



Número: **0806397-81.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **19ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CHARLES MEDEIROS DE SANTANA (AUTOR)		JUSCELINO FERNANDES DE CASTRO (ADVOGADO) GEONARA ARAUJO DE LIMA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39490 639	19/02/2019 16:20	BOLETIM DE OCORRENCIA	Documento de Comprovação
39490 678	19/02/2019 16:20	CARTEIRA DE HABILITAÇÃO	Documento de Identificação
39490 713	19/02/2019 16:20	COMPROVANTE DE APGAMENTO DE REMEDICOS	Documento de Comprovação
39490 742	19/02/2019 16:20	COMPROVANTE DE ENDEREÇO	Documento de Comprovação
39490 774	19/02/2019 16:20	COMPROVANTE DE PAGAMENTO	Documento de Comprovação
39490 801	19/02/2019 16:20	Declaração de Hipossuficiência	Documento de Comprovação
39490 823	19/02/2019 16:20	DECLARAÇÃO DO PROPRIETARIO DO VEICULO	Documento de Comprovação
39490 870	19/02/2019 16:20	DVPAT	Documento de Comprovação
39490 899	19/02/2019 16:20	FOTO 1	Documento de Comprovação
39490 926	19/02/2019 16:20	FOTO 2	Documento de Comprovação
39492 256	19/02/2019 16:20	FOTO 3	Documento de Comprovação
39492 344	19/02/2019 16:20	BOLETIM HOSPITALAR-ilovepdf-compressed	Documento de Comprovação
39492 385	19/02/2019 16:20	DOCUMENTO-HOSPITALAR-4-6-ilovepdf-compressed	Documento de Comprovação
39492 421	19/02/2019 16:20	EVOLUÇÃO-ilovepdf-compressed	Documento de Comprovação
39492 504	19/02/2019 16:20	MEMORIA DE CALCULO	Documento de Comprovação
39492 551	19/02/2019 16:20	procuração	Procuração
39492 617	19/02/2019 16:20	PRONTUARIO-ilovepdf-compressed	Documento de Comprovação



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS

Endereço: Complexo de Delegacias Especializadas, Av. Ayrton Senna, 3134, NEÓPOLIS, NATAL, FONE/FAX: 32321565

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018031000322
1.2 Data de Expedição: 10/08/2018 17.43.00
1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 29/06/2018 17.37.00
2.2 Autoria: Conhecida
2.3 Fato: Consumado
2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.6 Tipo do local: Urbano
2.7 Logradouro: AVENIDA INDUSTRIAL JOÃO FRANCISCO DA MOTA
2.8 Número: SN
2.9 CEP:
2.10 Complemento:
2.11 Ponto de Referência: PRÓXIMO A ALUMÍNIO FERRAGENS
2.12 Bairro: BOM PASTOR
2.13 Cidade: NATAL
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: CHARLES MEDEIROS DE SANTANA
3.2 Estado civil: Casado(a)
3.3 Nome Social:
3.4 Pai: PAULO ALVES DE SANTANA
3.5 Etnia: Parda
3.6 Mãe: SEVERINA MEDEIROS DE SANTANA
3.7 Sexo: MASCULINO
3.8 Orientação Sexual: Heterossexual
3.9 CPF: 87752212415
3.10 Identidade de Gênero: Intersexo
3.11 Nacionalidade:
3.12 Data de Nascimento: 10/05/1974
3.13 Profissão: BALCONISTA
3.14 RG: 1270726 - ITEP/RN
3.15 Telefone(s): 84 998047236
3.16 Passaporte:
3.17 Número: 1337
3.18 Naturalidade: NATAL - RN
3.19 Bairro: PAJUÇARA
3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.22 Logradouro: AVENIDA MAR DO NORTE
3.23 Cidade: NATAL
3.24 CEP: 59132280

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não
7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi: *****00667
7.1.4 Renavam: 01080875392
7.1.5 Placa: QGH5761
7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
7.1.7 Marca: TRAXX
7.1.8 Modelo: JL125-9
7.1.9 Ano do Modelo: 2016
7.1.10 Ano de Fabricação: 2015
7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.14 Número do Motor:
7.1.15 Nome do proprietário: LEONARDO DA SILVA FERNANDES
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:
7.1.17 Nome do condutor: O CONDUTOR É A PRÓPRIA VÍTIMA
7.1.18 Observações: CNH DO CONDUTOR:04911082134 - CATEGORIA AB/RN

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE/VÍTIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA ESPECIALIZADA PARA RELATAR; QUE NO LOCAL, DATA, E HORA ACIMA MENCIONADAS; QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA COM DESTINO PARA SUA RESIDÊNCIA; QUE TRAFEGAVA NA AVENIDA, E QUE AO PASSAR EM BURACO, DESEQUILIBROU-SE, E BATENDO EM UMA SALIÊNCIA EXISTENTE NO LOCAL DO ACIDENTE; QUE FOI ARREMESSADO POR VÁRIOS METROS, TENDO SOFRIDO ESCORIAÇÕES NO BRAÇO, MÃO, E PERNA DO LADO DIREITO DO CORPO, E UMA FRATURA EXPOSTA DO PUNHO ESQUERDO; QUE FOI ATENDIDO PELO SERVIÇO SAMU 192 192 NATAL, SOB O Nº DE OCORRÊNCIA 210465/1, EM SEGUIDA, REMOVIDO PARA O HOSPITAL WALFREDO GURGEL-PRONTO SOCORRO CLÓVIS, CONFORME BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 32607/2018, ONDE RECEBEU OS PROCEDIMENTOS MÉDICOS; QUE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA, CONFORME BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 18, TENDO SE SUBMETIDO POR UMA INTERNSÃO CIRÚRGICA. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

REGISTRO DE BOLETIM PARA FINS DE PLEITO DE SEGURO DPVAT
AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SÃO DE RESPONSABILIDADE DO COMUNICANTE/VÍTIMA

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data 10/08/2018 17.43.00

Policial

Interessado



Polegar direito

Atendimento: 754285 - LUIZ ANTONIO PEREIRA DOS SANTOS

Fotocópias: J2018031000322 - Código de autenticação: 3ce4937d3b5730efcd4a3aa6b878a3a7

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

INTERPRINT LTDA

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1004024020

NOME
CHARLES MEDEIROS DE SANTANA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
1270726 SSP RN

CPF
877.522.124-15

DATA NASCIMENTO
10/05/1974

FILIAÇÃO
PAULO ALVES DE SANTANA
SEVERINA MEDEIROS DE
SANTANA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
04911082134

VALIDADE
10/12/2019

1ª HABILITAÇÃO
30/03/2010

OBSERVAÇÕES
A ;

Charles medeiros de santana

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
NATAL, RN

DATA EMISSÃO
14/01/2015

51761414791
RN702088663

DETRAN - RN (RIO GRANDE DO NORTE)

PROIBIDO PLASTIFICAR

1004024020

FARMACIA DOS TRABALHADORES
MULTIFARMA DISTR. DE MEDICAMENTOS LTDA
CNPJ: 13.000.452/0028-35 IN: 204177510 FL: 35 CX: 01
AVENIDA MAR DO NORTE, 1901 PAJUCARA, NATAL, RN
Documento Auxiliar da Nota Fiscal
de Consumidor Eletrônica
NFC-e não permite aproveitamento de crédito ICMS

#	Código	Desc	Qt	Un	V. Unit	V. Desc	Total R\$
01	7898947017150	OLHO DE GIRASSOL	1	FR X	6.99 (0.00)		6.99
02	7897780203126	POVIDINE TOPICO	1	FR X	5.99 (0.00)		5.99
03	7899470800240	VITAMINA C (VIT	1	CX X	6.99 (2.00)		4.99

Qtde. total de itens 3
Valor Total R\$ 19.97
Desconto R\$ 2.00
Valor a Pagar R\$ 17.97
Dinheiro R\$ 20.00
Troco R\$ 2.03

NDC: 3501392336 | Operador: 2262 | Vendedor: 2242
PV0000241926

Check Consys 4.0.20

OBRIGADO PELA PREFERENCIA

VOCE ECONOMIZOU: 2.00

NFC-e 060685 Serie 001 Emissao: 13/07/18 19:12:30

Via do Consumidor - Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfce.set.rn.gov.br/consultarNFCe.aspx>

2418 0713 0004 5200 2835 6500 1000 0606 8511 0060 6951

Protocolo de Autorização: 32418016521336 13/07/2018 19:12:30

Consumidor não identificado

Consulta via leitor QR Code



COMERCIO DE MEDICAMENTOS
CNPJ: 13.530.044/0013-09 IE: 202788784
RUA DR. ALVARO OZORIO DE ALMEIDA,
335 PAJUCARA, NATAL, RN

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
para Consumidor Final
NFC-e não permite aproveitamento de crédito de ICMS

Código	Qtde	Un	VI Unit	VI Desc	VI Total
7896004704692	1	CX	29.49	16.38	13.11
*CEFALEXINA 500MG 10CPR					
7896004704692	1	CX	29.49	16.38	13.11
*CEFALEXINA 500MG 10CPR					
7896004704692	1	CX	29.49	16.38	13.11
*CEFALEXINA 500MG 10CPR					

Qtd Total de Itens 3
VALOR TOTAL R\$ 88.47
DESCONTO TOTAL R\$ 49.14
FORMA PAGAMENTO VALOR PAGO R\$ 39.33
Dinheiro

Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012) 0.00

Trib Fed: 0.00 Trib Est: 0.00 Trib Mun: 0.00 Trib Imp: 0.00 Fon
te

IBPT

Nº 000054373 Série: 1 13/07/2018 11:25:49
Consulte pela Chave de Acesso em <http://www.nfe.rn.gov.br>

CHAVE DE ACESSO

2418 0713 5300 4400 1309 6500 1000 0543 7310 0054 5077

CONSUMIDOR

Consumidor não informado

Consulta via leitor de QR Code



Protocolo de Autorização: 32418016521336

Versão 5.3000.0.14 Compilação 13/07/2018 10:24:09
Data 13/07/2018 11:19:45 Log: 1

R\$ FARMALITDA
CNPJ 05.735.650/0001-14/IE 200941291
RUA TOCANTINA 374, 374, PAJUCARA
NATAL, RN - Fone 84.36634013

Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica - NFC-e
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

Código	Descrição	Qtde	Un	VI Unit	VI Total
23068 DORLEN 12CP		1	UN	11.89	11.89
Qtde Total de Itens		1			11.89
Valor Total R\$					11.89
FORMA PAGAMENTO					
Dinheiro					11.89

Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012) 3.18
Número 000070555 Serie 001 Emissão: 13/07/2018 11:26:25

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfce.set.rn.gov.br/consultarNFCe.aspx>

CHAVE DE ACESSO

2418 0705 7355 9000 0114 6500 1000 0105 9512 2285 3845

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

Consulta via leitor QR Code



Protocolo de Autorização: 32418016521336 13/07/2018 11:26:25

FARMACIA DOS TRABALHADORES
MULTIFARMA DIST. DE MEDICAMENTOS LTDA
CNPJ:13.000.452/0028-35 IE:204177510 FL:35 CX:01
AVENIDA MAR DO NORTE, 1001, PAJUCARA, NATAL, RN
Documento Auxiliar da Nota Fiscal
de Consumidor Eletrônica
NFC-e não permite aproveitamento de crédito ICMS

# Código	Desc	Qt	UN	V. Unit	V. Desc	Total R\$
01 7896149590208	COMPRESSA DE GA	1	UN	1.00 (0.00)		1.00
Qtde. total de itens						1
Valor Total R\$						1.00
Valor a Pagar R\$						1.00
Dinheiro R\$						1.00

NDC: 3501393899 | Operador: 2262 | Vendedor: 2242
FV0000242419
Check Consys 4.0.20
OBRIGADO PELA PREFERENCIA

EMITIDA EM CONTINGENCIA
NFC-e 061172 Serie 001 Emissao: 17/07/18 18:39:06

Via do Consumidor - Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfce.set.rn.gov.br/consultarNFCe.aspx>
2418 0713 0004 5200 2835 6500 1000 0611 7291 0061 1728

Consumidor não identificado

Consulta via leitor QR Code



FARMACIAS IRMA DULCE
MULTIFARMA DIST. DE MEDICAMENTOS LTDA
CNPJ:13.000.452/0021-69 IE:20417742-1 FL:25 CX:01
RUA DR ALVARO OZONIO DE ALMEIDA 356 PAJUCARA, NATAL, RN
Documento Auxiliar da Nota Fiscal
de Consumidor Eletrônica
NFC-e não permite aproveitamento de crédito ICMS

# Código	Desc	Qt	UN	V. Unit	V. Desc	Total R\$
01 7896523206110	NIMESULIDA 100M	8	CX	2.99 (3.92)		20.00
Qtde. total de itens						1
Valor Total R\$						23.92
Desconto R\$						3.92
Valor a Pagar R\$						20.00
Dinheiro R\$						20.00

NDC: 2501357078 | Operador: 2324 | Vendedor: 2261
FV0000213318
Check Consys 4.0.20
OBRIGADO PELA PREFERENCIA

VOCE ECONOMIZOU: 3.92

EMITIDA EM CONTINGENCIA
NFC-e 059518 Serie 001 Emissao: 13/07/18 11:23:19

Via do Consumidor - Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfce.set.rn.gov.br/consultarNFCe.aspx>
2418 0713 0004 5200 2168 6500 1000 0595 1891 0059 5189

Consumidor não identificado

Consulta via leitor QR Code



ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 60300043 - AC ALECRIM
NATAL - RN
CNPJ: 34028316026927 Ins Est.: 200530941

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF: 03248608000104
Doc. Post.: 290691351
Contrato: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709
Cartao: 62267655

Movimento: 14/08/2018 Hora: 11:45:26
Caixa: 87792859 Matricula: 86277715
Lancamento: 020 Atendimento: 00015
Modalidade: A Faturar ID Tiquete: 1512381552

DESCRIÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT ATE 30	1	23,26+
Valor do Porte(R\$):	23,26	
Peso real (G):	100	
CNPJ/CPF Remet: 87752212415		
Nome Remetente: CHARLES MEDEIROS DE SANTAN		
Cont. Nome: A		
Endereco Remet: AVENIDA Avenida Mar do Nor		
Cont Endereco: te (CJ Prq Dunas), 1337 (CJ		
Cep Remetente: 59132-280		
Cidade Remet: NATAL		
UF Remet: RN		
POSTAL RESPOSTA DPV	1	29,00+
Valor do Porte(R\$):	29,00	
Cep Destino: 20031-205 (RJ)		
Peso real (G): 60		
OBJETO: DV5433716348R		

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 52,26

Valor Declarado não solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado.

A FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
apresentação de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderao sofrer variações de
acordo com as cláusulas contratuais

Nome: RG

Ass. Responsável:

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Ganhe tempo! Baixe o APP de Pré-Atendimento d
os Correios,õ E
ncomenda cilíndrica ou esférica i
mplica cobrança adicional de R\$ 20,00.

VIA-CLIENTE

SARA 7.8.01

**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA
COM PEDIDO DE JUSTIÇA GRATUITA**

Pela presente e na melhor forma de direito, **CHARLES MEDEIROS DE SANTANA**, brasileiro, casado, Balconista de Farmácia, Rg. 1270726 - ITEP/RN e CPF.: 877.522.124-15, residente e domiciliado A Rua: Av., Mar do Norte Nº 1337 Cj. Parque das Dunas Bairro: Pajuçara, Natal/RN, Cel: (84) 99804.7236, para os fins específicos do beneplácito previsto no inciso LXXIV, do artigo 5º da Constituição Federal, c/c a Lei nº 1.060/50, artigo 1º da Lei nº 7.115/83 e nos termos do artigo 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil), **DECLARA**, sob as penas da lei, não ter condições financeiras de arcar com custas e despesas processuais, sem prejuízo do próprio sustento e de sua família, razão pela qual requer o deferimento da concessão dos benefícios da **JUSTIÇA GRATUITA**. Requeiro, ainda, que o benefício abranja todos os atos do processo.

Natal, 15 de fevereiro de 2019.

**CHARLES MEDEIROS DE SANTANA**

CPF nº: 877.522.124-15

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, LEONARDO DA SILVA FERNANDES
RG nº 6767761, data de expedição 10/05/2016
Órgão M.B., portador do CPF nº 08509205744, com
domicílio na cidade de NATAL, no Estado de RN, com
residência na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA AMARO MESQUITA, nº 23
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
cujo o condutor

era CHARLES MEDEIROS DE SANTANA

Veículo: MOTOCICLETA

Ano: 2015 / 2016


Modelo: TRAXX 3L 125-9

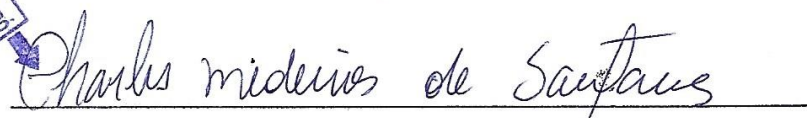
Placa: QGH 5761

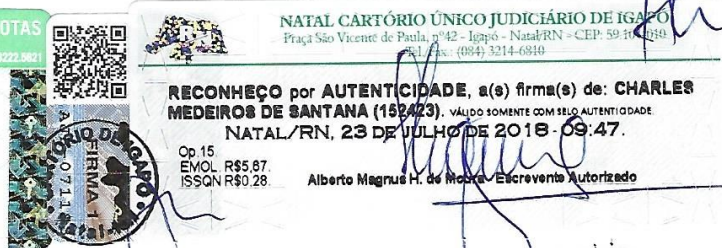
Chassi: 951BXKHE6GB000667

Data do Acidente: 29 DE JUNHO DE 2018

Local e Data: NATAL 17 DE JULHO DE 2018


Assinatura do Declarante


Assinatura do condutor (caso seja um terceiro, que não a vítima do acidente)



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Charles Frederico de Saubagus
DATA DO ACIDENTE 29.06.2018 CPF DA VÍTIMA 877.582.124-15
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL ☐ PARANTESCO COM
A VÍTIMA É Charles Frederico de Saubagus
ENDEREÇO DO PORTADOR AV. MAR DO NORTE 1337
Nº 1337 COMPLEMENTO P. DAS DUNAS BAIRRO PASUCARA
CIDADE NATAL UF RN CEP 59432-280
E-MAIL Charles.fog@hotmail.com TELEFONE 84 99804-7236

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☐ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 31/08/2018

IDENTIDADE

Charles V. de Saubagus

ASSINATURA

Charles V. de Saubagus

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS COREIOS

DATA 31/08/2018

NOME

THAYAGO BECKENHAUS

ASSINATURA

Thayago Beckenhaus

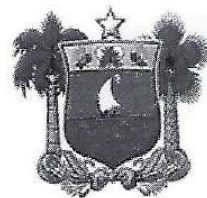








SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHC



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 32607 /2018
Admissão: 29/06/2018 19:55:25

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **81491 - CHARLES MEDEIROS DE SANTANA** (44 a 1 m 19 d)

Nascimento: 10/05/1974 Natural: NATAL BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: CPF: 87752212415 Prof:

Mãe: SEVERINA MEDEIROS DE SANTANA Pai:

Logradouro: MAR DO NORTE, 1337

CEP: 59132280

Bairro: PAJUÇARA

Cidade: NATAL

Telefone: 84.988424755

Compl: (CJ PRQ DUNAS)

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 29/06/2018 19:53:35

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	100/60		99%		22	75		15	

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: Queda de moto / fratura exposta no braço E + fratura fechada em MID próximo ao TNZ

Hora: 20:10h

Paciente vítima de queda de moto há 02 horas, em uso de capacete, não perde a consciência, vômitos e tontura que ocorreu no acidente. Transportado pela SAMU-Natal. Apresenta fratura exposta em membro superior esquerdo e fratura em tórax direito, Náusea e vômitos. Apresenta dor em membro superior esquerdo. Não ingesta alcoólica.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vias aéreas patentas, em uso de collar cervical.
- B Tórax estável. MV+, simétrico e sem RA
- C Hemodinamicamente estável. Coração, perfusão periférica < 3s e pulsos amplos e simétricos.
- D Glasgow 15, pupilas isocóricas e reativas.
- E Escala de 15 em joelho direito e punho direito. Fratura exposta em MSE e MIB

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdomen flácido e indolor a palpação.

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID Politraumatizado.

*Gerado via SX por GILBERTO DA SILVA CARLOS. Impresso em 29 de Junho de 2018.

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALERGIAS) NegaM(MEDICAÇÃO EM USO) NegaP(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) NAS sem tratamentoL(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS) Fez uso de dipirona 1g EV na ambulância

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL) desatualizada (esquema incompleto)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

Radiografia de membro superior esquerdo AP e P.

Radiografia de joelho direito AP e P.

Radiografia de tornozelo direito AP, P e oblíquo.

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMARIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

① Voltaram 75mg, 1AMP, IM.

Dr. Anderson Neves da Cruz
Cirurgia Geral e Oncologia
CRM-RN 5969 - RQE 2646Dr. Anderson Neves da Cruz
Cirurgia Geral e Oncologia
CRM-RN 5969 - RQE 2646

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

HORA

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

OBITO: DATA / / HORA

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

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)*

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

ORDENAÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura dos olhos (E.O.)	4
Quando se abrem os olhos após estímulo	3
Quando se abrem os olhos espontaneamente, (E.O. espontânea)	2
Quando se abrem os olhos após estímulo doloroso	1
Quando não se abrem	0
Resposta verbal (R.V.)	5
Resposta verbal orientada e adequada ao contexto da situação, (R.V. adequada)	5
Resposta verbal orientada, mas com alguma distorção e confusão	4
Resposta verbal inapropriada (Palavras sem sentido, palavras desconhecidas)	3
Resposta verbal incoerente, (palavras sem sentido, palavras desconhecidas)	2
Quando não há resposta verbal	1
Resposta motora (R.M.)	6
Quando se movimenta voluntariamente, (R.M. voluntária)	6
Quando se movimenta em resposta a estímulos dolorosos	5
Quando não há resposta motora	4
Quando se movimenta em resposta a estímulos dolorosos	3
Quando se movimenta em resposta a estímulos dolorosos	2
Quando não há resposta motora	1
Quando não há resposta motora	0

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 3 9-12 = 2 6-8 = 1 4-5 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	10-20 = 4 5-9 = 3 1-4 = 2 0 = 1
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90-109 = 4 70-89 = 3 50-69 = 2 0 = 1

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2008):
 13-15 = grave
 9-12 = moderado
 6-8 = moderado
 4-5 = grave

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

** A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com teste superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa aplica-se ao doente que não responde e à intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

* Escala de Triagem Revisada (RTS) com índices de sobrevivência para pacientes de trauma ferido. Referência: Adaptado de Champion HL, Sacco WJ, Sacco WJ, et al. Trauma and the Trauma score. J Trauma 2004;56:124-128.

SUS

Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar Nº 950 / 2018

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou: _____

CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **81491 CHARLES MEDEIROS DE SANTANA**

Prontuário: _____

CNS: _____

Nascimento: 10/05/1974 Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: SEVERINA MEDEIROS DE SANTANA

Pai: _____

Endereço: AVENIDA MAR DO NORTE, 1337 - PAJUÇARA - NATAL

Fone: 988424755 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE: 240810

UF: RN

CEP: 59132-280

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO
FRATURA EXPOSTA DE RADIO DISTAL
BOA PERFUSÃO DISTAL

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S52.5 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO*408020431. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UI

Profissional Solicitante / Assitente:

RAMON MARCELLO DE MACEDO TEIXEIRA

CRM: 5148 / RN

Data da Solicitação 29/06/2018

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____ Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto

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

AUTORIZAÇÃO

Nº Autorização da AIH: _____

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Documento: () CNS () CPF nº _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____

Admissão de Internamento Hospitalar

Prontuário: 1172945

Dt Nasc: 10/05/1974

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome do pai:

Nº:1337

Bairro: PAJUCARA

Cidade: NATAL

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA Leito: 1041

Usuário: FRANCISCO DE ASSIS MORAIS QUEIROZ

Transf. o/o Hosp. Memorial em 07.07.18.

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

408020431 -

RESUMO DE ALTA

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital	Enfermaria	Leito	Nº prontuário
Nome			
Data	Pressão arterial	Pulso	Respiração
Tipo sanguíneo	Hematias	Hemoglobina	Hematócrito
	Urina	Glicemia	Uréia
Ap. respiratório			
Ap. circulatório			
Ap. digestivo			
Estado mental			
Diagnóstico pré-operatório			
Anestesias anteriores			
Medicação pré-anestésica			
Agentes Anestésicos			
Líquidos			
Oper.			
Anest.			
O Resp.			
P Pulso			
SIMBOLOS			
E			
ANOTAÇÕES			
POSIÇÃO			
Agentes			
Técnica			
Operação			
Cirurgiões			
Anestesistas			
Observações			

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital	HDM				Enfermaria	Leito	Nº prontuário	
Nome	Charles Medeiros de Santana				Idade	Sexo	Cor	
Data	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros		
Tipo sanguíneo	Hematias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia			
	Urina							
Ap. respiratório					Asma	Bronquite		
Ap. circulatório					Eletrocardiograma			
Ap. digestivo					Dentes	Pescoço	Ap. urinário	
Estado mental					Ataracicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores
Diagnóstico pré-operatório					Estado físico		Risco	
Anestesias anteriores								
Medicação pré-anestésica					Aplicada às	Efeito		
	14:15 15:15							
Agentes Anestésicos								
Líquidos								
Opax								
Anest.								
O Resp.								
P Pulso								
SIMBOLOS								
E								
ANOTAÇÕES								
POSIÇÃO								
Agentes								
Técnica								
Operação	Prostoma e Gargalo Lado de Pulso (E)							
Cirurgiões								
Anestesistas	Dr. Carlos Adriano R. F. Junior							
Observações	Médico CRM - RN 5.097							
A	verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias							
	Perda sanguínea							

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital	Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia					
Nome	Enfermaria	Leito	Nº prontuário			
Data	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros
Tipo sanguíneo	Hematias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia	
	Urina					
Ap. respiratório					Asma	Bronquite
Ap. circulatório					Eletrocardiograma	
Ap. digestivo					Dentes	Pescoço
Estado mental					Atarácicos	Corticoides
Diagnóstico pré-operatório					Alergia	Hipotensores
Anestesias anteriores					Estado físico	Risco
Medicação pré-anestésica					Aplicada às	Efeito
Agentes Anestésicos	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 14-75 15-75 </div>					
Líquidos	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> </div>					
Oper.	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> </div>					
Anest.	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> </div>					
O Resp.:	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> </div>					
P Pulso	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> </div>					
SÍMBOLOS	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> XO (X) </div>					
ANOTAÇÕES						
POSICÃO						
Agentes						
Técnica						
Operação	Prostoma e Gargalo Fecho de Pulo (E)					
Cirurgiões						
Anestesistas	Dr. Carlos Amaro R.F. Junior					
Observações	CRM - RN 5.097					
verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias	Perda sanguínea					



HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

() Hemoconcentrado _____ Unid.

() Albumina _____ Unid.

() Plasma _____ Unid.

() Expansor plasmático _____ Unid.

() Plaquetas _____ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

h: _____
h: _____
h: _____

h: _____
h: _____
h: _____

h: _____
h: _____
h: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Fisiológico: 500 ml
() Soro Glicosado: _____ ml

() Soro Ringer Simples: 500 ml
() Soro Ringer Lactato: _____ ml

Quantidade total de volume
administrado: _____

ANATOMO PATOLÓGICO

() Não () Sim Peça: _____

Peça para sepultamento: () Não () Sim

Swab para cultura: _____

Líquido: _____

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: () limpo () c/ exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Talas () Outros: _____

INTERCORRÊNCIAS:

Ass: [Assinatura] Coren: 369.101

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: () Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado

Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () O₂ ambiente Curativo: () Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro: _____

Diurese: () Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: alo

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

Hora: 15:50 Data: 11/07/18 Nível de consciência: () Acordado () Sonolento () Narcose () Orientado

() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () cânula de Guedel () Cateter O₂ () O₂ Ambiente

Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade

Venoclise: () Não () Sim Tipo: AVV Local: MBD Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical

Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim () Não Especifique: _____

Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos

Curativo: () Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo Monitorização: () ECG () Oxímetro () PA

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

SINAIS VITAIS

Líquidos administrados na URPA:

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor	Soro glicosado: _____ ml
Admissão		<u>72</u>			<u>100%</u>	<u>100</u>	Soro Fisiológico: _____ ml
30'		<u>74</u>			<u>98%</u>	<u>100</u>	Ringer: _____ ml
60'		<u>82</u>			<u>98%</u>	<u>100</u>	Irrigação vesical contínua: _____ ml
Alta		<u>80</u>			<u>98%</u>	<u>100</u>	

Medicações administradas URPA:

Eliminações:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: Pac. admitido na SRA. EOE
manter AVV + MBD imobilizados.
Após recuperação encaminhado PI PR

Ass: [Assinatura] Coren: 168301

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Charles Medeiros de Santana Idade: 44a D/N: 10/05/1994
Pront.: 161424 Município: Natal Procedência: (X) Interno () Externo
Data da cirurgia: 11/07/18 Hora Admissão: Bloco: 12-10 Sala: _____ Hora Saída: _____ Peso: _____
Alergias: () Não () Sim _____ Comorbidades: () HAS () DM () Outras não
Uso de medicações: (X) Não () Sim _____ Jejum: () Não (X) Sim
SSW Admissão: PA: _____ mmHg Pulso: _____ bpm FL: _____ rpm EC: _____ bpm SpO2: _____ % T: _____ °C

Enfermeiro(a): Hequane Instrumentador(a): Ama Paula Circulante: Lauzjon

Cirurgia: Histórico Natural de Pêlo Especialidade: Oncologia Sala: _____
Hora Início: 14:00 Hora Término: _____ Tipo de cirurgia: (X) Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: Dr. Elson Aux.: Dr. Rogério Residente: _____

Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: X Bloqueio () Raquidiana Ag.nº _____ () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag.nº _____ Cateter nº: _____ Início: 14:00 Garrote: () Smarch () Pneumático Início: 15:00 Término: 15:30
Anestesiolista: Dr. Carlos Helmore

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotenso	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco m3D	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Letárgico	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input type="checkbox"/> Capnógrafo
<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Íntegra	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Diprífusor
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input type="checkbox"/> C/lesões	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> BIC
<input type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Desfibrilador
<input type="checkbox"/> t/dificuldade	<input type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input type="checkbox"/> Normoesfígmico	<input type="checkbox"/> Cistostomia	
<input type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input type="checkbox"/> Eupnéia	<input type="checkbox"/> Dreno:	
<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input type="checkbox"/> Tetraplégico	<input type="checkbox"/> Manchas	<input type="checkbox"/> Dispositivo O ₂	<input type="checkbox"/> Tração	
<input type="checkbox"/> Amputações	<input type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input checked="" type="checkbox"/> Talas MSE	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>80</u>	<u>80</u>	<u>80</u>	Bpm
Pulso	<u>80</u>	<u>80</u>	<u>80</u>	Bpm
Oximetria	<u>99</u>	<u>99</u>	<u>99</u>	%
Capnografia				%
PA	<u>120/80</u>	<u>120/80</u>	<u>120/80</u>	mmHg

ACESSO VENOSO	
<input type="checkbox"/>	Punção Arterial
<input type="checkbox"/>	Punção Venosa Periférica <u>JÁ FEITO</u>
<input type="checkbox"/>	Punção Venosa Central <u>FEITO</u>
<input type="checkbox"/>	Dissecção venosa

Local: _____
Cateter: _____

SONDAGEM GÁSTRICA	
<input type="checkbox"/>	SNG nº _____
<input type="checkbox"/>	Retorno: _____

CATETERISMO VESICAL	
<input type="checkbox"/>	SVF nº _____
<input type="checkbox"/>	SVA nº _____
<input type="checkbox"/>	Diurese: _____
<input type="checkbox"/>	Profissional responsável: _____

EXAMES SOLICITADOS	
<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Gasometria
<input type="checkbox"/> Coagulograma	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	<input type="checkbox"/> Glicosimetria:
<input checked="" type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)	

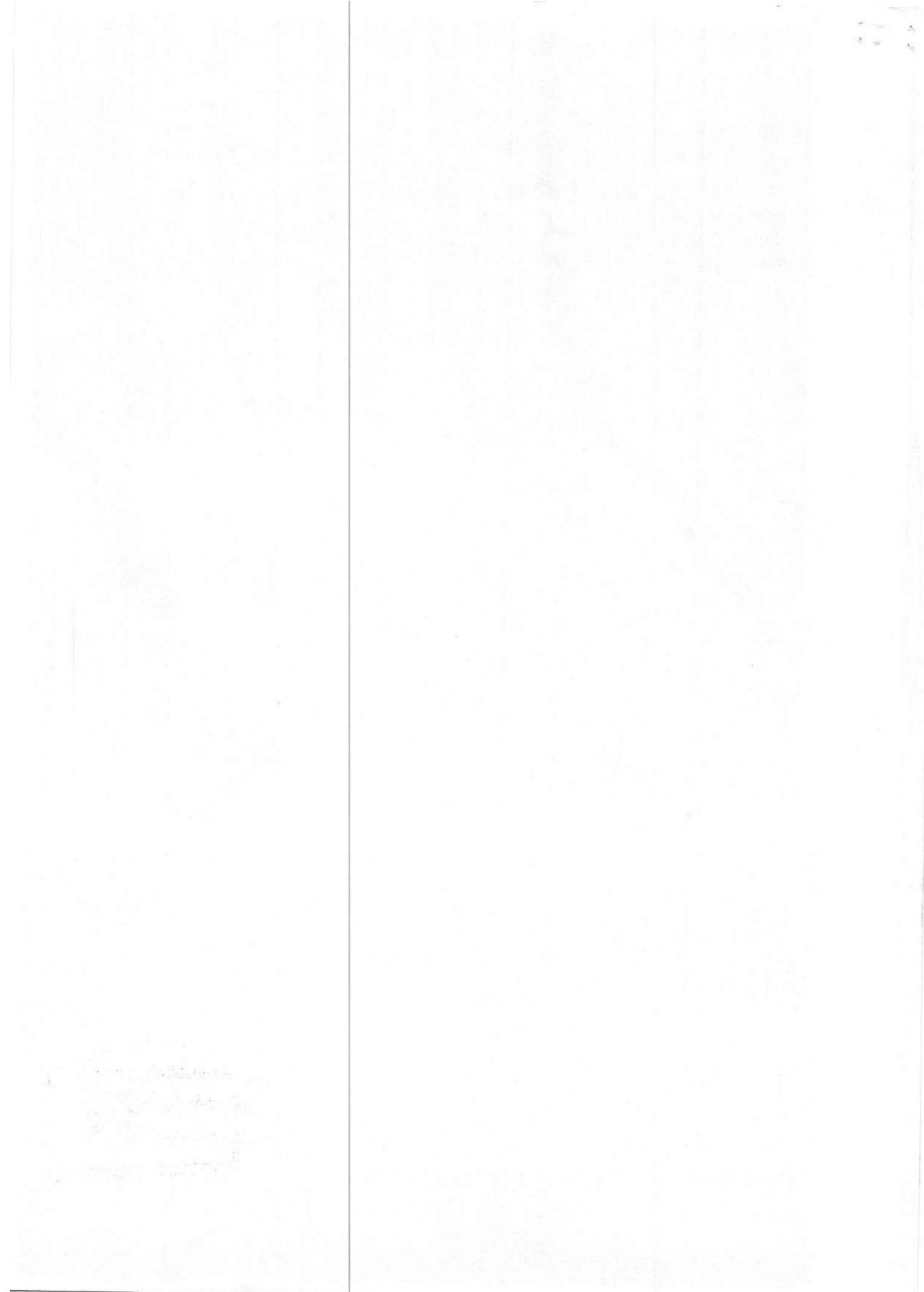
POSICÃO		COXIM		MMSS	
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos	
<input type="checkbox"/> Ventral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pescoço		<input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

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
() Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não () Metal () Descartável
Local: _____	

DEGERMAÇÃO		TRICOTOMIA	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não		<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	
Local: _____	Solução: _____	Local: _____	

IMPLANTE CIRÚRGICO	
Drenos:	
Tela:	
Cateter:	
Ostomia:	
Fio de KC:	Parafuso - tipo: _____
Placa - Tipo: <u>+ Bloqueada</u>	
Outros:	

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO	
Caixa cirúrgica: <u>Barbo + 3,5</u>	Quant. Material: _____
Val.: _____	Contagem de gaze e compressa: () Não () Sim



Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2018

Carta nº: 13631121

A/C: CHARLES MEDEIROS DE SANTANA

Nº Sinistro: 3180401203
Vítima: CHARLES MEDEIROS DE SANTANA
Data do Acidente: 29/06/2018
Cobertura: DAMS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

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: CHARLES MEDEIROS DE SANTANA

Valor: R\$ 90,29

Banco: 104

Agência: 000002010

Conta: 00000170987-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Pag. 01025/01026 - carta_12 - DAMS



INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO



OUTORGANTE: CHARLES MEDEIROS DE SANTANA, brasileiro, casado, Balconista de Farmácia, Rg. 1270726 - ITEP/RN e CPF.: 877.522.124-15, residente e domiciliado á Rua: Av., Mar do Norte Nº 1337 Cj. Parque das Dunas Bairro: Pajuçara, Natal/RN

OUTORGADO: JUSCELINO FERNANDES DE CASTRO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN, sob o nº 2955, com endereço para intimações na Rua Manoel Miranda, 326, Alecrim, Natal/RN CEP 59037-250.

PODERES: Os poderes das cláusulas "AO JUDICIA" e "EXTRA" para o foro geral. Defender todos os direitos e interesses da outorgante, podendo transigir, desistir, fazer acordos, discordar, concordar, passar recibos, dar e receber quitação, apresentar, juntar e desembargar documentos, papéis, recibos e guias, interpor e seguir recursos até Superior Instância e finalmente praticar e requerer todos os demais atos necessários ao fiel e cabal desempenho do presente mandato, inclusive substabelecer no todo ou em parte, com ou sem reservas de poderes.

Natal, 17 de Agosto de 2018


CHARLES MEDEIROS DE SANTANA

	<p style="text-align: center;">PREFEITURA DO NATAL SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA SAMU 192 NATAL</p>	
-----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **CHARLES MEDEIROS DE SANTANA**, foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 29/06/2018, aproximadamente às 17h37min, na Avenida Industrial João Francisco da Motta, Bom Pastor, nesta Cidade. **Sob nº de ocorrência 210465/1**, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 18 de julho de 2018.

Everton da Silva Rocha
Coordenador Administrativo SAMU 192 Natal
Matrícula nº 61.096-08

17/07/2018

10.0.0.100/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=210465&Digito=1&ReadOnly=1

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 210465/1

Data: 29/06/2018

CHAMADO

TARM: RITA DE CASSIA COSTA DA SILVA

Médico Regulação: MARCOS ANTÔNIO DE FREITAS

Rádio Operador: VIVIAN TAVARES DO NASCIMENTO

Médico Cena: LOUISE CHRISTINE SEABRA DE MELO

Equipe Enfermagem Cena: COMUNICADOR

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 09 (BASE DESCENTRALIZADA NEÓPOLIS)

Equipe VTR: ANTONIO NUNES DA SILVA NETO - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
WASHINGTON LANE - TECNICO DE ENFERMAGEM☐ REGULAÇÃO MÉDICA☐ TROTE☐ INFORMAÇÃO☐ ENGANO☐ TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: MOREIRA

Telefone: (84) 99840-6785

Nome do Paciente:

CHARLES MEDEIROS DE SANTANA

Idade: *

44

ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

☐ Endereço não informado☐ Coordenadas Informadas

Latitude: -5.8065391 Longitude: -35.2430508

Endereço: AV INDUSTRIAL JOAO FRANCISCO DA MOTTA

Nº: VP

Bairro: BOM PASTOR

Outro Bairro:

Referência/Complemento: EM FRENTE ALUMINIO FERRAGENS//PINHEIRO RENOVADORA DE PNEUS

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Queixa Primária: COLISAO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

29/06/2018 17:38:25 - Dr(a). MARCOS ANTÔNIO DE FREITAS

APH: TRAUMA / HD: QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA

REGULAÇÃO: PACIENTE SOFREU QUEDA DE MOTO, COM TRAUMA EM BRAÇO, PACIENTE AO SOLO. CONSCIENTE

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

29/06/2018 17:39:20 - Dr(a). MARCOS ANTÔNIO DE FREITAS

APH: TRAUMA / HD: QUEDA DE MOTO

REGULAÇÃO: QUEDA DE MOTO

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apoio:

OBSERVAÇÕES

Data: 29/06/2018 18:28:39 Usuário: (TARM) DIANA ALVES JAPIASSU

Observação: SOLICITANTE WILTON 08499181-7503.

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:
29/06/2018
17:37:00Saída Local:
29/06/2018
19:36:53Regulação Médica:
29/06/2018
17:39:20Chegada Destino:
29/06/2018
19:48:21Solicitação VTR:
29/06/2018
18:51:20Liberação Destino:
29/06/2018
20:12:00Saída VTR:
29/06/2018
18:52:34Liberação VTR:
29/06/2018
20:12:01Chegada Local:
29/06/2018
19:15:01

http://10.0.0.100/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=210465&Digito=1&ReadOnly=1

1/2

17/07/2018

10.0.0.100/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=210465&Digito=1&ReadOnly=1

Observação do Apoio:

CONVÊNIO MÉDICO PARTICULAR

Paciente possui convênio médico particular?*

☐ Sim ☒ Não ☐ Não Informado

CONDUTA

☒ Remoção

Conduta Médico Regulador:

29/06/2018 19:40:25 - CARLA SOUZA MACEDO
IMOBILIZADO SEGUNDO PROTOCOLO, CURATIVO OCLÚSICO NAS FRATURAS EXPOSTA, ACESSO VENOSO PERIFÉRICO, RINGER SIMPLES, DIPIRONA (01 AMP, EV)

Conduta Equipe de Enfermagem:

29/06/2018 19:43:55 - COMUNICADOR
TARM KALIENE: FEITO CONTATO COM DR YURE RESIDENTE, O MESMO VAI RECEBER PCT.

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

☐ Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE --

H. ligação ao serv prop.:

: : 2

F:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

☐ Vaga Negada

☐ Vaga Zero

Motivo da entrada:

▼

Ass:

PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

/ / : :

Ass:



SUS
Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

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

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2- CNES	
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA		4- CNES 3515168	
5- PACIENTE CHARLES MEDEIROS DE SANTANA		6- NUMERO DO PRONTUÁRIO 161424	
7- CARTÃO NACIONAL/SUS 709 8020 6525 8099	8- DATA DE NASCIMENTO 10/05/1974	9- SEXO MASCULINO	10- RAÇA/COR PARDA
11- NOME DA MÃE SEVERINA MEDEIROS DE SANTANA		12- TELEFONE DE CONTATO 988424755	
13- NOME DO RESPONSÁVEL		14- TELEFONE DE CONTATO	
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) AV. MAR DO NORTE 1337			
16- MUNICÍPIO NATAL	17- BAIRRO PAJUÇARA	18- UF RN	19- CEP 59132280
Justificativa de Internação			
20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Amo. Paulo E.</i>			
21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>M. L. L.</i>			
22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>S. A. 2</i>			
23- DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Amo. Paulo E.</i>	24- CID 10 PRINCIPAL	25- CID 10 SECUND.	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>M. L. L.</i>		28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29- CLÍNICA	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31- DOCUMENTO () CNS () CPF	32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34- DATA DA SOLICITAÇÃO	35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Manoel Carlos de Fátima</i> <i>Coordenador de Tratamento</i>	
Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)			
36- () AC. TRÂNSITO	39- CNPJ DA SEGURADORA	40- Nº DO BILHETE	41- SÉRIE
37- () AC. TRABALHO TÍPICO	42- CNPJ DA EMPRESA	43- CNAE DA EMPRESA	44- CBOR
38- () AC. TRABALHO TRAJETO			
45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47- COD. ORGÃO EMISSOR	52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48- DOCUMENTO () CNS () CPF	49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">096921-0 CONFERE COM ORIGINAL <i>Manoel Carlos de Fátima</i> Servidor <i>S. B. Soares</i></div>	
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO	51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		

MAE: SEVERINA MENEZES DE
SANTANA
cel. 988-12-5755

SS: 407.800.000.038011
INSC: 127.707-26
CPF: 877-512.124-15



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA ORT Nº 18

NOME: CHARLES MENEZES DE SANTANA	
IDADE: 12/25/1974	COR: PARD. SEXO: M. ESTADO CIVIL: CASADO
NATURALIDADE: NATAL	PROFISSÃO: GERENTE DE FARMÁCIA
ENDEREÇO: RUA: MAR DO NORTE 11337	BAIRRO: CENTRO
CIDADE: NATAL	DATA: 07-07-2018 HORA: 9:55h
CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO	
APARENTEMENTE BEM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> COM DISPNEIA <input type="checkbox"/> CHOCADO <input type="checkbox"/> COMATOSO <input type="checkbox"/>	
C/ HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> EM CONVULSÃO <input type="checkbox"/> POLITRAUMATIZADO <input type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/>	
ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
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)	
Trauma por queda	
EXAME FÍSICO	
SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS	
HORA	PRESSÃO ARTERIAL
RESPIRAÇÃO	GLASGOW
SCORE FINAL	TEMP.
PULSO	
DIAGNÓSTICO INICIAL	
fratura de fêmur E	

096921-4
CONFERE COM ORIGINAL
10-07-2018
Servidor
S. Barbosa