

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: LUCIANO RIBEIRO DE MORAIS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00035

CONTA: 000000239090-9

---

Nr. da Autenticação 6C4AD45A91CD2069

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190506942 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUCIANO RIBEIRO DE MORAIS **Data do acidente:** 25/03/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PG 6 - FOLHA DE CIRURGIA  
@PG 20

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## 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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 15714 /2019

Admissão: 25/03/2019 15:59:20

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 120561 - LUCIANO RIBEIRO DE MORAIS (44 a 10 m 12 d)

Nascimento: 13/05/1974 Natural: PICOS, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 700008117351700

CPF: 02908051478

Prof:

Mãe: RAIMUNDA SILVA DE MORAIS

Pai:

Logradouro: HORACIO ROSA, 548

CEP: 59114080

Bairro: NOSSA SENHORA DA

Cidade: NATAL

APRESENTAÇÃO

Telefone: 84 988191964

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: FAMILIA

Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 25/03/2019 15:50:49

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISAO MOTO MOTO REFERI DOR MID

Hora: 16:10h

Acidente vindo por muito próximo, desatrolando e auxílio de mulhetas, vítima ferida de moto, e capote, não houve de consciência. Ocorrência de dor pelo acidente.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A Vias livres

B MV@ biat

C Estável

D ECGIT

E Dor e papisco pelo D e mobilização

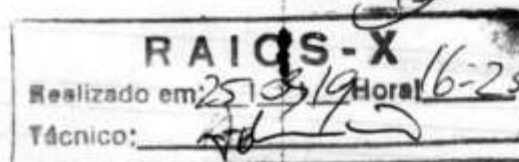
OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Ator lesões, feridas, molhos  
ferir no tórax

\*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

fratura fêmur



## EXAME FÍSICO (GUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALERGIAS) negaM(MEDICAÇÃO EM USO) negaP(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) nega

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA) via públicaV(PASSADO VACINAL) desatualizada

## EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

RX tórax D. perna D  
 Ar e perfil  
 Dra. Bruna F. dos Santos  
 Coloproctologia  
 CRM 1577

## CONDUTA PRIMÁRIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

1) VAT

2) dist. CG  
 Dra. Bruna F. dos Santos  
 Coloproctologia  
 CRM 1577

## LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

Ortopedia

HORA:

DATA: 25.03.19

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

## DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

HORA

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

OBITO: DATA / / HORA

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

25/03/19 Ontopidex  
 Adulterio informado  
 Batina de Plasto T. bic/ A  
 IV MID e altu EP

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Tata creopndat  
 Dobferas 75 ml

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONFERE COM ORIGINAL  
 NATAL 26/04/19  
 MAT. N.º 1520873  
 SAME  
 CF  
 ASSINATURA

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

NIR

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica ☐À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐S.V.O. ☐I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica ☐À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐S.V.O. ☐I.T.E.P. ☐



# ATENDIMENTO ESPECIALIZADO

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

CASO O ESPAÇO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE, UTILIZE IMPRESSOS PRÓPRIOS DO HOSPITAL, REQUISIÇÃO DE EXAMES, FOLHA DE PRESCRIÇÃO E ANEXE O BOLETO.

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1 - AVALIE A RESPOSTA DA VÍTIMA; 2 - PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAL); 3 - ABRAJA VÍTIMA; 4 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR); 5 - SE APNÉIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA VALVA MÁSCARA); 6 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO OU FEMURAL (BRAQUIAL EM LACTENTE); 7 - SE PULSO AUSCULTADO, INICIE COMPRESSÕES TORÁCIAS (100/MIN (PROPORÇÃO 30/2) ATÉ CHEGADA DO DEAC); 8 - IDEIA DISPONÍVEL: AVALIE O RITMO; 9 - RITMO CHOCÁVEL: APLIQUE 1 CHOQUE 360 J (OU 200 J EM LACTENTE); 10 - RITMO NÃO CHOCÁVEL: REINICIE RCP (30/2); 11 - AVALIE O RITMO A CADA 5 CICLOS; 12 - FAZ RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR; OU CASO A VÍTIMA SE MOVIMENTE; 13 - COLOQUE-A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO

## ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Oftos se abrem espontaneamente	4
Oftos se abrem ao comando verbal (Não confundi com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4 se não 3)	3
Oftos se abrem por estímulo doloroso	2
Oftos não se abrem	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde corretamente e apropriadamente as perguntas sobre seu nome, idade, data atual, o local, o dia e o mês)	5
Confuso (Responde as perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (fala aleatória, mas sem troca conversacional)	3
Sons ininteligíveis (gemidos sem articulação clara)	2
Ausente	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais (faz coisas simples quando lhe é ordenado)	6
Localiza estímulo doloroso	5
Retirada inespecífica do dor	4
Padrão flexor a dor (Descoordenação)	3
Padrão extensor a dor (Descoordenação)	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
	6-8 = 2
	4-5 = 1
FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA	30 = 0
	10-29 = 4
	20 = 3
	6-19 = 2
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	1-50 = 1
	50 = 0
	90-100 = 4
	70-89 = 3
	30-89 = 2
	7-49 = 1
	0 = 0

\*\*Escala de Trauma Revisada (RTS): Não indica de sobrevivência para pacientes de trauma fechado.  
Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W. Coates, et al. A revision of the Trauma score. J. Trauma 2001; 52: 1363.

## CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)\*

03-06 - grave (necessidade de intervenção imediata);  
08-13 - moderado;  
14-15 - leve

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

\*\*A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com idade superior a 3 anos. Na Escala Quantitativa aplica-se ao doente que classifica a intensidade de sua dor de acordo com as seguintes categorias:

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



## ATESTADO MÉDICO

PACIENTE **LUCIANO R. MORAIS** FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO MÉDICO NESSE SERVIÇO E NECESSITA DE 120 (CENTO E VINTE) DIAS DE AFASTAMENTO DAS SUAS ATIVIDADES LABORAIS, A CONTAR DE 25/03/2019.

FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO DIA 06/04/2019 POR TRAUMA SOFRIDO DIA 25/03/2019

**CID: S82.1**

Filippi Ranieri Alves  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Pê e Tornozelo  
CRM/RN 60547 EOT 15251

ARUANA SCARIMORA  
30 AGO 2019

**PARNAMIRIM/RN, 07/04/2019**

# CLÍNICA POTIGUAR

## ZONA NORTE



### LAUDO RADIOLÓGICO

**PACIENTE:** Luciano Ribeiro de Moraes

**IDADE:** 13/05/1974

**DATA:** 23/05/2019

### RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA

#### Os seguintes aspectos foram observados:

- Sequela de fraturas na tíbia proximal, com colocação de material metálico de fixação.
- Partes moles sem alterações.

**Dr. Tássio Oliveira e Costa**

**Médico Radiologista – CRM/RN 6757**



END.: AV. TOMAZ LANDIM 130-A IGAPÓ – NATAL – RN

TEL.: 3322-1797 / 98793-5181 / 99675-0331

\*Este é um exame complementar e, assim sendo, caberá o médico-assistente decidir sobre o quadro clínico e terapêutico do paciente.



**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou: \_\_\_\_\_

CNES: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: **120561 LUCIANO RIBEIRO DE MORAIS**

Prontuário: \_\_\_\_\_

CNS: 700008117351700

Nascimento: 13/05/1974 Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: RAIMUNDA SILVA DE MORAIS

Pat: \_\_\_\_\_

Endereço: RUA HORACIO ROSA, 548 - NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO - NATAL

Fone: 988191964 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE: 240810

UF: RN

CEP: 59114-080

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

**JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM JOELHO DIREITO

FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO

PULSO DISTAL PRESENTE



CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

**Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:**

S82.1 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA\*408050551. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANAL

Profissional Solicitante / Assistente:

MARCONI MEDEIROS BRANDAO

CRM: 3642 / RN

Data da Solicitação 25/03/2019

**PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

( ) Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: \_\_\_\_\_

Nº do bilhete: \_\_\_\_\_

Série: \_\_\_\_\_

( ) Acidente de Trabalho Típico

( ) Acidente de Trabalho Trajeto

CNPJ da Empresa: \_\_\_\_\_

CNAE da Emp.: \_\_\_\_\_

CBOR: \_\_\_\_\_

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

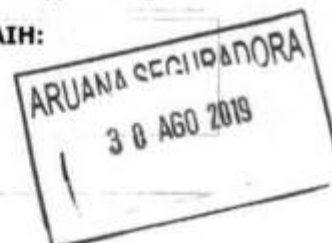
**AUTORIZAÇÃO**

Nº Autorização da AIH: \_\_\_\_\_

Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

Documento: ( ) CNS ( ) CPF nº \_\_\_\_\_

Data da Autorização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_



FICHA DE EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR - ENF. <sup>UM</sup>

LEITO 02

IDADE 44

NOME: Luciano Ribeiro de Moraes

SETOR  
DATA  
HORA

## EVOLUÇÃO

01/04/19 - 6ª DH - Admissão walfredo

- Ex. platis tibial (D) - audição muito

Paciente sem queixas PA OK FE (D)

ECG, urina, hidratação. ACP slalt. mmij slidema

CD: Aguarda ex. ortopedia - APTD.

Lab. 23/03: Hb: 12.4 Hct: 3.400 Pla: 200.000 Glic: 184

Na: 136 K: 3.6 U: 16 Cr: 0.16

02/04/19 - 7ª DH - Paciente sem queixas. PA OK FE (D)

ECG, urina, hidratação. ACP slalt. mmij slidema

CD: Aguarda ex. ortopedia - APTD.

CONFERE COM ORIGINAL

NATAL

26/04/19

MAT. Nº

1826873

SAME

CH

ASSINATURA

ARJANA SECUNDARIA  
30 AGO 2019

**FICHA DE EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR - ENF.**

NOME: Mauro Ribeiro de Morais LEITO 02  
IDADE 49a

**SETOR**  
**DATA**  
**HORA**

## EVOLUÇÃO

261319

Admission

- Quantities

Tel: ~~un~~ ~~pays~~ ~~de~~ ~~horas~~ hta  
Coraxo podens flaturel de pils)  
lame / prouderit, ne natal AN

- H.D.A.: lacrima ustione di colore molto  
molto le all. su perle di consistenza  
e dor. in pochi D. su conguir. alquanto  
procurata per mare. proprie o p.s.s. sendo  
diagnostica al tubo D.

• A.L. Nya ~~control~~ <sup>control</sup> always

• H.v.: *Musa sapientum* - Etika

- Et Finis : TA: FC: 100 FL: 16

BEG, mesmo com o hidroalco, a água condutiva e ovelhada

AP:  $M \oplus$  structure  $SIRADTO$

Rev: Pur. 2T ANF. Kc: 100

And:  $\text{falsus} \rightarrow \text{falsus} \rightarrow \text{major}$

MMT: MID / metabolism

H.O:  $\text{Fe}^{2+}$  liber D

ed. - RPM

- Got 1x. 1x25.

- Dystro

24	3	19-
----	---	-----

2° 01/4: Enature fibre: Directo

PA 240 x 80. Afboud. Hier dan na benieuw d.

Dieta oral: Duvion, Evamucap + 1l.

BBB expensive circulation hold back ref. st. Must be in NA

Abd. Plácido, RHA+ VIII: via remobilizado

Lab 34 103: Temp 24.0C. Hb 12.38. C 0.6. Glc 189

Tambien, Diets. el del alto congreso estables.

27.03

NHVE-PL

28 B 19-

20N17

SSU ON. External. 620 wanted Cd: Apito Canaque

Dra. Luana S. B. de Figueiredo  
Clínica Médica/Farmacologia

# EVOLUÇÃO

SETOR  
DATA  
HORA

29/03/19 - 3º DIH  
SSCM de um quadro. Exame, aumento ACP. Não. Bem perfurados.  
conduta: Apto controle

Dra. Luana S. G. de Figueiredo  
Clínica Médica/Endocrinologia  
CRM/RN 5416

30/03/19 4º DIH

Paciente evoluindo um quadro com sinais vitais estáveis.  
Ao exame. Ed. inguinal, cond. Redutível.  
AP: MEF. Murcha 2, R2  
AC: RCP 25, B2 F. 2/2  
conduta: Aguardo longo / Apto

Mercia Maria da Cunha  
Médica  
CRM-RN 6377

31/03/19

Exame, ACP não

Dr. Alex Manoel Albuquerque  
Núcleo de  
CRM-RN 6845

ARQUIVADO  
ANEXOS  
1



LEITOS DE RETAGUARDA DO HOSPITAL WALFREDO GURGEL - NATAL/RN

LEITO: 02	NOME: Luciano Ribeiro de Menezes	IDADE: 44 anos
DIAGNÓSTICOS: Fratura de Placa Tibial (D)	ALERGIAS: Nula	ADMISSÃO: 26/03/19

**ADMISSÃO:**

Paciente admitido nesta Clínica Médica (Anexo) às 11h05min proveniente do HUG onde encontrava-se internado aguardando a cirurgia Ortopédica, vindo portador em joelho (D) (Placa Tibial), decorrente de colisão moto-moto. Nula HAS, DM, outras comorbidades e alergia medicamentosa. Também nula tabagismo, mas afirma histórico social. No momento encontra-se consciente, orientado, eupórico, em O2 ambiente, el diete por VO de boa evolução, e eliminação renal e intestinal normais presentes (sic). Queixa-se de dor em LTD, sendo medicado conforme prescrição.

SN: Sem queixas.

Adriano Alves  
COREN-RN - 137.640 - ENF

Guilherme Paula C. Barros  
COREN-RN 241.381  
Enfermeira

**EXAMES AGENDADOS / SOLICITADOS / PARECERES**

- Tireoide AIH + ultra-som
- Faltou cópia dos documentos
- Solicitado ultra-som de abd. pl 24/03/19 - no mont
- 01/04 - Solicitado exame de abd. pl 02/04/19 no mont

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL 26/04/19  
MAT. Nº 152875  
SAME  
CH  
ASSINATURA

ARUANA SERRA NORA  
30 AGO 2019

## Identificação

Enfermaria: Nelepelele Leito: 1002 UTI: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 Data de admissão: 25/03/2019 Alta: \_\_\_\_\_  
 Nome: Luciano Ribeiro de Moraes Naturalidade: Picos PI  
 Idade: 44 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Data de Nascimento: 48/05/1974  
 RG: 743.679 Estado Civil: solteiro Nível de Instrução: \_\_\_\_\_  
 Filiação: Pai: Sebastião Ribeiro de Moraes  
 Mãe: Domênico Silva de Moraes  
 Endereço: Rua Osório Rosa 548, Vale Mourado

Cidade: Volta - Rio  
 Telefone: 8819-1964 ( ) Residencial ( ) Trabalho ( ) Recado

Contato: \_\_\_\_\_ Outros telefones: \_\_\_\_\_

Composição familiar: 03 pessoas: paciente, companheira e filha

Outras informações: Faz uso de ☒ Alcool ☐ Fumo ☐ Drogas ☐ Psicotrópicos

## Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Procurador Trabalho c/ vínculo empregatício ☒ Não ☐ Sim

( ) Aposentado ( ) Auxílio doença ( ) BPC ( ) Autônomo ( ) Pensionista ( ) Desempregado

Programas e Serviços: ( ) Passe Livre ( ) Bolsa Família ( ) PETI ( ) PSF ( ) CAPs ( ) SAD

Interação decorrente de acidente de trabalho? ☒ Não ☐ Sim Nome da Empresa: \_\_\_\_\_

## Forma de Acesso ao Serviço

( ) Sozinho - procurou atendimento (X) Trazido por familiares ( ) Trazido pelo SAMU

( ) Socorrido em via pública ( ) Outros meios chamado da residência

( ) Encaminhado: Hospital de origem: \_\_\_\_\_

## Critérios para Acompanhante

Possui requisitos? ( ) Não ☐ Sim Qual o motivo? \_\_\_\_\_

Portador de deficiência: ( ) Auditiva ( ) Visual ( ) Física ( ) Mental

Responsável pelo paciente: Sra Paula de Lencina Oliveira

Parentesco: Companheira Telefone: 8819-1964

Endereço do Responsável: O mesmo do paciente

## Evolução

25/03 (Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições clínicas, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

Paciente retorna de casa muito fraco, pedindo  
e solicitando cópia de documento Assinatura  
02001275

## Saída

óbito: Encaminhamento: ITEP ( ) SVO ( ) DO ( ) Obs. \_\_\_\_\_

Alta hospitalar ( ) Transferência ( ) Destino: \_\_\_\_\_

Orientações/Encaminhamentos: \_\_\_\_\_

Nota: Orientar, no âmbito hospitalar, assistência à saída para crianças e adultos em situação de emergência clínica, cirúrgica, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e o nível para o estado e o progresso em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

25/03/19

Atento acompanhante

AMARALVES  
CRM 5439

ARIANA CARDADORA  
30 AGO 2019



**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou:

CNES:

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: **120561 LUCIANO RIBEIRO DE MORAIS**

Prontuário:

CNS: 700008117351700

Nascimento: 13/05/1974 Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: RAIMUNDA SILVA DE MORAIS

Pai:

Endereço: RUA HORACIO ROSA, 548 - NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO - NATAL

Fone: 988191964 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE: 240810

UF: RN

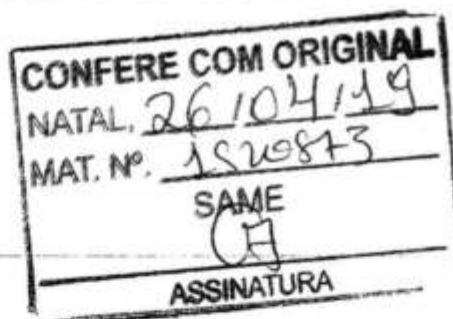
CEP: 59114-080

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

**JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM JOELHO DIREITO  
FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO  
PULSO DISTAL PRESENTE



CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

**Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:**

S82.1 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA\*408050551. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTE

Profissional Solicitante / Assistente:

MARCONI MEDEIROS BRANDAO

CRM: 3642 / RN

Data da Solicitação 25/03/2019

**PREENCHER EM CASOS DE CÂMBIAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

( ) Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: Nº do bilhete: Série:  
( ) Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: CNAE da Emp.: CBOR:  
( ) Acidente de Trabalho Trajeto

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

**AUTORIZAÇÃO**

Nº Autorização da AIH:

Profissional Autorizador: Orgão Emissor:

Documento: ( ) CNS ( ) CPF nº

Data da Autorização: Assinatura/Carimbo:

ARIANA RODRIGUES  
30 AGO 2019

FICHA DE EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR - ENF. <sup>UM</sup>

LEITO 02

NOME: Luciano Ribeiro de Morais

IDADE 44

SETOR  
DATA  
HORA

EVOLUÇÃO

01/04/19 - 6ª DH - Admissão walfredo

- fx. placa tibial ② - audição muito

Paciente sem queixas PA OK FE ②

ECG, normal, hipertensão. ACP slalt. MMII síndrome

CD: Aguarda ex. ortopédico - APFO.

tab. 22103: Hb: 12.4 Hct: 8.400 Pla: 200.000 Glc: 184

Na: 136 K: 3.6 U: 16 Cr: 0.16

02/04/19 - 7ª DH - Paciente sem queixas. PA OK FE ②

ECG, normal, hipertensão. ACP slalt. MMII síndrome

CD: Aguarda ex. ortopédico - APFO.



ARILIANA NEVES ANDARA

3-0 AGO 2019

SETOR  
DATA  
HORA

261349

Adams

- Quantities

Idol: ~~un grand~~ ~~libre~~ du ~~horas~~ ~~hka~~  
~~corax~~ ~~podium~~ ~~Blattner~~ ~~de Pils~~  
~~fran~~ ~~1~~ ~~produit~~ ~~se~~ ~~natal~~ ~~AN~~

- H.D.A.: Incerta natura di colore molto  
molto scuro con perde di consistenza  
e dov'è in pochi D con qualche alveolatura  
procurata per miei propri opsi e quindi  
diagnostica al tubo D.

Al Nya controllable alergic

• H.v: *Physalis peruviana* - *etiolata*

- Ex. Fin. w. = TA: FC: 100 FL: 16

BEG, mesmo modo hidratado,  
ágil, cascudo e ondulado

AP: MID structure S/PARTS  
REV: PUL AT ANF. RE: 105.  
KID: Globes fluids (mucosa)  
MUT: MID / mobilizers

H<sub>1</sub> O : f<sub>x</sub> Fibre D

ed. - RPM

- Sol x. l. l. l. l. l.

- Astu

24	3	19-
----	---	-----

2° 014: Evaluating time. Answer

14 240x80. Afbest. Kijft den na bewoond

Dieto oral: Dinner Eka Marcap + 1+

BBB supine: circulate, pale, cool. RCP 20. Not seen UA  
Abd flaccid, RHA+ bil. No remobilized.

Lab 24/23: lower 2400. Hb 12/38. C of. die 184

Tambien; Dicho el su dho congreso en todos

27.03

NHVE - 2f

28/3/19-

20NH

SSV ON External. Exp wanted

Q: What is the average

Dra. Luana S. de Figueiredo  
Clínica Médica/Endocrinologia

# LEITOS DE RETAGUARDA DO HOSPITAL WALFREDO GURGEL - NATAL/RN

LEITO	NOME:	IDADE:
02	Luciano Ribeiro de Moraes	44 anos
DIAGNÓSTICOS: Fratura de Placa Tibial (D)		ADMISSÃO:
ALERGIAS: Nula		26/03/19

## ANAMNESE:

Paciente admitido no Pronto-Socorro Médico (Anexo) às 11h05min proveniente do HUG onde encontrava-se internado aguardando a cirurgia Ortopédica, vindo portador de uma fratura (D) (Placa Tibial), decorrente de queda no trabalho. Nega HAS, DM, outras comorbidades e alergia medicamentosa. Não utiliza nenhum medicamento, mas afirma consumo social. No momento encontra-se consciente, orientado, eupórico, sem dor ambiente, el dieta por VO de boa evolução, e eliminação urinária e intestinal presentes (sic). Recusa-se de dor um HTD, sendo medicado conforme prescrição.

SN - Sem queixas.

Dr. Adilson Aires  
CRM-RN - 137 640 - ENT

Guiliana Paula C. Barrocas  
COREN-RN 241.381  
Enfermeira

## EXAMES AGENDADOS / SOLICITADOS / PARECERES

- Triaxe AIH + Ixrio-X
- Fazer cópia dos documentos

CONFERE COM ORIGINAL	
NATAL	26/04/19
MAT. Nº	182873
SAME	
(H)	
ASSINATURA	

ARQUIVADA  
30 AGO 2019



Enfermarias: Delapudens Lote: 1002 UFI: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Data de admissão: 25/03/2019 Alta: 1/1/1  
Nome: Luciano Ribeiro de Moraes Naturalidade: Picos PI  
Idade: 44 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Data de Nascimento: 18/05/1974  
RG: 743.679 Estado Civil: solteiro Nível de Instrução: \_\_\_\_\_  
Filiação: Pai: Sebastião Ribeiro de Moraes  
Mãe: Domenico Silva de Moraes  
Endereço: Rua Osório Rosa 548, Vale Mourado  
Cidade: Natal - RN  
Telefone: 8819-1964 ( ) Residencial ( ) Trabalho ( ) Recado  
Contato: \_\_\_\_\_ Outros telefones: \_\_\_\_\_  
Composição familiar: 03 pessoas: paciente, companheira e filha  
Outras informações: Faz uso de ( ) Alcool ( ) Fumo ( ) Drogas ( ) Psicotrópicos

### Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Paciente Trabalho c/ vínculo empregatício ☒ Não ☐ Sim  
( ) Aposentado ( ) Auxílio doença ( ) BPC ( ) Autônomo ( ) Pensionista ( ) Desempregado  
Programas e Serviços: ( ) Passe Livre ( ) Bolsa Família ( ) PETI ( ) PSF ( ) CAPs ( ) SAD  
Internação decorrente de acidente de trabalho? ☒ Não ☐ Sim Nome da Empresa: \_\_\_\_\_

### Fórmula de Acesso ao Serviço

( ) Sozinho - procurou atendimento (X) Trazido por familiares  
( ) Socorrido em via pública ( ) Outros meios  
( ) Encaminhado: \_\_\_\_\_ Hospital de origem: \_\_\_\_\_

**CONFERE COM ORIGINAL**  
NATAL, 26/04/19  
MAT. N.º 15  
Trazido pelo SAMU  
SIME  
C7  
ASSINATURA

### Críticas para Acompanhante

Possui requisitos? ( ) Não ( ) Sim Qual o motivo? \_\_\_\_\_  
Portador de deficiência: ( ) Auditiva ( ) Visual ( ) Física ( ) Mental  
Responsável pelo paciente: Dna Paula de Lucena Oliveira  
Parentesco: Companheira Telefone: 8819-1964  
Endereço do Responsável: O mesmo do paciente

### Evolução

25/03 (Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições de internação, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

Paciente melhora desde muito. Faltam encaminhamentos e solicitado cópia de documentos. Assinatura  
25/05/19

### Sócio

óbito: Encaminhamento: ITEP ( ) SVO ( ) DO ( ) Obs. \_\_\_\_\_  
Alta hospitalar ( ) Transferência ( ) Destino: \_\_\_\_\_  
Orientações/Encaminhamentos: \_\_\_\_\_

Atenção: Cuidar, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adolescentes vítimas de violência física, sexual, psicológica, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e o atendimento integral e expor-se em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

Atento acompanhante

AMARO ALVES  
CRM 5439

ARIANA DEODADORA  
30 AGO 2019

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMEIRO

CONFERE COM ORIGINAL

NATAL 26/04/19

MAT. Nº 1520873

SAME

ASSINATURA

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica ☐À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐S.V.O. ☐I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica ☐À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐S.V.O. ☐I.T.E.P. ☐

ARITMIA CARDIACA

30 AGO 2019



## ATESTADO MÉDICO

PACIENTE **LUCIANO R. MORAIS** FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO MÉDICO NESSE SERVIÇO E NECESSITA DE 120 (CENTO E VINTE) DIAS DE AFASTAMENTO DAS SUAS ATIVIDADES LABORAIS, A CONTAR DE 25/03/2019.

FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO DIA 06/04/2019 POR TRAUMA SOFRIDO DIA 25/03/2019

**CID: S82.1**

Filippi Ranieri Alves  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Pê e Tornozelo  
CRM/RN 60447 EOT 15251

**PARNAMIRIM/RN, 07/04/2019**

ARUANA SECUNDADORA  
30 AGO 2019



CLÍNICA

OITAVA ROSADO



Laudo Médico

# Nome: Luciano Ribeiro de Moraes

Idade: 45 anos

# Paciente refere acidente motociclístico no dia 25/03/19. Esse trauma resultou em fratura de joelho direito (platô tibial). Esse quadro é cirúrgico. Foi realizado.

# Atualmente refere dor em repouso e dificuldade de deambular sem uso de muleto.

# Alto Índice

Data: 19/06/19

# T93

MOSSORO:

Rua Juvenal Lamartine, 119  
Centro  
Fone: (84) 3315.6900 / 3315-6901

SERRA DO MEL:

Rua Celso Severina, 2114  
Vila Brasília  
Fone: (84) 9.8728-1592

ASSÚ:

Av. Senador João Câmara, 1304  
Centro  
Fone: (84) 9.9839-0438

PARNAMIRIM

Av. Bella Parnamirim, 880  
Vila Nova  
Fone: (84) 9.9624-2021

NATAL:

Av. Presidente Médica, 256  
Igapó - Zona Norte  
Fone: (84) 9.9839-0260

Dr. Rodrigo Andrade Rodrigues  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 6224



BRASIL

Serviços Barra GovBr

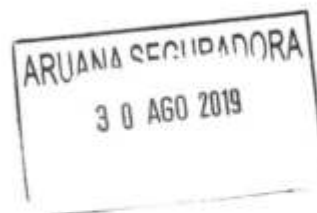
(HTTP://BRASIL.GOV.BR)



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

## Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **029.080.514-78**Nome: **LUCIANO RIBEIRO DE MORAIS**Data de Nascimento: **13/05/1974**Situação Cadastral: **REGULAR**Data da Inscrição: **14/09/1996**Digito Verificador: **00**Comprovante emitido às: **14:16:15** do dia **17/06/2019** (hora e data de Brasília).Código de controle do comprovante: **B18A.577B.6DBE.4CCD**

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"  
(/Servicos/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublica.asp).

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

POLEGAR DIREITO

ARUANA SEGURADORA

30 AGO 2019

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL NOME 003.532.132 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/12/2013

FILIAÇÃO ALLIZIO QUIRINO DA SILVA ROSENI SOARES DA SILVA

NATURALIDADE PARNAMIRIM RN

DATA DE NASCIMENTO 09/11/2000

DOC ORIGINAL CERT. DE NASCIMENTO L-8-72 F-152 RG-37692 PARNAMIRIM RN-2 CARTÓRIO

CPF 707.285.364-20

1a. VIA

LEI Nº 7.116 DE 1983

Asses Bezerro

ACORDADA

# 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 ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 029.080.514-78 Nome completo da vítima: LUCIANO RIBEIRO DE MORAIS

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

Nome completo: Luciano Ribeiro de Moraes CPF: 029.080.514-78  
Profissão: Padeiro Endereço: Rua Horácio Rosa Número: 548 Complemento: Vale Paredão  
Bairro: Matão Senhora da Apresentação Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: RN CEP: 59114-080  
E-mail: luciano Tel. (DDD): (84) 99134-3208

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA) (84) 99806-1091

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)  
AGÊNCIA: 0035 CONTA: 00239090 9  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
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, §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

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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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.

Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_  
Local e Data: Matão RN 19/08/2019  
Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Luciano Ribeiro de Moraes  
Assinatura Hailson Rino Junior de Sá  
TESTEMUNHAS  
1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura \_\_\_\_\_  
2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura \_\_\_\_\_  
3ª | 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 RGO, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS

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

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019031000408  
1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM

1.2 Data de Expedição: 20/05/2019 15:01:10  
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 25/03/2019 14:00:00  
2.3 Fato: Consumado  
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo  
2.6 Tipo do local: Via Pública  
2.8 Número: SN  
2.10 Complemento:  
2.12 Bairro: NOSSA SRA DA APRESENTAÇÃO  
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida  
2.4 Flagrante: Não  
2.7 Logradouro: RUA SÃO JORGE, COM A RUA PEDRA BRANCA  
2.9 CEP:  
2.11 Ponto de Referência: PRÓXIMO A OFICINA DE BICICLETA  
2.13 Cidade: NATAL

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: LUCIANO RIBEIRO DE MORAIS  
3.3 Nome Social:  
3.5 Etnia: Branca  
3.7 Sexo: MASCULINO  
3.9 CPF: 02908051478  
3.11 Nacionalidade:  
3.13 Profissão: PADEIRO  
3.15 Telefone(s): 84 987095387  
3.17 Número: 548  
3.19 Bairro: NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO  
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
3.23 Cidade: NATAL

3.2 Estado civil: Solteiro(a)  
3.4 Pai: SEBASTIAO RIBEIRO DE MORAIS  
3.6 Mãe: RAIMUNDA SILVA DE MORAIS  
3.8 Orientação Sexual: Heterossexual  
3.10 Identidade de Gênero: Intersexo  
3.12 Data de Nascimento: 13/05/1974  
3.14 RG: 1743679 - ITEP/RN  
3.16 Passaporte:  
3.18 Naturalidade: PICOS - PI  
3.20 E-Mail:  
3.22 Logradouro: RUA HORÁCIO ROSA  
3.24 CEP: 59114080

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não  
7.1.3 Chassi: \*\*\*\*\*42585  
7.1.5 Placa: NNU6025  
7.1.7 Marca: YAMAHA  
7.1.9 Ano do Modelo: 2010  
7.1.11 Cor do veículo: PRETA  
7.1.13 Nota Fiscal:  
7.1.15 Nome do proprietário: JOAO MARIO FERREIRA ALVES  
7.1.17 Nome do condutor: O CONDUTOR É A PRÓPRIA VÍTIMA  
7.1.18 Observações: CONDUTOR NÃO HABILITADO

7.1.2 Seguradora:  
7.1.4 Renavam: 00229474258  
7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
7.1.8 Modelo: FACTOR YBR125 E  
7.1.10 Ano de Fabricação: 2010  
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA  
7.1.14 Número do Motor:  
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:



8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE/VÍTIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA ESPECIALIZADA PARA RELATAR: QUE NO LOCAL, DATA, E HORA SUPRA MENCIONADAS; QUE TINHA SAÍDO DA PADARIA ONDE TRABALHA NO BAIRRO DE PETRÓPOLIS, CONDUZINDO A MOTOCICLETA COM DESTINO PARA SUA RESIDÊNCIA; QUE AO CHEGAR NO CRUZAMENTO DA RUA SÃO JORGE, COM A RUA PEDRA BRANCA, TEVE SUA MOTOCICLETA COLIDIDA DE FORMA IMPRUDENTE POR UMA TRACK CINQUENTINHA, CUJO O CONDUTOR ESTAVA IMPINANDO A MESMA; QUE DEVIDA AO IMPACTO DA COLISÃO PERDEU O CONTROLE, TENDO A MOTO CAÍDO SOBRE SUA PERNA DIREITA; QUE SOFREU FRATURA INTERNA DA TÍBIA; QUE FOI SOCORRIDO POR UM VEÍCULO UBER, PARA O PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO, ONDE RECEBEU OS PROCEDIMENTOS MÉDICOS DE URGÊNCIA, CONFORME ATENDIMENTO Nº 15714/2019; QUE APÓS UM MÊS, FOI SUBMETIDO A UMA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA NO HOSPITAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

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

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.  
Data: 20/05/2019 15:01:10

Luiz Antonio Pereira dos Santos  
Agente de Polícia Civil  
Matricula nº 75.428-5

Interessado



Atendimento: 754285 - LUIZ ANTONIO PEREIRA DOS SANTOS  
Impresso por: 754285 - LUIZ ANTONIO PEREIRA DOS SANTOS em 20/05/2019 15:01:21



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 15714 /2019

Admissão: 25/03/2019 15:59:20

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 120561 - LUCIANO RIBEIRO DE MORAIS (44 a 10 m 12 d)

Nascimento: 13/05/1974 Natural: PICOS, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 700008117351700

CPF: 02908051478

Prof:

Mãe: RAIMUNDA SILVA DE MORAIS

Pai:

Logradouro: HORACIO ROSA, 548

CEP: 59114080

Bairro: NOSSA SENHORA DA

Cidade: NATAL

APRESENTAÇÃO

Telefone: 84 988191964

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: FAMILIA

Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 25/03/2019 15:50:49

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISAO MOTO MOTO REFERI DOR MID

Hora: 16:10h

Acidente vindo por muito rápido, descontrolado e com excesso de velocidade.  
Vítima ferida de moto, e capote, não houve de consciência  
Ocorrência de dor pelo acidente.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A Vias livres

B MV@ biat

C Estável

D ECGIT

E Dor e papisco pelo D e mobilização

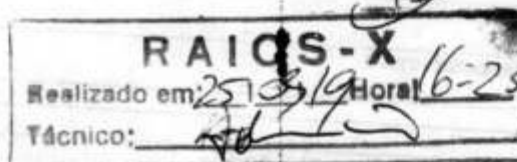
OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Ator lesões, feridas, molares  
feridas no tórax

\*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

fratura fêmur



## EXAME FÍSICO (GUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALERGIAS) negaM(MEDICAÇÃO EM USO) negaP(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) nega

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA) via públicaV(PASSADO VACINAL) desatualizada

## EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

RX tórax D, perna D  
 AP e perfil  
 Dra. Bruna F. dos Santos  
 Coloproctologia  
 CRM 1577

## CONDUTA PRIMÁRIA, MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

1) VAT

2) DTA CG  
 Dra. Bruna F. dos Santos  
 Coloproctologia  
 CRM 1577

## LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

Ortopedia

HORA:

DATA: 25.03.19

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

## DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

HORA

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

OBITO: DATA / / HORA

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