

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: JEANE PEREIRA DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00701-3

CONTA: 000010040479-0

---

Nr. da Autenticação 364E137349C20BCA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190292611

**Cidade:** Santa Cruz

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JEANE PEREIRA DOS SANTOS

**Data do acidente:** 29/09/2018

**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DA PATELA ESQUERDA. FRATURA FECHADA SEGMENTAR DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO.

**Descrição do exame físico:** A VÍTIMA REFERE DOR NA COXA ESQUERDA, COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR E AGACHAR. AO EXAME, PRESENÇA DE MARCHA CLAUDICANTE, SEM EDEMA LOCAL. CICATRIZES CIRÚRGICAS EM FACE LATERAL DA COXA ESQUERDA DE CERCA DE 35 CM E FACE ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO DE CERCA DE 6 CM. HIPOTROFIA MUSCULAR DA PANTURRILHA À ESQUERDA. ADM DA FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO DE 0º-40º. SEM DANO NEURO-VASCULAR DO SEGMENTO ACOMETIDO.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA EXPOSTA DA PATELA ESQUERDA, COM DESBRIDAMENTO E SUTURA DE PARTES MOLES. TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO COM TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA. APÓS 17 DIAS DO SINISTRO, REALIZOU TRATAMENTO CIRÚRGICO DEFINITIVO COM OSTEOSÍNTESE DO FÊMUR ESQUERDO COM PLACA E PARAFUSOS, ALÉM DE IMPLANTE DHS EM REGIÃO TRANSTROCANTÉRICA IPSOLATERAL. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MIE. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do joelho esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 28/05/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



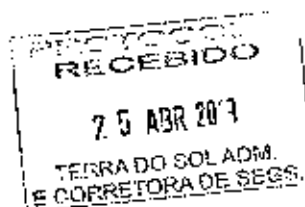
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 /RN

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fizerem necessários, que foi encontrado a ocorrência Nº 92553/1 referente ao paciente **JEANE PEREIRA DOS SANTOS** atendido pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN, no dia 29/09/2018 SANTA CRUZ/RN. Conforme ficha anexa.

23 de abril de 2019.

Ubiratan Wagner de Sousa  
Coordenador da Regulação Médica do SAMU 192 RN  
MAT.210991-3



## FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 92553/1

Data: 29/09/2018

## CHAMADO

TARM: FABIOLA DE SOUZA RODRIGUES

Médico Regulação: THIAGO ALEXANDRE MACEDO DE AZEVEDO

Rádio Operador: GHUTEMBERG DIAS FERREIRA

Médico Cena: CLÁUDIO AUGUSTO CÂMARA DE MACEDO

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 38 (SANTA CRUZ)

Equipe VTR: JOSÉ SANDOVAL DE LIMA FILHO - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA  
ELYDA MAYNARA SOARES DA SILVA - TÉCNICO DE ENFERMAGEMREGULAÇÃO  
MÉDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

QUEDA DA  
LIGAÇÃOCONTATO COM EQUIPE  
SAMU

TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: SANTA CRUZ

Nome do Solicitante: ALDEMIR

Telefone: (84) 99800-1529

Nome do Paciente:

JEANE PEREIRA DOS SANTOS

Idade: \*

30 ANO(S)

Sexo: \*

FEMININO

Endereço: ZONA RURAL- SÍTIO CALÇARINHA

Nº: VP

Bairro:

Outro Bairro: COMUNIDADE CALÇARINHA

Referência/Complemento: PROX; AO BAR DO PAULISTA E PRÓX AO AVEÁRIO DE ZETO

Unidade de Destino Transferência: HOSP. REGIONAL ALUISIO BEZERRA

Observações Rádio Operador: PACIENTE ENTREGUE AOS CUIDADOS DO DR CARLOS RÉGIS NO HOSPITAL LOCAL DE SANTA CRUZ

Queixa Primária: QUEDA DE MOTO

Quem Solicitou:

Distância do paciente:

Local:

Histórico Regulação Médica:

29/09/2018 17:39:20 - Dr(a). THIAGO ALEXANDRE MACEDO DE AZEVEDO

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE MOTO X MOTO

REGULAÇÃO: COLISÃO MOTOXMOTO COM 01 PCT COM PROVAVEL FRATURA DE FEMUR, CONSCIENTE.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHA

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

Apoio:

## OBSERVAÇÕES

Data: 29/09/2018 17:43:29 Usuário: (RADIO OPERADOR) ALESSANDRA KARINA FREIRE DE MEDEIROS

Observação: Controle de frota: USB38 ENVIADA SAÍU DO PA

Data: 29/09/2018 19:16:08 Usuário: (MÉDICO) CLÁUDIO AUGUSTO CÂMARA DE MACEDO

Observação: PACIENTE REMOVIDA NA USB DO PROPIOS HOSPITAL

Data: 29/09/2018 19:22:21 Usuário: (RADIO OPERADOR) GHUTEMBERG DIAS FERREIRA

Observação: Controle de frota: PACIENTE ENTREGUE AOS CUIDADOS DO DR CARLOS RÉGIS NO HOSPITAL LOCAL DE SANTA CRUZ

## HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:  
29/09/2018  
17:37:29Saída Local:  
29/09/2018  
18:25:00Regulação Médica:  
29/09/2018  
17:39:20Chegada Destino:  
29/09/2018  
18:35:00Solicitação VTR:  
29/09/2018  
17:40:20Liberação Destino:  
29/09/2018  
19:22:18Saída VTR:  
29/09/2018  
17:43:20Liberação VTR:  
29/09/2018  
19:22:19Chegada Local:  
29/09/2018  
17:58:00

Observação do Apoio:

CONDUTA

☐ Remoção

SEMI-ALCO / TRANSPARENÇA

☐ Aguardando Vaga

Estabelecimento:

SANTA CRUZ - HOSP. REGIONAL ALUISIO BEZERRA

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE --

H. ligação ao serv. prop.:

F:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

☐ Vaga Negada

☐ Vaga Zero

Motivo da entrada:

Ass:

PERTENCER

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixar os pertences:

Data:

Ass:

ACIDENTE DE TRABALHO

☐ Sim ☐ Não

VIOLÊNCIA A VULNERÁVEL

☐ Sim ☐ Não



**CNPJ 08.358.889/0001-95**

NOME: Leone Pereira do Santos

## SINAIS VITAIS

DATA DE NASC.: 06/02/98 CPE: RG: 2740401

FILIAÇÃO: Rosilene Pereira dos Santos

Nº CARTÃO SUS: 700 1009 1010 5512

ENDERECO: S/170 Benito

CIDADE: SE. A. PROFISSÃO: ACADEMICO

SEXO: M( ) F( ) IDADE: 30 ESTADO CIVIL: Solteiro

DATA: 20/10 HORA: 2840v Nº 4

TA \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mmHg

TEMP.: \_\_\_\_\_ C°

RESP.:\_\_\_\_\_hpm

PULSO: \_\_\_\_\_ppm

**PESO:\_\_\_\_\_Kg**

## CONDUTA

## PRESCRIÇÃO

## HORÁRIO

**CHECAGEM**

W 7 front 125 1/2 in row  
me 10, me 40, 120 in h  
15 Don 20 R. 12 MJE  
110 In h 53 in row, 12,  
20 1/2 120 1/2 12

RECEBIDO

25 APR 20 3

TERRA DO SOL ADM.  
E CORRETORA DE SEGS.

U.S. DEPT. OF JUSTICE  
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION  
WASHINGTON, D.C. 20535

W. Form 3/8, 9/1.

Q. 2.1.  $\sqrt{2}$  is the 2nd term

③ 120 x 148

CONFERE COM O ORIGINAL / over + 1 cop. s/ 20, 20.

**CONFETTI COLORE ORIGINALI**

Em. # 419148

Robinson A. Leites  
Rua São Francisco da Silveira

Assistente Social  
GRESSO 3000

THE UNITED STATES  
DEPARTMENT OF JUSTICE  
WASHINGTON, D. C. 20535

19:25

2





BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 50503 /2018

Admissão: 29/09/2018 21:58:49

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 94955 - JEANE PEREIRA DOS SANTOS (30 a 7 m 23 d)

Nascimento: 06/02/1988 Natural: SANTA CRUZ, BRASIL

Sexo: F Cor: SEM  
INFORMACAO

CNS: 700109910105512

CPF: 07317005460

Prof:

Mãe: ROSILENE PEREIRA DOS SANTOS

Pai:

Logradouro: TANQUINHOS, 1

CEP: 59200000

Bairro: SANTA CRUZ

Cidade: SANTA CRUZ

Telefone: 84 99173718

Compl:

Motivo: CONSULTA DE URG/EMERGENCIA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. INTERIOR

\*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 29/09/2018 21:55:48				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISÃO MOTO/MOTO, FRATURA DE FEMUR.

Hora: \_\_\_\_\_

*Admitido moto "moto" via 16h, com perda de consciência  
ou vômitos. Em sala de emergência. Sem trauma físico ou  
abdominal.*

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A *Valor em avaliação*

B *Exame físico, WBC, hemograma*

C *Exame físico, pulso, amplitude de movimento, flexão, extensão*

D *Exame físico*

E *Exame físico em joelho (E)*

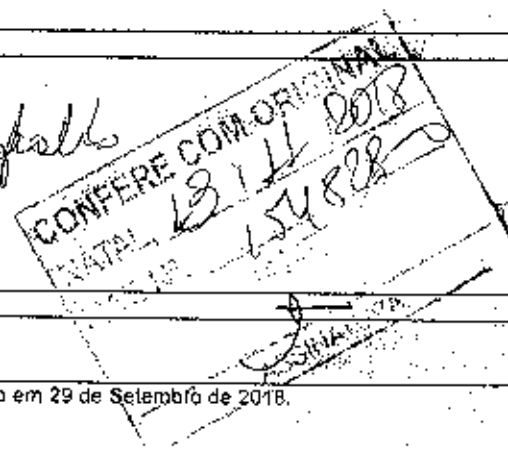
OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Rx de femur com nódulo de fratura*

\*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Pé direito*





## EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALERGIAS) NENHUMAM(MEDICAÇÃO EM USO) ROGP(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) NENHUMAL(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS) NENHUMAA(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA) UM FOLHETOV (PASSADO VACINAL) DOENÇA

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMARIA@MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

VAT

ALTO DO CERVIC

Heitor Araújo de Andrade  
Cirurgião Geral  
CRM-RN-8258

Ordem de Vacinas e Antibióticos  
no 443

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

BWF

HORA: 22:05

DATA: 29/09/18

ESPECIALISTA 2

QZS RST

HORA: 22:05

DATA: 27/09/18

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DESTINO DO PACIENTE:

DATA

HORA

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

ÓBITO: DATA / / HORA

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

João Roberto

Vítima de Acidente  
de trânsito, com  
Fratura do fêmur  
e com uso de  
o corrimão de apoio

29/9/18

At. Municipal de Saúde  
SANTA CRUZ  
29/09/2018

**PARE DE FUMAR, OU O MUNDO PARA DE RESPIRAR**

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL 13/11/2018  
MATER. FIS. 1548  
[Assinatura]

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1 - AVALIE A RESPOSTA DA VÍTIMA. 2 - PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA LIGUE 192. QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAIS E PEÇA UM DESFIBRILADOR (DEDA). 3 - ABRAJA VÍTIMA. 4 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR). 5 - SE ABREJA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESCATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVULA, MÁSCARA). 6 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO OU FEMURAL (IRREGULAR EM LACTENTE). 7 - SE PULSO AUSENTE, INICIE COMPRESSIONES TORÁCIAS. 8 - INICIE O RITMO. 9 - RITMO CORRETO: APLIQUE 1 CICLO DE 30:2. 10 - RITMO NÃO CORRETO: REINICIE RCP. 11 - AVALIE O RITMO A CADA 5 CICLOS. 12 - PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR. 13 - COLOQUE A VÍTIMA EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO.

# ANAMNESE

Acidente com lesão de cabeça e tórax, no momento da ocorrência.

## EXAME FÍSICO

sem alterações físicas locais.

## IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

no momento da ocorrência.

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

## LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

## OUTROS

## CONDIÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

1) Lesão de cabeça e tórax.  
2) Lesão de cabeça e tórax.  
3) Lesão de cabeça e tórax.  
4) Lesão de cabeça e tórax.  
5) Lesão de cabeça e tórax.  
6) Lesão de cabeça e tórax.

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Bruno B. de Souza  
Residente em Cirurgia e Traumatologia  
Rua: ...  
DDD: ...

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

## ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA DE GLASGOW	
Abertura ocular (AO)	
Olfos se abrem espontaneamente.	4
Olfos se abrem ao comando verbal. (Não confunde com o comando de uma pessoa exteriorizada, se assim for marque 4, e não 3.)	3
Olfos se abrem por estímulo doloroso	2
Olfos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (RV)	
Orientado (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre tempo, local, situação, etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras incoerentes (Não entende, mas não há palavras desconhecidas)	3
Sons incoerentes (Ouvindo sem entender palavras)	2
Assente.	1
Melhor resposta motora (RM)	
Obedece a ordens verbais. (Responde corretamente às ordens verbais)	6
Localiza e responde a dor.	5
Reflexo de retirada a dor.	4
Reflexo de flexão a dor (Desobediência)	3
Reflexo de extensão a dor (Desobediência)	2
Sem resposta motora.	1
Total	

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS"	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4
	9-12 = 3
	8-7 = 2
	6-5 = 1
	4-3 = 0
FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20 = 4
	9-20 = 3
	6-8 = 2
	5-4 = 1
	3-2 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90 = 4
	70-89 = 3
	50-69 = 2
	40 = 1
	30 = 0

## CLASSIFICAÇÃO DO TCC (ATLS 2004)

01 - 05 grave (necessidade de intervenção imediata)  
06 - 09 moderado  
10 - 15 leve

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

A escala de coma aplicada a 10 minutos classifica a lesão de acordo com as seguintes definições:				
SEM DDR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
1	2	3	4	5

"Escala de Triagem Revisada (RTS): com índice de sobrevivência para pacientes de trauma lesado. Referência: A Study of the RTS. Scale. W.J. Copay, et al. J. Trauma 1994;36:224-228.

VIA NESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUÇÃO PRIMÁRIA: MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE: *Prospecção* Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: DATA: / / HORA:

SAÍDA: DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:

ÓBITO: DATA: / / HORA: I.T.E.P. ☐

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

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação.

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: DATA: / / HORA:

SAÍDA: DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:

ÓBITO: DATA: / / HORA: I.T.E.P. ☐

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

DESACAK



Nome: **JEANE PEREIRA DOS SANTOS**

Leito: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Nº Registro: \_\_\_\_\_

**HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS**

Data: **30/09/18** Hora: \_\_\_\_\_

**03:40 hrs** Paciente com história exposta de pedala e fechada de punho ~~exposta~~ <sup>apresenta</sup> a sequencia para chegar para o centro emerg. Perdeu o ritmo quando de uma vez chegou chegou por falta de equipe para em CC.

*[Signature]*  
COORDENADOR DE SERVIÇOS  
DE ATENDIMENTO EM EMERGÊNCIA  
FONE 3333

**30/09/18** Paciente chegou de ambulância com pedala e fechada de punho e sequencia para chegar para o centro emerg. Perdeu o ritmo quando de uma vez chegou chegou por falta de equipe para em CC.

**COMITÊ COM OPORTUNIDADE**  
**13/11/2018**  
**15/08/2018**

**Dr. Antônio Araújo**  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Pê e Tornozelo  
Clínica de Reconstrução  
FONE 3333 1801-1802

## IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório:

Indicação terapêutica:

Urgência ( ) Eletiva ( )

## INTERVENÇÃO

Data:

Início:

Término:

Duração:

Operador:

Dr. Antônio Araújo

CRM/CRO:

1º Auxiliar:

Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Pé e Tornozelo  
Cirurgia de Reconstrução

CRM/CRO:

2º Auxiliar:

CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista:

CRM/CRO:

## RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- 1) Verificar o diagnóstico de fratura de fêmur.
- 2) Realizar o diagnóstico de fratura de fêmur.
- 3) Realizar o diagnóstico de fratura de fêmur.
- 4) Realizar o diagnóstico de fratura de fêmur.
- 5) Realizar o diagnóstico de fratura de fêmur.
- 6) Realizar o diagnóstico de fratura de fêmur.
- 7) Realizar o diagnóstico de fratura de fêmur.
- 8) Realizar o diagnóstico de fratura de fêmur.
- 9) Realizar o diagnóstico de fratura de fêmur.
- 10) Realizar o diagnóstico de fratura de fêmur.

Dr. Antônio Araújo  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Pé e Tornozelo  
Cirurgia de Reconstrução

Coleta de material anátomo-patológico: ( ) NÃO ( ) SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: ( ) NÃO ( ) SIM QUAL?

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sarrinho



HORÁRIO / ASSINATURA

7:12

152

NOME

D. NASCIMENTO

PRESCRIÇÃO

DATA

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005



15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005

15/01/2005



TEL: 99417  
3778

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

MOB: ROSILENE PEREIRA DOS SANTOS

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº

24

NOME: JEANE PEREIRA DOS SANTOS

IDADE: 06/02/1988 = SEXO: F ESTADO CIVIL: SOLT.

NATURALIDADE: STA CRUZ PROFISSÃO: AGRIC PROCEDÊNCIA: =

ENDEREÇO: SÍTIO TANQUINHOS 03 BAIRRO: ZONA RURAL

CIDADE: STA CRUZ DATA: 13/10/2018 HORA: 16:39

### 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)

fratura do fêmur do fêmur (E)  
há 15 dias após queda de

EXAME FÍSICO

noto

BPP, sem déficit neurológicos

### SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO
				096921-4		
				CONFIRMAÇÃO		
				de rotina		
				5.15.00		

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura do fêmur do fêmur (E)



## EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

## 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"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUÇO-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

*Internado para tratamento  
cirúrgico*

DR. DIOGO F. TORQUATO  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-RN 6770/TEOT 14133

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	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____ HORA _____ A FAMÍLIA <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/>	A REVELIA <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: JEANE PEREIRA DOS SANTOS Idade: 30 D/N: 06/02/1988  
Pront.: 162758 Município: SANTA LUZ Procedência: ☒ Interno ( ) Externo  
Data da cirurgia: 16/10/18 Hora Admissão: Bloco: 07:50 Sala: \_\_\_\_\_ Hora Salda: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
Alergias: ☒ Não ( ) Sim Comorbidades: ( ) HAS ( ) DM ( ) Outras \_\_\_\_\_  
Uso de medicações: ☒ Não ( ) Sim Jejum: ( ) Não ☒ Sim  
SSW Admissão: PA: \_\_\_\_\_ mmHg Pulso: \_\_\_\_\_ bpm FL: \_\_\_\_\_ rpm FC: \_\_\_\_\_ bpm SpO2: \_\_\_\_\_ % T: \_\_\_\_\_ °C

Enfermeiro(a): LEIANE Instrumentador(a): Alaine Fernandes Circulante: Deilene

Cirurgia: TTI Fratura de fêmur + fratura de tíbia Especialidade: Ortopedia Sala: \_\_\_\_\_  
Hora Início: 08:44 Hora Término: 11:20 Tipo de cirurgia: ☒ Eletiva ( ) Urgência ( ) Limpa ( ) Contaminada ( ) Infectada  
1º Cirurgião: DR. Roussim Aux: DR. Marcelo Residente: \_\_\_\_\_

Anestesia: ( ) Local ☒ Sedação ( ) Geral TOT: \_\_\_\_\_ ( ) Bloqueio ☒ Raquidiana Ag.º 25 ( ) Peridural ( ) Cateter ( ) s/cateter  
Ag.º \_\_\_\_\_ Cateter nº \_\_\_\_\_ Início: 08:40 Garrote: ☒ Smarch ( ) Pneumático: Início: 08:40 Término: 08:41  
Anestesiologista: DR. Rona

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotenso	<input type="checkbox"/> Jelco	<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"/> Fistula	<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 checked="" type="checkbox"/> Integra	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Diprífusor
<input checked="" type="checkbox"/> Ansioso	<input type="checkbox"/> C/lesões cutâneas	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> BIC
<input checked="" type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> Colestomia	<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"/> _____
<input checked="" type="checkbox"/> Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input type="checkbox"/> Eupneia	<input type="checkbox"/> Drenos	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Aparelho gessado	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Tetraplégico	<input type="checkbox"/> Manchas	<input type="checkbox"/> Dispositivo O2	<input type="checkbox"/> Tração	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Amputações	<input type="checkbox"/> STricotomia		<input type="checkbox"/> Talas	<input type="checkbox"/> _____

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unidade
FC	<u>117</u>	<u>97</u>	<u>92</u>	Bpm
Pulso	<u>88</u>	<u>96</u>	<u>94</u>	Bpm
Oximetria	<u>94</u>	<u>98</u>	<u>99</u>	%
Capnografia	—	—	—	%
PA	<u>131/90/35</u>	<u>131/86</u>	<u>131/86</u>	mmHg

ACESSO VENOSO	POSICAO	COXIM	MMSS
Punção Arterial	<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input type="checkbox"/> Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
Punção Venosa Periférica	<input type="checkbox"/> Ventral	<input type="checkbox"/> Pescoço	<input type="checkbox"/> Abduzidos
Punção Venosa Central	<input type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Flexos
Dissecção venosa	<input type="checkbox"/> Lateral	<input checked="" type="checkbox"/> Lombax	<input type="checkbox"/> MMII
Local: <u>BR</u>	<input type="checkbox"/> Trendemburg	<input type="checkbox"/> _____	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
Cateter: _____	<input type="checkbox"/> Carvete	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Abduzidos
	<input type="checkbox"/> Proclive	<input type="checkbox"/> _____	<input checked="" type="checkbox"/> Flexos

SONDAGEM GÁSTRICA	PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA
SNG	<input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não ( ) Metal ( ) Descartável	<input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não	( ) Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Retorno: _____	Local: <u>M.E.E</u> Solução: <u>O.44 mg/ml</u>	Local: _____	Local: _____
CATETERISMO VESICAL	SUPLANTE CIRÚRGICO		
SVE nº _____ SVA nº _____	Drenos: _____		
Diurese: _____	Fora: _____		
Profissional responsável: _____	Cateter: _____		
	Ostomia: _____		
	Fio de KC: _____		
	Placa - Tipo: _____		
	Outros: _____		

EXAMES SOLICITADOS	ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
<input checked="" type="checkbox"/> Hemograma	Caixa cirúrgica: <u>busien + pen + nador</u> Quant. Material: <u>caixa 3.5</u>
( ) Coagulograma	Val: _____ Contagem de gaze e compressa: ( ) Não ( ) Sim
( ) Tipagem Sanguínea	
( ) Glicosimetria	
( ) Radioscopia (Raf. X)	



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

2- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

JEANE PEREIRA DOS SANTOS

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

162758

7- CARTÃO NACIONAL SUS

700 1000 1010 5512

8- DATA DE NASCIMENTO

06/02/1988

9- SEXO

FEMININO

10- RAÇA/COR

11- NOME DA MÃE

ROSILENE PEREIRA DOS SANTOS

12- TELEFONE DE CONTATO

999173718

13- NOME DO RESPONSÁVEL

RITA DE CÁSSIA

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

SL TANQUINHOS 3

16- MUNICÍPIO

SANTA CRUZ

17- BAIRRO

ZONA RURAL

18- UF

RN

19- CEP

58200000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura do fêmur do fêmur (C)

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento cirúrgico

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

Rodopgráfico

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRIMÁRIA

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procedimento Solicitado

28- CÓDIGO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO DO ESTABELECIMENTO 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

38- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO SILHETE

41- SÉRIE

37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBO

38- ( ) AC. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- CO3, ORGÃO 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)

Assinatura e Carimbo do Profissional Autorizador  
Dr. Marcos F. Torquato  
Cirurgião Geral  
CRM 6707/5074433

Hospital <b>H.D.M.L</b>				Enfermaria		Leito		Nº prontuário																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Nome <b>jeane Pereira dos santos</b>						Idade <b>30a</b>		Sexo <b>F</b>		Cor																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
Data <b>16.10.18</b>		Pressão arterial		Pulso		Respiração		Temperatura		Peso																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
Tipo sanguíneo		Hemáticas		Hemoglobina		Hematócrito		Glicemia		Uréia																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
		Urina																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Ap. respiratório								Asma		Bronquite																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
Ap. circulatório								Eletrocardiograma																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Ap. digestivo				Dentes		PESCOÇO		Ap. urinário																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Estado mental <b>Consciente e orientada</b>				Atarácicos		Corticóides		Alergia		Hipotensores																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
Diagnóstico pré-operatório <b>Fratura de fêmur</b>								Estado físico <b>Bom</b>		Risco <b>ASA-II</b>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
Anestesias anteriores																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Medicação pré-anestésica						Aplicada às			Efeito																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">Agentes Anestésicos</td> <td>50%</td> <td>R</td><td>S</td><td>R</td><td>S</td><td>P</td><td>S</td><td>R</td><td>S</td><td>R</td><td>S</td> </tr> <tr> <td>50%</td> <td>9</td><td>8</td><td>9</td><td>8</td><td>9</td><td>8</td><td>9</td><td>8</td><td>9</td><td>8</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Líquidos</td> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td rowspan="12">Oper</td> <td>260</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr><td>250</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>240</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>230</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>220</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>210</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>200</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>190</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>180</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>170</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>160</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>150</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td rowspan="12">Anest.</td> <td>140</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr><td>130</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>120</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>110</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td rowspan="12">P Pulso</td> <td>20</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>												Agentes Anestésicos	50%	R	S	R	S	P	S	R	S	R	S	50%	9	8	9	8	9	8	9	8	9	8	Líquidos																							Oper	260											250											240											230											220											210											200											190											180											170											160											150											Anest.	140											130											120											110											100											90											80											70											60											50											40											30											P Pulso	20											10																																																																																																																								
Agentes Anestésicos	50%	R	S	R	S	P	S	R	S	R	S																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
	50%	9	8	9	8	9	8	9	8	9	8																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Líquidos																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Oper	260																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	250																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	240																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	230																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	220																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	210																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	200																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	190																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	180																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	170																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	160																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	150																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Anest.	140																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	130																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	120																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	110																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	100																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	90																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	80																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	70																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	60																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	50																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	40																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	30																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
P Pulso	20																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	10																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
SIMBOLOS		midazolam - 01 Amp				Dexametasona - 01 Amp																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
E		Fentanyl - 01 Amp				Dipirone - 02 Amp																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
ANOTAÇÕES		Procaina P - 01 Amp				Paracetamol - 01 Amp																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
		Diprongo, zupril - 01 Amp				Ondansetrona - 01 Amp																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
POSIÇÃO		Decúbito dorsal																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Agentes		Níocaina perada + Diprongo																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Técnica		Bloqueio subaracnóide																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Operação		TTO. Cirurgias da fratura de fêmur																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Cirurgiões		Dr. Hausmann + Dr. Marcelo Sobrinho																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Anestesistas		Dra. Rosa Valle + Dra. Joana Tomasi																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Observações		Sem intercorrências																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 073.170.054-60 Nome completo da vítima: JEANE PEREIRA DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSCP Nº 445/2012

Nome completo: JEANE PEREIRA DOS SANTOS CPF: 073.170.054-60

Profissão: AGRICULTORA Endereço: 91700 TAMOINHOS Número: 3 Complemento: CASA

Bairro: ZONA RURAL Cidade: SANTA CRUZ Estado: RN CEP: 59.200-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): 84.98738-7462 ou 84.98945-4125

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0701 3 CONTA: 40.479 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(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 e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 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 (assinalar 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 prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, 4º, 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ 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 dente, 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.

Impressão: \_\_\_\_\_ Local e Data: Santa Cruz 29/04/19

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Jeane Pereira dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Maria Edileide da Silva

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Gov. 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: 9ª DELEGACIA REGIONAL - SANTA CRUZ  
Endereço: RUA JOAQUIM ROGÉRIO, 270, DNER, SANTA CRUZ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019079000632

1.2 Data de Expedição: 07/04/2019 11:36:19

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.4 Ulogou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 29/09/2018 17:30:00

2.2 Autoria: Desconhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Rural

2.7 Logradouro: ESTRADA CARROÇAL QUE LIGA A CIDADE DE SANTA CRUZ AO SÍTIO TANQUINHO/RN

2.8 Número: 00

2.9 CEP:

2.10 Complemento:

2.11 Ponto de Referência:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS

2.13 Cidade: SANTA CRUZ

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JEANE PEREIRA DOS SANTOS

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: SEVERINO TARGINO DOS SANTOS

3.5 Etnia: Parda

3.6 Mãe: ROSILENE PEREIRA DOS SANTOS

3.7 Sexo: FEMININO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF:

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 06/02/1986

3.13 Profissão: AGRICULTORA

3.14 RG: 2740421

3.15 Telefone(s): 84 987387962

3.16 Passaporte:

3.17 Número: S/N

3.18 Naturalidade: SANTA CRUZ/RN

3.19 Bairro: ZONA RURAL

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: SÍTIO TANQUINHOS

3.23 Cidade: SANTA CRUZ

3.24 CEP:

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 INCLUIDOS ACUSADOS)

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: \*\*\*\*\*34336

7.1.4 Renavam:

7.1.5 Placa: MYK3133

7.1.6 Estado:

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: POP100

7.1.9 Ano do Modelo: 2007

7.1.10 Ano de Fabricação: 2007

7.1.11 Cor do veículo: PRETA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

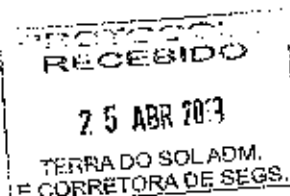
7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: MARIA EDILEIDE DA SILVA

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor: JEANE PEREIRA DOS SANTOS

7.1.18 Observações:



8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA A COMUNICANTE/VÍTIMA PARA NOS RELATAR QUE TRAFEGAVA PILOTANDO A REFERIDA MOTOCICLETA CITADA QUANDO VINHA DO SÍTIO TANQUINHOS PARA A CIDADE DE SANTA CRUZ FOI COLIDIDA DE FRENTE COM OUTRA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA, QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELA SAMU E LEVADA PARA O HOSPITAL REGIONAL ALUIZIO BEZERRA NESTA CIDADE E LOGO ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL MONSENHOR WILFREDO GURGEL NA CIDADE DE NATAL/RN E DEPOIS DE 15 (QUINZE) DIAS FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES NA CIDADE DE PARNAMIRIM/RN POR ONDE PASSOU POR CIRURGIA. NADA MAIS DISSE.

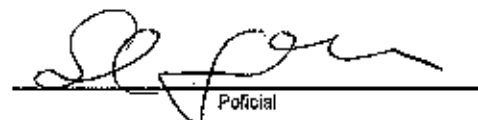
9.2 Informações do CIOSP

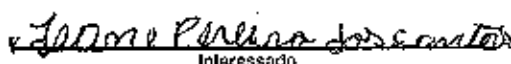
10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data: 07/04/2019 11:36:19

  
Policial

  
Interessado



Atendimento: 1573551 - SEBASTIÃO JUDSON DA SILVA

Impresso por: 1573551 - SEBASTIÃO JUDSON DA SILVA em 07/04/2019 11:36:28

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

2019079000632