



Número: **0807953-21.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **23ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MANOEL MATIAS DA SILVA FILHO (AUTOR)		ERIC TORQUATO NOGUEIRA (ADVOGADO)	
MAPFRE SEGUROS (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
46200450	08/07/2019 15:21	Petição	Petição
46200532	08/07/2019 15:21	2606454 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01	Outros documentos
46200560	08/07/2019 15:21	2606454 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01	Outros documentos

Juntada de petição.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 23ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN

Processo: 08079532120198205001

MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MANOEL MATIAS DA SILVA FILHO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

NATAL, 4 de julho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR
5432 - OAB/RN

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br

**Relatório de Auditoria
Invalidez
Sinistro: 2009/289838 - 1**

GE - 1 Via - 9001111789052



CNIS
CADASTRO NACIONAL
Informações e Serviços

Seg.: 6017/00 - CENTAURO SEGURADORA S.A.

Data: 01/10/2009

Data Acidente: 21/01/2007

Perícia em Consultório

Vítima: MANOEL MATIAS DA SILVA FILHO

Cidade: RIO DO FOGO-RN

Seguradora: CENTAURO SEGURADORA S.A. - 6017/00

Ocorrência: INVALIDEZ PARCIAL - 2

Cidade: RIO DO FOGO-RN

Requerente/Beneficiário: MANOEL MATIAS DA SILVA FILHO

Qualificação:

Procurador: N/C

Procuração:

Cidade: -

Médico Assistente: N/C

CRM:

Médico Avaliador: FLÁVIO EDUARDO HADDAD

CRM: 52575957/RJ

Analista: RAFAEL PARADELLAS VON DOLLINGER

Resultado da Auditoria

1 - Avaliação Médica

APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

2 - Conclusão da Auditoria

INVALIDEZ REDUZIDA.

Membros

- PERDA DO USO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Pleiteado(%)
(100,00 de 070,00)

Avaliado(%)
(025,00 de 070,00)

TOTAL PLEITEADO: 70,00% - R\$ 9.450,00

TOTAL AVALIADO : 17,50% - R\$ 2.362,50

DT. PERÍCIA: 26/09/2009

Observação

DRA. DORES MARIA B. C. MENDES
RESP. TÉCNICA

pág.: 001

Análise |

PRESTADORA: Amorim e Mattos Serviços Médicos Especializados Ltda
NOME DA VÍTIMA: MANOEL MATIAS DA SILVA FILHO
NÚMERO DO SINISTRO: 2009/289838
DATA DO ACIDENTE: 21/07/2007
UF: RN
SEGURADORA: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
REGULADORA: Centauro Vida e Previdência - RJ

DIAGNÓSTICO:

TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

SEQÜELAS PERMANENTES:**VALOR PLEITEADO / PERCENTUAL:****VALOR AVALIADO / PERCENTUAL****PERÍCIA MÉDICA:**

Sim

DOCUMENTO(S) COMPLEMENTAR(ES)**PARECER:****OBSERVAÇÕES:****DATA DA ANÁLISE**

10/09/2009

DATA DO ENCAMINHAMENTO

10/09/2009

Dr. Roberto de Almeida
CRM 10.000.000-0
R. 1000.000-0

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

<http://www.dpvatseguro.com.br/pmed/main.asp?View={31E9EF34-03C6-4B98-825C-42211B4FDA03}&P...> 10/9/20

Seg/Reg: _____

Sinistro nº _____

PROCEDIMENTO

Processo nº 100 / 168405 / 2009 / 002

Prestador: () CNIS () MS () Visão Médica (X) Amorim e Mattos
(X) Aval.IP () Reaval. IP () Legitimidade () Investigação () Cebeme

PROCEDIMENTO

Processo nº 100 / 168405 / 2009 / 04

Prestador: (X) CNIS () MS () Visão Médica () Amorim e Mattos
() Aval.IP () Reaval. IP () Legitimidade () Investigação () Cebeme

PROCEDIMENTO

Processo nº 100 / _____ / 2009 / _____

Prestador: () CNIS () MS () Visão Médica () Amorim e Mattos
() Aval.IP () Reaval. IP () Legitimidade () Investigação () Cebeme

Obs.:

SINISTRO:

PRESCRIÇÃO:

ALTA/ IML:

NOVA PRESC.:

RECLAMAÇÃO:

Liberado para pagamento ☐

Devolvido/Faltando documentos ☐

Analista/Fabrica: VERA CORDEIRO

Data: 02/09/2009

Obs.: Esta planilha não deve ser retirada do processo



Registro de Sinistro



DP.:

Processo:

09/289838

Código:

225413

Unidade CENTAURO RIO DE JANEIRO		Parceiro CENTAURO RIO DE JANEIRO -		Sub-Parceiro TORA ADM E CORR DE	
BO Nº 1007/09		Data BO 28/07/2009		DELEGACIA PC DE TOUROS	
Placa MMW-6160/R		Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo			IML
Nome da Vítima MANOEL MATIAS DA SILVA FILHO					Natureza 2 - INVALIDEZ
Tipo Sinistrado 3 - Motorista		Data Nascimento 29/01/1986		Tipo de CPF 0 - Possui CPF	
				CPF da Vítima 084.374.344-16	
				Data Ocorrência 21/01/2007	
Cidade RIO DO FOGO		UF RN	CEP 59578-000	Contato (84)3202-3041	
Qíde.Benef. 1	Data Óbito	Médico <i>Henrique Amado</i>			Valor(INVALIDEZ) 0,00
Beneficiários					
Nome CEP		Tipo Benef. Complemento		Vínculo Bairro	Dt.Nasc. Cidade
Endereço					CPF/CNPJ UF
MANOEL MATIAS DA SILVA FILHO		Vítima		VITIMA	29/01/1986
59578-000 CAMPO GRANDE 30				CANTO GRANDE	084.374.344-16
Banco: 104 Caixa Econômica Fede		Ag.: 1069 C/P 56251-4			RN
Histórico					
Data	Usuário	Situação			
20/08/2009 11:18:51	RJ TORARN	Pré-Cadastro não analisado			

Atenção:

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

R: SENADOR DANTAS, 80, SL 806 A 808 Centro - Cep: 20031-922

Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402

e-mail: dpvat-rj@centauroseg.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ


Entre em nosso site <http://www.centauroseg.com.br> e acesse em DPVAT ON LINE, faça sua consulta individual, citando o código 225413 e a data de nascimento 29/01/1986 da vítima e acompanhe o seu processo em tempo REAL!!!!

		BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 1004 DP: Touros	
DISQUE-DENÚNCIA 0800842999 - POLÍCIA CIVIL			
NATUREZA DA OCORRÊNCIA:		Acidente com moto (colisão)	
LOCAL:	Conto Grande	Nº	
MUNICÍPIO	Natal - Touros	DATA DO FATO:	21/01/2009
COMUNICANTE:	Manoel Matias da Silva Filho		
FILHO(A) DE:	PAI	MÃE	Raimunda Antonia da Silva
PAÍS DE ORIGEM:	Brasil	NATURAL DE:	Maxaranguape - RN
NASCIDO EM:	09/01/86	COM	23
DOC. 2.882-059	RG:	UF DA RG:	
ENDEREÇO:	Povoado Conto Grande nº 28 Rio do Lago - RN		
PROFISSÃO:	Contador	FONE:	
VÍTIMA		NOME	
		ig. comunicante	
SEXO:	masc	CÚTIS/ETNIA:	
FILHO(A) DE:	PAI	MÃE	
PAÍS DE ORIGEM:		NATURAL DE:	
NASCIDO EM:	COM	ANOS DE IDADE	ESCOLARIDADE
DOC.	RG	UF DA RG:	CPF:
ENDEREÇO:		OUTRO DOC:	
PROFISSÃO:		LOCAL DE TRAB:	FONE

ACUSADO:		ALCUNHA	
SEXO:		CÚTIS/ETNIA:	
FILHO(A) DE:	PAI	MÃE	
PAÍS DE ORIGEM:		NATURAL DE:	
NASCIDO EM:	COM	ANOS DE IDADE	ESCOLARIDADE
DOC.	RG	UF DA RG:	CPF:
ENDEREÇO:		OUTRO DOC:	
PROFISSÃO:		LOCAL DE TRAB:	FONE

HISTÓRICO: Diz a vítima que na data e local do fato acima mencionado sofreu uma colisão, onde um veículo cor-de-rosa vermelha, batido em sua moto Honda CG 125 Titan Rs, de cor prata de placa: MMW-6160 Chassi 9C2JC30102R1576-99, moviam nº 472462282, que a vítima conduzia a referida moto e sofreu lesões na perna esquerda, que a moto está em nome de Francisco das Chagas Matias da Silva.

3º OFÍCIO DE NOTAS LIANE COELHO FAGUNDES TAVARES Tábila MANOEL FAGUNDES PEREIRA Tábila TAVARES FAGUNDES KARLA COELHO FAGUNDES TAVARES Substituta		CONFERÊNCIA CERTIFICO que a presente cópia xerox é a reprodução fiel do original que me foi apresentado. 20 AGO. 2009 Em Natal-RN 		ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE SECRETARIA DA DEFESA SOCIAL DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR DELEGACIA DE POLÍCIA DO MUNICÍPIO DE TOUROS Av. Adriana Dantas Ribeiro, s/n - Touros / RN - Fone: 3263-3990	
		Tábila nº 3 - Ofício de Notas Valde somente com o Selo de Autenticidade e Fiscalização		 AGX 099965	
TESTEMUNHA:					
ENDEREÇO:					
TESTEMUNHA:					
ENDEREÇO:					
PROVIDÊNCIAS ADOTADAS:					
ASSINATURA COMUNICANTE		DATA: 28/07/2009			
NOME E ASSIN: Manoel Matias da Silva Filho		SERVIDOR(A)			
MATRÍCULA		96521-9			



CENTAURO
Seguros para viver

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT

Nº DO SINISTRO:

EU, MANOEL MATIAS DA SILVA FILHO, PORTADOR(A) DO
 RG Nº 2882059, EXPEDIDO POR SSP/RN EM (DATA) 08/07/2006, CPF:
084.374.344-16 CNPJ: NA QUALIDADE DE FAVORECIDO(A)/BENEFICIÁRIO(A) DO
 VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO/REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATORIO DPVAT DA VITIMA:
MANOEL MATIAS DA SILVA FILHO, AUTORIZO A
 SEGURADORA/REGULADORA **CENTAURO VIDA E PREVIDENCIA** A EFETUAR O RESPECTIVO
 PAGAMENTO/CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA INDICADA:

1 - ☐ CRÉDITO EM CONTA CORRENTE
 Nº BANCO: Nº AGÊNCIA: Nº C/C:

2 - ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 Nº BANCO: 237 Nº AGÊNCIA: Nº C/P:

3 - ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 Nº BANCO: 001 Nº AGÊNCIA: Nº C/P:

4 - ☒ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 Nº BANCO: 341 Nº AGÊNCIA: Nº C/P:

5 - ☒ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONOMICA FEDERAL
 Nº BANCO: 104 Nº AGÊNCIA: 5069 Nº C/P: 56251-4

- DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DA MINHA TITULARIDADE.
 - UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM
 AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA
 REFERIDA INDENIZAÇÃO.

MANOEL RN, 18 de Agosto de 2009
X Manoel Matias da Silva Filho
 ASSINATURA DO FAVORECIDO(A)/BENEFICIÁRIO(A)

AVISO IMPORTANTE

1 - CASO O BENEFICIÁRIO NÃO TENHA CPF, DEVERÁ PROVIDENCIÁ-LO, SEM O QUE NÃO PODERÁ RECEBER A INDENIZAÇÃO.
 2 - ESTE FORMULÁRIO SOMENTE PODERÁ SER ASSINADO PELO PROCURADOR, CASO O MESMO ESTEJA HABILITADO, COM PODERES ESPECÍFICOS, EXPRESSAMENTE MENCIONADOS NO INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA	
Por este instrumento particular de declaração, eu, abaixo assinado, Sr(a).	
MANOEL MATIAS DA SILVA FILHO	brasileiro(a), portador(a) do RG nº
2882059	emitido por SSP/RN e CPF nº 084.374.344-16
declaro para os devidos fins, e repetirei em juízo se necessário for, que sou residente e domiciliado(a) na Rua	
POV CAMPO GRANDE	número 30, bairro
CANTO GRANDE	no município de RIO DO FOGO, estado
RN	Código de Endereçamento Postal (CEP) nº 59.578-000
Declaro, ainda, que me responsabilizo por qualquer prejuízo que porventura a Seguradora possa ter, no presente e no futuro, face as informações acima prestadas.	
Pôr ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração, para que surtam seus efeitos legais.	
MANOEL RN, 18 de Agosto 2009	
X Manoel Matias da Silva Filho	
Imprimir	Dica para Impressão

84- 3202- 3041

84- 3202- 3111

84- 8715- 3114



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

442

NOME: MANOEL MATIAS DA SILVA FILHO Mãe: RAIMUNDA ANTONIA DA SILVA
 IDADE: 18 COR: SEXO: MASC ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
 NATURALIDADE: RIO DO FOGO PROFISSÃO: AGRICULTOR PROCEDÊNCIA: VIA PÚBLICA
 ENDEREÇO: POVOADO DE CANTO GRANDE, SN BAIRRO: ZONA RURAL
 CIDADE: RIO DO FOGO DATA: 21/01/2007 HORA: 19:40

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO

SIM ☐NÃO ☐

PUPILAS

A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)

B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

C) PRESSÃO ARTERIAL

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

TEMP.

RESPIRAÇÃO

PULSO

T.A

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

*Acidente de trânsito de
 queda de moto - 110 - com trauma na
 perna esquerda e fratura no cotovelo.
 e fr. exp.*

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T - RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura na perna (E)

ALDENICI

O R. de Ferreira 70.1.14

EXAMES COMPLEMENTARES

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

Ass. do Responsável

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

CONDUTA

- 1) Anestesia / Antissepsia
- 2) Anestesia local com Lidocaína 2%
- 3) Sutura com Nylon 30.
- 4) curativo
- 5) VAT

Ulcera de pressão facial
rec. a ortopédia
enc. a UGU.

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA.....HS	<input type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM HORA..... PARA.....
RETIROU-SE POR DATA..... ÓBITO..... ENTREGUE MÉDICO (Carimbo)	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA..... HORA..... À FAMÍLIA <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> CHIEFE DO PLANTÃO (Carimbo)	A REVELIA <input type="checkbox"/> HORA..... HORA..... I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: MANOEL MATIAS DA S. FILHO / NÚMERO DO SINISTRO: _____

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 31.01.07 / DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 31.01.07
 NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO: MOCIE RUIZELI N. LOPES CRM 3281-PN

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

TRUG FRATURA DA PERNA ESQUERDA

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

POZ OUTO OSTEOTOMIA

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO
 CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.
☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º	<u>TRUG PERNA DA PERNA DA ESQUERDA</u>
2º	<u>DO MEMBRAMENTO DA PERNA -</u>
3º	<u>GRANSAO DE TORNEBOLLO</u>
4º	<u>ESQUERDA</u>
5º	

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE
 QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

NATAL 18.08.09
 LOCAL DATA

A _____ E
MOCIE RUIZELI N. LOPES
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM 3281-PN
 ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL DATA ASSINATURA DA VÍTIMA



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE POLÍCIA – ITEP

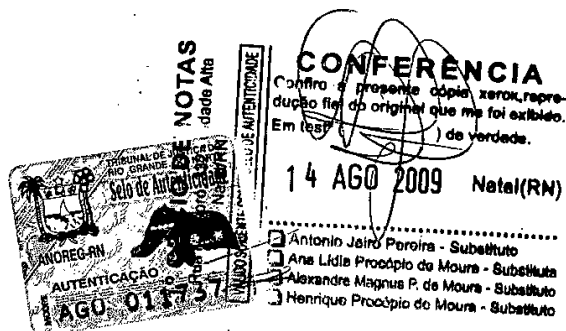
CERTIDÃO

Certificamos, para os fins que se fizerem necessários que possuímos jurisdição em todo o Estado, com sede em Natal, e Unidades Regionais nas Cidades de Mossoró e Caicó/RN.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
INSTITUTO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE POLÍCIA – ITEP

Natal/RN, 14 de julho de 2009.

CRISTIANE BEZERRA
CRISTIANE BEZERRA DE SOUZA DANTAS
DIRETORA-GERAL



Av. Duque de Caxias, 97 – Ribeira – Natal – RN – 59012-200 – Fones: 3232.6905 / 3232.6916

MINISTÉRIO DA SAÚDE - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
 DADOS DO PRONTUÁRIO PARA COBRANÇA - ESPÉLHO DE AIH - PRELIMINAR
 VERSÃO : 13.42 ULT. ATUAL. : 26/12/2006 VETOS NAS TABELAS: 1.3
 ORGÃO EMISSOR: M240810001 APRESENTAÇÃO : 02/2007

----- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL -----
 RAZÃO SOCIAL : CLÍNICA ORTOPÉDICA E TRAUMATOLÓGICA DE NATAL LTDA CGC : 10.867.687/0001-10
 CPF DO DIRETOR CLÍNICO: 242.926.134-00

----- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE -----
 NOME : MANOEL MATIAS DA SILVA FILHO DT NASC : 29/01/1986 Sexo : M
 RESIDÊNCIA : POVOADO CANTO GRANDE 00000 ZONA RURAL
 MUNIC. / UF: RIO DO FOGO RN CEP : 59578-000
 NOME RESP.: FRANCISCA DAS CHAGAS M DA SILVA DDC PAC.: 000017187-60
 NACIONAL.: 10
 MUNIC. ORIGEM PACIENTE: 240895 RIO DO FOGO - RN

----- DADOS DA INTERNAÇÃO -----

AIH	ID.	PRONT.	DATA DE EMISSÃO	ESPECIALIDADE	ENFERMARIA	LEITO
240710010142-9	1	1929112	22/01/2007	CIRURGIA	102	102

CPF MEDICO SOLIC. PROCEDIMENTO SOLIC. CARATER DA INTERNAÇÃO CPF MEDICO RESPONSÁVEL
 696.661.607-68 39.011.15-1 05 096.121.064-87

N. C.A. CGC EMPREGADOR PROXIMA AIH

----- DIAS DE UTI -----

MES INICIAL	MES ANTERIOR	MES ALTA	TOTAL	DIARIA ACOMPANHANTE	PROCEDIMENTO REALIZADO	CPF DO MEDICO AUDITOR
00	00	00	00	00	39.011.15-1	293.031.924-00

DATA INTERNAÇÃO	DATA SAÍDA	DIAG. PRINCIPAL	DIAG. SECUNDÁRIO	MOD. COBRANÇA	CID C. ASSOC.	CID C. MORTE
22/01/2007	25/01/2007	5822	W190	12		

----- PROCEDIMENTOS ESPECIAIS -----

----- Valores da AIH -----

SH :	554,69	SP :	136,68	SADI:	19,17	RN :	0,00	OPM :	450,00	R Civil:	0,00
UTI :	0,00	Acomp:	0,00	Sang:	0,00	Analq:	58,67	Uti Esp:	0,00	T.Sif/HIV:	0,00
Neuro:	0,00	Comp I:	0,00	Transp:	0,00	Nutri:	0,00	Notif:	0,00	Cateterismo:	0,00
P.Renal Agudo:	0,00									Total:	1.219,41

----- ATOS MÉDICOS -----

TP	CGC/CPF PROF	ATO PROF	TP	ATO	QTD	ATO	NF	TP	CGC/CPF PROF	ATO PROF	TP	ATO	QTD	ATO	NF
1-	05	3651380000148	39011151	01	01	01	01	2-	04	10867687000110	39011151	06	01	01	01
3-	03	10867687000110	17018030	15	01	01	01	4-	03	10867687000110	17042046	15	01	01	01
5-	03	10867687000110	17009030	15	01	01	01	6-	03	10867687000110	21008043	16	01	01	01
7-	01	63314511000176	93399111	19	01	01	001944								

NÚMERO DE NASCIDOS	NÚMERO DE SAÍDAS	ASSINATURA E CARIMBO
VIVOS : 0	ALTAS : 0	DIRETOR DO HOSPITAL
MORTOS : 0	TRANSF.: 0	
	OBITOS : 0	

De acordo com a Portaria S.A.S. No. 92, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário.3

Fânia Salustino
 Auditora SMS
 CPF 293.031.924-00



GOVERNO DO ESTADO RN
SEI - SAÚDE PÚBLICA
HOSP. MONS. WALFREDO GURGEL

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

5764618

1 - E - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HUGO	2 - CNES
3 - E - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE H. MEMORIAL DE NATAL	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE YANOS MARIAS M SILVA FILHO	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - C - ORTÃO NACIONAL SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO 28/01/96
9 - SEXO MASCULINO	10 - FEMININO
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL WILSON MARIAS M SILVA	12 - TELEFONE DE CONTATO 99664650
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº) RODRIGO 25 CARO GRANDE, S/Nº	14 - CIDADE NÃO
15 - BAIRRO ZONA NORO	16 - UF RN
17 - CEP 59.578-000	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS FRATURAS POR TRAUMATISMO			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO TRAUMATISMO CRANIO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) RX			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURAS POR TRAUMATISMO	21 - CID-10 PRINCIPAL S82.2	22 - CID-10 SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 1) Traumatismo	25 - CID-10 PRINCIPAL 39.011.15-1	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO EMERGENCIAL	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE MARIAS MARIAS M SILVA
28 - DT SOLICITAÇÃO 28/01/07	29 - CNES / CPF	30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	


PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	39 -
40 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID-10 PRINCIPAL		42 - CID-10 SECUNDÁRIO	
DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL			
43 - ()	44 - () GRAVE	45 - () GRAVÍSSIMA	

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	47 - D - AUT	48 - CID-10 PRINCIPAL	49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)
50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	51 - DT AUT	52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	
53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			
54 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)			

[illegible]

 HOSPITAL VILA MILITAR		PACIENTE	Idade	SEXO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
REG	CONVENIO	LEITO	JWS		1021	
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ESPECIFICAÇÃO	HOR	RUB	HOR	RUB	OBSERVAÇÕES
02/01	0800 1000 1200 1500 1800 2100	06		24	08	R. 365482
03/01	0800 1000 1200 1500 1800 2100	06		24	08	R. 365522
04/01	0800 1000 1200 1500 1800 2100	06		24	08	R. 365544
05/01	0800 1000 1200 1500 1800 2100	06		24	08	R. 365566
06/01	0800 1000 1200 1500 1800 2100	06		24	08	R. 365588
07/01	0800 1000 1200 1500 1800 2100	06		24	08	R. 365610
08/01	0800 1000 1200 1500 1800 2100	06		24	08	R. 365632
09/01	0800 1000 1200 1500 1800 2100	06		24	08	R. 365654
10/01	0800 1000 1200 1500 1800 2100	06		24	08	R. 365676
11/01	0800 1000 1200 1500 1800 2100	06		24	08	R. 365698
12/01	0800 1000 1200 1500 1800 2100	06		24	08	R. 365720
13/01	0800 1000 1200 1500 1800 2100	06		24	08	R. 365742
14/01	0800 1000 1200 1500 1800 2100	06		24	08	R. 365764
15/01	0800 1000 1200 1500 1800 2100	06		24	08	R. 365786
16/01	0800 1000 1200 1500 1800 2100	06		24	08	R. 365808
17/01	0800 1000 1200 1500 1800 2100	06		24	08	R. 365830
18/01	0800 1000 1200 1500 1800 2100	06		24	08	R. 365852
19/01	0800 1000 1200 1500 1800 2100	06		24	08	R. 365874
20/01	0800 1000 1200 1500 1800 2100	06		24	08	R. 365896
21/01	0800 1000 1200 1500 1800 2100	06		24	08	R. 365918
22/01	0800 1000 1200 1500 1800 2100	06		24	08	R. 365940
23/01	0800 1000 1200 1500 1800 2100	06		24	08	R. 365962
24/01	0800 1000 1200 1500 1800 2100	06		24	08	R. 365984
25/01	0800 1000 1200 1500 1800 2100	06		24	08	R. 366006
26/01	0800 1000 1200 1500 1800 2100	06		24	08	R. 366028
27/01	0800 1000 1200 1500 1800 2100	06		24	08	R. 366050
28/01	0800 1000 1200 1500 1800 2100	06		24	08	R. 366072
29/01	0800 1000 1200 1500 1800 2100	06		24	08	R. 366094
30/01	0800 1000 1200 1500 1800 2100	06		24	08	R. 366116
31/01	0800 1000 1200 1500 1800 2100	06		24	08	R. 366138
01/02	0800 1000 1200 1500 1800 2100	06		24	08	R. 366160
02/02	0800 1000 1200 1500 1800 2100	06		24	08	R. 366182
03/02	0800 1000 1200 1500 1800 2100	06		24	08	R. 366204
04/02	0800 1000 1200 1500 1800 2100	06		24	08	R. 366226
05/02	0800 1000 1200 1500 1800 2100	06		24	08	R. 366248
06/02	0800 1000 1200 1500 1800 2100	06		24	08	R. 366270
07/02	0800 1000 1200 1500 1800 2100	06		24	08	R. 366292
08/02	0800 1000 1200 1500 1800 2100	06		24	08	R. 366314
09/02	0800 1000 1200 1500 1800 2100	06		24	08	R. 366336
10/02	0800 1000 1200 1500 1800 2100	06		24	08	R. 366358
11/02						

EVOLUÇÃO CLÍNICA

CONVÊNIO:

Nº DO REGISTRO:

APTO. 102A

ENTE: MANOEL MARIAS DA SILVA

FA	MÉDICO	DATA	HORA	ENFERMAGEM
102	Nutrição	23.01.07	16:00	SSIV verificadas. MV para 2 dias pós- cirurgia + fluidos intraven. a menor rigor em observação para equív. de enfermagem.
	Adriana de Queiroz Xavier Nutricionista CRN 6-2257	24.01	06:00	Pac. encaminhado o mesmo é consciente e orientado ao ambiente. SSIV está parada na H venosa com 24 hora de ATB. em repouso no leito + fixado. Externo. malde
1103	Nutrição	24/01	10:00	Cliente irrigado, evoluindo para atividade atual, realiza higiene oral + corporal. no leito, verificando SSIV. ^{rec. Enfermagem} ^{rec. Enfermagem} estáveis.
	Adriana de Queiroz Xavier Nutricionista CRN 6-2257	24/01	16:00	Cliente no 1º DPO de # de Tibia, com cliente e orientado em 2 ambientes. Verificada SSIV, administrada medicações prescrita do horário. Segue no cuidado da equipe de enfermagem. ^{rec. Enfermagem} ^{rec. Enfermagem} 25/01 06:00
		25/01	06:00	Cliente Conjugado, ^{rec. Enfermagem} ^{rec. Enfermagem} na H Venosa, Com eq. de ATB, SSIV estáveis, mantendo MIE imobilizada fixada externa, segue em OBS.

Ass. 27.031

[illegible]

EVOLUÇÃO CLÍNICA

CONVÊNIO:
Nº DO REGISTRO

IENTE:		Mauzel Rafael da Silva		APTO. 1024	
DATA		MÉDICO	DATA	HORA	ENFERMAGEM
22/01	09:40	Adriano de Oliveira Xavier Nutricionista CRN 6-2257	22-01	09:40	paciente admitido neste setor vindo com alívio do volume físico com tra- de tibia para realizar os exames de laboratório. O paciente é internado na enfermaria e recebeu a medicação prescrita. O paciente está bem, sem queixas, com boa evolução. O paciente está bem, sem queixas, com boa evolução. O paciente está bem, sem queixas, com boa evolução.
22	16:00		22	16:00	PACT. NO PRÉ-OPERATÓRIO C/FRATU- RA DE TÍBIA ESQ., CONSCIENTE, ORI- ENTADO, VERIFICADO SSVV, C/ CIRUR- GIA PROGRAMADA P/DIA 23-01 ÀS 07:00 Segue em OBSERVAÇÃO e monitora- do.
23-01	16:00		23-01	16:00	paciente no pré-operatório consciente e orientado, com fratura de tibia exposta do antebraço. Foi feita a amputação para os fins de seguir com o tratamento no hospital.

ATA	MÉDICO	DATA	HORA	ENFERMAGEM
		23/04/17	07:40	paciente admitido e p/ cirurgia aos cuidados Dr. Marconi
			11:30	início da anestesia
				anestesista: Dr. Nilo
			11:40	início da cirurgia
				cirurgião: Dr. Marconi
				aux.
				inst. Ana Celia
				circ.: Ivany
				cirurgia: prot. tibial
				(4 Fixador)
			12:30	final da cirurgia + anest.
				Exce. ao erro sobre efeito da anestesia
				Pol. ene. cc RX, em regim. da a. inf.
		23/04	12:40	paciente retorna de cc com He
		07		para ins. perfusão e fixador retornado - 23
			16:00	paciente encaminhado de H. Tibial
				consciente e orientado, Os acompanh.

lóstico

Data da Alta

GID

BLOCO CIRÚRGICO BOLETIM DE SALA											
Reg	1429712	NOME:	Manoel M. da Silva Filho						APTO:	102-a	
Cirurgia Realizada											
DATA:	23/01/07	INÍCIO:	HS.	MIN.	TÉRMINO:	HS.	MIN.				
EQUIPE	NOME		CIC/MF		CRM		CIRURGIA				
Cirurgião	Manoel M. da Silva Filho						Pequena				
1º Auxiliar							Média				
2º Auxiliar							Grande				
Anestesiologista							Múltipla				
Instrumentação											
Ato:	O ato foi realizado em sala de cirurgia, com o paciente em posição decúbito dorsal, sob anestesia geral, com o auxílio de um assistente de enfermagem e um técnico de enfermagem.										
CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID	QUANT	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID	QUANT	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID	QUANT
MEDICAMENTOS											
028956	Agua destilada 1000ml	AMP	01	050330	Vicryl 4-0 (Violeta)	ENV		068164	Malha Tubular 12cm	ROL	
000326	Agua destilada 10ml	AMP		050377	Vicryl 5-0 (Incolor)	ENV		060188	Malha Tubular 15cm	ROL	
028988	Agua destilada 20ml	AMP		050725	Vicryl 6-0	ENV		062783	Máscara Descartável	UND	01
000057	Clorfeniramina 1g	AMP		050313	Vicryl 7-0	ENV		060930	Polifix 2 vias	UND	
000096	Decalvina 4mg Inj.	AMP						064794	Povidone Degermante 1ml	ML	100
000713	Glicose 25% 10ml Inj.	AMP						064787	Povidone Tópico 1ml	ML	100
004283	Glicose 50% 10ml Inj.	AMP						065567	Sabão Líquido	ML	
004703	Hypauril 50%	FRS						060733	Sapatilha Descartável	UND	10
005049	Irurolomada 1/4	1/4						063223	Seringa Desc. 01cc c/ Agulha	UND	
015111	Keflin 1g	COM						062443	Seringa Desc. 03cc c/ Agulha	UND	
036667	Novral 2ml Inj.	AMP						062475	Seringa Desc. 05cc c/ Agulha	UND	01
037493	Profer 100mg Inj.	AMP						063209	Seringa Desc. 10cc c/ Agulha	UND	01
038929	Soluç. Ranger c/ Lactato	FRS						063216	Seringa Desc. 20cc c/ Agulha	UND	01
039449	Soluç. Ranger Simples	FRS						063120	Sonda Uretral 10	UND	
028125	Soro fisiológico 100ml	FRS	01	051900	Abbot cath-T Plus N° 14	UND		063144	Sonda Uretral 12	UND	
003718	Soro fisiológico 5% 500ml	FRS		051918	Abbot cath-T Plus N° 16	UND		063151	Sonda Uretral 14	UND	
005740	Soro fisiológico 5% off 500	TB		051925	Abbot cath-T Plus N° 18	UND		063169	Sonda Uretral 16	UND	
009995	Xyloc 2% chv	AMP		051932	Abbot cath-T Plus N° 20	UND	01	063183	Sonda Uretral 18	UND	
010076	Xyloc 2% gel	RSF	30	060962	Agulha Descartável 13 x 4,5	UND	03	060550	Sonda Uretral 20	UND	
				060392	Agulha Descartável 25 x 7	UND	03	Linha de sutura - 04			
				060418	Agulha Descartável 10 x 12	UND	03	Algodão bolão - 03			
				060575	Alcool iodado 70%	ML	30	Agulha 20g - 01			
				060582	Atadura Crepon 10cm	ROL	02	Fio de seda - 01			
				060630	Atadura Crepon 12cm	ROL					
				060690	Atadura Crepon 15cm	ROL					
				060608	Atadura Crepon 20cm	ROL					
				060701	Atadura Gessada 10cm	ROL					
				060679	Atadura Gessada 12cm	ROL					
				060020	Atadura Ortopédica 10cm	ROL					
				066609	Atadura Ortopédica 15cm	ROL					
				061670	Atadura Ortopédica 15cm	ROL					
				060380	Atadura Ortopédica 20cm	ROL					
								TAXAS			
050037	Algodão 0 (sf Agulha)	ENV		066648	Bandeja Peridural	UND		090735	Ar Comprimido		
050685	Algodão 7-0 (sf Agulha)	ENV		061545	Bandeja Raqui	UND	01	092407	Aspirador Vácuo		
050044	Algodão 3-0 (sf Agulha)	ENV		060948	Butterfly 19g	UND		050324	Bomba de Infusão		
050162	Crom 1-0	ENV		060955	Butterfly 21g	UND		090331	Capnógrafo		
050130	Crom 1-0	ENV		062135	Butterfly 23g	UND		090353	Crenetomo		
050123	Crom 3-0	ENV		062142	Butterfly 25g	UND		090395	Desfibrilador		
050259	Kit-cirurgia	ENV		061205	Camisola Descartável	UND	01	090467	Intensificador de Imagem		
005599	Mon 0 PRETO	ENV		061244	Compressa Cirúrgica	UND	05	090499	Microscópio		
050614	Mon 2,0 PRETO	ENV		061989	Eletrodo Descartável	UND		090711	Oxigênio sob Pressão 1/4		
050621	Mon 3,0 PRETO	ENV		060949	Enterofix 500ml	UND	30	090553	Oxímetro		
050639	Mon 4,0 PRETO	ENV		062024	Esparadrão 10 x 45	CM		093985	Oxido Nítrico		
050646	Mon 5,0 PRETO	ENV		062031	Eter Sulfônico / ml	ML		092708	Respirador a Pressão		
050653	Mon 6,0 PRETO	ENV		062285	Gase 51 x 91	UND	50	090578	Respirador a Volume		
057892	Mon 8,0 PRETO	ENV		062830	Gase Furacina	UND	05	091856	Taxa de Monitor		
050642	Mon 10,0 PRETO	ENV		062364	Gorro Descartável	UND			Taxa de Sala N°		
050202	Prole 2-0	ENV		062103	Intrafix Ar II, 2,4 M	UND		090428	Taxa de Fio Óculo		
050463	Prole 3-0	ENV		061079	Intrafix Podrão	UND	01		Video Laparoscopia		
050449	Prole 5-0	ENV		062253	Lamina Bisturi N° 11	UND					
050431	Prole 6-0	ENV		062260	Lamina Bisturi N° 15	UND	01				
050510	Seda 4-0	ENV		060149	Lamina Bisturi N° 20	UND	01				
050550	Seda 5-0	ENV		062332	Linha Descartável N° 7,0	PAR	02				
050660	Seda 6-0	ENV		062640	Linha Descartável N° 7,5	PAR	02				
050194	Simp 3-0 (sf Agulha)	ENV		062429	Linha Descartável N° 8,0	PAR	02				
050360	Vicryl 4-0	ENV		062411	Malha Tubular 10cm	ROL					

RELATÓRIO ANESTESIA

~~15P~~

PRÉ-NESTÉSICO:

DROGAS:

TECNICA ANESTESICA:

DROGAS USADAS NA ANESTESIA

COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
MEDICAMENTOS								MEDICAMENTOS			
000150	Adrenalina	AMP		006818	Narcam	AMP		Kefedol Jodone Zabon			
028956	Aqua Bidentilada	AMP		007257	Piasil 10mg	AMP					
000942	Atropina .25	AMP		007558	Prostigmine	AMP					
002050	Cloreto de Potássio	AMP		005292	Ketalar	AMP					
001480	Cloreto de Sódio	AMP		003353	Quelicim 100mg	AMP					
016920	Dumorf 2mg	AMP		000040	Quelicim 500mg	AMP					
002115	Gibritan	AMP		003543	Rapifen	AMP					
002953	Jolantra	AMP		000374	Seyorpine	ML		Jodone Zabon			
003060	Lormetan-15mc	AMP		008449	Sol. Ringer Simples	FRS					
017075	Lornoran-5mg	AMP		028125	Sol. Fisiológica	FRS					
003071	Megtil	AMP		008740	Sol. Glucosado	FRS					
003511	Centami 2ml	AMP		008829	Sol. Ringer Lactado	FRS					
003780	Forane	ML		001002	Thionembatal	FRS					
017036	Haliotano	ML		003013	Treocrum	AMP ^B					
004695	Hypnomidate	AMP		003727	Viumin	AMP					
002487	Inoval	AMP		001475	Xilocaina 1%	AMP					
010588	Lanaxat	AMP		009995	Xilocaine 2% s/a	AMP					
005887	Marcaína 0,5 c/A	AMP		010026	Xilocaina 2% d/A	AMP					
005894	Marcaína C, 5 si/A	AMP		012033	Xilocaine Pesada	AMP					
010595	Marcaína Pesada	AMP									

Intercorrências

DESCRIÇÃO

Oximetria

Cardioscópio

Capnógrafo

DESCRIÇÃO

QUANTIDADE

Oxigênio Líquido

Protóxido Líquido

Anotações

INICIO ANESTESIA:

INÍCIO CIRURGIA:

DATA:

FINAL CIRURGIA:

FINAL ANESTHESIA:

ANESTESIOLOGISTA:

CRM