORISTA PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO DEVIDO A UMA LOMBADA FEITA POR UMA TRATOR. QUE O VEÍCULO SAIU DA ESTRADA E CAIU NUMA VALA CAVADA AO LADO DA ESTRADA. QUE FOI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DA CIDADE DE HELNO MARINHO QUE O LEVOU PARA O HOSPITAL WALFREDO MURIEL, SENDO DIAGNOSTICADO COM FRATURA NO BRAÇO ESQUERDO. A VÍTIMA VINHA DE CARONA NO VEÍCULO ACIMA CITADO. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CLOSP

9.3 Outras Providências

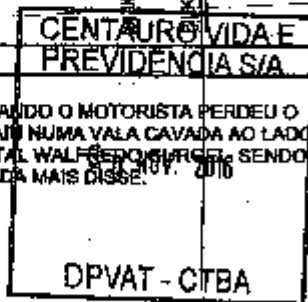
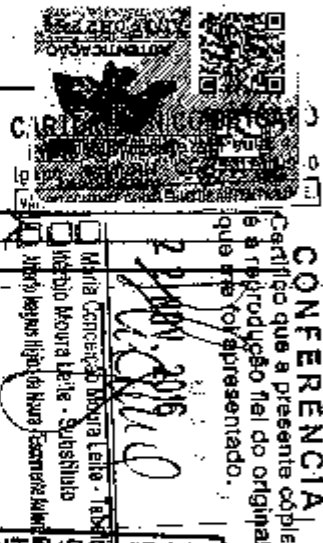
REGISTRO PARA FINS DE SEGURO DPVAT

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

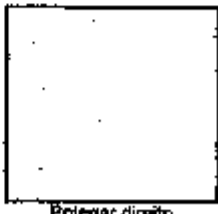
O(s) declarant(e)s, sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 26/09/2016 09:50:01



*[Assinatura]*  
Policial

*[Assinatura]*  
Interessado



Atendimento: 1652001 - CAIO GRACO VARELA DO NASCIMENTO

Impresso por: 1652001 - CAIO GRACO VARELA DO NASCIMENTO em 26/09/2016 09:50:06

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

J2016020002571

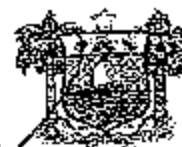


# Comprovações do PTO DECLARATÓRIO

http://10.19.104.28/Internacoes/Boletins/Imprimir/196912



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL



## BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA ORTOPEDIA



**PACIENTE** FRANCISCO DA SILVA BARBOSA  
**DATA DE ENTRADA** 08/08/2016 **HORA** 05:27 **Nº BAA** 196912  
**IDADE** 30 **SEXO** M **ETNIA** Branco  
**CARTÃO SUS** - **ESTADO** Divorciado(a)  
**CIVIL**  
**CPF** 406.831.334-20 **RG** 622286 - ITP  
**NOME DA MÃE** MARIA IDALINA DA CONCEIÇÃO  
**NOME DO PAI** -  
**NASCIMENTO** 16/12/1959 **NATURALIDADE** Braruna-PB  
**TELEFONE** (84) 8716-2143 **PROFISSÃO** Auxiliar de escritório  
**RUA/AV.** Rodovia BR 101 Nº 30 **BAIRRO** Nossa Senhora Da  
**COMPLEMENTO** - **CIDADE** Natal-RN  
**CEP** 59115-001  
**ORIGEM** Ambulância - Interior **MOTIVO**  
 Acidente de Trânsito / Carro - Capotamento  
**ACID. DE TRABALHO** Não **USUÁRIO** Celeide

### HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente vítima de capotamento de caminhão 6 horas. No momento  
 refere dor em L5/S1, região posterior da coluna, no momento do  
 acidente.

### EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A  
B  
C  
D  
E

### OUTRAS OBSERVAÇÕES

CONFERE COM ORIGINAL  
 NATALIA  
 PRODUTORA  
 WASHINGTON LUIS G. GOMES  
 ASS. DE REG. EM SAÚDE  
 NAT. - 10/2016  
 08/08/16  
 C. L. G. Gomes

CERTAURO - ON

08 JAN 2017

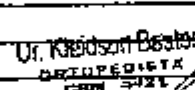

8157

DEVATICTBA

| HORA | PRESSÃO ARTERIAL | DOR | TEMP. | FREQ. RESPIRATORIA | FREQ. CARDÍACA | GLASGOW | RTS-SCORE FINAL |
|------|------------------|-----|-------|--------------------|----------------|---------|-----------------|
|      |                  |     |       |                    |                |         |                 |
|      |                  |     |       |                    |                |         |                 |
|      |                  |     |       |                    |                |         |                 |

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:</b>   |  |   |
| <b>ANAMNESE</b> <i>Acidente com lesões de</i>   |  |   |
| <i>capotamento expontâneo</i>   |  |   |
| <b>EXAME FÍSICO</b> <i>Boa em geral. Hemiparesia</i>  |  |   |
| <i>Fractura de costela distal 2/</i>  |  |   |
| <b>IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA</b> <i>Fractura de costela distal 2/</i>   |  |   |
| <b>EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***</b>  |  | <b>LABORATÓRIO</b>  |
|   |  | <b>OUTROS</b>   |
| <b>CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)</b>   |  | <b>ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM</b>  |
| <i>Curso clínico satisfatório</i>   |  |   |
| <br><b>Dr. Kleudson Bastos</b><br><small>ORTOPEDISTA CRM 5121</small> |  | <br><b>Dr. Kleudson Bastos</b><br><small>ORTOPEDISTA CRM 5121</small> |
| Assinatura e Carimbo do Responsável   |  | Assinatura e Carimbo do Responsável   |
| <b>DESTINO DO PACIENTE:</b>   |  | <b>Nº do Boletim de Atendimento:</b>  |
| <b>INTERNAMENTO NA CLÍNICA:</b>   |  | <b>DATA:</b> / / <b>HORA:</b>   |
| <b>SAÍDA:</b>   |  | <b>DATA:</b> / / <b>HORA:</b>   |
| Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:  |  |   |
| <b>ÓBITO:</b>   |  | <b>DATA:</b> / / <b>HORA:</b>   |
| Entregue à família com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>                              |  |   |

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

**CERTIFICADO - OMS**

09 JAN 2017

**DESTACAR**

|  |  |                                      |
|--|--|--------------------------------------|
| <b>DESTINO DO PACIENTE:</b>  |  | <b>Nº do Boletim de Atendimento:</b> |
| <b>INTERNAMENTO NA CLÍNICA:</b>  |  | <b>DATA:</b> / / <b>HORA:</b>        |
| <b>SAÍDA:</b>  |  | <b>DATA:</b> / / <b>HORA:</b>        |
| Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:                               |  |                                      |
| <b>ÓBITO:</b>  |  | <b>DATA:</b> / / <b>HORA:</b>        |
| Entregue à família com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/> |  |                                      |

**DPVAT/CTBA**

## EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS):

M (MEDICAÇÕES EM USO):

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):

L (LÍQ. E ALIMENTOS INGERIDOS):

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

V (PASSADO VACINAL):

EXAME COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISE CLÍNICAS

Radiografia de punho e carpal  
PA e perfil

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Votover 75 mg - 01 comprimido  
Dr. Sérgio Henrique  
CRM 1708

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1:

HORA:

DATA:

09 JAN. 2017

ESPECIALISTA 2:

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3:

HORA:

DATA:

DPVAT/CTBA



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO



**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA**  
**ORTOPEDIA**

*ti*

**PACIENTE** FRANCISCO DA SILVA BARBOSA  
**DATA DE ENTRADA** 08/08/2016 **HORA** 05:27 **Nº BAA** 196912

**IDADE** 30 **SEXO** M **ETNIA** Branco  
**CARTÃO SUS** **ESTADO** Divorciado(a)  
**CIVIL**

**CPF** 406.831.334-20 **RG** 622286 - ITEP  
**NOME DA MÃE** MARIA IDALINA DA CONCEIÇÃO

**NOME DO PAI**

**NASCIMENTO** 16/12/1959

**TELEFONE** (84) 8716-2143

**RUA/AV.**

**COMPLEMENTO**

Rodovia BR 101 Nº 30

**NATURALIDADE** Baruna-PB

**PROFISSÃO** Auxiliar de escritório

**BAIRRO** Nossa Senhora Da Apresentação

**CIDADE** Natal-RN

**CEP** 59115-001  
**ORIGEM** Ambulância - Interior

**MOTIVO**

Acidente de Trânsito / Carro - Capotamento

**ACID. DE TRABALHO** Não **USUÁRIO** Celetide

**HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)**

Paciente vítima de capotamento do veículo em 06 horas. No momento da ocorrência sofreu lesão na coluna cervical. No momento da ocorrência estava em movimento.

**EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)**

A

B

C

D

E

**OUTRAS OBSERVAÇÕES**

CONFIRME COM ORIGINAL  
NATAL-RN  
PROTECTOR  
WASHINGTON LUIS C. SOARES  
MÉDICO  
08/08/2016

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.

30/08/2016  
08/08/2016

DPVAT - CTBA

| HORA | PRESSÃO ARTERIAL | DOR | TEMP. | FREQ. RESPIRATÓRIA | FREQ. CARDÍACA | GLASGOW | RTS-SCORE FINAL |
|------|------------------|-----|-------|--------------------|----------------|---------|-----------------|
|      |                  |     |       |                    |                |         |                 |
|      |                  |     |       |                    |                |         |                 |
|      |                  |     |       |                    |                |         |                 |

**DIAGNÓSTICO INICIAL**

**CID**



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

Paciente com história de  
caputamento espontâneo

EXAME FÍSICO

doe em punho (P) Respiração  
pequena  
Frentes de sutura distal (P)

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura de base do dedo

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO

3/ Denso

OUTROS

CONDUITA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Curso com analgésicos

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Dr. Kleudson Bastos  
ORTOPEDISTA  
CRM 2421

Dr. Kleudson Bastos  
ORTOPEDISTA  
CRM 2421

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

SAÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

CENTAURO VIDA E  
PREVIDÊNCIA S/A

ÓBITO:

DATA: / / HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

30 NOV. 2015 I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

DPVAT - CTBA

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. ☐

DESTACAR

FIGUE ATENÇÃO À SITUAÇÃO DE ABUSO E MAUS TRATOS, EM ESPECIAL ÀS CRIANÇAS, MULHERES E IDOSOS. DENÚNCIE! PROCURE O SERVIÇO SOCIAL E NOTIFIQUE

Reservatório e Carimbo

## ORIENTAÇÃO TEÓRICA

\*Example of Energy Exchange (H<sub>2</sub>O) with Atmosphere  
of water vapor, gas molecules of water molecules  
interchange with the atmosphere (H<sub>2</sub>O) from  
the ocean, up to a certain level of the atmosphere  
and then back down.

| SEM<br>ROR | LEVE | Moderate | Interest | Per<br>Received |
|------------|------|----------|----------|-----------------|
| 0          | 1    | 2        | 3        | 4               |

**INSTITUTO DE ORTOPEDIA NATAL**  
**Rua São Domingos, 331, Igapó,**  
**CEP: 59104-110 NATAL/RN**

Sr(a). OP  
PARA Sr(a). FRANCISCO DA SILVA BARBOSA

R//

**LAUDO MÉDICO**

PACIENTE ALEGA TER SIDO VÍTIMA DE ACIDENTE DE CARRO DIA  
08/08/2016, SOFRENDO FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.

OPTADO POR TRATAMENTO CONSERVADOR.

APRESENTA CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA COM DESVIO DORSAL.

EVOLUI COM SEQUELA REFERENTA A LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO  
PUNHO E DOR CRÔNICA.

SOLICITO AVALIAÇÃO PARA RECEBIMENTO DO SEGURO DPVAT.

CID: S52.5

Dr. Ricardo Emmanuel M. Monteiro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 5387 - TEST 12425

CENTAURO VIDA E  
PREVIDÊNCIA S/A.

30 NOV. 2016

DPVAT - CTBA

25/10/2016 Dr. RICARDO EMMANUEL M. MONTEIRO - CRM 5387





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

**BRUNO PIRETO**

**Carteira de Identidade**

**CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 422.285  
DATA DE EXPIRAÇÃO 16/06/2006  
4 d NOV 2016

**FRANCISCO DA SILVA DANTAS**  
PLACAS

**MARIA IDALINA DA CONCEIÇÃO**  
DATA DE NASCIMENTO 16/12/1959

ARRAIA-PB  
CART. DE CASAMENTO 143.03 E-230 16-10-94  
NATAL RN-5 CARTÓRIO  
406.831.334-20  
3a. VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83