

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:

24/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSENILDA JERONIMO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03226-3

CONTA: 000000531506-9

Nr. Autenticação

BRDESCO240920190500000000002370322600000053150684375 PAGO

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:

15/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSENILDA JERONIMO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03226-3

CONTA: 000000531506-9

Nr. Autenticação

BRDESCO151020190500000000002370322600000053150684375 PAGO

**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: 3190505948
Nome do(a) Examinado(a): Josenilda Jeronimo da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): R Jose Leoncio Leonidas Maia, 27 Casa
VI Brasília Serra do Mel RN CEP: 59663-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 002.975.756
Data local do acidente: [24/05/2019]
Data local do exame: [08/10/2019] Mossoró [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TORNOZELO ESQUERDO- FRATURA BIMALEOLAR
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TALA BOTA. EM 03/06/2019 REALIZOU REDUÇÃO INCRUENTA E POSTERIOR IMOBILIZAÇÃO COM GESSO POR 21 DIAS. FISIOTERAPIA.
Data da Alta: 25/09/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
DOR À MOBILIZAÇÃO, EDEMA EM TORNOZELO DIREITO, LIMITAÇÃO À AMPLITUDE DE MOVIMENTO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO.
- IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(☒) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(☒) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DOR À MOBILIZAÇÃO, EDEMA EM TORNOZELO DIREITO, LIMITAÇÃO À AMPLITUDE DE MOVIMENTO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO .
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" () "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(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): | Região Corporal (Sequela): |
| TORNOZELO - Lado Esquerdo | |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| (<input checked="" type="checkbox"/>) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 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


Dra. Elizabeth F. Tonello
CPF - 045.150.159-40
CRM/RN - 9707



PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA DO MEL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA Dr. SILVIO ROMERO DE LUCENA

DOCUMENTO
CONFERE COM O
ORIGINAL

BOLETIM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

27/05/2013

DADOS DO ATENDIMENTO		DATA 25/05/2013	HORA 10:00
NOME	Jozenildo Jerônimo do Silva		IDADE 32
SEXO	F		
DATA DE NASCIMENTO	01/11/1981	CARTÃO SUS	7006 6343 5907
PROFISSÃO	agricultor		RG
ENDERECO	V. Brasil		Nº 34
BAIRRO	Zona rural	CIDADE	Serra do Mel
ESTADO	RN		TELEFONE
NOME DA MÃE			ASS. SERVIDOR
ACOLHIMENTO: () EMERGÊNCIA () URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () ACIDENTE DE TRABALHO () ACIDENTE DE TRANSITO			
ACOLHIMENTO EM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:			
QUEIXAS			
ANTECEDENTES ALÉRGICOS			
HAS () DM () ASSINATURA		CLASSIFICAÇÃO	
ANAMNESE			
Paciente refere queda de moto contra re- cessão a ir para HRTM. Apresenta dor e edema em tornozelo esquerdo sem sinais e ps no local.			
EXAME FÍSICO	PESO	TEMPERATURA	Cº F.C.
			PA
			MMHG FR
			HGT
CONDUÇÃO () MEDICINA		() OBSERVAÇÃO	() LAUDO PARA AIIH
O P/ Ortopedia de HRTM			
PROTÓCOLO RECEBIDO			
29 ABO 2013			
TERRAÇO SOLADIM, E CORRETORA DE SEGS			
HIPÓTESE DO DIAGNÓSTICO			CID
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS () LABORATÓRIO () RADIOLOGIA () ECG () OUTROS			MÉDICO: S Carimbo e assinatura
SAÍDA DATA/HORA			() ALTA REFERIDA PARA UBS () ÓBITO
ASSINATURA			() INTERNAÇÃO HOSPITALAR

OPF. 088389642 32 SUB: 1400002633B 201-9970421030



837

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA

PARNAMIRIM / RN

Autorizado P/ Drº Bolmar (Ortopedia) Nº 34

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

NOME: Roberto Jerônimo da Silva
IDADE: 60/91 COR: Parda SEXO: F ESTADO CIVIL: Solteiro
NATURALIDADE: Rio de Janeiro PROFISSÃO: Arquiteto PROCEDÊNCIA: Do Rio de Janeiro
ENDEREÇO: Rua Eduardo de Almeida BAIRRO: Centro
CIDADE: Rio de Janeiro DATA: 29/03/19 HORA: 15:02

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 com o eixo do torçor e

EXAME FÍSICO

CONFERE COM ORIGINAL
DATA: 29/03/19
Assinatura: [Signature]

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL Refrane do torçor e



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA
ORTOPEDIA

REGULAÇÃO PORTA ZERO

OBS

[illegible]

EXAMES COMPLEMENTARES

Nx do tornozelo e ADL

Dr. Edimar M. Dantas
CRM-942
Ass. do Responsável
Ortopedia-Traumatologia

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE


<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPIEDIA	<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

*Atender o Gênio +
Tala feno tipo Bote
Interferir 11/operar*

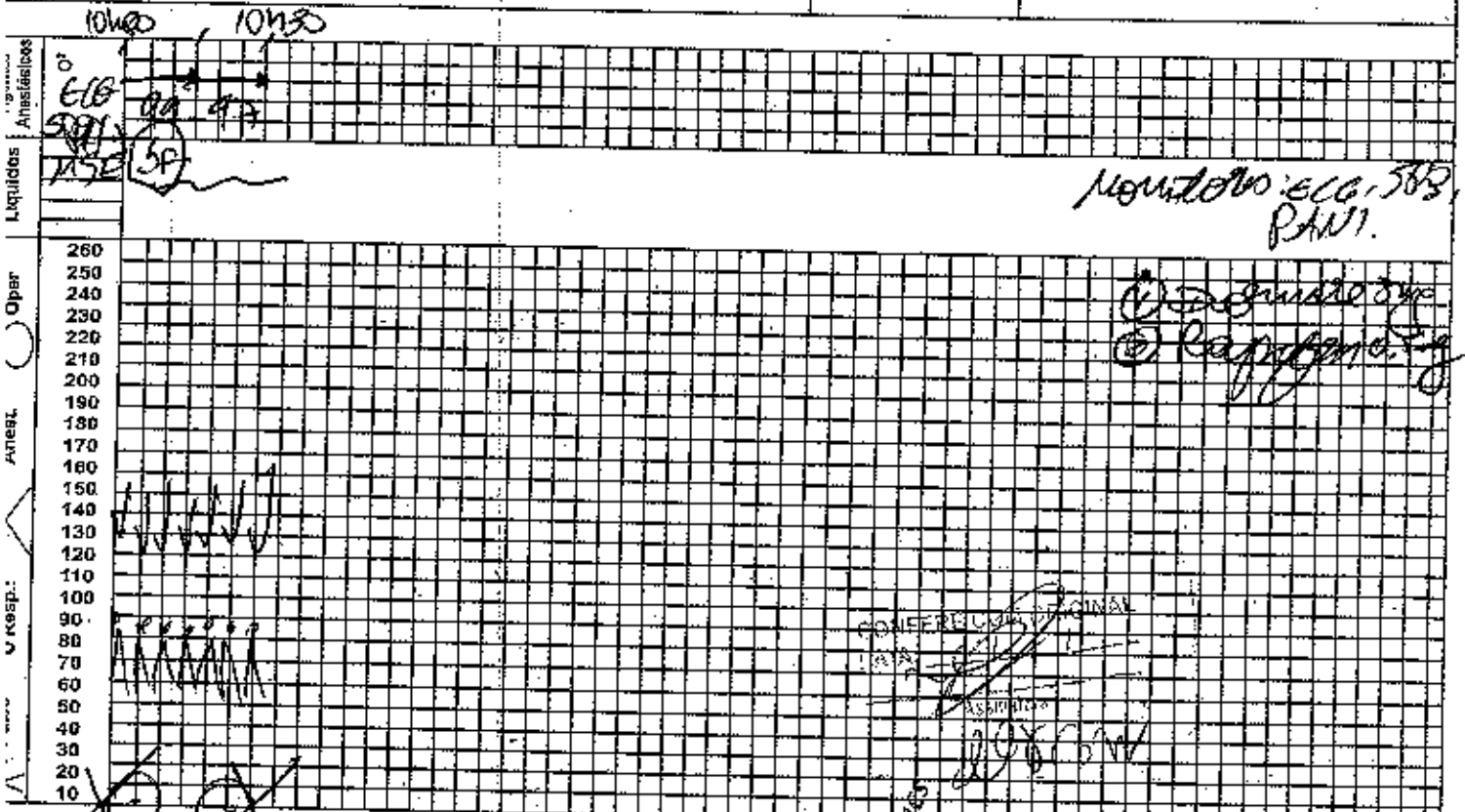
Dr. Edimar M. Dantas
CRM-942
Ass. do Responsável
Ortopedia-Traumatologia

DESTINO DO PACIENTE

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

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital					Enfermaria	Leito	Nº prontuário
Nome <u>José Carlos Sereno da Silva</u>					Idade <u>289</u>	Sexo <u>F</u>	Cor <u>Facada</u>
Data <u>03/06/19</u>	Pressão arterial <u>110x70</u>	Pulso <u>88</u>	Respiração <u>16</u>	Temperatura <u>36°C</u>	Peso <u>54 Kg</u>	Outros <u>ECG 26/000</u>	
Procedimento <u>03/06/19</u>	Hemoglobina <u>4.460.000</u>	Hemoglobina <u>12.78%</u>	Hematócrito <u>42.1%</u>	Glicemia <u>79</u>	Uria <u>36</u>	<u>TP: 0.5 seg TP: 9.1</u> <u>MP: 1.15</u> <u>TPA: 34.1 mg</u> <u>R: 1.24</u>	
p. respiratório <u>MVA simétricas e RA</u>					Asma <u>0</u>	Bronquite <u>0</u>	
p. circulatório <u>ECG 2 T, BNF, A/segno</u>					Electrocardiograma <u>semusal regular</u>		
p. digestivo <u>semal + 8h.</u>					Ap. urinário <u>sem queda</u>		
Estado mental <u>lo TE.</u>					Alergia <u>Nega</u>	Hipotensores <u>Não</u>	
Diagnóstico pré-operatório <u>Exatidão de tomografia</u>					Estado físico <u>184 TE.</u>	Risco <u>baixo</u>	
Anestésicas anteriores <u>Não</u>							
Medicação pré-anestésica					Aplicada às	Efeito	



BOLOS	
E	
ITAÇÕES	
SIÇÃO	
ntes	
nica	<u>sedação</u>
ração	<u>Redução movimento de fratura de tornozelo + gesso.</u>
rgiões	<u>Dr. Henrique Pereira</u>
stesistas	<u>Dr. Wellington Rodrigues</u>
ervações	<u>sem complicações</u>
tar no 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

HEMOTRANSFUSÃO:

() Hemocentrado Unid. () Plasma Unid. () Plaquetas Unid.
() Albumina Unid. () Expansor plasmático Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

h: Vide Boléum do h: anestesiologista h: /
h: / h: / h: /
h: / h: / h: /

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Fisiológico: / ml () Soro Ringer Simples: / ml Quantidade total de volume administrado: 500 ml
() Soro Glicosado: / ml () Soro Ringer Lactato: / ml

ANATOMO PATOLÓGICO

(X) Não () Sim Peça: / Peça para sepultamento: (X) Não () Sim
Swab para cultura: / Líquido: /

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

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

INTERCORRÊNCIAS: Procedimento ocorreu com êxito e sem intercorrências
etc.

Ass: Teó. Exp. Pente Coren: 578.217

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: () Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel (X) O₂ ambiente Curativo: () Oclusivo () Compressivo () Bolsa de
colostomia (X) Outro: Sonolência
Diurese: (X) Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: CNO

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

Hora: 10:35 Data: 03/06/17 Nível de consciência: (X) Acordado () Sonolento (X) Narcose () Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Cateter O₂ (X) O₂ Ambiente
Mobilização MMII: (X) Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: (X) Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não (X) Sim Tipo: AVP Local: / Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim (X) Não Especifique: /
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos
Curativo: (X) Oclusivo () Descoberto (X) limpo () Sujeito Monitorização: () ECG (X) Oxímetro () PA

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

Relate:

SINAIS VITAIS

Hora	TC	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	<u>/</u>	<u>62</u>	<u>/</u>	<u>/</u>	<u>92</u>	<u>CNO</u>
30'	<u>/</u>	<u>74</u>	<u>/</u>	<u>/</u>	<u>97</u>	<u>CNO</u>
60'	<u>/</u>	<u>/</u>	<u>/</u>	<u>/</u>	<u>/</u>	<u>/</u>
Alta	<u>/</u>	<u>/</u>	<u>/</u>	<u>/</u>	<u>/</u>	<u>/</u>

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: / ml
Soro Fisiológico: / ml
Ringer: / ml
Irrigação vesical contínua: / ml

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura
<u>/</u>	<u>/</u>	<u>/</u>	<u>/</u>	<u>/</u>
<u>/</u>	<u>/</u>	<u>/</u>	<u>/</u>	<u>/</u>
<u>/</u>	<u>/</u>	<u>/</u>	<u>/</u>	<u>/</u>
<u>/</u>	<u>/</u>	<u>/</u>	<u>/</u>	<u>/</u>

Eliminações:

	Diurese	Retorno Gast.	Drenagem	Retorno da Irrigação
Recebido da SO	<u>/</u>	<u>/</u>	<u>/</u>	<u>/</u>
Desprezado URPA	<u>/</u>	<u>/</u>	<u>/</u>	<u>/</u>

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: Paciente encaminhada para clínica ortopé-
dica.

Ass: Sayonara Coren: 504067

Nome do paciente

Data operação

Enf.

Leito

Operador

1º auxiliar

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesiologista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Tipo de operação

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- ① Manobra de redução
- ② Bóia gessada

Pedro Ferreira de Melo F.
Ortopedista - CRM 1304
TEOT 1327



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: JOSEFANA JOSEFINA DA SILVA Idade: 28 D/N: 19/01/1991

Pront.: AG58NB Município: ARACUJO Procedência: Interno (Externo)

Data da cirurgia: 03/05/17 Hora Admissão: 09:30 Saída: 10:40 Hora Saída: 54 kg

Alérgias: Não (Sim) Comorbidades: (HAS) (DM) (Outras)

Uso de medicações: Não (Sim) Jejum: (Não) (Sim) rpm FC: 87 bpm SPO₂: 97 % T: 36.5 °C

Enfermeiro(a): TATIANA Instrumentado (a): _____ Circulante: Dr. E. A. Polakovsky

Cirurgia: REDUÇÃO DE INCISÃO DE 12x2 (3) + 6x5 Especialidade: Ortopedia Sala: 02

Hora Início: 10:20 Hora Término: 10:30 Tipo de cirurgia: Electiva (Urgência) (Limpa) (Contaminada) (Infetada)

Is Cirurgião: Dr. Marcos Aux.: Dr. João Neto Residente: _____

Anestesia: (Local) X Sedação () Geral TOT: _____ (Bic. queilo) () Raquidiana Ag. ne _____ () Peridural () c/cateter () s/cateter

Ag. ne _____ Cateter n.º _____ Início: 10:30 Garrote: 10:30 () smarch () Pneumático Início: _____ Término: _____

Anestesiologista: Dr. Wellington

NEUROMUSCULAR

<input checked="" type="checkbox"/>	Consciente
<input checked="" type="checkbox"/>	Letárgico
<input checked="" type="checkbox"/>	Coma
<input checked="" type="checkbox"/>	Orientado
<input checked="" type="checkbox"/>	Desorientado
<input checked="" type="checkbox"/>	Sedado
<input checked="" type="checkbox"/>	Anisoso
<input checked="" type="checkbox"/>	Deambula
<input checked="" type="checkbox"/>	t/dificuldade
<input checked="" type="checkbox"/>	Acumado
<input checked="" type="checkbox"/>	Paraplégico
<input checked="" type="checkbox"/>	Tetraplégico
<input checked="" type="checkbox"/>	Amputações

PELE/HIGIENE

<input checked="" type="checkbox"/>	Normocorada
<input checked="" type="checkbox"/>	Hipocorada
<input checked="" type="checkbox"/>	Cianótica
<input checked="" type="checkbox"/>	Ictérica
<input checked="" type="checkbox"/>	Desidratada
<input checked="" type="checkbox"/>	Integra
<input checked="" type="checkbox"/>	C/lesões
<input checked="" type="checkbox"/>	Sudorese
<input checked="" type="checkbox"/>	Cicatriz cirúrgica
<input checked="" type="checkbox"/>	Higiene Sabonete
<input checked="" type="checkbox"/>	Higiene deficiente
<input checked="" type="checkbox"/>	Manchas
<input checked="" type="checkbox"/>	S/Tricotomia

CARDIOVASCULAR/RESPIRATÓRIO

<input checked="" type="checkbox"/>	Normotensão
<input checked="" type="checkbox"/>	Hipotensão
<input checked="" type="checkbox"/>	Hipertensão
<input checked="" type="checkbox"/>	Normocárdico
<input checked="" type="checkbox"/>	Bradicardia
<input checked="" type="checkbox"/>	Taquicardia
<input checked="" type="checkbox"/>	Choque
<input checked="" type="checkbox"/>	Normoesfágico
<input checked="" type="checkbox"/>	Eupneia
<input checked="" type="checkbox"/>	Dispneia
<input checked="" type="checkbox"/>	Dispositivo O ₂

DISPOSITIVOS

<input checked="" type="checkbox"/>	Jeito <u>MSE</u>
<input checked="" type="checkbox"/>	Acesso V. Central
<input checked="" type="checkbox"/>	Cat. Diálise
<input checked="" type="checkbox"/>	Fístula
<input checked="" type="checkbox"/>	Arteriovenosa
<input checked="" type="checkbox"/>	SNG
<input checked="" type="checkbox"/>	SVD
<input checked="" type="checkbox"/>	Colostomia
<input checked="" type="checkbox"/>	Cistostomia
<input checked="" type="checkbox"/>	Dreno
<input checked="" type="checkbox"/>	Aparelho gessado
<input checked="" type="checkbox"/>	Tração
<input checked="" type="checkbox"/>	Talas <u>MIE</u>

MONITORIZAÇÃO

<input checked="" type="checkbox"/>	ECG
<input checked="" type="checkbox"/>	Oximetria
<input checked="" type="checkbox"/>	Capnografia
<input checked="" type="checkbox"/>	PA
<input checked="" type="checkbox"/>	Estimul. Nerv.
<input checked="" type="checkbox"/>	Dipnifusor
<input checked="" type="checkbox"/>	BIC
<input checked="" type="checkbox"/>	Desfibrilador

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	86	86	84	bpm
Pulso	86	86	84	bpm
Oximetria	97	97	97	%
Capnografia	—	—	—	mmHg
PA	100x66	—	—	mmHg

ACESSOS VENOSOS	
<input checked="" type="checkbox"/>	Punção Arterial
<input checked="" type="checkbox"/>	Punção Venosa Periférica
<input checked="" type="checkbox"/>	Punção Venosa Central
<input checked="" type="checkbox"/>	Dissecção Venosa
<input checked="" type="checkbox"/>	Cateter

SONDAGEM GÁSTRICA	
<input checked="" type="checkbox"/>	SNG n.º
<input checked="" type="checkbox"/>	Retorno
CATETERISMO VESICAL	
<input checked="" type="checkbox"/>	SVF n.º
<input checked="" type="checkbox"/>	SVA n.º
<input checked="" type="checkbox"/>	Diurese
<input checked="" type="checkbox"/>	Profissional responsável:

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

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO			
<input checked="" type="checkbox"/>	Local		
<input checked="" type="checkbox"/>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	
TRICOTOMIA			
<input checked="" type="checkbox"/>	Local		
<input checked="" type="checkbox"/>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	
PLACA - Tipo:			
<input checked="" type="checkbox"/>	Placa - Tipo:		
<input checked="" type="checkbox"/>	Parafuso - Tipo:		
<input checked="" type="checkbox"/>	Outros:		
Drenos:			
<input checked="" type="checkbox"/>	Tela:		
<input checked="" type="checkbox"/>	Cateter:		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ostomia:		
<input checked="" type="checkbox"/>	Rio de KC:		
<input checked="" type="checkbox"/>	Placa - Tipo:		
<input checked="" type="checkbox"/>	Outros:		
ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO			
<input checked="" type="checkbox"/>	Quant. Material:		
<input checked="" type="checkbox"/>	Contagem de gaze e compressa: <input checked="" type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sim
<input checked="" type="checkbox"/>	Val.:		



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

3515188

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

JOSENILDA JERONIMO DA SILVA

6- NUMERO DO PRONTUÁRIO

185818

7- CARTÃO NACIONAL SUS

700 0026 6343 5907

8- DATA DE NASCIMENTO

19/01/1991

9- SEXO

FEMININO

10- RAÇA/COR

PARDA

11- NOME DA MÃE

MARIA DO SOCORRO ROQUE DA SILVA

12- TELEFONE DE CONTATO

988795830

13- NOME DO RESPONSÁVEL

GENITORA

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA EDUARDO BARROCA /SN

16- MUNICÍPIO

RIACHUELO

17- BARRIO

CENTRO

18- UF

RN

19- CEP

59470000

Justificativa da Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura de bumbinho e
nojo

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

limp

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

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRIMÁRIO

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura de bumbinho e nojo

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

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)

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AC. TRÂNSITO

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

38- () AC. TRABALHO TRAJETO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO FILHETE

41- SÉRIE

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGAO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

CONFERE COM ORIGINAL

DATA:

Assinatura

LAUDO MEDICO

A Paciente JOSEILDA FERONIMO DA SILVA,
38 ANOS de idade, AGRICULTORA, CPF 000.379.24-12

HISTÓRICO: Acidente de TRANSITO COM
MOTO, NO DIA 24 OS 30/11, levada ao Hospital
REGIONAL da Serra do Mel, onde recebeu os
primeiros socorros, no dia seguinte foi
encaminhada para o HRM em MOSSORO,
Boletim Nº 50.236/2019.

DIAGNÓSTICO: Fraturas cominadas do
malcólo fibular esquerda, com lesão
capsulo-ligamentares IMPORTANTES
CID, O. S82.4 + S934, de indicação
operatória NÃO realizada.

PROCEDIMENTO: Tratamento
conservador, com tala gessada +
Botas gessadas, sequelas de fratura
malta.

SEQUELAS DEFINITIVAS:

- 1) Tornozelo doloroso, que se exacerba com permanência em pé, agachar-se, erguer-se ou subir degraus.
- 2) Limitação de movimentos de flexão e extensão do pé.
- 3) Perda da capacidade funcional LABORAL e doméstica NA MELHOR estimada em 30%.

2 Mossoro 25 de Setembro de 2019

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **088.389.644-32** 4 - Nome completo da vítima: **Jozeilda Jeronimo da Silva**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAT SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: **Jozeilda Jeronimo da Silva** 6 - CPF: **088.389.644-32**
7 - Profissão: **Agricultora** 8 - Endereço: **Rua Jose L. Leonidoz Maia** 9 - Número: **27** 10 - Complemento: **Casa**
11 - Bairro: **Vila Brasil** 12 - Cidade: **Serra do Mel** 13 - Estado: **RJ** 14 - CEP: **59663-000**
15 - E-mail: **Não possui** 16 - Tel (DDD): **(84) 99827-0066**

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.500,00 ☐ R\$1.501,00 A R\$2.000,00 ☐ R\$2.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (241) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: **Banco Bradesco**

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: **03226** CONTA: **533.506** 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o ressarcimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, recordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(vênase)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - _____ 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____

38 - 1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

PROTOCOLO RECEBIDO

29 AGO 2019

TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.

40 - Local e Data, _____

Jozeilda Jeronimo da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SERRA DO MEL - SERRA DO MEL - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020093/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 26/06/2019 09:35 Data/Hora Fim: 12/07/2019 11:43
Delegado de Polícia: José Vieira de Castro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ateio: Delegacia Municipal de Serra do Mel

Data/Hora do Fato: 24/05/2019 18:15

Local do Fato

Município: Serra do Mel (RN)

Logradouro: ENTRE A VILA RIO GRANDE DO NORTE E A VILA CEARÁ

Bairro: VILA RIO GRANDE

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros

Meio(s) Empregado(s)

Outro(s)

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSENILDA JERONIMO DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Riachuelo

Sexo: Feminino

Nasc: 19/01/1991

Profissão: Agricultor

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria do Socorro Roque da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 002975756

Endereço

Município: Serra do Mel - RN

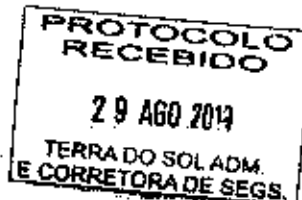
Logradouro: RUA JOSE IÔNIO LEONIDAS MAIA

Nº: 27

Complemento: CASA REBOCADA, NA RUA DAS CASAS DA CAIXA

Bairro: VILA BRASÍLIA

Telefone: (84) 98632-5965 (Celular)



Nome Civil: JOSENILDO GERONIMO DA SILVA (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Riachuelo

Sexo: Masculino

Nasc: 05/12/1985

Estado Civil: Casado(a)

Endereço

Município: Serra do Mel - RN

Logradouro: RUA JOSÉ AIRES DANTAS

Nº: 31

Complemento: CONJUNTO NOVO

Bairro: VILA BRASÍLIA

Telefone: (84) 98610-2339 (Celular)

Nome Civil: JOSIVAN ROQUE DA SILVA (TESTEMUNHA)

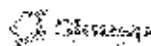
Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Riachuelo

Sexo: Masculino

Nasc: 19/11/1984

Estado Civil: Casado(a)



Delegado de Polícia Civil: José Vieira de Castro
Impresso por: José Vieira de Castro
Data de Impressão: 12/07/2019 11:43
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPa - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SERRA DO MEL - SERRA DO MEL - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020093/2019-A01

Endereço

Município: Serra do Mel - RN
Logradouro: RUA JOSÉ AIRES DANTAS
Complemento: CONJUNTO NOVO
Bairro: VILA BRASÍLIA
Telefone: (84) 98795-7935 (Celular)

Nº: 05

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 323.140.944-68

Renavam 01064051003

Ano/Modelo Fabricação 2015/2015

UF Veículo Rio Grande do Norte

Veículo Aduferado? Não

Situação Envolvido

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa QGC3022

Número do Chassi 951BXXRAXF8002071

Cor VERMELHA

Marca/Modelo MOTO TRAXX JL50Q-8

Quantidade 1 Unidade

Nome Envolvido

Josenilda Jerônimo da Silva

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA INFORMAR QUE NA DATA DE 25/05/19 POR VOLTA DAS 10H30MIN, ESTAVA ÍNDIO DA VIA RIO GRANDE DO NORTE PARA A VILA CEARÁ, QUE PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIU, QUE QUEBROU O TORNÓZELO, QUE FOI SOCORRIDA ATÉ O HOSPITAL DA CIDADE DE SERRA DO MEL, QUE POSTERIORMENTE FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL TARCÍSIO MAIA, EM MOSSORÓ, QUE A COMUNICANTE NÃO POSSUI CNH. RETIFICA QUE O ACIDENTE FOI NO DIA 24/05/2019 POR VOLTA DAS 17H00MIN, QUE O REGISTRO NO HOSPITAL DA CIDADE DE SERRA DO MEL RN, FOI NO DIA 24/05/2019 POR VOLTA 18H15MIN.

ASSINATURAS

José Vieira de Castro

Delegado de Polícia

Nº de Matrícula 2072082

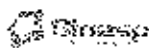
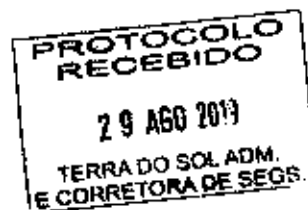
Responsável pelo Atendimento

Josenilda Jerônimo da Silva

Josenilda Jerônimo da Silva

(Comunicante / Vítima)

"Declino para os devidos fins do direito que sou o(a) usuário(a) responsável pelas informações acima fornecidas, e o(a) que poderá responder civil e criminalmente pelo presente declínio, que me obrigou, conforme previsto nos artigos 319 e 320 do Código de Processo Penal de 1961 e 319 e 320 do Código de Processo Penal de 2008."*



Delegado de Polícia Civil: José Vieira de Castro
Impresso por: José Vieira de Castro
Data de Impressão: 12/07/2019 11:33
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Sel
ok



PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA DO MEL/RN
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA Dr. SILVIO ROMERO DE LUCENA

P. M. SERRA DO MEL
DOCUMENTO
COPIA COM
ORIGINAL
M=87
25.06/9

BOLETIM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

DADOS DO ATENDIMENTO		DATA <u>24/05/99</u>	HORA <u>18:15</u>
NOME <u>Amélia Genário da Silva</u>	IDADE <u>28</u>	SEXO <u>F</u>	
DATA DE NASCIMENTO <u>19/01/1971</u>	CARTÃO SUS		
PROFISSÃO <u>Agricultora</u>	RG		
ENDEREÇO <u>V - 131</u>	Nº		
BAIRRO	CIDADE <u>Serra do Mel</u>	ESTADO <u>RN</u>	TELEFONE
NOME DA MÃE	ASS. SERVIDOR		
ACOLHIMENTO: () EMERGÊNCIA () URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () ACIDENTE DE TRABALHO () ACIDENTE DE TRÂNSITO			
ACOLHIMENTO EM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:			
QUEIXAS <u>Doença crônica de 10 anos</u>			
ANTECEDENTES ALÉRGICOS <u>Escorção</u>			
HAS () DM () ASSINATURA		CLASSIFICAÇÃO	
ANAMNESE			
EXAME FÍSICO			
PESO	TEMPERATURA	°C F.C.	PA <u>120 x 90</u> MMHG FR HGT
CONDUTA () MEDIÇÃO () OBSERVAÇÃO () LAUDO PARA DIH			
<u>Valor 200 mg - 17/88</u>			
<u>Diagnóstico</u>			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> PROTOCOLO RECEBIDO 29 AGO 2011 TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS. </div>			
HIPÓTESE DO DIAGNÓSTICO			CID
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS () LABORATÓRIO () RADIOLOGIA () ECG () OUTROS			MÉDICO
SAÍDA DATA/HORA / / ÀS			Carimbo e assinatura
() OUTRA UNIDADE DE URGÊNCIA () ESPECIALIDADE () INTERNAÇÃO HOSPITALAR			