

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: 00000006990-6

---

Nr. Autenticação

BRADESCO2092019050000000002370588400000006990675000 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 DE 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 0º-70º, EXTENSÃO DE 0º-10º, ADUÇÃO DE 0º-10º, ABDUÇÃO DE 0º-20º, ROTAÇÃO INTERNA DE 0º-20º E EXTERNA DE 0º-30º. ADM DE FLEXÃO DO QUADRIL ESQUERDO DE 0º-30º, EXTENSÃO DE 0º-5º, ADUÇÃO DE 0º-5º, ABDUÇÃO DE 0º-20º, ROTAÇÃO INTERNA DE 0º-10º E EXTERNA DE 0º-10º. ADM DE FLEXO EXTENSÃO DE JOELHO ESQUERDO DE 40º-110º. ADM DE FLEXÃO DE PUNHO ESQUERDO DE 0º-60º, EXTENSÃO DE 0º-40º, ADUÇÃO DE 0º-30º, ABDUÇÃO DE 0º-20º, LIMITAÇÃO DA PRONAÇÃO 0º-60º E SUPINAÇÃO 0º-60º DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. SEM DANOS NEURO-VASCULARES 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 TRANSSESQUELÉTICA 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 OSTEOSÍNTESE COM DHS E PARAFUSOS. CERCA DE 14 DIAS APÓS O SINISTRO FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO COM OSTEOSÍNTESE 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 OSTEOSÍNTESE 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
<b>Total</b>		<b>50 %</b>	<b>R\$ 6.750,00</b>	

# 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: 4020-1596 / 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 35

Eu, MARIA APARECIDA DA SILVA

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

Órgão ITEP/RN, portador do CPF nº 046.998.504-02,

com domicílio na cidade de POVOADO DE NORRINHOS, 40, no Estado de RN,

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA BELA VISTA, nº 40,

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

JOSÉ BORGES SILVESTRE, cujo o condutor era

JOSÉ BORGES SILVESTRE

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

Placa: QGS 9041 Chassi: 9C2JC5900JR305058

Data do Acidente: 23/02/18

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

Maria Aparecida da Silva

Assinatura do Declarante

PROTOCOLO  
RECEBIDO

TERRA DO SOL ADM.  
E CORRETORA DE SEGS.

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

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
08 AGO 18  
TERRA DO SOL ADM.  
E CORRETORA DE SEGS.

RECONHECIMENTO DE FIRMA

Reconheço ate(s) firma(s) a(s) de:  
Maria Aparecida  
da Silva

por AUTENTICIDADE E SEMELHANÇA

Em testemunho da verdade, Dcº #  
São José de Mipibu, 23/05/2019

Emilly de Lima Moreira  
Escrevente Autorizada

CLINICA HOPE  
LABORATÓRIO HAPPY

# LAUDO MÉDICO #

RECEBIDO  
08 AGO 2017  
TERRADO SOL ALEGRE  
E CORRETORA DE SEGUROS

- # José Borges Silvesres, sofreu ~~uma fratura~~ na dia 23/12/18 e tem fratura de astrátil direito e esquerdo, fratura de fêmur esquerdo e dos punhos esquerdo. Realizado tratamento cirúrgico com placas e parafusos em acetabulos (dupla coluna à Esq) e placa lateral com parafuso deslizante em fratura de fêmur esquerdo. Punto esquerdo fixado com fios de Kirschner. Limiteação das rotações dos quadris bilat. e para flexão do joelho esquerdo. Permeitos instaurados em regiões dos quadris, marcha claudicante, hipoestesia das coxas.
- # Invalidade anatômica e funcional ao nível do quadril direito (intenso), membro inferior a esquerdo (intenso) e punho esquerdo com limitação das amplitude de movimento.

# Atto médico

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

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: PARD

CNS: CPP: 13623070416 Prof:

Mãe: MARIA HELENA BORGES DE OLIVEIRA Pai:

Logradouro: DISTRITO CAMPO DE SANTANA, 1

Cidade: NISIA FLORESTA

CEP: 59164000 Bairro: ZONA RURAL

Compl:

Telefone: 84 991913236

Motivo: MOTO X OBJETO FIXO

Origem: AMBUL. SAMU RN

Fluxograma:

OBS:

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

## HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

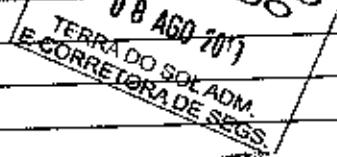
Queixas: QUEDA DE MOTO/ TRAUMA DE FEMUR E

Hora: Paciente encaminhado para o hospital por acidente de moto.  
 Negar TET e manuse fixo abdominal.  
 Fix exposto da ferida.



## EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vt periorbita, sem cianose
- B tons esturais, Abd + bulistico
- C Estável
- D GCS 15
- E Fix exposto da ferida



## OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdome fosci  
Pele estabil

Realizado em: 11 horas  
Técnico:

RAIOS-X

\*Saida:

## DIAGNOSTICO INICIAL - CID

ANALISES

Acidente moto acidente  
quebrou fratura exposta  
do fêmur (L) + rotura bilateral do tendão  
+ luxação do cotovelo dorso dobra (C)

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

Rx. do cotovelo C/N/Pep  
Rx. do punho C/N/Pep

LABORATÓRIO

Rx. do fêmur C/N/Kpl

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Rx da Bala AL

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Cls. D. Táxi / Rx de cintos cingos P/ tratamento  
de URGENCIA

Dr. Judson W. Verissimo de Azevedo  
Ortopedia e Traumatologia  
Ortopedia do Quadril e Pélvis  
CRM-PR 6692 TEC 14819  
RG 2973

Assinatura e Carimbo do Responsável

*CONFERE COM ORIGINAL*  
NATAL 08/02/01

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

*Orléans*

DATA:

*S.A.M.*  
ASSINATURA

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. 

Dr. Judson W. Verissimo de Azevedo  
Ortopedia e Traumatologia  
Ortopedia do Quadril e Pélvis  
Médico (Carimbo) CRM-PR 6692 TEC 14819  
RG 2973

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 À 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 Walfrido Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

BOLETIM  
OPERATÓRIO

## IDENTIFICAÇÃO

Nome: J H Borges

Reg. N°

Diagnóstico pré-operatório: Fratura exposta fêmur L + Fratura acetabulo. + luxação abertaIndicação terapêutica: fixação externa + Tratamento Equilíbrio Urgência ( ) Eletiva ( ) Radios ( )+ redução + nártex CP

## INTERVENÇÃO

Data:

Início:

Término:

Duracão:

~~DESENHO COM ORIGINAL~~~~CRM/CRO: 08/09/18~~~~NATAL~~~~CRM/CRO:~~~~MAT. N°~~~~CRM/CRO:~~~~SANE~~~~CRM/CRO:~~~~ASSINATURA~~Operador: Ariano Alves

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista:

## RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Pauzito Lda 877 814 antena

abordagem de MM/1

atropos + antroponia + caps

Abordagem de Fissura da patela em dorso da fossa L

Cryptostichia L + ST

destruição da tecido cartilaginoso

redução + fixação externa + fechamento p/ plást + antibio

instalação de Truap Equilíbrio em CID.

redução + nártex CP exófita/nao

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



Name Mr. Boierschmidt

Leito:

fade

Nº Registro:

DATA

24

42

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

## ~~# Ein Viererlet~~

## Electro-kinetics

fur chamado de malha poeira, visto que se o resultado  
era metade de cada fibra ou este-bulus, bactérias (1)  
fibra de ferro (2) e ferro sulfuro-cortante, partiu-  
sional em caxas (3). No meio dos colpos, atropelito  
e entulhos de chiqueiro higiênico, no entanto  
o menor expandido satisfazendo os resultados  
de exposição noturna com entalhes. HT = 35°.  
P. exame: EGR, colesterol (também foi redondo), colesterol  
(+ HT), hidrocarbonetos, óxido de ferro, amônio, esterínil  
hidrocarbonados. Foi um da DNA, contateantes.  
P. 110 x 30 mm Hg fe = 115 bpm.

$$PA = 110 \times 70 \text{ mmHg} \quad f_c = 110 \text{ bpm}$$

$PA = 110 \times 70 \text{ mmHg}$   $fe = 110 \text{ bpm}$

extremidades ricas em espessores ósseos  
base perfurada profunda. No momento, uso ho-  
mônio de Sol. Composto fundamental em parcerias  
universitárias.

W.D.: Chaque hyperosmose est fixée par l'urine (+) provoquant l'évacuation des urines.

en: ① Rieselwas zu dabe-

① Riesowar zu dem  
② Sohle des Doppelverlustes der n3e

2) Sollicito org Doppia Unione da M 35  
Permitti mio cugino di partecipare allo Con. Venerdì  
me stesso

Dra. Patricia Jiménez Cárdenas  
Angiología y Cirugía Vascular  
CNA-FM 6-355



## 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 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 <i>José Borges Silvestre</i>	6 - Nº DO PROTOCOLO
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO
	19 - SEXO
	MASCULINO      1      FEMININO      2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)	

13 - MUNICÍPIO	14 - BARRA	15 - UF	16 - CEP
----------------	------------	---------	----------

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Acidente muito violento Int- Exerto de ferro + cestinha</i>	18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>No andar de cima</i>
--	---

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Re + Esame Físico</i>	20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Int- de Ferro</i>	21 - CID INICIAL <i>S 72.3</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDO DE ASSOCIADOS <i>CONFERE COM ORIGINAL NATAL, 08/02/19</i>
--	--	-----------------------------------	---------------------	---

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Treatmento cunha</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>0408050517.9</i>	26 - LEITO / CLÍNICA <i>Oncoclinic</i>	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>Urgência</i>	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Judson Borges</i>
				29 - DT SOLICITAÇÃO <i>04/02/19</i>

30 - CNS / CPF <i>044019109481</i>	31 - N.º DO BILHETE <i>044019109481</i>	32 - BONUS
32 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - N.º DO BILHETE
36 - ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO	35 - CNPJ	38 -
39 - ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO		40 -
41 - CID PRINCIPAL		DESCRICAÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL
42 - CID SECUNDÁRIO		43 - ( ) GRAVE      44 - ( ) GRAVÍSSIMA

## AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	46 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	47 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
48 - OT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	
49 - CNS / CPF	52 -	
50 - ASSINATURA E CARMBO (N.º REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARMBO (N.º 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

Mae - Maria Helena dos Santos  
Gatão dos Sos - 100 4044 1371 3049



RG  
03.208250

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA  
PARNAMIRIM / RN

Contato

08114 20553

CPF 126.230.204-16 99 Nº 011

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGENCIA

NOME: José Borges Silvestre  
IDADE: 30 COR: Marrom SEXO: Masculino ESTADO CIVIL: Solteiro  
NATURALIDADE: São José de M. Borges PROFISSÃO: Estudante  
ENDERECO: Rua da Igreja 7 BAIRRO: Campo de Santana  
CIDADE: Nísia Fluminense DATA: 05/10/2018 HORA: 13:40 hs

CONDICÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	COM DISPNEIA <input type="checkbox"/>	CHOCADO <input type="checkbox"/>	COMATOSO <input type="checkbox"/>
C/ HEMORRAGIA <input type="checkbox"/>	EM CONVULSÃO <input type="checkbox"/>	POLITRAUMATIZADO <input type="checkbox"/>	AGITADO <input type="checkbox"/>	OUTROS <input type="checkbox"/>

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM  NÃO

PUPILAS	A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)	B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	C) PRESSÃO ARTERIAL
---------	-----------------------------------	----------------------------	---------------------

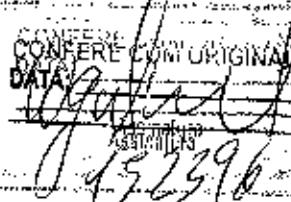
ESCORE FINAL (SCORE DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	T.A.
-------	------------	-------	------

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Homem com fratura torácica e abdominal, o esquerdo com lesões leves. No abdômen, com sangramento.

EXAME FÍSICO



SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO



Sistema  
Único de  
Saúde  
Ministério  
da  
Saúde

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

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2- CNES		
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE OCÉLIO 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- RACA/COR NEGRA	11- NOME DA MAE 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- MUNICIPIO NÍSIA FLORESTA
17- BAIRRO CAMPO DE SANTANA	18- UF RN	19- CEP 59164000	20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Paciente com fratura do fêmur de corte e contusão exposto para o ar.</i>
21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTENÇÃO <i>Cirurgia</i>	22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)	23- DIAGNÓSTICO <i>Fratura fémur de corte acidental</i>	24- CID 10 PRINCIPAL <i>I80 - cirurgia</i>
25- CID 10 SECUND. <i>Fratura fémur de corte acidental</i>	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS <i>Fratura fémur de corte acidental</i>	27- DESCRICAO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>I80 - cirurgia</i>	28- CODIGO DO PROCEDIMENTO <i>Fractura femur de corte acidental</i>
29- CLINICA	30- CARÁTER DA INTENÇÃO <i>I80</i>	31- DOCUMENTO ( <input type="checkbox"/> CNS) ( <input type="checkbox"/> CPF)	32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>CRM 1226</i>
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34- DATA DA SOLICITAÇÃO	35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	<i>Carlos</i>
Preencher em caso da causas externas (acidentes ou violência)			
36- ( <input type="checkbox"/> ) AC. TRÂNSITO	38- CNPJ DA SEGURADORA	40- N° DO RICHETE	41- SÉRIE
37- ( <input type="checkbox"/> ) AC. TRABALHO TÍPICO			
38- ( <input type="checkbox"/> ) ACI. TRABALHO TRAJETO	42- CNPJ DA EMPRESA	43- CNAE DA EMPRESA	44- CBO
45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
( <input type="checkbox"/> ) EMPREGADO ( <input type="checkbox"/> ) EMPREGADOR ( <input type="checkbox"/> ) AUTÔNOMO ( <input type="checkbox"/> ) DESEMPREGADO ( <input type="checkbox"/> ) APOSENTADO ( <input type="checkbox"/> ) NÃO SEGURO			
46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47- COD. ORGÃO EMISSOR	52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTENÇÃO HOSPITALAR	
48- DOCUMENTO ( <input type="checkbox"/> CNS) ( <input type="checkbox"/> CPF)	49- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	<i>CONFERE COM ORIGINA DATA:</i>
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO			

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

LAUDO PARA  
 SOLICITAÇÃO DE AIH

313

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			
Jose Berger Flóretti				
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - FONE DE CONTATO
300461413714049	09/02/2002	18	Masculino	1 981420553
12 - ENDEREÇO (RUA, N°)	13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP
Rua Da Lagoa - 7	Natal	Centro de Santana	RN	59000-000
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Andar na cadeira q dormia em MUI e ME

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Franja Extri de dente do rei e + fratura de costela

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVOS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

+ luxação de orelha do lado E

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
fratura de rei e e ACCIDENTAL	572	532	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - LEITO / CLÍNICA	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
Intervento cirúrgico			24.12.18
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			28 - DT SOLICITAÇÃO
			30 - CNS / CPE

31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

AMARAL VIEIRA  
CRM 309

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

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			
40 - CID PRINCIPAL			DESCRÍÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL
42 - CID SECUNDÁRIO		43 - ( )	44 - ( ) GRAVE 45 - ( ) GRAVISSIMA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVAIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	



Hospital

JOSE BORGES SILVESTRE

Nome do paciente 25/12/2018		Nº protocolo
Data operação Operador 2º auxiliar Anestesista Diagnóstico pré-operatório	DR FABIO FREIRE Enf. Leito 1º auxiliar 3º auxiliar Tipo de anestesia	DR JOSIVAN NUNES Instrumentador <i>JOSIVAN E NUNES ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA CRM-RN 526</i>
Tipo de operação		
Diagnóstico pós-operatório FRATURA DIAFISARIA DE FÉMUR MULTI-FRAGMENTAR ESQUERDO		
Relatório imediato do patologista	TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍTESE DE FÉMUR ESQUERDO	
Exame radiológico no ato		
Acidente durante a operação		

## DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISEPSIA
3. CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO E DISSECÇÃO POR PLANOS
5. REDUÇÃO DA FRATURA DO FÉMUR 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

*CONFIRA Com JUNIOR  
DATA: 15/01/2019*



Hospital

Nº prontuário

Nome do paciente

Jorge Borges Silvestre

Data operação

Operador Felício Freire

2º auxiliar

Anestesista

Diagnóstico pré-operatório

Vrt. dilatet da oca falciforme.

Tipo de operação

Interv. de fio de tracção no frc.

Diagnóstico pos operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

Enf.

1º auxiliar

3º auxiliar

Leito

Instrumentador

Tipo de anestesia

## DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Anést.

Interv. fio de tracção

Anelito

Fito de tracção  
C.A.C. 53612.

03.01.89

CONFERENCIA  
DATA: 10/01/2010

52396-1



Hospital

S.S.A

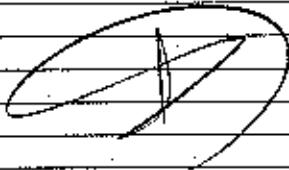
Nome do paciente		Nº prontuário	
Dr. Borges Alves Jr.			
Data operação	En.	Lado	
Operador		1º auxiliar	Iláceron
2º auxiliar	3º auxiliar	Instrumentador	
Anestesiista	Tipo de anestesia		
Diagnóstico pré-operatório			
Fract. catártico ilíaco esquerdo -			
Fract. de Fract. de catártico D			
Diagnóstico pós-operatório			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

## DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Anamnese  
Urg. de clínica.  
História clínica  
Orientar pre-convulsiva de rebordo posterior  
+ grande fragamento intracraniano  
Retrato frágil craniotela - frangos anterior  
Retirada e fixação do frágito. S. reborde posterior  
e óptica + os parafusos -  
Sutura por planos  
Cerrado - ?

06/01/19



Dr. Fábio Henrique Marinho  
06/01/19 - 2019

CONFIRMADO DATA: 06/01/19  
Assinatura: [Signature]

CONFIRME COM O ORIGINAL  
DATA: 15/01/19  
Assinatura: [Signature]

## Serviço de Anestesiologista e Gásoterapia

Hospital:		Enfermeira:	Lito:	Nº prontuário:
Nome: José Borges Silveira				Idade: 19a. Sexo: M Cet: Excepcional
Data: 14/01/19	Pressão arterial: 120x80	P脉搏: 80	Respiração: 15	Temperatura: 36 °C
Tipo sanguíneo	Hematíes: 3.210.000	Hemoglobina: 9,3g/dl	Hematocrito: 29,7%	Glicemia: Uréia:
	Urina:			
Ap. respiratório: Nega asma, IVAS, dPOc e talasísmo. MVO simétricas.		Asma: 0		Bronquite: 0
Ap. circulatório: Nega HTA, IC, IVE e arritmias. RCR, ATBNF s/lesões		Eletrocardiograma: regular		
Ap. digestiva: Sérum +8h.		Dentes: NL	Pescoco: NL	Ap. urinário: sem queixas
Estado mental: Lote.		Ataracicos: 0	Corticoides: 0	Alegría: Nega
Diagnóstico pré-operatório: Fratura de quadril.				Estado fisiológico: BFT, Risco: Baixo
Anestesias anteriores: sem enterostomias (ragui).				
Medicação pré-anestésica: 20mg, 21mg, 22mg, 23mg		Aplicada às:		Efeito:
Agentes Anestésicos: EG Spv 100-150 pp da sel				
Líquidos: 1000 ml				Mandado: 06.599, 001.
Oper.: 0				
Anest.: X				
O Resp.: 0				
P Pulso: X				
SIMBOLOS: E				
ANOTAÇÕES:				
POSIÇÃO: DLO com coxim no axila.				
Agentes:		elastodol 100		
Técnica: Ragui		ORV 240		
Operação: Tratamento cirúrgico de fratura de quadril		DR 5001 - 04		
Cirurgião: Dr. Fábio e Dr. Laurentino		minotriptilina 100mg		
Anest.:		acetaminofeno 500mg		



Hospital

Nome do paciente		Nº prontuário	
Joe Borges Silveira			
Data operação	Ent.	Setor	
Operador	Kaue Henrique	1º auxiliar	Talvo Freire
2º auxiliar	3º 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			

## DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Anexos - Glutaral

Máscara Omelie + fixação da fratura de  
Colo pertencente a 02 placas + 06 parafusos

3.5

tempo de 09h

máscara para placa

Cauda

17/11/19



Hospital

Nº prontuário

Nome do paciente

JOAQUIM BORGES FILVES M.

Data operação

Enf.

Leito

Operador FRAUERMANN 1º auxiliar FEBIO GOSIENE

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesiista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

CART. DE ACERCAÇÃO DURA COLEIRA

Tipo de operação

CART. DE FRACTURA DE ACERCAÇÃO

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

## DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

VIA DE ACESSO ILOPUBERINAL À FRO

VISUSCRAB

OPERAÇÃO EX RENAL VERSO ARTICULAR

MEDULÓSIS CORTICAL + ELAGOGO DO PULMÃO + OSEOPATIAS

3.5 - RINS COMA

LIMPEZA A SECO

SUTURA CON PLANOS

11/11/19.

Dr. Hausermann Morais  
CRM 3314 - EPT 12-13  
Residência em Ortopedia e Traumatologia

CONF.  
DATA:

FRE

CORR

FINAL



Hospital

Nº prontuário

Nome do paciente

Tore Borges Silvestre

Data operação

Enf.

Operador

Sofris Ferreira

Leito

2º auxiliar

3º auxiliar

Tipo de anestesia

Instrumentador

Anestesista

Diagnóstico pré-operatório

Tipo de operação

Trat. de fratura do punho (c)

Diagnóstico pós operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

## DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Amputação

Médio-metacarpo + fôrma de ossos da mão

+ corpos + articulações

+ tendões + nervos

Fratura móvel  
com 53%CONFERE  
DATA  
LUGAR  
Assinatura

Assinatura

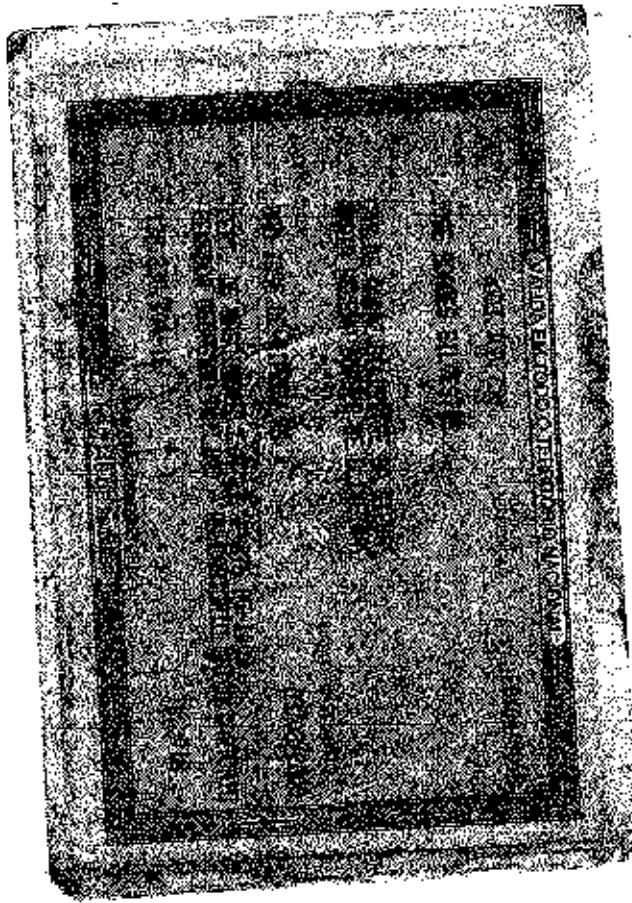
Assinatura

Assinatura

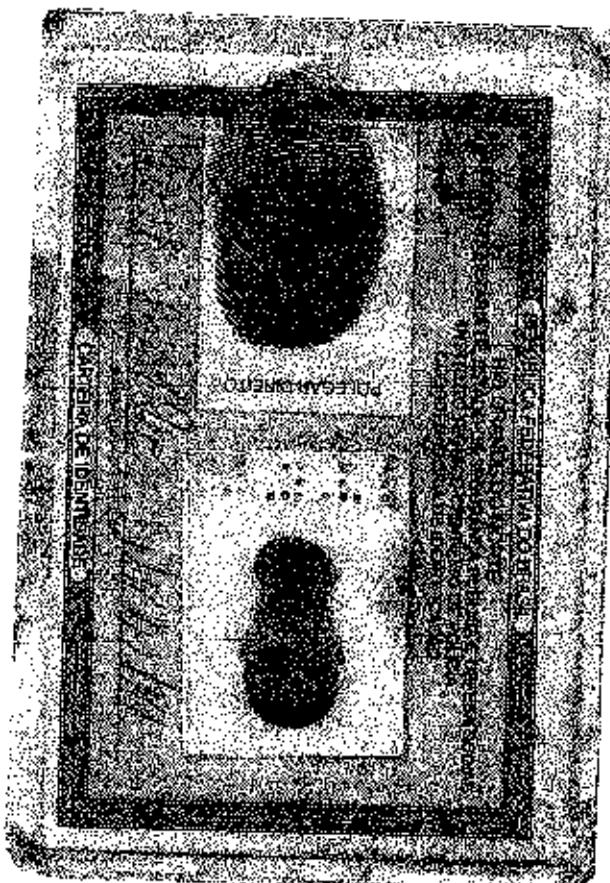
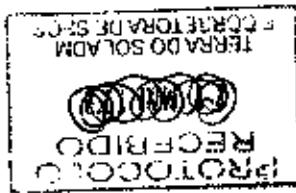
Assinatura

Assinatura

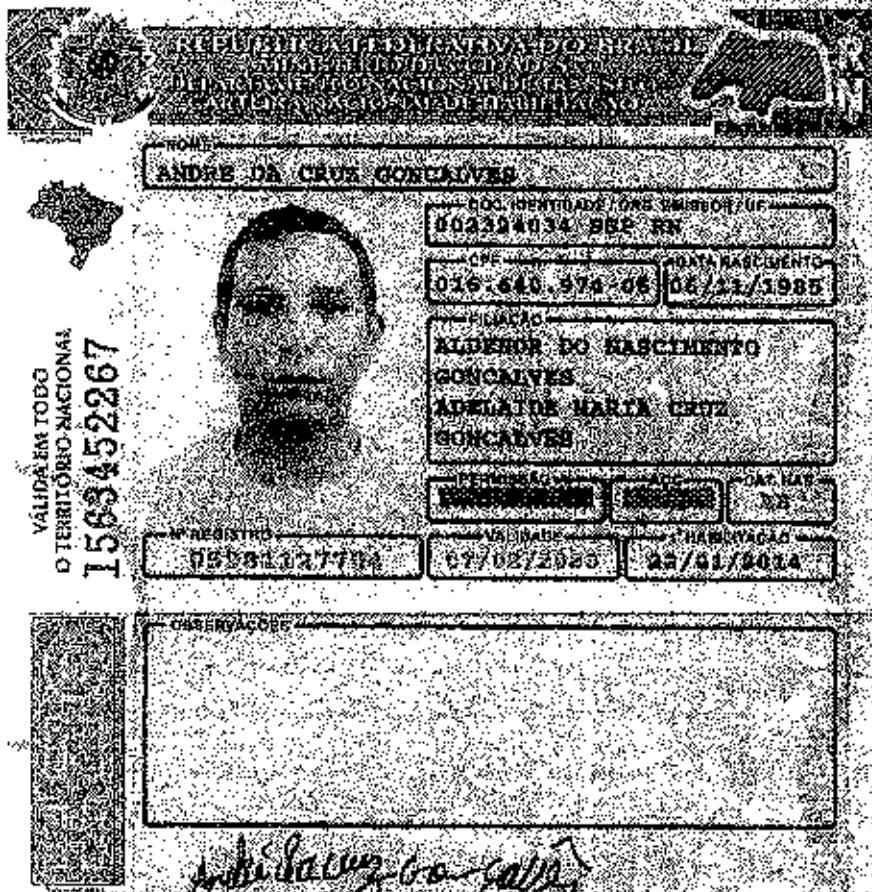
Assinatura



RECEBIDO  
08 AGO 2019  
TERCEIRA DE SEC  
PROTÓCOLO



2019



VÁLIDA EN TODO  
TERRITORIO NACIONAL

14 563452367

PROSES PLASTICAS

卷之三

Luz Edson Machado Pereira 46086114003  
Dinor Lacerda Oliveira KM702781446

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
18 AGO 2013  
FAZENDA 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

N° do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

136.230.704-46

JOSÉ BORGES SILVESTRE

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

Nome completo:

JOSE BORGES SILVESTRE

Profissão:

MECÂNICO

Endereço:

RUA DA LAGOA

Bairro:

CAMPO DE SANTANA / RURAL

Cidade:

NISIA FIORESTA

E-mail:

Estado:

RN

CPF:

136.230.704-46

Número:

+

Complemento:

59.164-000

CEP:

59.164-000

Tel.(DDD):

(84) 98779-0632

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

 RECUZO INFORMAR

 ATÉ R\$1.000,00

 SEM RENDA

 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

 ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINAR 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:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 5884

CONTA:

6990

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

**Autorizo** a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e 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

 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias ao pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §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: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou:  Sim  Não Nasceu (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou:  Sim  Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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  
digital da  
víma ou  
beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data: NISIA FIORESTA 25/05/19

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

 1<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

 PROTOCOLO  
RECEBIDO

TERCEIRA FOLHA ADM

CORRETORA DE SEGUROS

 2<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do ínterio 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**  
**Policia Civil**  
**Delegacia Eletrônica**



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Unidade Policial: Delegacia Municipal de Nísia Floresta

Endereço: Rue Nossa Senhora do Ó, 117, Centro, NÍSIA FLORESTA, FONE/FAX: 3277 3873

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM**

1.1 Protocolo: J2019208000569

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

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.4 Ligou CIOSP: Não

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

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

2.2 Autoria: Conhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.7 Logradouro: BR - 101

2.6 Tipo do local: Rural

2.8 CEP:

2.9 Número: S/N

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

2.10 Complemento:

2.13 Cidade: NÍSIA FLORESTA

2.12 Bairro: BR 101

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

**3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)**

3.1 Nome Completo: MARIA HELENA BORGES DE OLIVEIRA SILVA

3.2 Estado civil: Casado(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: JOSE BORGES DE OLIVEIRA

3.5 Mãe: Parda

3.5 Mão: MARIA DO SOCORRO DA SILVA OLIVEIRA

3.6 Sexo: FEMININO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF:

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionlalidade:

3.12 Data de Nascimento: 17/11/1984

3.13 Profissão: TÉCNICA DE ENFERMAGEM

3.14 RG: 002486986 - Itep/RN

3.15 Telefone(s): 84 981420553

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 07

3.18 Naturalidade: NATAL - RN

3.19 Bairro: CAMPO DE SANTANA

3.19 E-Mail:

3.20 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: RUA DA LAGOA

3.23 Cidade: NÍSIA FLORESTA

3.24 CEP:

**4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)**

4.1.1 Nome Completo: JOSE BORGES SILVESTRE

4.1.2 Estado civil: Solteiro(a)

4.1.3 Nome Social:

4.1.4 Pai: CARLOS ANDRE SILVESTRE DA SILVA

4.1.5 Mae: MARIA HELENA BORGES DE OLIVEIRA

4.1.6 Identidade de Gênero:

4.1.7 Orientação Sexual:

4.1.8 Etnia: Parda

4.1.9 Sexo: MASCULINO

4.1.10 Data de Nascimento: 09/02/2000

4.1.11 CPF: 13623070416

4.1.12 RG: 003708750

4.1.13 Nacionlalidade:

4.1.14 Profissão: ESTUDANTE

4.1.15 Passaporte:

4.1.16 Passaporte:

4.1.17 Características:

4.1.17 E-Mail:

4.1.18 Logradouro:

4.1.18 CEP:

4.1.19 Número: 07

4.1.19 Cidade: NÍSIA FLORESTA

4.1.20 Bairro: CAMPO DE SANTANA

4.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

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

5.1.1 Nome Completo: NÃO CONSTA.

5.1.2 Alcunha:

5.1.3 Nome Social:

5.1.4 Pai:

5.1.5 Estado civil:

5.1.5 Mãe:

5.1.7 Etnia:

5.1.8 Identidade de Gênero:

5.1.9 Data de Nascimento:

5.1.10 Orientação Sexual:

5.1.11 RG: Não informado

5.1.12 Sexo: NÃO IDENTIFICADO / SEM INFORMAÇÃO

5.1.13 Profissão:

5.1.14 CPF:

5.1.15 Passaporte:

5.1.16 Nacionalidade:

5.1.17 Características:

5.1.20 CEP:

5.1.18 Logradouro:

5.1.22 Cidade:

5.1.19 Número:

5.1.21 Bairro:

5.1.23 Estado:

**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 Histórica**

A DECLARANTE COMPARCEU 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 N° 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 PELO 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 DEoclécio 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

*Maria Helena Borges de oliveira Silva*



Atendimento: 1702254 - GLAWBER KARLES DE ARAUJO E SILVA

Impresso por: 1702254 - GLAWBER KARLES DE ARAUJO E SILVA em 21/05/2019 11:41:00

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



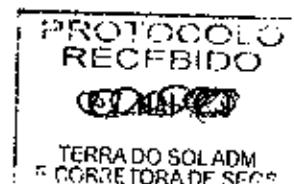


GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**  
SAMU 192 RN



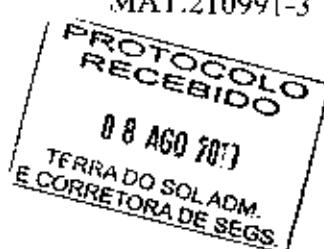
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fazem necessário, que foi encontrado a ocorrência N° 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.

*Pi Wagner Souza da Silveira*  
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

## UNIVERSITÁRIO

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

<input checked="" type="checkbox"/> REGULAÇÃO MEDICA	<input type="checkbox"/> TROTE	<input type="checkbox"/> INFORMAÇÃO	<input type="checkbox"/> ERGANO	<input type="checkbox"/> QUEDA DA LIGAÇÃO	<input type="checkbox"/> CONTATO COM EQUIPE SAMU	<input type="checkbox"/> TRANSF./INTERNAÇÃO
--	--------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	---	--	---

Cidade: AREZ (NP)

Nome do Solicitante: ALEXANDRA

Telefone: (84) 99177-8010

Nome do Paciente:

JOSE BORGES SILVESTR

Idade: \*

18 ANOS

Sexo: \*

MASCULINO

 Endereço não informado Coordenadas Informadas

Latitude: Longitude:

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

Nº: EM VP

Bairro:

Outro Bairro: BR

Referência/Complemento: ENTRE SAO JOSE E GOIANINHA // NA ROTATORTA 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 SINATIS OBVIOS DE FRATURA.  
HÁ APENAS ESCORIAÇÕES. PACIENTE AFIRMA QUERER ATENDIMENTO. USB COD 2 AMARELO.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: A-PRIMO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 2

Apóio:

## OBSERVAÇÕES

Data: 23/12/2018 20:10:03 Usuário: (RÁDIO OPERADOR) KLEBERSON PLATINY COUTO SILVA  
Observação: Controle de frota: SEM USB DISPONIVEL NA ÁREA.Data: 23/12/2018 20:28:09 Usuário: (RÁDIO 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 MARQUESData: 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: (RÁDIO OPERADOR) KLEBERSON PLATINY COUTO SILVA  
Observação: Controle de frota: PCTE AOS CUZDADOS DA DR GIULIANA NO HCS.Data: 24/12/2018 00:36:12 Usuário: (RÁDIO OPERADOR) KLEBERSON PLATINY COUTO SILVA  
Observação: Controle de frota: EM QTI AO HCS AS 23:20H, NO QTH DO HCS AS 23:41H.