

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **SUEDSON ISMAEL DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180198097**

Vitima: **SUEDSON ISMAEL DA SILVA**

Data do Acidente: **14/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARIA SUELI GABRIEL DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180198097**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12743200



Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: SUEDSON ISMAEL DA SILVA
Nº Sinistro: 3180198097
Vitima: SUEDSON ISMAEL DA SILVA
Data do Acidente: 14/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARIA SUELI GABRIEL DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180198097**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12786693



Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **SUEDSON ISMAEL DA SILVA**

Sinistro: **3180198097**

Vítima: **SUEDSON ISMAEL DA SILVA**

Data do Acidente: **14/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARIA SUELI GABRIEL DA SILVA**

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180198097** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2018

Carta nº: 13008603

A/C: SUEDSON ISMAEL DA SILVA

Nº Sinistro: 3180198097
Vítima: SUEDSON ISMAEL DA SILVA
Data do Acidente: 14/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARIA SUELI GABRIEL DA SILVA

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: **SUEDSON ISMAEL DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000002318-3**

Conta: **0000023710-8**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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 ombros 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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

122.503.774-30

Nome completo da vítima

SUEDSON ISMAEL DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
SUEDSON ISMAEL DA SILVA		122.503.774-30		ESTUDANTE	
Endereço		Número		Complemento	
RUA SÍTIO OLHO D'ÁGUA		SN		CASA	
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
MONTA ALEGRE	MONTA ALEGRE	RN	59182-000	084 98792-2357	
Email					

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	DIV	CONTA NRO.	DIV

(Informar dígito se existir)

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

BANCO Nome		NRO	
BANCO DO BRASIL		001	
AGÊNCIA NRO.	DIV	CONTA NRO.	DIV
2378	3	23.710	8

(Informar dígito se existir)

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

Natur 15 de 6 de 2018
Local e Data

x *Suedson Ismael da Silva*
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PROTOCOLO RECEBIDO
15 JUN 2018
TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS

SICRE SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
15/06/2018 Autoatendimento 14:52:25
483371087 0425

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECIDO SUEDSON ISMAEL DA SILVA
AGENCIA: 2318-3
CONTA: 23.710-8
VALOR * ~~2.722.414,18~~
NR. ENVELOPE 2.722.414,188

* Acolhido em: 15/06/2018 na Agencia 4833-X.

15 JUN 2018
* VALOR SUJEITO A CONFERENCIA
E CORRETORES DE SELLO

Depositos realizados durante o expediente bancario serao conferidos e processados ate as 23h59 do mesmo dia. Apes o expediente bancario, aos sabados, domingos e feriados, ate as 23h59 do primeiro dia util subsequente.

Se houver divergencia no valor depositado, o envelope sera processado pelo valor apurado. Envelopes vazios nao serao abertos e permanecerao disponiveis por 60 dias na agencia onde foi depositado, para visualizacao.

Acompanhe o processamento do seu deposito nos "Consulte Envelope".

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

122.503.774-30

Nome completo da vítima

SUEDSON ISRAEL DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

SUEDSON ISRAEL DA SILVA

CPF titular da conta

122.503.774-30

Profissão

MOTORISTA

Endereço

RUA SÍTIO OLHO D'ÁGUA

Número

SN

Complemento

CASA

Bairro

MONTE ALEGRE

Cidade

MONTE ALEGRE

Estado

RN

CEP

59182-000

Email

(84) 98792-2357

084 989

Telefone (DDD)

(84) 99845-0087

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

(Informar dígito se existir)

DV

CONTA

Nº

(Informar dígito se existir)

DV

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Banco do Brasil

Nº

001

AGÊNCIA

Nº

(Informar dígito se existir)

DV

CONTA

Nº

(Informar dígito se existir)

DV

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

MONTE ALEGRE, 28 de 03 de 2018

Local e Data

Suedson Israel da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
22/03/2018 - Autoatendimento - 12:35:24
483381099 0257

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECIDO SUEDESON ISMAEL DA SILVA
AGENCIA: 2318-3
CONTA: 23.710-8
VALOR *
NR. ENVELOPE

* Acolhido em: 22/03/2018, na Agência 4833-X.

*VALOR SUJEITO A CONFERENCIA

Depositos realizados durante o expediente bancario serao conferidos e processados ate as 23h59 do mesmo dia. Apos o expediente bancario, aos sabados, domingos e feriados, ate as 23h59 do primeiro dia util subsequente.

Se houver divergencia no valor depositado, o envelope sera processado pelo valor apurado. Envelopes vazios nao serao abertos e permanecerao disponiveis por 60 dias na agencia onde foi depositado, para visualizacao.

Acompanhe o processamento do seu deposito nos canais BB na opcao "Consulta Envelope":
Aplicativo BB / www.bb.com.br / Caixa Eletronico
Central de atendimento BB: 4003-0148
(capitais e regioes metropolitanas)
ou 0800-729-0148 (demais localidades).

Leia no verso como conservar este documento, entre outras informacoes.

PROTÓTIPO
RECEBIDO
02 MAI 2018
TERRA DO SOL ALUM.
E CORRETORA DE SEGS

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180198097
Nome do(a) Examinado(a): Suedson Ismael da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Sítio Olho Dagua, S/N
Sueli Monte Alegre RN CEP: 59182-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PR] 003484807
Data local do acidente: [14/02/2018]
Data local do exame: [29/05/2018] 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 CLAVÍCULA DIREITA.

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

Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.
Data da Alta: 24/04/2018

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

FERIDA OPERATÓRIA CICATRIZADA NA REGIÃO CLAVICULAR DIREITA, ABDUÇÃO DE BRAÇO DIREITO 100 GRAUS, ADUÇÃO HORIZONTAL 20 GRAUS, FLEXÃO DE 100 GRAUS E EXTENSÃO 30 GRAUS. DISCRETA HIPOTROFIA DE MUSCULATURA DE CINTURA ESCAPULAR DIREITA, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO.

- 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 OMBRO DIREITO COM LIMITAÇÃO DA ADM.

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):

OMBRO - Lado Direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve

(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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

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

Carimbo com Nome e CRM

Uraí de Oliveira

DR. URAÍ DE OLIVEIRA
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-RN 4315



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DA GRANDE NATAL - DPGRAN
DEAV - Delegacia Especializada em Acidentes de Veículos



Ref. Ocorrência nº 101610011020410838

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Boletim versando sobre: **ACIDENTE DE TRANSITO COM LESAO**

Data e Hora do Fato: **14/02/2018** às **18:40**

Local do Fato: **Em Via Aberta localizado(a) no(a) Avenida Das Alagoas, S/N, NEOPOLIS, Natal, estado do(a/e) Rio Grande do Norte**

COMUNICANTE

SUEDSON ISMAEL DA SILVA, brasileira, solteiro(a), R.G. nº 003484807 ITEP/RN, CPF: 122.503.774-30, estudante, com 20 anos e nascido aos 22/12/1997, natural de Parnamirim-RN, filho(a) de Ismael Tomaz da Silva e de Maria Sueli Gabriel da Silva, residente e domiciliado(a) à(o) St Olho Dagua Monte Alegre, monte alegre-RN, telefone (84) 99800-0358

HISTÓRICO SEGUNDO O COMUNICANTE/VÍTIMA

Informou que na data e hora citados conduzia a motocicleta e ao ser trancado por um veículo não identificado veio a desequilibrar e cair e sofrer lesões conforme BAA de número 7329/2018, oriundo do pronto socorro Clóvis Sarinho.

Nada mais disse.

VÍTIMA(S)

1ª vítima: SUEDSON ISMAEL DA SILVA, brasileira, solteiro(a), R.G. nº 003484807 ITEP/RN, CPF: 122.503.774-30, estudante, com 20 anos e nascido aos 22/12/1997, natural de Parnamirim-RN, filho(a) de Ismael Tomaz da Silva e de Maria Sueli Gabriel da Silva, residente e domiciliado(a) à(o) St Olho Dagua Monte Alegre, monte alegre-RN, telefone (84) 99800-0358

TESTEMUNHA(S)

INFRATOR(ES)

Nenhum suspeito foi identificado até o momento

EXAMES REQUISITADOS

Nenhum

OBJETOS ENVOLVIDOS

Danificado: 1 Unidade(s) de Veículos, do tipo Motocicleta, de placa MZC7192

MZC7192	Renavam	Placa Anterior	Tipo	Categoria	Espécie	Lugares
	128634316	MZC7192/RN	4-MOTOCICLETA	1-Particular	1-Passageiro	2
Marca/Modelo			Fabricação/Modelo	Potência	Combustível	Cor
002807-HONDA/CG 150 TITAN KS (Nacional)			2009/2009	10	2-Gasolina	2-AZUL
Nome do Proprietário						
						999-NAO APLICAVEL

Autoridade: Alzira Veiga de Medeiros

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Comunicante: *Suedson Ismael da Silva*

CONCLUSÃO/REMESSA

Registrados os dados possíveis, seja a 1ª Via do Boletim remetido para o conhecimento do(a) delegado(a) Alzira Veiga de Medeiros na DEAV - Delegacia Especializada em Acidentes de Veículos e a 2ª via arquivada, para os devidos fins.

Natal, 8 de Março de 2018.

Janir Azevedo Paiva

Janir Azevedo Paiva
Policial Civil
Matrícula: 170.234-3

- (84) 3232-6398/

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

SUEDSON ISMAEL DA SILVA

CPF da Vítima

122.503.774-30

Data do Acidente

14/10/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

08493845-0087

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação de existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

M. ALGORE 28 de 03 de 2018

Local e Data

f. Suudson Ismael da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLOVIS SABINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **7329/2018**

Admissão: **14/02/2018 21:30:58**

CIRURGIA GERAL - VERDE

FATURADO

OK

EM

Paciente: **61550 - SUEDSON ISMAEL DA SILVA** (20 a 1 m 23 d)

Nascimento: 22/12/1997 Natural: PARNAMIRIM, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 700002557083407

CPF: 12250377430

Prof:

Mãe: MARIA SUELI GABRIEL DA SILVA

Pai: ISMAEL TOMAZ DA SILVA

Logradouro: OLHO D'ÁGUA, 10

CEP: 59182000

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: MONTE ALEGRE

Telefone: 84.998450087

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. INTERIOR

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS: REG. DR. KALIANDRE

Classificação: 14/02/2018 21:17:07

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
			99%		36	77			14/02/2018

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM BRAÇO D.

Hora: 21:30

Paciente relata que há cerca de 2h sofreu queda de moto. Não perde de consciência ou vômitos. Relata dor no membro direito.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vias aéreas patentes, sem ruídos.
- B MM(4), simétricos, DKA ou edema.
- C SI sangüíneo natural, sem hemodinamicamente.
- D Glasgow 15
- E Fratura de clavícula direita.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Ata do Hospital de Epidemiologia

15/02/18

*Saída:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Fratura de clavícula direita.

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS): NãoM (MEDICAÇÃO EM USO): NãoP (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): NãoL (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS): Não 4:30A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): Não domésticoV (PASSADO VACINAL): Desconhecido

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

Rx de mãos e AP e perfil,
ultra, Rx de clavícula
unilateral.

Rx de tórax AP e perfil.

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Rx de medicação de base em pneumotórax
Fórmula de Dorso Cortes
Rx de Curva GeralJosé Távris Fernandes Júnior
MÉDICO
CRM RN 8317

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: Ortopedia

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2:

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3:

HORA:

DATA:

José Távris Fernandes Júnior
MÉDICO
CRM RN 8317

MÉDICO (CARIMBO)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SUEDSON ISMAEL DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02318-3

CONTA: 000000023710-8

Nr. da Autenticação C0DF94D14CA7C177



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Salvador Salgado Filho, 1555, Tril, CEP 59015-000
CNPJ: 08.534.386/0001-37 (RSC), Endereço: 20055-4263
Admin. Central (84) 3282-4432 ou (84) 3232-7509

EXCETO PARA REGISTRO
PROPOSTA
Nº 140000 - 14.0000
LEI Nº 04/18 00135 04-18
08090-840195
32763694

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS
IMPRESSO EM 25/01/2018 ÀS 08:21:46

MATRICULA
6250390

MES/ANO
02/2018

DADOS DO CLIENTE
MARTA SUELI GABRIEL DA SILVA
RUA SÍTIO OLHO D'ÁGUA, N.º 59 - SUELI - MONTE ALEGRE MONTE
ALEGRE RN 59182-000

INSCRIÇÃO
540.002.210.1301.000
HIDRÔMETRO
Y165637212

ROTA
4
SITUAÇÃO ÁGUA
LIGADO

SEQ. ROTA
5070

QUANTIDADE DE BOQUINHAS
RESIDUAL COMERCIAL INDUSTRIAL PESSOAL
SITUAÇÃO ESGOTO
POTENCIAL

DATA LEITURA: 25/01/2018
LEIT. ATUAL: 198
LEIT. ANT.: 187
DIAS CONSUMO: 29

CONSUMO ÁGUA (M3): 11

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO
01/2018	15	11/2017	15
12/2017	21	10/2017	11

REF	CONSUMO	MEDIA
09/2017	13	14
08/2017	10	

DESCRIÇÃO
ÁGUA
RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)
ATE 10 M3 - 38,32 POR UNIDADE
11 M3 A 15 M3 - R\$ 4,27 POR M3
MULTA P/IMPONTUALIDADE: 01/2018
FATURAS EM ATRASO
REF 201712 91,8

CONSUMO	TOTAL(R\$)
10 M3	38,32
1 M3	4,27
	1,19

RECIBO
02 MAI 2018
TERRA DO SOL-AL-AM
E CORRETORES DE SEGS



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Salvador Salgado Filho, 1555, Tril, CEP 59015-000
CNPJ: 08.534.386/0001-37 (RSC), Endereço: 20055-4263
Admin. Central (84) 3282-4432 ou (84) 3232-7509

EXCETO PARA REGISTRO
PROPOSTA
Nº 140000 - 14.0000
LEI Nº 04/18 00135 04-18
08090-840195
32763694

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS
IMPRESSO EM 25/01/2018 ÀS 08:21:46

MATRICULA
6250390

MES/ANO
02/2018

DADOS DO CLIENTE
MARTA SUELI GABRIEL DA SILVA
RUA SÍTIO OLHO D'ÁGUA, N.º 59 - SUELI - MONTE ALEGRE MONTE
ALEGRE RN 59182-000

INSCRIÇÃO
540.002.210.1301.000
HIDRÔMETRO
Y165637212

ROTA
4
SITUAÇÃO ÁGUA
LIGADO

SEQ. ROTA
5070

QUANTIDADE DE BOQUINHAS
RESIDUAL COMERCIAL INDUSTRIAL PESSOAL
SITUAÇÃO ESGOTO
POTENCIAL

DATA LEITURA: 25/01/2018
LEIT. ATUAL: 198
LEIT. ANT.: 187
DIAS CONSUMO: 29

CONSUMO ÁGUA (M3): 11

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO
01/2018	15	11/2017	15
12/2017	21	10/2017	11

REF	CONSUMO	MEDIA
09/2017	13	14
08/2017	10	

DESCRIÇÃO
ÁGUA
RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)
ATE 10 M3 - 38,32 POR UNIDADE
11 M3 A 15 M3 - R\$ 4,27 POR M3
MULTA P/IMPONTUALIDADE: 01/2018
FATURAS EM ATRASO
REF 201712 91,8

CONSUMO	TOTAL(R\$)
10 M3	38,32
1 M3	4,27
	1,19

RECEBIDO
02 MAI 2018
TERRA DO SOL-AL-AM
E CORRETORES DE SEUS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu MARIA SUELI GABRIEL DA SILVA inscrito (a) no CPF 670.945.544 / 00
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário SUEDSON ISMAEL DA SILVA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 122.503.774 / 30 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima
SUEDSON ISMAEL DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 122.503.774 / 30 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo
anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>RUA SÍTIO OLHO D'ÁGUA</u>		Número	<u>SN</u>	Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>MONTE ALEGRE</u>	Cidade	<u>MONTE ALEGRE</u>	Estado	<u>RN</u>	CEP
Email			Telefone comercial(DDD)	Telefone celular:(DDD)		
			<u>(84) 98792-2357</u>	<u>(84) 99845-0087</u>		

MONTE ALEGRE 28 de 03 de 2018
Local e Data

Maria Sueli Gabriel da Silva
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA SUELI GABRIEL DA SILVA

RG nº 001.083.872, data de expedição 01/02/2017

Órgão ITBP, portador do CPF nº 670.945.544-00, com domicílio na cidade de MONTE ALEGRE, no Estado de

RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA SÍTIO OLHO D'ÁGUA nº 50,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima SUEDSON ISMAEL DA SILVA cujo o condutor era

SUEDSON ISMAEL DA SILVA.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS

Ano: 2003/03

Placa: MZC 7192

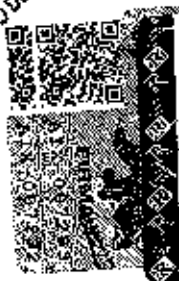
Chassi: 9C2KC15103R023018

Data do Acidente: 14/02/18

Local e Data: 81 03/2018

Maria Sueli Gabriel da Silva
Assinatura do Declarante

Suedson Ismael da Silva
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



4º Ofício de Notas

Ass. Tereza Roberto Pereira - CPF 000.000.000-00 - CEP 00000-000 - RN

Ass. Sueli Roberto Pereira - CPF 000.000.000-00 - CEP 00000-000 - RN

Reconheço AUTÊNTICAS as assinaturas de SUEDESON ISMAEL DA SILVA

(AIX00007292) e MARIA SUELI GABRIEL DA SILVA (AIX00007293);

assinadas na presença. Dou fé.

Natal, 8 de Março de 2018 - 08:25:18.

15205DNA11855046

Em testemunho

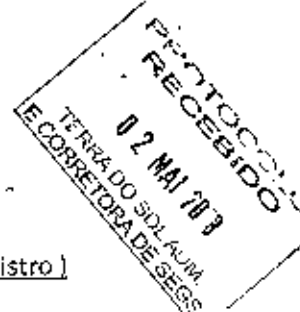
Tabela (c) Substituto

*VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE - ROBERTO

Recebi Nota de Firma Autêntica Sempiterna

Ass. Sueli Roberto Pereira

Ass. Sueli Roberto Pereira





SESAP/RN - HOSPITAL MONSEÑOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **7329/2018**

Admissão: **14/02/2018 21:30:58**



FATURADO

OK

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: **61550 - SUEDSON ISMAEL DA SILVA** (20 a 1 m 23 d)

Nascimento: 22/12/1997

Natural: PARNAMIRIM, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 700002557083407

CPF: 12250377430

Prof:

Mãe: MARIA SUELI GABRIEL DA SILVA

Pai: ISMAEL TOMAZ DA SILVA

Lugar de nascimento: OLHO D'ÁGUA, 10

CEP: 59182000

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: MONTE ALEGRE

Telefone: 84.998450087

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. INTERIOR

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS: REG. DR. KALIANDRE

Classificação: 14/02/2018 21:17:07

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
			99%		38	77			

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM BRAÇO D

Hora: 21:30

Paciente refere que há cerca de 2h sofreu queda de moto com perda de consciência ou vômitos. Refere dor no membro afetado.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vias aéreas patentes, coloração normal.
- B mi(+) simétrico, SICA ou crepitações.
- C SI sangramento ativo, estável hemodinamicamente.
- D Glasgow 15
- E Fratura de clavícula direita.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

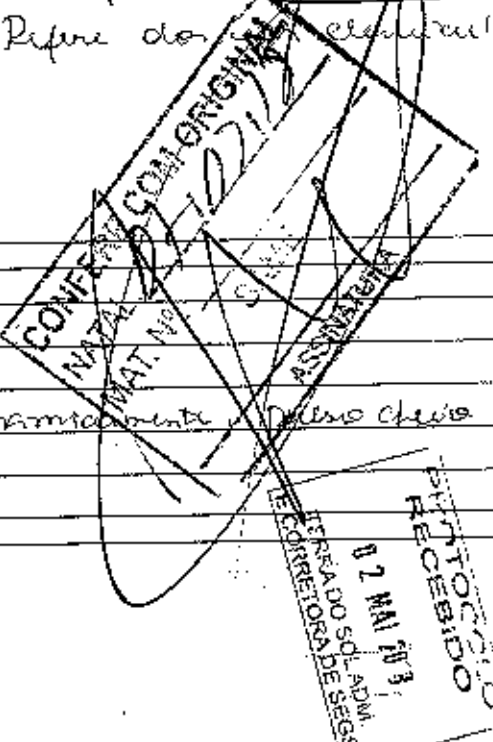
Sede Hospital de Epidemiologia

15/02/18

*Saída:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Fratura de clavícula direita.





MAIS TRAPALHO, MAIS CIDADANIA.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALEGRE
SECRETARIA DE SAÚDE
RECEITUÁRIO

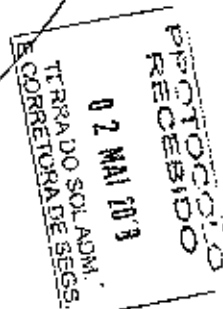
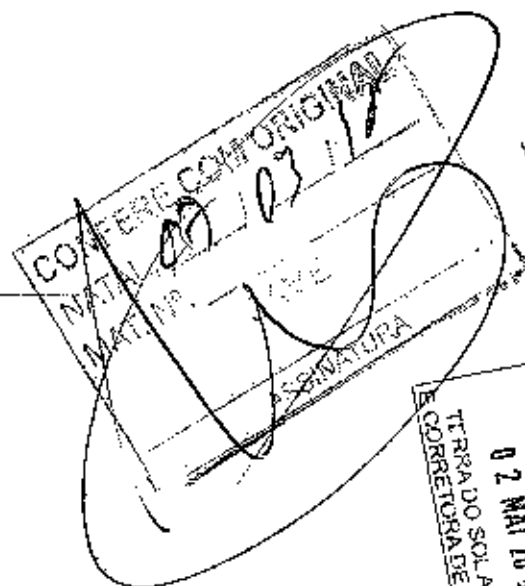
H.W.G. -
- Ortopedia -

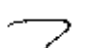
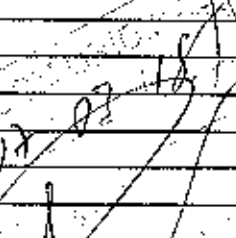
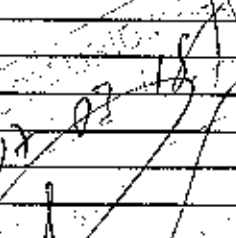
Encaminho o Sr. Sueton
Ismael da Silva de 19a,
após acidente de moto,
com provável fratura
em clavícula direita.

Atenciosamente.


Maria Odina Souto Mendes
Médica do Trabalho
CRM: 1332
CPF: 166.578.294-34

Regulando:
solitrauma
Dr. Kalizandre



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:	
ANAMNESE Rpt. acidente de queda hoje com dor em clavícula direita. P. recar: fcl em riso; Bfp; Sarc. Juntos; NMSI. Rx: Fx. da Clavícula por mecanismo 78cm.	
EXAME FÍSICO 	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA Fx. da Clavícula fechada.	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)**** 	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) ① A NR PI Tto Agro ② Soluto de paracetamol. ③ Outo para o joelho. ④ Topica.	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM DR. 02-02-18  Assinatura e Carimbo do Responsável
Assinatura e Carimbo do Responsável DR. 02-02-18  Assinatura e Carimbo do Responsável	

ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao olhar no local.	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado, responde conscientemente e compreende as perguntas sobre sua nome, idade, endereço, data e hora, etc.	5
Consciente (Responde às perguntas conscientemente, mas não alguma delas: tempo e contexto)	4
Por vezes inapropriado (Fala incoerente, mas sem ideias lógicas ou inconsciente)	3
Mais incoerente (Gargalhadas com palavras soltas)	2
Ausente	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens e resiste a noções. (Pode obedecer também quando não é necessário.)	6
Localiza dor ou estímulo.	5
Resposta flexionadora a dor.	4
Resposta flexão de membros.	3
Resposta extensora de membros.	2
Nenhuma resposta motora	1
Total	

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS"		
DISCRIMINADOR	POSICIONAÇÃO	
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15	= 3
	9-12	= 2
	6-8	= 1
	3-5	= 0
	0	= 0
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	>23	= 1
	16-20	= 2
	10-15	= 3
	5-9	= 4
	0	= 5
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>100	= 0
	70-99	= 1
	50-69	= 2
	1-49	= 3
	0	= 4

¹ "Exercício de Trauma Realizado 1975: Encerrando a Colaboração com pacientes de trauma fechado. Relatório: Adaptado de Champ on H.R. Sacco W.L. Gopay et al: A revision of the Trauma score. J. Trauma 23(1):624, 1982).

CLASSIFICAÇÃO DO ICL
(ATIS 2004)

07-08=grave necessidade de
incubância imediata;
09-30=moderado;
14-15=leve.

¹ Referência: TEASDALE G, JLNNEI B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet* 1974; 2:81-84.

⁷⁷ A mesma proposta aplica-se a outros consórcios que colaboram com dados sugere-se à 2005. Na Escala Qualitativa selecionar as escolas que classifique a manutenção e se o que de acordo com os avaliados, adjacências.

SEMI DDR	LEVE	Moderata	Intense	Pain Possible
0	1	2	3	4



REGISTRO DE INTERNAMENTO		
Nº AIIH:	Nº ATENDIMENTO 319528	DATA 07/10/18 HS:
TIPO DE INTERNAMENTO:	☒ CIRÚRGICO () CLÍNICO () PEDIÁTRICO	
ACOMODACÃO EL	LEITO: 2040	CONVÊNIO SUS
MATRICULA 700002557023407	VALIDADE	
ASS. DO RESPONSÁVEL PELO INTERNAMENTO:		

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME: SUMOSON I Smoel da Silva	SEXO: M () F ()
DATA DE NASCIMENTO: 22/12/97 RG: 993484807 CPF:	
FILIAÇÃO MÃE: MARIA SUELI GABRIEL DA SILVA	
PAI: I Smoel Tomaz da Silva	
ENDEREÇO: Rua Sítio Olho d'Água Nº 50	
BAIRRO: Centro	CIDADE: Mossoró RN
ESTADO: RN	CEP: 59182-000
RESPONSÁVEL:	PARENTESCO:
FONE: (84) 99845-0087	FONE: (84) 99800-0358
SUMÁRIO DE ALTA	
TIPO DE ALTA: / () MÉDICA () ADMINISTRATIVA () A PEDIDO () EVASÃO () ÓBITO	
DATA: / / 2018 HORA:	ASS. RESPONSÁVEL DO SETOR:

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO	
Trauma do membro D no 120 dias deformidade acentuada da clavícula. No = Fratura da clavícula tratando osteossíntese da clavícula D + transferência de tendão 07/10/18	
PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA CNPJ: 09.417.742/0001-91 Confere com o Original Data: 28/10/2018 Valúcia	CARIMBO E ASS. DO MÉDICO Dr. Francisco de Assis F. de Souza Ortopedia - Traumatologia CRM 3636-RN

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO

[illegible]

107105118

ASSINATURA DO CARIMBO DO MÉDICO

PRIME ANESTESIA:

ANESTESIA TIPO: Bloqueo Intermuscular a 10cc + Sedado.

TECNICA

Dr. FRANCISCO DE ASSIS F. DE SOUZA
Ortopedista - Traumatologista
CRM 3635-RN

NOR 1510 16:30

mont - m -
- cord
- pines
- calmer
de 0 a
1001

2
A
N
O
T
A
C
O
E

Antropia +
Anepia of
alcal a fol.
Relinda o expso
Alguais Antia
escluso a dicit
cl temuo de
perla de tematua
bica a fenu
celo
Nova Repubica
0,21 NCL 20m
4 xi thaina 981
el cel 20m +
Uonidiana 30m

1. Venetian
2. ginec a s.p. of amp
+ ABD 10 ml @ 20
3. Dormonid 5 mg
4. Propofol 200 mg
5. Alfabetina 2g
6. Demerol 10
7. Ondansetron 4mg
8. Ranitidine 50mg
9. Dipirona 2g
- 10 - Temoxican 40 mg

Dr. Christiano de Silva Viana
Anestesiologista
CRM/RN 8827
CPF: 015.195.557

5	MIN. C/ ACRÉSCIMO	MIN S/ ACRÉSCIMO	TOTAIS	INÍCIO DA ANESTESIA: 15:10
				INÍCIO DA CIRURGIA: 15:20
				TERMINO DA CIRURGIA: 16:25
				TERMINO DA ANESTESIA: 16:30
				OBSERVAÇÕES:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Guedson Samuel da Silva Nº REGISTRO _____
Data Nascimento 29/12/97 IDADE 20 anos Sexo M LEITO 204A Data de Admissão 07/03/18
MÉDICO: Dr. A. A. A.

ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

JEJUM COMPLETO INCLUINDO AGUA? () Não ☒ Sim Início 22:00 PESO: 79 Kg Altura: 180 cm
RETIRADA DE PRÓTESES/ORTESE/ADORNOS: ☒ SIM () NÃO
ALERGIAS: ☒ NÃO () SIM: nga.
DOENÇAS PREGRESSAS: () DM () HAS () TABAGISMO () HIV () Hep B () Hep C () Arritmias () DPOC () AVC ()
Marcapasso () Outros: _____ Medicamentos de uso frequente: _____
Consentimento Cirúrgico Preenchido () Não ☒ Sim
Exames: ☒ Laboratório ☒ Raio x () USG () TC () RNM () Risco cirúrgico Outros: _____
Encaminhado: () Deambulando ☒ Cadeira de Rodas () Maca ☒ consciente () Inconsciente ☒ Orientado ()
Desorientado

Anotações de Enfermagem: _____

Conferido informação acima por: Aureliana Admitido na sala: II Hora 14:50
662.084

ETAPA I: PRÉ-INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta: Fratura clavícula D

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

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

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

ETAPA II: PRÉ-INCISÃO

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

EQUIPE DE ENFERMAGEM

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

INTRA-OPERATORIO

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

Monitorização cardíaca: ☒ sim () não PNI/Manguito em: M1D Placa neutra: Local: M1B

Passado faixa de smarch: Não ☒ sim, em: _____ Início _____ Término _____

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

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

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

Sinais vitais: PA 119/75 mmHg FC 113 bpm Sat 98 % T: _____ °C Hora: _____

Anestesia: Início 15:10 Término 16:30 () Geral Inalatório ☒ Geral Venosa () Sedação () Local
() Peridural ☒ Raqui () Bloqueio: _____

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

AVP: () não () sim _____, Jelco nº _____ por _____

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

Ferida operatória: Curativo limpo e seco

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

Material Implantado: _____

Conferido por _____ Intercorrência _____

ETAPA III: ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

Confirmar se a contagem de compressas, instrumentais e agulhas foi realizada () sim () não

Caso a cirurgia realizada não tenha sido a proposta, _____

Medicações administradas (anotar horários) Adm. 2 Amp. dipirona, 4 Amp.

Ponitidina, 4 Amp. dexametasona, 4 Amp. ondansetron

4 Amp talatril. Guazalina 2g.

OPME: ☒ NÃO ☐ SIM, qual

Placa 7 curvos 5/7

Parafusos 2 N° 20

11 2 N° 18

11 2 N° 16

contical

Anotações de Enfermagem e Intercorrências 5/

Início da cirurgia: 15:20 Término da cirurgia: 16:25

GRURGIAO: Dr. Alves ASSISTENTE: Dr. Cristiano
INSTRUMENTADORA: Franca CIRCULANTE: Elisa ENFERMEIRA: Katia

URPA (Unidade de Recuperação pós-anestésica)

Condições de admissão do paciente:

☒ Acordado ☐ Sonolento ☐ agitado Ar ambiente ☐ MV 50%

☒ Cateter de O2 ☐ TQT ☒ AVP ☐ AVC

☐ Hipotensão ☐ Hipertensão ☐ Bradicardia ☐ Taquicardia ☐ Tremor ☐ Dor ☐ Baixa Saturação

☐ Hemorragias ☐ Desorientação ☐ Agitação ☐ Dispneia ☐ Broncoespasmo ☐ Outros: _____

Medicações Administradas na URPA (anotar horários): _____

Encaminhado para o andar

AVP ☒ AVC ☐ SNG ☐ SVD FECHADA ☐ DRENOS ☐ CURATIVOS LIMPOS ☒

GESSO EM: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

EXAMES: ☒ Laboratório ☒ Raio x ☐ USG ☐ TC ☐ RNM ☐ RISCO CIRURGICO ☐ OUTROS: _____

ENCAMINHADO: ☒ Enfermaria ☐ UTI ☐ Alta Hospitalar ☐ Outros: _____

Anotações de Enfermagem: Encaminhado para enfermaria com placa de curtos dorsal sob anestesia, com acompanhante do com marido e família, mantendo AVP MSE

ENCAMINHADO POR: Elisa HORA: 19:00
989192

Número de Atendimento: _____ Convênio: SUS
 Nome: Suelton Romual da Silva
 Data de Nascimento: 22/10/94 Gênero: masculino
 Endereço: _____ Nº _____
 Bairro: _____ Cidade: _____

Enfermeira Responsável
Edna
 Edna M. Campêlo
 Coren/463.756

PRONTCLÍNICA DA CRIANÇA - CAIE	
CAIXA BÁSICA PARA ORTOPEDIA	
01 PINÇA KELLY CURVA FORTE	01 CABO DE BISTURI Nº 03
02 PINÇA KELLY RETA	01 CABO DE BISTURI Nº 04
02 PARES BACKAUSE	01 PAR DE FARABELFF
01 PINÇA ALLIS	01 CUBA RIM
01 TESOURA METZEMBAU CURVA	01 CUBA REDONDA MEDIA
01 TESOURA MAYO RETA	
02 PORTA AGULHA PADRÃO	
01 PINÇA DISSECCÃO COM DENTE	
01 PINÇA DISSECCÃO SEM DENTE	
01 PINÇA SHERON (ASSEPSIA)	
PREPARADA POR: <u>Edna</u>	
DATA DE PREPARO: <u>25/10/18</u>	TOTAL DE PEÇAS
VALIDADE: <u>28/05/19</u> CICLON: <u>12</u>	
LOTE: <u>00</u> AUTOCLAVE: <u>12</u>	24 PEÇAS
INSTRUMENTADORA: _____	
CIRCULANTE: _____	
OBSERVAÇÃO: _____	

NYLON 3-0
 MONOFILAMENTO PRETO
 CLASSE II
 CUTICULAR
 ESTÉRIL - 45 cm
 REG. M.S. 10243410009
 Pure aqui

VAPOR
 ISO 11740-1
 TYPE B
 STEAM CHART
 121°C - 17 min
 134°C - 7 min
 AMCOR
 LOTE 8 2018-08



Prontoclínica Dr. Paulo Gurgel EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

PACIENTE: Suedson S. Mangel
DIAGNOSTICO MÉDICO: resaca

MÉDICO: Dr. A. A. A.
SETOR: 1ª andar LEITO: 201
IDADE: 21a.

PROCEDÊNCIA: ☒ DOMICILIAR ☐ HOSPITALAR: QUAL: _____

ALERGIAS: Não DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: Não

EVOLUÇÃO 01/03/18 HORÁRIO: 12:30

ASPECTO GERAL

☐ INCONSCIENTE ☒ ORIENTADO ☐ ALGO ORIENTADO
☐ PASSIVO ☒ REATIVO ☐ HIPOATIVO
☐ HIPERTÔNICO ☐ HIPOTÔNICO
☐ COMATOSO ☐ SEDADO ☐ ANASARCA ☐ EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

☐ AVP: _____
☐ AVC: _____
☐ Jélico: _____
☐ Scalp: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA / MEDICAMENTOS/ATB

☐ HV _____
☐ BI _____
☐ ATB _____

PELE

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

APARELHO CARDIOPULMONAR

☐ BRUPNEICO ☐ DISPNEICO ☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO ☐ TIRAGEM: _____
☐ RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
☐ TAQUICÁRDICO ☒ NORMOCÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES: Paciente sem queixas.
evoluções

VENTILAÇÃO

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

ELIMINAÇÕES

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

EVACUAÇÃO

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

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOME
☒ FLACIDO ☐ GLOBOSO ☐ SEMI GLOBOSO
☐ DISTENDIDO ☐ DOR A PAI PAÇÃO
☐ TIMPÂNICO ☐ MACIO ☐ RUÍDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

☒ DEAMBULANDO ☐ CADEIRA DE RODAS
☐ SOBRE MACA ☐ MULETA

DIETA

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

Ass. Clí. dos Santos
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 03/03/18 HORÁRIO: 22:30

ASPECTO GERAL

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

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

☒ AVP: _____
☐ AVC: _____
☐ Jélico: _____
☐ Scalp: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA / MEDICAMENTOS/ATB

☒ HV _____
☐ BI _____
☒ ATB cefazolin

VENTILAÇÃO

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

ELIMINAÇÕES

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

EVACUAÇÃO

☐ ESPONTÂNEA

2016

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

APARELHO CARDIOPULMONAR

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

OBSERVAÇÕES: _____

() ESTÍMULO: _____
(X) AUSENTE DIAS _____
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

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

LOCOMOÇÃO

(X) DEAMBULANDO () CADDEIRA DE RODAS
() SOBRE MACA () MULETA

DIETA

() AO SEIO (X) ORAL/COPINHO () STM
() SOG/SNG _____
() RESÍDUO GÁSTRICO: _____
() ZERO () VÔMITO _____

Kassya W.S. de Souza

Enfermeira

CONENRY 24243

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO

ASPECTO GERAL

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

DISENO VENOSO (Local e data de inserção)

IVAP: _____
FIC: _____
FIC: _____
FIC: _____

USO INTRAVENOSO MEDICAMENTOS/ATB

IV: _____
FI: _____
ATB: _____

2016

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

APARELHO CARDIOPULMONAR

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

OBSERVAÇÕES: _____

VENTILAÇÃO

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

ELIMINAÇÕES

DIURESE

() ESPONTÂNEA () SVA A CADA _____
() HEMATÚRIA () OMBÚRIA () ANÚRIA
() POLIÚRIA () SVD _____

ASPECTO/CARACTERÍSTICA

EVACUAÇÃO

() ESPONTÂNEA

() ESTÍMULO: _____

() AUSENTE DIAS _____

ASPECTO/CARACTERÍSTICA

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMEN

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

LOCOMOÇÃO

() DEAMBULANDO () CADDEIRA DE RODAS
() SOBRE MACA () MULETA

DIETA

() AO SEIO (X) ORAL/COPINHO () STM
() SOG/SNG _____
() RESÍDUO GÁSTRICO: _____
() ZERO () VÔMITO _____

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

PACIENTE

APTO.:

CONVEN

Frederick Ismail da Silva

Nº REGIST.

5V5

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

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ASSINAT.
07.03.18	14:50	pct enc. ao C. E em maca consciente, orientado, em 02 analis, em anexo: Exames lab + osp/RX	Patricia Glenda M. Pinheiro Téc. em Enfermagem COREN-RN 698001
07.03.18	17:00	pct retornou do C. E	
07.03.18	18:18	Aferido SSV	
07.03.18	20h	Adm voltaram m m	
07.03.18	21h	Anexo 10 exames de RX 200	
08.03.18	4h	Adm. depura EV3 com li velocidade EV	Patricia Glenda M. Pinheiro Téc. em Enfermagem COREN-RN 698001
08.03.18	06h	Adm. depura EV	
08.03.18	07:15	Removido curativo em clavícula. FO limpo e seco.	Michael S. Pereira de S. Sales Téc. em Enfermagem COREN-RN 926-933
08/3/18	08h	Adm. med. EV cefalotina 1g + ABD.	Eduarda 1075839
08/3/18	08:40	Sauve de alta hospitalar, levan- do seus pertences, acompanha- do de maculeiro em cadeira.	Eduarda



EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE:	<u>Svedson</u>	REGISTRO Nº	
APTO.:	<u>204A</u>	CONVENIO	<u>505</u>
MÉDICO:	<u>Dr. F. A. Acuña</u>		

DATA / HORA	DESCRIÇÃO MÉDICA
07/03/18	fufemado para curar todo o corpo Francisco de Assis F. de Souza Ortopedia - Traumatologia CRM 3635-RN
07/03/18	Realizada cura Francisco de Assis F. de Souza Ortopedia - Traumatologia CRM 3635-RN
08/03/18	para curar todo o corpo que. Uedicoes e curas para o corpo humano Francisco de Assis F. de Souza Ortopedia - Traumatologia CRM 3635-RN



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **7329/2018**
Admissão: **14/02/2018 21:30:59**



FATURADO

OK

CIRURGIA GERAL - VERDE

EM

Paciente: **61550 - SUEDSON ISMAEL DA SILVA** (20 a 1 m 23 d)

Nascimento: 22/12/1997 Natural: PARNAMIRIM, BRASIL

CNS: 700002557083407 CPF: 12250377430

Sexo: M Cor: PARDA

Mãe: MARIA SUELI GABRIEL DA SILVA

Prof:

Logradouro: OLHO D'ÁGUA, 10

Pai: ISMAEL TOMAZ DA SILVA

CEP: 59182000

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: MONTE ALEGRE

Telefone: 84.998450087

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. INTERIOR

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS: REG. DR. KALIANDRE

Classificação: 14/02/2018 21:17:07

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
			94%		36	77			

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM BRAÇO D

fora: 21:30

Paciente refere que há cerca de 2h sofreu queda de moto. Não perde de consciência ou vômitos. Refere dor na clavícula.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

Vias aéreas patentes, SICA cervical. MM(+), membros, SICA de amplitude. SI sangramento ativo, controlado hemodinamicamente. Pulso cheio. Glasgow 15. Fratura de clavícula direita.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Médico Hospitalar de Epidemiologia

15/02/18

PROTÓCOLO RECEBIDO
21 MAI 2018
TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS

PROTÓCOLO RECEBIDO
TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS

AGNÓSTICO INICIAL - CID

Fratura de clavícula direita.



MAIS TRABALHO, MAIS CIDADANIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALEGRE
SECRETARIA DE SAÚDE
RECEITUÁRIO

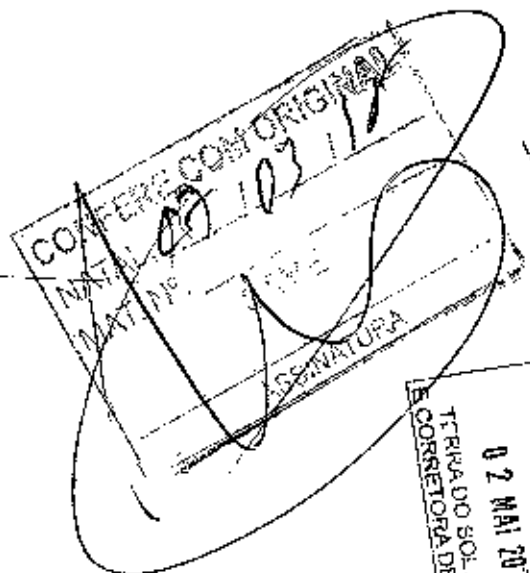
- H. W. G. -
- Ortopedia -

Encaminho o Sr. Suedson
Lomael da Silva de 19a,
após acidente de moto,
com provável fratura
em clavícula direita.

Atenciosamente


Maria Odília Santos Meireles
Médica de Trabalho
CRM: 1332
CPF: 166.578.294-34

Requerido:
Solitário
Dr. Kalizandre



PROTOCOLO
RECEBIDO
02 MAI 2013
TRIPLO DO SOL ADM.
CORRETORA DE SEGS.

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS): NegaM (MEDICAÇÃO EM USO): NegaP (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): NegaL (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS): ho 4:30A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): No domicílioV (PASSADO VACINAL): Difterite

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

Rx de massa de Ape perfil,
olgo, Rx de clavícula
unilateral.

Rx de tórax Ape perfil.

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Exame físico de hda e parotorax
Pulso 2. R. 2. C. 2.
Atto de Charge GeralJosé Távris Fernandes Júnior
MÉDICO
CRM RN 8317

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: Ortopedia

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2:

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3:

HORA:

DATA:

José Távris Fernandes Júnior
MÉDICO
CRM RN 8317

MÉDICO (CARIMBO)

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2: _____

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE: Via Internamento Nº do Boletim de Atendimento: _____

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: Ortopedia

DATA: 14 / 08 / 18 HORA: 22h

SAÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para: _____

ÓBITO: DATA: / / HORA:

Entregue à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐

Dr. Virgílio S. Azevedo
L.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. ☐ L.T.E.P. ☐

DESTACAR



REGISTRO DE INTERNAMENTO		
Nº AIH:	Nº ATENDIMENTO 319528	DATA 27/03/18 HS:
TIPO DE INTERNAMENTO:	CIRÚRGICO () CLÍNICO () PEDIÁTRICO	
ACOMODACÃO EL	LEITO: 548	CONVÊNIO SUS
MATRICULA 700002557021407	VALIDADE	
ASS. DO RESPONSÁVEL PELO INTERNAMENTO:		

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME: SUGESON I Smael da Silva	SEXO: M () F
DATA DE NASCIMENTO: 22/12/97 RG: 034.84.807 CPF:	
FILIAÇÃO MÃE: MARIA SUELI GABRIEL DA SILVA	
PAI: ISMAEL TOMAZ DA SILVA	
ENDEREÇO: RUA SITA OLIVEIRA D'ÁVILA Nº 54	
BAIRRO: CENSO	CIDADE: MATE ALBERT
ESTADO: RJ	CEP: 59182-000
RESPONSÁVEL:	PARENTESCO:
FONE: (84) 99849-0087	FONE: (84) 99800-0358
SUMÁRIO DE ALTA	
TIPO DE ALTA: / () MÉDICA () ADMINISTRATIVA () A PEDIDO () EVASÃO () ÓBITO	
DATA: / / 2018 HORA:	ASS. RESPONSÁVEL DO SETOR:

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO	
Trauma do membro D no 120 dias deformidades acentuadas da clavícula. No = Fratura da clavícula Tratamento ortopedico da clavícula + transferências em valente.	
PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA CNPJ: 09.417.742/0001-91 Confere com o Original Data: 28/03/2018 Faturista	07105118 CARIMBO E ASS. DO MÉDICO Dr. Francisco de Assis F. de Sousa Ortopedia - Traumatologia CRM 3636-RN

[illegible]

ASSINATURA DO DANILO DO MEDICO

ANESTESIA TIPO:

ANESTESIA TIPO: Bloqueio Interaqueleômico à direita +

TECNICA

* Francisco de Assis F. de Souza
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3635 - RJ

1. Veredolice
2. glucose a sot. el amp
+ ABD 10 ml (60 Zi)
3. Dormonid 5mg
4. Propofol 200mg
5. Cefotaxim 2g
6. Dexametazon 10.
7. Indometacin 4mg
8. Ranitidin 50mg
9. Dipirone 2g
10. Temexican 40mg

Dr.º Christiano de Almeida Vieira
Artesanólogo(a)
CRM/RJ 8627
CPF: 010.195.397-11

MIN. C/ ACRÉSCIMO	MIN. S/ ACRÉSCIMO	TOTAIS	INICIO DA ANESTESIA:
			15:10
			INICIO DA CIRURGIA:
			15:20
			TERMINO DA CIRURGIA:
			16:25
			TERMINO DA ANESTESIA:
			16:30
			OBSERVAÇÕES:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Guedes Samuel da Silva Nº REGISTRO _____
Data Nascimento 22/12/97 IDADE 20a Sexo M LEITO 304A Data de Admissão 07/03/18
MÉDICO: Dr. A. S. S.

ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

JEIUM COMPLETO INCLUINDO AGUA? () Não (X) Sim início 22:00 PESO: 73 Kg Altura 1.80 cm
RETIRADA DE PRÓTESES/ORTESE/ADORNOS: (X) SIM () NÃO
ALERGIAS: (X) NÃO () SIM: neg.
DOENÇAS PREGRESSAS: () DM () HAS () TABAGISMO () HIV () Hep B () Hep C () Arritmias () DPOC () AVC ()
Marcapasso () Outros: _____ Medicamentos de uso frequente: _____
Consentimento Cirúrgico Preenchido () Não (X) Sim
Exames: (X) Laboratório () Raio X () USG () TC () RNM () Risco cirúrgico Outros: _____
Encaminhado: () Deambulando (X) Cadeira de Rodas () Maca (X) consciente () Inconsciente (X) Orientado () Desorientado

Anotações de Enfermagem:

Conferido informação acima por: Aureliana Admitido na sala: II Hora 14:50
662.084

ETAPA I: PRÉ-INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta Fratura Clavícula D'

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

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

12. Hemoderivados solicitados e reservados () sim ☒ Não () Não aplicável

13. Paciente tem alergia conhecida ☒ sim () não

14. Aparelho de anestesia testado ☒ sim () não

15. Esterilizações dos instrumentais com indicadores ☒ sim () não

ETAPA II: PRÉ-INCISÃO

16. Confirma nome do paciente, local da intervenção e cirurgia proposta ☒

17. Confirma preparo da pele com clorexidine degermante e tópica ☒ Sim () não

18. Confirmar antibiótico profilático administrado ☒ sim () não aplicável

19. Paciente em posição adequada ☒ sim () não

EQUIPE DE ENFERMAGEM

20. Confirmar se a disponibilidade dos materiais e equipamentos solicitados para cirurgia ☒

20. Confirmar com a equipe médica se os exames necessários estão disponíveis ☒

21. Confirma bisturi elétrico e placas instalados corretamente ☒

INTRA-OPERATORIO

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

Monitorização cardíaca: ☒ sim () não PNI/Manguito em: M1 D Placa neutra: Local: M1 B

Passado faixa de smarch: Não ☒ sim, em: _____ Início _____ Término _____

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

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

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

Sinais vitais: PA 90/45 mmHg FC 113 bpm Sat 98 % T: _____ °C Hora: _____

Anestesia: Início 15:10 Término 16:30 () Geral Inalatório ☒ Geral Venosa () Sedação () Local
() Peridural ☒ Raqui () Bloqueio: _____

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

AVP: () não () sim _____, Jelco nº _____ por _____

Cateter D2: () não ☒ sim SNG: () NÃO () SIM nº _____ SVD () NÃO () SIM nº _____

Ferida operatória: Curativo limpo e seco

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

Material Explantado: _____

Conferido por _____ Intercorrência _____

ETAPA III: ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

Confirmar se a contagem de compressas, instrumentais e agulhas foi realizada () sim () não

Caso a cirurgia realizada não tenha sido a proposta, _____

Medicações administradas (anotar horários) Adm. 2 Amp. dipirona, 1 Amp.

Bonitidina, 1 Amp. dexantona, 1 Amp. ondansetron

1 Amp. talatol, 2g. zipazolina 2g.

OPME: ☒ NÃO () SIM, qual

Placa 7 Juros 5/7

Parafusos 2 N° 20

11 2 N° 18

11 2 N° 16

> cortical

Anotações de Enfermagem e Intcorrências 5/

Início da cirurgia: 15:20 Término da cirurgia: 16:25

CIRURGIÃO: Dr. Alves ASSISTENTE: _____ ANESTESIOLOGISTA: Dr. Cristiano
INSTRUMENTADORA: F. Moreira CIRCULANTE: Lelia ENFERMEIRA: Rosa

URPA (Unidade de Recuperação pós-anestésica)

Condições de admissão do paciente:

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

☒ Carter de O2 () TQT ☒ AVP () AVC

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

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

Medicações Administradas na URPA (anotar horários) _____

Encaminhado para o andar

AVR ☒ AVC () SNG () SVD FECHADA () DRENOS () CURATIVOS LIMPOS ☒

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

EXAMES: ☒ Labor ☒ Raio x () USG () TC () RNM () RISCO CIRURGICO () OUTROS _____

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

Anotações de Enfermagem: Encaminhado para enfermaria com
meca decubito dorsal sob anestesia local com bloqueio
do com maquiagem e família mantida em MSE.

ENCAMINHADO POR: Lelia HORA: 17:00

98919

CONTROLE E REGISTRO DOS MATERIAIS ESTERILIZADOS

UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO

Número de Atendimento: _____ Convênio: SUS
Nome: Suelton Romual da Silva
Data de Nascimento: 22/10/94 Gênero: Masculino
Endereço: _____ Nº _____
Bairro: _____ Cidade: _____

Enfermeira Responsável

Edna

Edna M. Campêlo

Coren/463.756

PRONTOCLÍNICA DA CRIANÇA - CME	
CAIXA BÁSICA PARA ORTOPEDIA	
01 PINÇA KELLY CURVA FORTE	01 CABO DE BISTURI Nº 03
02 PINÇA KELLY RETA	01 CABO DE BISTURI Nº 04
02 PARES BACKAUSE	01 PAR DE FARABEUF
01 PINÇA ALLIS	01 CUBA RIM
01 TESOURA METZEMBEAU CURVA	01 CUBA REDONDA-MEDIA
01 TESOURA MAYO RETA	
02 PORTA AGULHA PADRÃO	
01 PINÇA DISSEÇÃO COM DENTE	
01 PINÇA DISSEÇÃO SEM DENTE	
01 PINÇA SHERON (ASSEPSIA)	
PREPARADA POR: <u>Edna</u>	
DATA DE PREPARO: <u>25/10/11</u>	
VALIDADE: <u>30/05/12</u>	TOTAL DE PEÇAS
LOTE: <u>005</u> AUTOCLAVE: <u>21</u>	24 PEÇAS
INSTRUMENTADORA:	
CIRCULANTE:	
OBSERVAÇÃO:	

SHALON SUTURAS

Puxe aqui

NYLON 3-0

MONOFILAMENTO PRETO

CLASSE A

CUTICULAR

M 12 Circ. TRG. 4,0 cm

ESTÉRIL - 45 cm

REG. M.S. 10243410009

REG. M.S. 10243410009
ESTÉRIL - 45 cm
TIPO C - CLASSE A
CATGUT CR
SHALON

VAPOR
ISO 11734-1
TYPE B



STEAM CHART
121°C - 17 min
134°C - 7 min

SINCO

LOT 8 2010-09

PACIENTE: Suedson Israel
DIAGNOSTICO MÉDICO: neurose

MÉDICO: D. A. S.
SETOR: 1ª andar LEITO: 20
IDADE: 22a.

PROCEDÊNCIA: ☒ DOMICILIAR () HOSPITALAR: QUAL:

ALERGIAS: Não DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: Não

EVOLUÇÃO 07/03/18 HORÁRIO: 12:30

ASPECTO GERAL

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

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

() AVP: _____
() AVC: _____
() Jelco: _____
() Scalp: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA / MEDICAMENTOS/ATB

() HV _____
() BI _____
() ATB _____

PELE

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

APARELHO CARDIOPULMONAR

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

OBSERVAÇÕES: Paciente sem queixas.
evoluindo

VENTILAÇÃO

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

ELIMINAÇÕES

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

EVACUAÇÃO

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

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMEN
() DELACIDO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
() DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
() TIMPÂNICO () MACIÇO () RUÍDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

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

DIETA

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

med: PR + exame ent. 12:30

Ass. Clí. Dr. Paulo Gurgel
Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 09/03/18 HORÁRIO: 12:40

ASPECTO GERAL

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

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

() AVP: _____
() AVC: _____
() Jelco: _____
() Scalp: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA / MEDICAMENTOS/ATB

() HV _____
() BI _____
() ATB cefazolin

VENTILAÇÃO

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

ELIMINAÇÕES

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

EVACUAÇÃO

() ESPONTÂNEA

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

APARELHO CARDIOPULMONAR

☐ SUPINEICO ☐ DISPNEICO ☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO ☐ TIRAGEM: _____
 RUIDOS ADVENTÍCIOS TIPO: _____
☐ TAQUICÁRDICO ☒ NORMOCÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES:

E.P.O. 10/11
 11/12

☐ ESTÍMULO: _____
☒ AUSENTE _____ DIAS

ASPECTO/CARACTERÍSTICA:

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMEN

☒ FLACIDO ☐ GLOBOSO ☐ SEMI GLOBOSO
☐ DISTENDIDO ☐ DOR A PALPAÇÃO
☐ TIMPÂNICO ☐ MACIÇO ☐ RUIDOS HÍDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

☒ DEAMBULANDO ☐ CADDEIRA DE RODAS
☐ SOBRE MACA ☐ MULETA

DIETA

☐ AO SEIO ☒ ORAL/COPINHO ☐ GTM
☐ SÓG/SNG _____
☐ RESÍDUO GÁSTRICO: _____
☐ ZERO ☐ VÔMITO _____ VEZES

Kassya W.S. de Souza

Enfermeira

COENRE 234243

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

ASPECTO GERAL

☐ CONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☐ ALGO ORIENTADO
☐ ATIVO ☐ REATIVO ☐ HIPÓATIVO
☐ HIPERTÔNICO ☐ HIPOTÔNICO
☐ COMATOSO ☐ SEDADO ☐ ANASARCA ☐ EDEMA

LESÃO VENOSA (Local e data de inserção)

LAVP: _____
 AVC: _____
 VED: _____
 SNG: _____

USO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

IV: _____
 S: _____
 ATB: _____

FE

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

APARELHO CARDIOPULMONAR

☐ SUPINEICO ☐ DISPNEICO ☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO ☐ TIRAGEM: _____
 RUIDOS ADVENTÍCIOS TIPO: _____
☐ TAQUICÁRDICO ☐ NORMOCÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES:

RESPIRATÓRIO

VENTILAÇÃO

☐ O2 A MB ☐ IMV _____ % ☐ IMOD: _____
☐ INTUBADO TOT Nº _____
 O2: _____

ELIMINAÇÕES

DIURESE

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

EVACUAÇÃO

ESPONTÂNEA

ESTÍMULO:

AUSENTE

ASPECTO/CARACTERÍSTICA:

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMEN

☐ FLACIDO ☐ GLOBOSO ☐ SEMI GLOBOSO
☐ DISTENDIDO ☐ DOR A PALPAÇÃO
☐ TIMPÂNICO ☐ MACIÇO ☐ RUIDOS HÍDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

☐ DEAMBULANDO ☐ CADDEIRA DE RODAS
☐ SOBRE MACA ☐ MULETA

DIETA

☐ AO SEIO ☐ ORAL/COPINHO ☐ GTM
☐ SÓG/SNG _____
☐ RESÍDUO GÁSTRICO: _____
☐ ZERO ☐ VÔMITO _____ VEZES

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

REPTORIO DE ENFERMAGEM

PACIENTE Suñedson Ismael da Silva
 APTO.: 204A Nº REGIST. _____
 CONVEN. SUS

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

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ASSINAT.
07.03.18	14:50	pct enc. ao C. C em maca consciente, orientado, em 02 amb. em anexo: exames lab + 03 p/Rx	Patricia Glenda M. Pinheiro Téc. em Enfermagem SREN-RN 698001
07.03.18	17:00	pct retornou do C. C	Patricia Glenda M. Pinheiro Téc. em Enfermagem SREN-RN 698001
07.03.18	18:18	Aferido SSV	Patricia Glenda M. Pinheiro Téc. em Enfermagem SREN-RN 698001
07.03.18	20:00	adm voltaram m m	Patricia Glenda M. Pinheiro Téc. em Enfermagem SREN-RN 698001
07.03.18	21:10	Anexo 1 p/curar o Rx p/0	Patricia Glenda M. Pinheiro Téc. em Enfermagem SREN-RN 698001
08.03.18	04:00	adm depurou EV + adm e adina EV	Patricia Glenda M. Pinheiro Téc. em Enfermagem SREN-RN 698001
08.03.18	06:00	adm depurou EV	Patricia Glenda M. Pinheiro Téc. em Enfermagem SREN-RN 698001
08.03.18	07:05	Removido anexo em clavicula. FO limpo e seco.	Patricia Glenda M. Pinheiro Téc. em Enfermagem SREN-RN 698001
08/3/18	08h	Adm. med. EV cefalodina 1g + ABD.	Patricia Glenda M. Pinheiro Téc. em Enfermagem SREN-RN 698001
08/3/18	08:40	Sau de alta hospitalar, levando do seus pertences, acompanhada do de maqueiro em cadeira.	Patricia Glenda M. Pinheiro Téc. em Enfermagem SREN-RN 698001

INSTITUIÇÃO DE SAÚDE
 Dr. Paulo Roberto
 PACIENTE: **Frederico Samuel**
 REGISTRO: **505**

PRESCRIÇÃO MÉDICA
 DATA: **04/03/18**
 APRESENTAÇÃO: **200UA**

DATA: **04/03/18**
 APRESENTAÇÃO: **200UA**

(Handwritten signature/initials)

PRESCRIÇÃO	HORÁRIOS
07/03/18	
1. Lepra - Lepra - Lepra 2. Lepra - Lepra - Lepra 3. Lepra - Lepra - Lepra 4. Lepra - Lepra - Lepra 5. Lepra - Lepra - Lepra 6. Lepra - Lepra - Lepra 7. Lepra - Lepra - Lepra 8. Lepra - Lepra - Lepra 9. Lepra - Lepra - Lepra 10. Lepra - Lepra - Lepra 11. Lepra - Lepra - Lepra 12. Lepra - Lepra - Lepra 13. Lepra - Lepra - Lepra 14. Lepra - Lepra - Lepra 15. Lepra - Lepra - Lepra 16. Lepra - Lepra - Lepra 17. Lepra - Lepra - Lepra 18. Lepra - Lepra - Lepra 19. Lepra - Lepra - Lepra 20. Lepra - Lepra - Lepra 21. Lepra - Lepra - Lepra 22. Lepra - Lepra - Lepra 23. Lepra - Lepra - Lepra 24. Lepra - Lepra - Lepra 25. Lepra - Lepra - Lepra 26. Lepra - Lepra - Lepra 27. Lepra - Lepra - Lepra 28. Lepra - Lepra - Lepra 29. Lepra - Lepra - Lepra 30. Lepra - Lepra - Lepra 31. Lepra - Lepra - Lepra 32. Lepra - Lepra - Lepra 33. Lepra - Lepra - Lepra 34. Lepra - Lepra - Lepra 35. Lepra - Lepra - Lepra 36. Lepra - Lepra - Lepra 37. Lepra - Lepra - Lepra 38. Lepra - Lepra - Lepra 39. Lepra - Lepra - Lepra 40. Lepra - Lepra - Lepra 41. Lepra - Lepra - Lepra 42. Lepra - Lepra - Lepra 43. Lepra - Lepra - Lepra 44. Lepra - Lepra - Lepra 45. Lepra - Lepra - Lepra 46. Lepra - Lepra - Lepra 47. Lepra - Lepra - Lepra 48. Lepra - Lepra - Lepra 49. Lepra - Lepra - Lepra 50. Lepra - Lepra - Lepra 51. Lepra - Lepra - Lepra 52. Lepra - Lepra - Lepra 53. Lepra - Lepra - Lepra 54. Lepra - Lepra - Lepra 55. Lepra - Lepra - Lepra 56. Lepra - Lepra - Lepra 57. Lepra - Lepra - Lepra 58. Lepra - Lepra - Lepra 59. Lepra - Lepra - Lepra 60. Lepra - Lepra - Lepra 61. Lepra - Lepra - Lepra 62. Lepra - Lepra - Lepra 63. Lepra - Lepra - Lepra 64. Lepra - Lepra - Lepra 65. Lepra - Lepra - Lepra 66. Lepra - Lepra - Lepra 67. Lepra - Lepra - Lepra 68. Lepra - Lepra - Lepra 69. Lepra - Lepra - Lepra 70. Lepra - Lepra - Lepra 71. Lepra - Lepra - Lepra 72. Lepra - Lepra - Lepra 73. Lepra - Lepra - Lepra 74. Lepra - Lepra - Lepra 75. Lepra - Lepra - Lepra 76. Lepra - Lepra - Lepra 77. Lepra - Lepra - Lepra 78. Lepra - Lepra - Lepra 79. Lepra - Lepra - Lepra 80. Lepra - Lepra - Lepra 81. Lepra - Lepra - Lepra 82. Lepra - Lepra - Lepra 83. Lepra - Lepra - Lepra 84. Lepra - Lepra - Lepra 85. Lepra - Lepra - Lepra 86. Lepra - Lepra - Lepra 87. Lepra - Lepra - Lepra 88. Lepra - Lepra - Lepra 89. Lepra - Lepra - Lepra 90. Lepra - Lepra - Lepra 91. Lepra - Lepra - Lepra 92. Lepra - Lepra - Lepra 93. Lepra - Lepra - Lepra 94. Lepra - Lepra - Lepra 95. Lepra - Lepra - Lepra 96. Lepra - Lepra - Lepra 97. Lepra - Lepra - Lepra 98. Lepra - Lepra - Lepra 99. Lepra - Lepra - Lepra 100. Lepra - Lepra - Lepra	

RECIBO
 EM 04/03/18
 POR
 Dr. Paulo Roberto

DEBITOS
SERINGA 01
SERINGA 03 cc
SERINGA 05 cc
SERINGA 10 cc
SERINGA 20 cc
EQUIPO MICROGOTAS
EQUIPO P/B
EQUIPO P/ SANGUE
FEELCO Nº 20
SCALP Nº
POLIFIX
LUVA PROCEDIMENTO
LUVA ESTER. Nº
GASES PCT
ESPARADRAPO
MICROPORE
PETTER
ALCOOL 70% IRI
ALCUIDÃO BOLA
AGULHA DESC.
GREPOM Nº
ALGODÃO ORTOP.
CEPACOL ml
POMADA
SONDA DE FOLEY
SONDA URETRAL
SONDA NASO
COLETOR FECHADO
COLETOR ABERTO
LAMINA BISTURI
ELETRODO
MASC. DESCAT.
SORO FISO. 0.9%
FITA HGT

INSTITUIÇÃO DE SAÚDE
 Dr. Paulo Roberto
 PACIENTE: **Frederico Samuel**
 REGISTRO: **505**

[illegible]

2

100

[illegible]

1977-1978	1978-1979	1979-1980	1980-1981	1981-1982	1982-1983	1983-1984	1984-1985	1985-1986	1986-1987	1987-1988	1988-1989	1989-1990	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025	2025-2026	2026-2027	2027-2028	2028-2029	2029-2030	2030-2031	2031-2032	2032-2033	2033-2034	2034-2035	2035-2036	2036-2037	2037-2038	2038-2039	2039-2040	2040-2041	2041-2042	2042-2043	2043-2044	2044-2045	2045-2046	2046-2047	2047-2048	2048-2049	2049-2050	2050-2051	2051-2052	2052-2053	2053-2054	2054-2055	2055-2056	2056-2057	2057-2058	2058-2059	2059-2060	2060-2061	2061-2062	2062-2063	2063-2064	2064-2065	2065-2066	2066-2067	2067-2068	2068-2069	2069-2070	2070-2071	2071-2072	2072-2073	2073-2074	2074-2075	2075-2076	2076-2077	2077-2078	2078-2079	2079-2080	2080-2081	2081-2082	2082-2083	2083-2084	2084-2085	2085-2086	2086-2087	2087-2088	2088-2089	2089-2090	2090-2091	2091-2092	2092-2093	2093-2094	2094-2095	2095-2096	2096-2097	2097-2098	2098-2099	2099-2100	2100-2101	2101-2102	2102-2103	2103-2104	2104-2105	2105-2106	2106-2107	2107-2108	2108-2109	2109-2110	2110-2111	2111-2112	2112-2113	2113-2114	2114-2115	2115-2116	2116-2117	2117-2118	2118-2119	2119-2120	2120-2121	2121-2122	2122-2123	2123-2124	2124-2125	2125-2126	2126-2127	2127-2128	2128-2129	2129-2130	2130-2131	2131-2132	2132-2133	2133-2134	2134-2135	2135-2136	2136-2137	2137-2138	2138-2139	2139-2140	2140-2141	2141-2142	2142-2143	2143-2144	2144-2145	2145-2146	2146-2147	2147-2148	2148-2149	2149-2150	2150-2151	2151-2152	2152-2153	2153-2154	2154-2155	2155-2156	2156-2157	2157-2158	2158-2159	2159-2160	2160-2161	2161-2162	2162-2163	2163-2164	2164-2165	2165-2166	2166-2167	2167-2168	2168-2169	2169-2170	2170-2171	2171-2172	2172-2173	2173-2174	2174-2175	2175-2176	2176-2177	2177-2178	2178-2179	2179-2180	2180-2181	2181-2182	2182-2183	2183-2184	2184-2185	2185-2186	2186-2187	2187-2188	2188-2189	2189-2190	2190-2191	2191-2192	2192-2193	2193-2194	2194-2195	2195-2196	2196-2197	2197-2198	2198-2199	2199-2200	2200-2201	2201-2202	2202-2203	2203-2204	2204-2205	2205-2206	2206-2207	2207-2208	2208-2209	2209-2210	2210-2211	2211-2212	2212-2213	2213-2214	2214-2215	2215-2216	2216-2217	2217-2218	2218-2219	2219-2220	2220-2221	2221-2222	2222-2223	2223-2224	2224-2225	2225-2226	2226-2227	2227-2228	2228-2229	2229-2230	2230-2231	2231-2232	2232-2233	2233-2234	2234-2235	2235-2236	2236-2237	2237-2238	2238-2239	2239-2240	2240-2241	2241-2242	2242-2243	2243-2244	2244-2245	2245-2246	2246-2247	2247-2248	2248-2249	2249-
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-------

[illegible][illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible]

RECIBO

1000

SERINGA 01 cc	
SERINGA 03 cc	
SERINGA 05 cc	
SERINGA 10 cc	
SERINGA 20 cc	
EQUIPO MICROGOTAS	
EQUIPO P/B	
EQUIPO P/ SANGUE	
TELECO N°	
SCALE N°	
POLETA	
LUVA PROCEDIMENTO	
LUVA ESTER. N°	
GASES PCT	
ESPARADRAPO	100cm
MICROPORE	
PVP	
ETER	
ALCOOL 70%ml	
ALGODAO BOLA	
AGULHA DESC.	
CRPUM N°	
ALGODAO ORTOP.	
CEPACOL ml	
POMADA	
SONDA DE FOLEY	
SONDA URETRAL	
SONDA NASO	
COLETOR FECHADO	
COLETOR ABERTO	
LAMINA BISTURI	
ELETRODO	
AMASC. DESCAT	
SORO FISIO. 0.9%	20ml
FITA HGT	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TECNICO-CIENTIFICO DE PERICIA
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO




Maria Sueli Gabriel da Silva

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALDA ENTÃO O TÍTULO (NACIONAL)

001.083.872 01/07/2017

MARIA SUELI GABRIEL DA SILVA

FRANCISCO GABRIEL DA SILVA
MARIA MARILENA DA SILVA

MUNTE ALEGRE RN

CERT. DE CASAMENTO L-04 F-28 RG-1335
VERA CRUZ RN-1 CARTORIA

670.943.944-00 2a. VIA

28/02/1970

LE Nº 7189-0/2017

RECEBIMOS
02 MAR 1970
RECEBIMOS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

CENTRO

RECEITA Nº 013104331153
CENTRO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS
RUA DE ARAUCÁRIA Nº 100 - JARDIM BOTÂNICO - SÃO PAULO - SP
CEP: 05303-020
NOME: JORGE CARLOS DA SILVA

CPF: 012.345.678-00

22/03/2017

RECIBO Nº 013104331153

PASSEIO/DIRIGIR/VEICULO: CATEGORIA: 1 - CARRO - 2008
NOME: JORGE CARLOS DA SILVA
RUA: RUA DE ARAUCÁRIA Nº 100 - JARDIM BOTÂNICO - SÃO PAULO - SP
CEP: 05303-020
VALOR: 100.000,00
PARTICULAR: 100.000,00

22/03/2017

10/03/2017

PAGO

*** LICENCIAMENTO CATEGORIA: PAGO *** DEBITO: PAGO

RECIBO Nº 013104331153

VERA CRUZ/RN



SECRETARIA DE TRANSPORTES E TRÁFICO
CENTRO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS
RUA DE ARAUCÁRIA Nº 100 - JARDIM BOTÂNICO - SÃO PAULO - SP
CEP: 05303-020

RECEBIMOS
R\$ 100.000,00
02/04/2017
RECEBIMOS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180198097 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SUEDSON ISMAEL DA SILVA **Data do acidente:** 14/02/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO INDEFINIDO, COM MENOS DE 90 DIAS, SEM PROGNÓSTICO.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180198097 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SUEDSON ISMAEL DA SILVA **Data do acidente:** 14/02/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITI AVALIAR SEQUELA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

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 PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180198097 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SUEDSON ISMAEL DA SILVA **Data do acidente:** 14/02/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: FERIDA OPERATÓRIA CICATRIZADA NA REGIÃO CLAVICULAR DIREITA, ABDUÇÃO DE BRAÇO DIREITO 100 GRAUS, ADUÇÃO HORIZONTAL 20 GRAUS, FLEXÃO DE 100 GRAUS E EXTENSÃO 30 GRAUS. DISCRETA HIPOTROFIA DE MUSCULATURA DE CINTURA ESCAPULAR DIREITA, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO.

Resultados terapêuticos: RESULTADOS ADEQUADOS COM O TRATAMENTO PRECONIZADO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/05/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Urai de Oliveira

CRM do médico: 4315

UF do CRM do médico: RN

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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Médico revisor: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: