

BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:

02/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

6.750,00

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

CLIENTE: JOSE BORGES SILVESTRE

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05884-P

CONTA: 000000006990-6

Nr. Autenticação

BRDESCO0209201905000000000023705884000000006990675000 PAGO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190470164

**Cidade:** Nísia Floresta

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSE BORGES SILVESTRE

**Data do acidente:** 23/12/2018

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA FECHADA BILATERAL DE ACETÁBULO. FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO. FRATURA/LUXAÇÃO FECHADA DO PUNHO ESQUERDO. LUXAÇÃO DA CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDO. FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME SEM EDEMA LOCAL. CICATRIZES CIRÚRGICAS EM FACE POSTERIOR DO QUADRIL DIREITO DE CERCA 14 CM, QUADRIL ESQUERDO DE CERCA DE 15 CM, REGIÃO ÍLIO INGUINAL ESQUERDA DE 15 CM E FACE LATERAL DA COXA ESQUERDA DE CERCA DE 30 CM. ADM DE FLEXÃO DO QUADRIL DIREITO DE 0°-70°, EXTENSÃO DE 0°-10°, ADUÇÃO DE 0°-10°, ABDUÇÃO DE 0°-20°, ROTAÇÃO INTERNA DE 0°-20° E EXTERNA DE 0°-30°. ADM DE FLEXÃO DO QUADRIL ESQUERDO DE 0°-30°, EXTENSÃO DE 0°-5°, ADUÇÃO DE 0°-5°, ABDUÇÃO DE 0°-20°, ROTAÇÃO INTERNA DE 0°-10° E EXTERNA DE 0°-10°. ADM DE FLEXO EXTENSÃO DE JOELHO ESQUERDO DE 40°-110°. ADM DE FLEXÃO DE PUNHO ESQUERDO DE 0°-60°, EXTENSÃO DE 0°-40°, ADUÇÃO DE 0°-30°, ABDUÇÃO DE 0°-20°, LIMITAÇÃO DA PRONAÇÃO 0°-60° E SUPINAÇÃO 0°-60° DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. SEM DANOS NEUROVASCULARES DOS SEGMENTOS ACOMETIDOS.

**Resultados terapêuticos:** A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO COM DESBRIDAMENTO E FIXADOR EXTERNO, ALÉM DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA EM MID. APÓS 11 DIAS DO SINISTRO FOI REMOVIDO FIXADOR EXTERNO DO MIE E POSTERIORMENTE FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DIAFISÁRIA MULTIFRAGMENTAR DE FÊMUR ESQUERDO COM OSTEOSSÍNTESE COM DHS E PARAFUSOS. CERCA DE 14 DIAS APÓS O SINISTRO FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO COM OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS E CERCA DE 24 DIAS, TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO ACETÁBULO ESQUERDO POR VIA POSTERIOR COM PLACAS E PARAFUSOS. TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA/LUXAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO COM OSTEOSSÍNTESE COM FIOS METÁLICOS, JÁ REMOVIDOS. EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS. RELATA QUE FEZ FISIOTERAPIA POR CERCA DE 2 MESES (SIC).

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do quadril direito, Limitação funcional do quadril esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo, Limitação funcional do membro superior esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 27/08/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**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 dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 62,5 %	31,25%	R\$ 4.218,75
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			50 %	R\$ 6.750,00

## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouvidoria: 0800-021-91-95

Eu, MARIA APARECIDA DA SILVA

RG nº 003.360.225, data de expedição 30/09/10,

Órgão ITER/RN, portador do CPF nº 036.998.504-02

com domicílio na cidade de POUADO DE MORRINHOS, 10, no Estado de  
RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA BELA VISTA, nº 10,

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

JOSÉ BORGES SILVESTRE, cujo o condutor era

JOSÉ BORGES SILVESTRE

Veículo: MOTO Modelo: HONDA / CG 125I FAN Ano: 2017 / 2018

Placa: RG5 9041 Chassi: 9C2JC5900JR305058

Data do Acidente: 23/12/18

Local e Data: SÃO JOSÉ DE MIPIBU, 23/05/19

Maria Aparecida da Silva

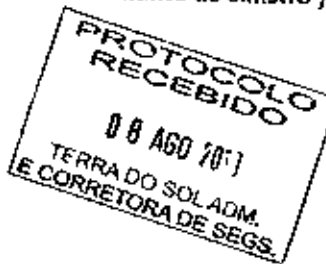
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor  
( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

**RECONHECIMENTO DE FIRMA**  
Reconheço a(s) firma(s) de:  
Maria Aparecida da Silva  
por AUTENTICIDADE e SEMELHANÇA  
Em testemunho da verdade, Dou fé.  
São José de Mipibu, 23/05/2019  
Emilly de Lima Moreira

ATA LUXE TA. ASSIN. SUBSTITUTA



Emilly de Lima Moreira  
Escrevente Autorizada

# CLINICA HOPE LABORATÓRIO HAPPY

# LAUDO MÉDICO #

PROTÓCOLO  
RECEBIDO  
08 AGO 2017  
TERRA DO SOLZANO  
E CORRETOR DE SEGS.

# José BORGES SILVESTRE, sofreu acidente no dia 23/12/18 e teve fratura de antebraço direito e esquerdo, fratura de fêmur esquerdo e do punho esquerdo. Realizado tratamento cirúrgico com placas e parafusos em acetabulo (dupla coluna à Esq) e placa lateral com pino deslizante em fratura de fêmur esquerdo. Punho esquerdo fixado com fios de Kirschner. # Limitação das rotações dos quadris bilat. e para flexão do joelho esquerdo, peroneos atrofiados em região dos quadris, marcha claudicante, hipotrofia de coxas. # Invalidez anatômica e funcional ao nível do quadril direito (INTENSO), membro inferior esquerdo (INTENSO) e punho esquerdo com limitação das amplitudes de movimento. # Alta médica.

Al. Pernambuco, esq. da Rua da Liberdade, 01 - Conjunto de Esperança - Natal/RN.  
(em frente ao posto de saúde)  
(84) 3205-7140 / 3205-5412

Dr. Ural de Oliveira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 4315



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 67445 /2018

Admissão: 23/12/2018 23:50:32

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 107307 - JOSE BORGES SILVESTRE (18 a 10 m 14 d)

Nascimento: 09/02/2000 Natural: SAO JOSE DE MIPIBU BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: CPF: 13623070416 Prof:

Mãe: MARIA HELENA BORGES DE OLIVEIRA Pai:

Logradouro: DISTRITO CAMPO DE SANTANA, 1

CEP: 59184000 Bairro: ZONA RURAL

Cidade: NISIA FLORESTA

Telefone: 84 991913236 Compl:

Motivo: MOTO X OBJETO FIXO

Origem: AMBUL. SAMU RN

Fluxograma:

OBS:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
							15	

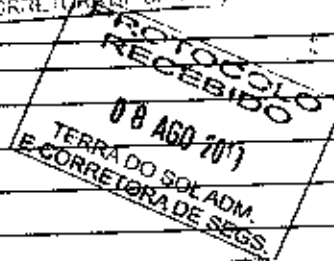
## HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA DE MOTO/ TRAUMA DE FEMUR E

Hora: Paciente encaminhado por acidente de moto.  
Nega rot e manuseio físico além do  
fx exposta de fêmur.

## EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A VA primária, sem entorpecimento
- B tórax estável, A/D bilateral
- C Estável
- D GCS 15
- E Fx exposta de fêmur



OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Anatomia física  
Pele estávelRAIOS-X  
Realizado em: 11/11/18  
Técnico: \_\_\_\_\_

\*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

ANAMNESE

Acidente motociclístico  
quebrando fratura exposta  
do punho (D) + fratura bilateral do antebraço  
+ luxação do cotovelo dorso do (D)

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

Rx do cotovelo (D) AP/Prof  
Rx do punho (D) AP/Prof

LABORATÓRIO

Rx do punho (D) AP/Prof

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Rx da Boca AP  
Cd: Intenso / de contusão cirúrgica p/ Tratamento  
do URGÊNCIA

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL 08/02/19  
Assinatura e Carimbo do Responsável

Dr. Judson W. Veríssimo de Azevedo  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Quadril e Pelve  
CRM-RN - 6892 / FEOT 14819  
RQE 2973  
Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica ☐

A Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Dr. Judson W. Veríssimo de Azevedo  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Quadril e Pelve  
CRM-RN - 6892 / FEOT 14819  
RQE 2973  
Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua lib

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica ☐

A Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐



## GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Salinho

BOLETIM  
OPERATÓRIO

## IDENTIFICAÇÃO

Nome: JH Borges Reg. Nº \_\_\_\_\_  
Diagnóstico pré-operatório: Fratura exposta fêmur E + Fratura antebraço + luxação cubital  
Indicação terapêutica: Fixação externa + Tração Equilibrada Urgência ( ) Eletiva ( ) Radios E

+ redução + imobilização INTERVENÇÃO

Data: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_  
Operador: Amaro Alves **CONFERE COM ORIGINAL**  
1º Auxiliar: \_\_\_\_\_ CRM/CRO: 08/02/13  
2º Auxiliar: \_\_\_\_\_ CRM/CRO: \_\_\_\_\_  
Instrumentador: \_\_\_\_\_  
Anestesista: \_\_\_\_\_ CRM/CRO: \_\_\_\_\_  
**ASSINATURA**

## RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Pariete da IDH e/ou antebraço  
abertura de MMII  
exposição antebraço + exp.  
abertura de foco de fratura em distal de fêmur E  
luxação cubital de st  
desbridamento de feridas contaminadas  
redução + fixação externa + fechamento por pontos + antibiotic.  
instalação de Tração Equilibrada em UID.  
redução + imobilização axilopalm.

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

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

AMARO ALVES  
CRM 5439

24/12/18  
03:30



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

EVOLUÇÃO  
MULTIDISCIPLINAR

Nome

Dr. Borges, J. J. J.

Leito:

Idade:

Nº Registro:

DATA

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

24/

03:30h.

# En. Veneza #

Centro: Unipar

12/

18.

Fui chamado para avaliar paciente vítima de acidente com esportes, com fratura de costelas, lesões de fratura de fêmur e lesões de cabeça - contusão parietal lateral em coxa. Hx utero dos colegas atropelado e esmagado de alguns minutos, no entanto o paciente apresenta sinais de vida, com sinais de exposição pélvica com entorpecimento. Ht = 35%.

Exame: EGR, sibilos (também foi ouvido), discreto do (+/-), hipoacúsia, anisocoria, anisocoria unidimensional. Ausculta do DVA, contratura.

PA = 110 x 70 mmHg FC = 115 bpm.

3+

extremidades inferiores e superiores opacidades base pulmonar purpura. No momento, não há sinais de fal. Compensatória em parâmetros mentais.

us: choque hipovolêmico e fr. de fêmur (+) provável lesão de vasos mentais?

ex: 1) Arterial em d. h.

2) Solução do Doppler venoso de 1130

paciente nos exames de parte de vaso do En. Veneza no momento

Dr. Priscila Lemos  
Angiologia e Cirurgia Vascular  
CRM-RN 5.255





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

LAUDO PARA  
SOLICITAÇÃO DE AIIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <i>José Borges Silveira</i>	6 - Nº DO PROTOCOLO			
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO MASCULINO 1 FEMININO 2		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)	13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Necessidade médica cirúrgica frat. Exposto do fêmur + hematócrito</i>	18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Necessidade de cirurgia</i>	19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Rx + Exame físico</i>	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Frat. do fêmur</i>	21 - CID INICIAL <i>S72.3</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Tratamento cirúrgico</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>040805051-9</i>	26 - LEITO / CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>Urgência</i>	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Judson W. Veríssimo</i>	29 - DT SOLICITAÇÃO <i>24/12/18</i>	30 - CNS / CPF <i>04449109481</i>
				Dr. Judson W. Veríssimo da Costa Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Membro e Pelve CRM-RN - 6892 - TEOT 14819		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIIH)
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	
48 - CNS / CPF	52 -	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde a luz dos valores éticos e humanitários.

010.019.106.C

Mãe-morta Heleny Gomes de ...  
Cadastrado do SUS: 7004041371 3049



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA

PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

NOME:

IDADE:

NATURALIDADE:

ENDEREÇO:

CIDADE:

COR:

SEXO:

ESTADO CIVIL:

PROFISSÃO:

PROCEDÊNCIA:

BAIRRO:

DATA:

HORA:

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)

Paciente encaminhado ao  
HUB com fratura fechada de  
fêmur direito, com pontos  
venozos.

EXAME FÍSICO

CONFERE COM ORIGINAL

DATA:

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA

PRESSÃO ARTERIAL

RESPIRAÇÃO

GLASGOW

SCORE FINAL

TEMP.

PULSO

**SUS**Sistema  
Único de  
SaúdeMinistério  
da  
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES

3515168

**Identificação do Paciente**

5- PACIENTE

JOSE BORGES SILVESTRE

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

163710

7- CARTÃO NACIONAL SUS

700 4014 1371 4049

8- DATA DE NASCIMENTO

09/02/2000

9- SEXO

MASCULINO

10- RAÇA/COR

NEGRA

11- NOME DA MÃE

MÁRIA HELENA BORGES DE OLIVEIRA

12- TELEFONE DE CONTATO

981420593

13- NOME DO RESPONSÁVEL

MÁRIA HELENA BORGES DE OLIVEIRA

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

R. DA LAGOA 7

16- MUNICÍPIO

NISIA FLORESTA

17- BAIRRO

CAMPO DE SANTANA

18- UF

RN

19- CEP

59164000

**Justificativa de Internação**

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*paciente com profusão do fêmur  
D 10 e fratura do fêmur*

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*circunscrito*

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

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

*fratura fêmur D 10, autotul***Procedimento Solicitado**

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

**Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)**

36- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

37- ( ) AC. TRÂNSITO

38- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO

39- ( ) AC. TRABALHO TRAJETO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

**Autorização**

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

**CONFERE COM ORIGINAL  
DATA: 11/02/2000**



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

313

LAUDO PARA  
SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PROTOCOLO				
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - MASCULINO	11 - FEMININO	12
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO				
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)	13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)	20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - LEITO / CLÍNICA	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	28 - DT SOLICITAÇÃO	29 - CNES / CFE	30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
---	----------------------	----------------------------	---------------------------------------	---------------------	-----------------	--

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	51 - DT AUTORIZ.	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
47 - DT AUTORIZ.			



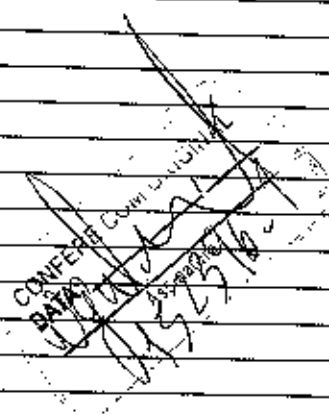
Hospital

Nome do paciente		JOSÉ BORGES SILVESTRE		Nº prontuário	
Data operação		25/12/2018			
Operador		DR FABIO FREIRE		Enf.	
1º auxiliar				Leito	
2º auxiliar		3º auxiliar		DR JOSIVAN NUNES	
Anestesista				Instrumentador	
Diagnóstico pré-operatório		Tipo de anestesia			
Tipo de operação					
Diagnóstico pós-operatório		FRATURA DIAFISARIA DE FÊMUR MULTI-FRAGMENTAR ESQUERDO			
Relatório imediato do patologista		TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSINTESE DE FÊMUR ESQUERDO			
Exame radiológico no ato					
Acidente durante a operação					

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ASSESPIA E ANTISSEPSIA
3. CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO E DISSECÇÃO POR PLANOS
5. REDUÇÃO DA FRATURA DO FÊMUR POR TRAÇÃO
6. PASSAGEM DE FIO GUIA COM AUXILIO DE ESCOPIA + PARAFUSO DESLIZANTE 89MM
7. FIXAÇÃO COM DHS + 02 PARAFUSOS CORTICAIS PROXIMAIS + 03 PARAFUSOS DISTAIS
8. HEMOSTASIA RIGOROSA
9. LAVAGEM E SUTURA POR PLANOS
10. CURATIVO
11. ATO CIRÚRGICO SEM INTERCORRÊNCIAS

Josivan F. Nunes  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Hospital		Nº prontuário	
Nome do paciente: <b>Moisés Borges Silvestre</b>			
Data operação		Enf.	Leito
Operador: <b>Roberto Henri</b>		1º auxiliar: <b>Kauê</b>	Instrumentador
2º auxiliar	3º auxiliar	Tipo de anestesia	
Anestesista			
Diagnóstico pré-operatório: <b>Inf. do tubo de aspiração</b>			
Tipo de operação: <b>Retirada do fio de tração em ME</b>			
Diagnóstico pós-operatório			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Anestesia  
Retirado fio de tração  
Anestesia

Roberto Henri  
CRM 5364

03.01.89

CONFERE Cópia Original  
DATA: 03.01.89  
Assinatura:

52396-1



Hospital

Nome do paciente

Sr. Borges Alceste

Nº prontuário

Data operação

Eo

Lento

Operador

2º auxiliar

3º auxiliar

1º auxiliar

Instrumentador

Anestesiista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Tipo de operação

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Anupia

Vpc de ceno.

Humerano

Quirorrel. frct. comitativa de rebando posterior  
+ prende fragmento intrarticular

Retirado fragmento intrarticular. Fuzes articular

Reduzido a fixação de fragmento de rebando posterior  
e os placs + os parafusos.

Sutura por planos

Curativo.

06/01/19

Dr. Hildebrando Morais  
CRM 5314-2007  
OrtopedistaCONFERE COM ORIGINAL  
DATA 06/01/19  
Assinatura  
1572141

CONFERE COM ORIGINAL  
DATA 17/01/19  
Assinatura [assinatura]

## Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermaria		Leito		Nº prontuário	
Nome <u>José Borges Silveira</u>		Idade <u>19a</u>		Sexo <u>M</u>		Cor <u>castanho</u>	
Data <u>17/01/19</u>	Pressão arterial <u>120 x 80</u>	Pulso <u>80</u>	Respiração <u>15</u>	Temperatura <u>36°C</u>	Peso <u>60 kg</u>	Outros	
Tipo sanguíneo	Hemácias <u>3.210.000</u>	Hemoglobina <u>9,3 g%</u>	Hematócrito <u>29,7%</u>	Glicemia	Uréia	TP: 13,2 seg AP: 97% INR: 1,03 TTPA: 29,1 seg R: 1,2	
Ap. respiratório		Asma		Bronquite			
<u>Nega asma, IVAS, DPOC e tabagismo. AVE simétricas e PA</u>							
Ap. circulatório		Eletrocardiograma					
<u>Nega Hx. ICC e arritmias. RCR, ST BNF s/ sopros</u>		<u>Normal regular</u>					
Ap. digestivo		Dentes		Pescado		Ap. urinário	
<u>Sedum + 8h.</u>		<u>nl</u>		<u>nl</u>		<u>sem queixas</u>	
Estado mental		Ataxia		Corticoides		Alergia	
<u>LOTE.</u>		<u>-</u>		<u>-</u>		<u>Nega</u>	
Diagnóstico pré-operatório		Estado físico		Risco			
<u>Fratura de quadril.</u>		<u>ASA I.</u>		<u>Baixo</u>			
Anestesia entorácica							
<u>Sementecotilina (negui)</u>							
Medicação pré-anestésica		Aplicada às		Efeito			
<u>70 mg, 21 mg, 20 mg, 23 mg</u>							
Agentes Anestésicos							
Líquidos							
Oper							
Anest.							
P Pulso							
O Resp.							
SÍMBOLOS							
E							
ANOTAÇÕES							
POSICÃO							
Agentes							
Técnica							
Operação							
Cirurgiões							
Anestesiologista							

Mantidos: 66, 58, 40, 10.

- 1. Oxigênio 5mg
- 2. Fentanil 1mg
- 3. Propofol 1mg
- 4. Midazolam 0,5mg
- 5. Atorvastatina 20mg
- 6. Clozapina 150mg
- 7. Clonazepam 0,5mg
- 8. Clonazepam 0,5mg
- 9. Clonazepam 0,5mg
- 10. Clonazepam 0,5mg

clonazepam 10  
0,5mg

0,5mg 1-04





Hospital

Nome do paciente		Nº prontuário	
Joe Borges Silvestre			
Data operação	Enf	1º auxiliar	2º auxiliar
Operador	Paulo Roberto	1º auxiliar	2º auxiliar
2º auxiliar	3º auxiliar	Instrumentador	
Anestesista	Tipo de anestesia		
Diagnóstico pré-operatório			
Tipo de operação			
Diagnóstico pós-operatório			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Anupne. Abertura  
Redução omeleta + fixação de fratura de  
coluna posterior c/ 02 placas + 06 parafusos  
3.5.  
Limpou o NO. 92.  
Sutura por planos.  
Curativo

17/11/19

Dr. Paulo Roberto  
17/11/19 12:00  
Amambá do Sul - RS

CONFERE COM ORIGINAL  
DATA  
ASSINATURA  
17/11/19



Hospital

Nº prontuário

Nome do paciente

JOÃO BONFES SILVEIRA

Data operação

Enf.

Leito

Operador

LAUREMANN

1º auxiliar

FEBIO FARIAS

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

FRACT. DE ACRABAMENTO DURA COLUNA

Tipo de operação

FRACT. DE FRATURA DE ACRABAMENTO (E)

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

VIA DE ACESSO ILIOINGUINAL A FRO

MUSCULOSTABO

OPERADA EM POSIÇÃO LITADA

MEDUSA CRUENTA E FLEXÃO DE OMBROS + DO PANTUFOS

3.5 - RADIOSCOPIA

LIMPEZA A PROF.

SUTURA CON PLANOS

11/11/19.

Dr. Lauremann, M. Lúcio  
CRM 5314-58071213  
Paranaíba - RNCONFERE  
DATA: 11/11/19



Hospital		Nº prontuário	
Nome do paciente: <u>Moré Borges Silvestre</u>			
Data operação	Enf.	1º auxiliar	2º
Operador	<u>Felipe Figueira</u>	<u>Haroldo</u>	
2º auxiliar	3º auxiliar	Instrumentador	
Anestesista	Tipo de anestesia		
Diagnóstico pré-operatório			
Tipo de operação			
<u>Trat. de fratura de pulso (E)</u>			
Diagnóstico pós-operatório			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

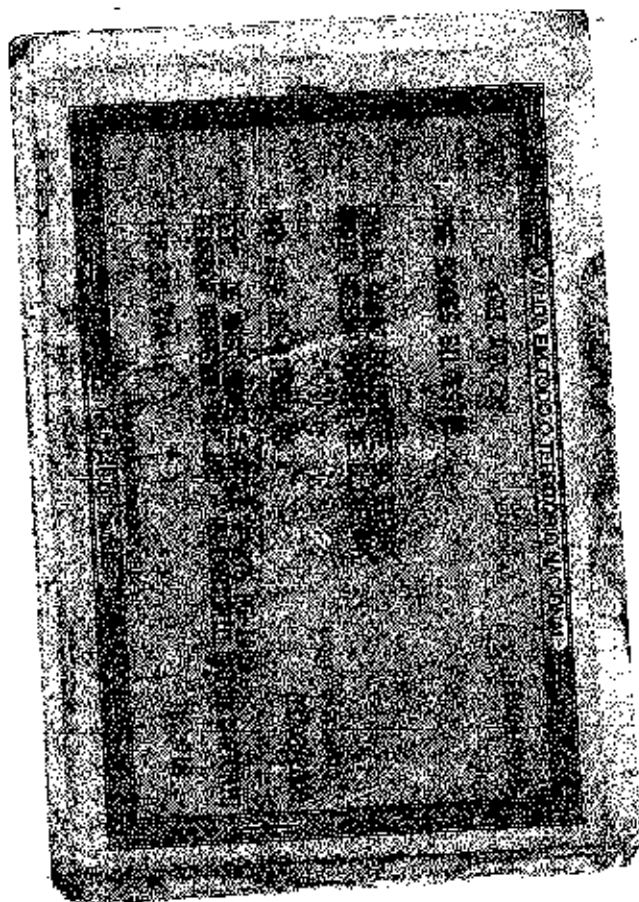
Amputação  
Redução + fixação de ossos do x no 1.5  
2 cones + anéis -  
fele sendo polido (E)



Haroldo morais  
cm 53m.

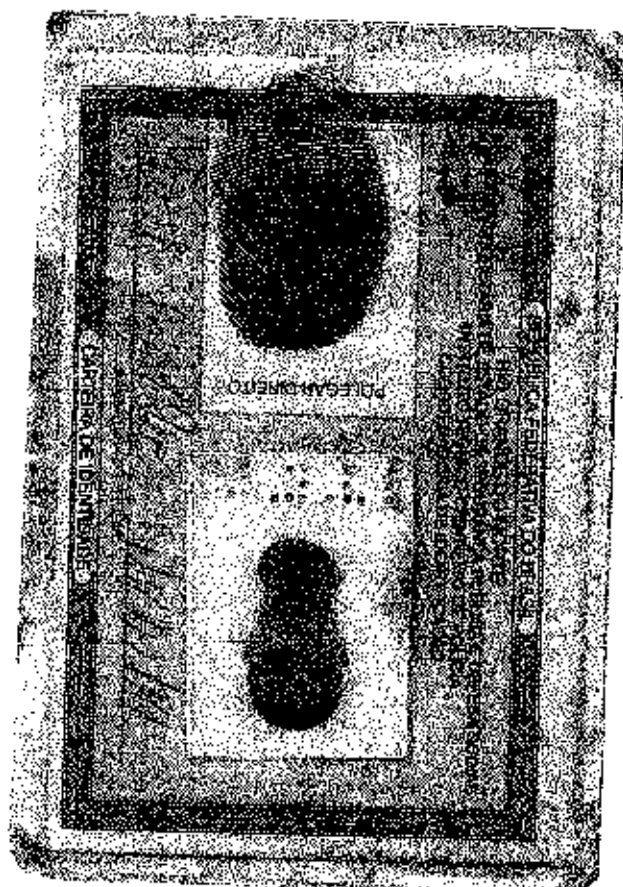
CONFERE  
DATA

Assinatura  
152396



PROTOCOLO  
RECEBIDO  
08 AGO 2019  
TERRA DO SOL ADM  
CORRETORA DE SEC

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
TERRA DO SOL ADM  
CORRETORA DE SEC



Vitória

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
 INSTITUTO NACIONAL DE RECONHECIMENTO DE PESSOAS

NOME: ANDRÉ DA CRUZ GONÇALVES



DOC. IDENTIDADE / ONE EMISSÃO / UF  
 002394034 SEP RN

CNPJ / DATA NASCIMENTO  
 016.640.374-06 08/11/1985

FILIAÇÃO  
 ALDENON DO NASCIMENTO  
 GONÇALVES  
 ADOLATO MARTA CRUZ  
 GONÇALVES

PROFISSÃO / SEXO / DATA EMISSÃO  
 INDETERMINADA / M / 22

Nº REGISTRO / DATA / VALIDADE  
 05581127714 / 07/02/2003 / 25/01/2014

OBSERVAÇÕES

*André da Cruz Gonçalves*

ASS. GERAL DO PORTADOR / LOCAL / DATA EMISSÃO  
 NATAL, RN / 08/02/2010

*Luz Edson de Melo Pereira* / 26088414095  
 Diretor Geral - Detran/RN / RN702781446

RIO GRANDE DO NORTE

VÁLIDA EM TODO  
 O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1583452267

PROIBIDO PLASTIFICAR  
 1583452267

PROTOCOLO  
 RECEBIDO  
 08 AGO 2013  
 TERRA DO SOL ADM.  
 E CORRETORA DE SEGS.

# 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:

136.230.704-16

Nome completo da vítima:

JOSE BORGES SILVESTRE

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

Nome completo:

JOSE BORGES SILVESTRE

Profissão:

MECANICO

Endereço:

RUA DA LAGOA

CPF:

136.230.704-16

Número:

7

Complemento:

Bairro:

CAMPO DE SANTANA RURAL

Cidade:

NUZIA FLORESTA

Estado:

RN

CEP:

59.164-000

E-mail:

Tel.(DDD):

(84) 98779-0632

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

REDA 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: BRADESCO

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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.

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 (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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

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.

Impressão  
dígito da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

PROTOCOLO  
RECEBIDO

TERRA DO SOL ADM  
SEGURADORA DE SECS

(\*) 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.



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 Municipal de Nísia Floresta

Endereço: Rua Nossa Senhora do Ó, 117, Centro, NÍSIA FLORESTA, FONE/FAX: 3277 3673

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: 32019208000569

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 21/05/2019 11:40:36

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 23/12/2018 19:00:00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Rural

2.8 Número: S/N

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: BR 101

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: BR - 101

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência: APÓS RETORNO QUE DÁ ACESSO AREZ - NÍSIA

2.13 Cidade: NÍSIA FLORESTA

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: MARIA HELENA BORGES DE OLIVEIRA SILVA

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Parda

3.7 Sexo: FEMININO

3.9 CPF:

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: TÉCNICA DE ENFERMAGEM

3.15 Telefone(s): 84 981420553

3.17 Número: 07

3.19 Bairro: CAMPO DE SANTANA

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: NÍSIA FLORESTA

3.2 Estado civil: Casado(a)

3.4 Pai: JOSE BORGES DE OLIVEIRA

3.6 Mãe: MARIA DO SOCORRO DA SILVA OLIVEIRA

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 17/11/1984

3.14 RG: 902466986 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: NATAL - RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: RUA DA LAGOA

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 Nome Completo: JOSE BORGES SILVESTRE

4.1.3 Nome Social:

4.1.5 Mãe: MARIA HELENA BORGES DE OLIVEIRA

4.1.7 Orientação Sexual:

4.1.9 Sexo: MASCULINO

4.1.11 CPF: 13623070416

4.1.13 Nacionalidade:

4.1.15 Logradouro: RUA DA LAGOA

4.1.17 Número: 07

4.1.19 Bairro: CAMPO DE SANTANA

4.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

4.1.2 Estado civil: Solteiro(a)

4.1.4 Pai: CARLOS ANDRE SILVESTRE DA SILVA

4.1.6 Identidade de Gênero:

4.1.8 Etnia: Parda

4.1.10 Data de Nascimento: 09/02/2000

4.1.12 RG: 093708750

4.1.14 Profissão: ESTUDANTE

4.1.16 Passaporte:

4.1.18 E-Mail:

4.1.20 CEP:

4.1.21 Cidade: NÍSIA FLORESTA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S)

5.1.1 Nome Completo: NÃO CONSTA.

5.1.3 Nome Social:

5.1.5 Estado civil:

5.1.7 Etnia:

5.1.9 Data de Nascimento:

5.1.11 RG: NÃO INFORMADO

5.1.13 Profissão:

5.1.15 Passaporte:

5.1.17 Características:

5.1.18 Logradouro:

5.1.19 Número:

5.1.21 Bairro:

5.1.23 Estado:

5.1.2 Alinhado:

5.1.4 Pai:

5.1.6 Mãe:

5.1.8 Identidade de Gênero:

5.1.10 Orientação Sexual:

5.1.12 Sexo: NÃO IDENTIFICADO / SEM INFORMAÇÃO

5.1.14 CPF:

5.1.16 Nacionalidade:

5.1.20 CEP:

5.1.22 Cidade:

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS VEÍCULOS)

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

A DECLARANTE COMPARECEU A ESTA UNIDADE POLICIAL A FIM DE RELATAR QUE, NO DIA 23/12/2018 POR VOLTA DAS 19H, SEU FILHO (VÍTIMA) SOFREU ACIDENTE DE TRÂNSITO NA BR- 101 APÓS O RETORNO QUE DÁ ACESSO AREZ - NÍSIA FLORESTA/RN. DECLARA ADEMAIS, QUE A VÍTIMA TRANSITAVA EM UMA MOTOCICLETA, HONDA CG 125 FAN DE PLACA QGS - 9041 DE RENAVAN Nº 01141835549, DA CIDADE DE AREZ/RN À CIDADE DE NÍSIA FLORESTA/RN QUANDO PERDEU O CONTROLE, EM DETERMINADO TRECHO, VINDO A CAIR E SOFRER VÁRIAS LESÕES. RELATA AINDA, QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELA SAMU, QUE PRESTOU SOCORRO INICIALMENTE ATÉ O HOSPITAL WALFREDO GURGEL DA CIDADE DE NATAL/RN, POSTERIORMENTE, NA DATA DE 25/12/2018 FOI ENCAMINHADO AO HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA PARA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA. NADA MAIS.

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 21/05/2019 11:40:36

Policial

Interessado



Polgar direito

Atendimento: 1702254 - GLAWBER KARLES DE ARAUJO E SILVA

Impresso por: 1702254 - GLAWBER KARLES DE ARAUJO E SILVA em 21/05/2019 11:41:09

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
08 AGO 2019  
TERRA DO SOL ADM.  
CORRETORA DE SEGS.



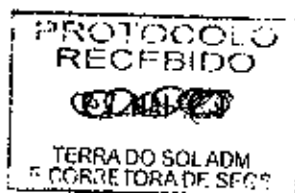


GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 RN



DECLARAÇÃO

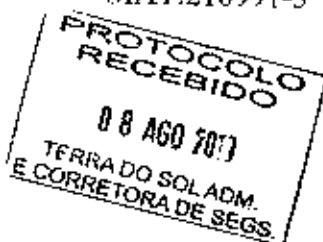
Declaro para os devidos fins que se faz necessário, que foi encontrado a ocorrência Nº 114387/1 referente ao paciente **JOSE BORGES SILVESTRE**, 18 anos atendido pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN, no dia 23/12/2018 em BR entre Arez e Nísia Floresta/RN. Conforme ficha anexa.



Natal, 22 de janeiro de 2019.

*Dr. Ubiratan Wagner de Sousa*

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



**SAMU 192 RN**  
END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 - BARRO VERMELHO - NATAL/RN  
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS  
CEP: 59.022-545 - FONE: 84 3209-5321

Nº: 114387/1

Data: 23/12/2018

UNAMADO

TARM: MARCELA NAYARA LEITE COSTA

Médico Regulação: ALDECI DANTAS DE SOUZA JUNIOR

Rádio Operador: KLEBERSON PLATINY COUTO SILVA

Médico Cena: RAILSON ANDRIELLE SILVA BRANDÃO

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 37 (GOIANINHA)

Equipe VTR: EDMILSON DE SOUZA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA  
JACKELINE HENRIQUE DE SOUZA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

☒ REGULAÇÃO  
MÉDICA

☐ TROTE

☐ INFORMAÇÃO

☐ ENGANO

☐ QUEDA DA  
LIGAÇÃO

☐ CONTATO COM EQUIPE  
SAMU

☐ TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: AREZ (NP)

Nome do Solicitante: ALERANDRA

Telefone: (84) 99177-8010

Nome do Paciente:

JOSE BORGES SILVESTRE

Idade: \*

18 ANO(S)

Sexo: \*

MASCULINO

☐ Endereço não informado

☐ Coordenadas Informadas

Latitude: Longitude:

Endereço: BR QUE LIGA AREZ A NISTA FLORESTA // BR 101

Nº: EM VP

Bairro:

Outro Bairro: BR

Referência/Complemento: ENTRE SAO JOSE E GOIANINHA // NA ROTATORIA ENTRANDO PARA AREZ

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

Observações Rádio Operador: EM QTI AO HCS AS 23:20H. NO QTH DO HCS AS 23:41H.

Queixa Primária: QUEDA DE MOTO

Quem Solicitou: Familiar

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Residência

Histórico Regulação Médica:

23/12/2018 19:58:38 - Dr(a). ALDECI DANTAS DE SOUZA JUNIOR

APH: TRAUMA / HD: QUEDA DE MOTO

REGULAÇÃO: SOLICITANTE INFORMA QUEDA DE MOTO. ESTA CONSCIENTE. NEGA SANGRAMENTO AMBUNDANTE. NEGA SINATS OBVIOS DE FRATURA. HÁ APENAS ESCORIAÇÕES. PACIENTE AFIRMA QUERER ATENDIMENTO. USB COD 2 AMARELO.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: 2 - AMARELO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: Código 2

Apoio:

Observações

Data: 23/12/2018 20:10:03 Usuário: (RADIO OPERADOR) KLEBERSON PLATINY COUTO SILVA  
Observação: Controle de frota: SEM USB DISPONIVEL NA ÁREA.

Data: 23/12/2018 20:28:09 Usuário: (RADIO OPERADOR) KLEBERSON PLATINY COUTO SILVA  
Observação: Controle de frota: ACIONADA A USB DO HOSP DE GOIANINHA.

Data: 23/12/2018 21:19:57 Usuário: (TARM) MARCELA NAYARA LEITE COSTA  
Observação: REGULADO COM DR DAVID DO DEOCLECIO MARQUES

Data: 23/12/2018 23:18:18 Usuário: (EQUIPE ENFERMAGEM) VIVIANNE SANTOS  
Observação: LIGO PARA O POLITRAUMA DO PSCS E CONFIRMO ATENDIMENTO DO PACIENTE COM DR GUSTAVO.

Data: 24/12/2018 00:34:59 Usuário: (RADIO OPERADOR) KLEBERSON PLATINY COUTO SILVA  
Observação: Controle de frota: PCTE AOS CUZDADOS DA DRª GIULIANA NO HCS.

Data: 24/12/2018 00:36:12 Usuário: (RADIO OPERADOR) KLEBERSON PLATINY COUTO SILVA  
Observação: Controle de frota: EM QTI AO HCS AS 23:20H. NO QTH DO HCS AS 23:41H.

