

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: 16/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JUSSARA MARIA BASILIO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02131-8

CONTA: 000000022301-8

Nr. Autenticação

BRADESCO16012020050000000002370213100000022301337500 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190709327 **Cidade:** Currais Novos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUSSARA MARIA BASILIO **Data do acidente:** 10/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA CABEÇA DO 5º METACARPO DO PÉ ESQUERDO COM DESVIO DOS FRAGMENTOS E LESÕES DE PARTES MOLES COM PERDA DE SUBSTÂNCIA EM REGIÃO DORSAL E COM EXPOSIÇÃO TENDINOSA, ÓSSEA E LESÃO NERVOSA DOS EXTENSORES.

Descrição do exame físico: VÍTIMA RELATA DOR E DORMÊNCIA EM PÉ ESQUERDO COM DIFICULDADE EM DEAMBULAR E COM REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS DOS DEDOS. AO EXAME, MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA DE +/4+ EM PÉ ESQUERDO. CICATRIZES CIRÚRGICAS EM FACE DORSAL DO PÉ ESQUERDO, COM ÁREA DE ENXERTIA E PERDA DE SUBSTÂNCIA DE CERCA DE 10 X 7 CM EM FACE DORSAL DO PÉ E EM FACE LATERAL DA Perna ESQUERDA, CORRESPONDENTE A ÁREA DE ENXERTIA DE PELE. HIPOTROFIA MUSCULAR DA PANTURRILHA ESQUERDA. REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO EXTENSÃO DOS DEDOS DO PÉ ESQUERDO, COM RIGIDEZ DO 5º PODODÁCTILO. APOIO VICIOSO PLANTAR, JÁ QUE NÃO APOIA NO SOLO O 2º AO 5º PODODÁCTILOS ESQUERDOS.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS LESÕES DO PÉ ESQUERDO COM DESBRIDAMENTO E FIXAÇÃO COM FIO METÁLICO DA FRATURA EXPOSTA DO 5º METATARSO. CERCA DE 28 DIAS APÓS FOI REALIZADA RECONSTRUÇÃO COM RETALHO LOCORREGIONAL DO TIBIAL POSTERIOR PEDICULADO, MICRONEURRAFIA E TENOPLASTIA. APÓS 35 DIAS REALIZOU TRATAMENTO CIRÚRGICO DA PERDA DE SUBSTÂNCIA NO PÉ ESQUERDO COM ENXERTIA DE PELE NO DORSO DO PÉ COM ÁREA DOADORA DE PERNAS ESQUERDA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PÉ ESQUERDO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/01/2020

Conduta mantida:

Observações: A VÍTIMA PORTAVA RX DA FRATURA DESCrita ACIMA.

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 8595 /2019

Prontuário: 1188791

Paciente: 142938 - JUSSARA MARIA BASILIO

Cartão SUS: 703506039758230

CPF: 70048856401

Dt Nasc: 12/02/1995

Idade: 24 anos 6 meses 26 dias Sexo: F Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA DE FATIMA ROCHA BASILIO

Nome do pai: JOSE REINALDO BASILIO

Rua/Av: TREZE DE MAIO

Nº: 723

Complemento:

Bairro: PAIZINHO MARIA

CEP: 59380000

Cidade: CURRAIS NOVOS

Telefone: 84 996724625 84 996724625

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1005

Responsável: JUSSARA MARIA BASILIO -

Usuário: FRANCISCO DE ASSIS MORAIS QUEIROZ

Admissão: 10/09/2019 23:26:09 Alta: Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S92.3 - FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

408050462 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

NATAL, 10 de Setembro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

CONFERIDA COM ORIGINAL
NATAL, 08/11/2019
MAT. N° 151801
SÁMÉ
SIGNATURA

Xorv 108 - 17-19 t

Cirurgia da Mão de Natal
CIMAN

DR. HÉLIO RUBENS POLIDO GARCIA - CRM 5500
CIRURGIA DA MÃO - MICROcirurgia - ARTROSCOPIA

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente Jussara Maria Basílio apresenta lesão de partes moles pé E + fratura do 5 metatarso E grave e será submetida à reconstrução com retalho locoregional da tibial posterior pediculado em 08.10.19. Pode seguir realizando curativo ambulatorialmente e receber alta

Quando vier internar no Memorial, deve trazer:

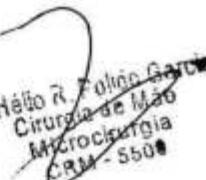
- exames de sangue atualizado
- consentimento informado assinado (com a paciente)
- AIH autorizado

CID: S91/ S92

19.09.19


Dr Hélio R P Garcia
CRM 5500

Dr Hélio Rubens Polido Garcia
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM 5500


Dr Hélio R. Polido Garcia
Cirurgia de Mão
Microcirurgia
CRM - 5500



US**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ouCNES: 2653923
CNES:**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: **142938 JUSSARA MARIA BASILIO** Prontuário:
CNS: 703506039758230 Nascimento: 12/02/1995 Sexo: Feminino Cor: PARDA
Mãe: MARIA DE FATIMA ROCHA BASILIO Pai: JOSE REINALDO BASILIO
Endereço: AVENIDA TREZE DE MAIO , 723 - PAIZINHO MARIA - CURRAIS NOVOS Fone: 996724625 /
Município: CURRAIS NOVOS Código Municipal IBGE: 240310 UF: RN CEP: 59380-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 24526 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CURSANDO COM FRATURA EXPOSTA DO 5º METATARSO + LESÃO DE PARTES MOLES DO PÉ ESQUERDO

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
AS ACIMNARESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
FRATURA EXPOSTA DO 5º METATARSO + LESÃO DE TENDÕES EXTENSORES

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S92.3 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO*408050462.TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISIÁRICA DOS M

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

METATARSO;3

Informações importantes sobre as condições do paciente:
 Diabetes Hipertensão Obesidade Faz Antibioticoterapia
 Lesão por pressão Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assitente:

JOSIVAN NUNES

CRM: 5763 / RN Data da Solicitação 10/09/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

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

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Orgão Emissor: _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____

Número da Autorização: _____

ASSINATURA



Nome:

Jessene da Cunha

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data: 11/09/19

Hora:

HD Fratura exposta do 5º PDD + lesão da parte media
Parte media tronco per (C), no ex. acidente auto 111
de 72 horas - Fratura exposta do 5º metatarso (C) + perda
de parte media no topo CFD: 592.3

Parte media subluxada e deslocada + LMC + fissura
com friso de Kirsch 2.0, da fratura do 5º metatarso (C) +
deslocamento de cunetas expostas (2 quebradas) + cuneta
no per osseal

it subluxo do outro apurado foi dislocado em
a unha plástica, Dr. Carlos Senna. Removi-se todos
após 03 dias.

CO: ATB endolumbar + artroscopia + descolamento em
una plástica

Cir. Alvaro Alves Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM 29327/TEOT 16202

CRM 7539/RN

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 08/10/2018
MAT. N° 54880
ZAMM
ASSINATURA



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

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Jussara Maia Bariló Idade: 24 N° Reg.: 142938
Serviço: Cirurgia Plástica Enf.: 4: Leito: 447

AO SERVIÇO: Ortopedia

(ALEXEY)

MOTIVO DA CONSULTA: - (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo).

Paciente com história de fratura em 5º metatarso esquerdo e perda de substância no dorso do pé esquerdo, associado a perda de sensibilidade. Internado nela ortopedia, submetida a fixação da fratura e acompanhada pela cirurgia plástica, agendando cirurgia com Dr. Hélio, dia 08/10/19 no Hospital Memorial. Apresentando sinais de flogose no local da fixação.
Solicito a liberação e condutor. DR ALEXEY

Dr. Anísio Virgolino S. Filho
CRM/RN 5792
Médico (RM2)

Natal/RN, 25 de 09 de 2019

Médico que solicita o parecer

PARECER:

Paciente em pós operatório de fixação de Frx do 5º MTT (E) com FRK.
+ dorso de pente mola dorso do pé

EF: FR fixo e sem sinais de infecção

cp: Monter o fio por 08 semanas.

OR. Diogo F. TORQUATO
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGIA
CRM/RN: 6774 / TBOF 14133
Médico que emite o parecer

Natal/RN, 27 de 09 de 19



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

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Teresa Maria Basílio Idade: _____ N° Reg.: _____
Serviço: Brangas Plástica Enf.: _____ Leito: 447

AO SERVIÇO: Cardiologia

MOTIVO DA CONSULTA: - (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo).

Paciente com necessidade de exame.
Solução risco cardiológico

Natal/RN, 06 de 10 de 19

Dr. Clarisse Sales Gurgel
Médica
CRM-RN 9541

Médico que solicita o parecer

PARECER: Seu FCC em 6/10/19

- Aos Cardiologistas -

Paciente seu consultante Cardiologista, por favor

PA: 100/70 SBP 175 P: 100x70 FC: 25

AN: M/G/1974

SEX: FEM PESO:

ECHO: dentro dos padrões da normalidade

CONCLUSÃO: FICOU ASA I

Natal/RN, 7 de 10 de 19

CONFIRME
Dr. Flávio Araújo
Cardiologista
CRM-RN 6645/NATAL DR
MAT. N.º 1508180
SANE
ASSINATURA

Médico que emite o parecer



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: Jússica Afli Bento

Reg. N°

Diagnóstico pré-operatório: Fratura exposta do 5º metatarso (C) + deslocamento do pente molhoIndicação terapêutica: Fratura exposta do 5º MTR (C) Urgência (P) Eletiva () p-(C)

INTERVENÇÃO

Data: 11/09/19 Início: 01.30 Término: 02.30 Duração: 60 minOperador: Alexey Alves Gomes CRM/CRO: 23327/PB 7539/RN1º Auxiliar: Fernando Filho CRM/CRO:

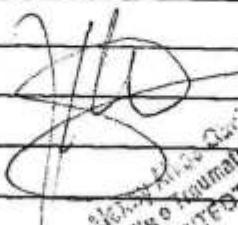
2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentação:

Anestesista: Pedro Cunha S. Nito CRM/CRO: 4712

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- ① Pente em diâmetro dobrado sob regredor
- ② Ligar a SF 0,9%, 08 Lt + clorídato de sódio de fito esterco ejetar
- ③ Cirurgia da fratura estéril
- ④ Ligar a SF 0,9%, 07 Lt + clorídato de sódio e fito esterco ejetar
- ⑤ Desbridamento da pente molho + exploração de conteúdo articular;
- ⑥ Fixação do pente no 5º MTR (MATE) com fio de PDS 2,0;
- ⑦ Colocação de enxerto ósseo Agm cel 13x8
- ⑧ Curativo estéril
- ⑨ Otimizar boa perfusão


CRM 7539/RN
CRM 23327/PB 7539/RN
CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 08/10/2019
MAT. N° 130815
ASSINATURA

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

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



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: Ismaela Manoel Bandeiro Reg. Nº -142930

Diagnóstico pré-operatório: Perda de sensibilidade no pé e

Indicação terapêutica: curar fer - er ferir Urgência () Eletiva (X)

INTERVENÇÃO

Data: 15/10/15 Início: _____ Término: _____ Duração: _____

Operador: Dra. Rommels CRM/CRO: _____

1º Auxiliar: Dra. Lucília CRM/CRO: _____

2º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: Dra. Lucília CRM/CRO: _____

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

O paciente era uma com claudicação + dor nos operários

O Realizou exame de ferro perineal no dorso do pé e nou que era doloroso para se sentar no pé.

③ Ficou com os pés em ponto reto

④ curado ei tuba de ferro.

15/10/15

Assessoria de Radiologia G. de Fábio
Clínica Plástica
CRM-RN 3023

CONFIRME COM ORIGINAIS
NATAL 08/10/2015
MAT. N° 15288
SANIE
ASSINATURA

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

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



GOVERNO DO ESTADO RN
SEC. SAÚDE PÚBLICA
HOSP. MONS. WALFREDO GURGEL

08/10/19 - de

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1 - NOME DO PACIENTE Jussara Maria Basilio	6 - N° DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS 703 5060 3975 8230	8 - DATA DE NASCIMENTO 12/10/1995	9 - SEXO MASCULINO 1 FEMININO X 2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Maria de Fátima Rocha Basilio	11 - TELEFONE DE CONTATO 99929-8018	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°) Av. 13 de Maio N° 723	13 - MUNICÍPIO Currais Novos 14 - BAIRRO RN 15 - UF RN 16 - CEP 99865-6113	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com lesão grave de partes moles do tornozelo/pé E, com exposição tendinosa e óssea + lesão nervosa do fibular. Necessita cirurgia para reconstrução microcirúrgica com retalho livre

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade cirúrgica

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

Exame físico + RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Lesão tornozelo D	21 - CID 10 PRINCIPAL S82 / S81	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Reconstrução por microcirurgia qualquer parte Microneurorrafia Tenoplastia Tratamento cirúrgico de lesões extensas com perda de substância cutânea	26 - LEITO/CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Dr. Hélio Rubens Polido Garcia 29 - DT. SOLICITAÇÃO / /
30 - COD. DO PROCEDIMENTO 141304026-7 +0403020069 + 0408060476 + 0413040178			30 - CNS / CPF Dr. Hélio Rubens Polido Garcia CRM 5900 - RN Cirurgia da Mão e Microcirurgia
			31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - N° DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
40 - () CID. 10 PRINCIPAL		DESCRÍÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
41 - () CID. 10 SECUNDÁRIO		43 - () GRAVE 44 - () GRAVISSIMO 45 - () GRAVISSIMO	

AUTORIZAÇÃO

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

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

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

RECEITUÁRIONOME: Juruna Meira BarrosMATRÍCULA: 142938**Pela Cirurgia Plástica**

Concedendo a paciente supra elada, 24a, feminina, vítima de acidente de moto, com fratura exposta + lesão tendínea + perda de subtínen. em pé esquerdo. Submetida à cirurgia ortopédica hoje, 11/09 às 01:30.

A paciente terá consulta com Dr Hélio (ortopedista e microcirurgião), no Hospital Memorial, amanhã, 12/09, às 08:00 da manhã, autorizada pelo mesmo, após contato prévio com Dr José Alves (cir Plástica).

Por gentileza, agendar com o NID e Central de Transportes, para sair às 07:00 da manhã.

Dr. Anísio Virgílio S. Fábio
CRM/RN 5792
1º T Médico (RM2)

DATA 11/09/2019

MÉDICO - CRM

FUMAR FAZ MAL À SAÚDE - USE CINTO DE SEGURANÇA
PILOTE SEMPRE COM CAPACETE - NÃO BEBA AO DIRIGIR
ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



ALGORITMO PI SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1- AVALE A RESPONSIDADE DA VITIMA; 2- PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA ILUCHE 102 CHAMOU ESTER FOBIA DE HOSPITAL 3- PEÇA UM DESFIBRILADOR/DOA 4- AVALE RESPIRAÇÃO (VER, OLHAR, SENTIR), 5- SE APENAS, APlique 2 VENTILAÇÕES DE RESSPIRAT (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MASCARA), 6- AVALE PULSO CAROTÍDEO, OU PULSO, 7- SE DISPONÍVEL, EM LACTANTE/PELÉ, 8- AVALE PULSO CAROTÍDEO, OU PULSO, 9- INICIE COMPRESSÕES TORACICAS, (MANO) (PROFOUND 40-60) ATÉ A CHEGADA DO DIA, 10- DEA DISPONÍVEL: ANALISE O RITMO, 9- RITMO CHOCANTE: APlique 1 CHOCO NA (70J) PI DEA BIFASICO, E SE NÃO RCP, 10- BITTINHA NAO CHOCAR, REBÍNCIE RCP(4-2), 11- AVALE O RITMO, 12- FAZE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VITIMA SE MEXA, 13- COLOCAR A FRENTE

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNESE

Racente recente círculo moto ciclista a 100, ferindo com fustas expostos do 5º metatarso (+) + Perde de sensibilidade + dor dos tendões extensores escroto am +

EXAME FÍSICO

Dor extensa da dor do pulso + fustas do 5º metatarso + dor dos tendões extensores dos dedos

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

noturno expor do 5º metatarso

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

Re P^o Al. Olliger

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Cefazoline 2g IV clycer

*Ortopedista Dr. José Santi Filho
Cirurgião de Trauma e Ortopedista
1607.16389/CRM-RJ 70.79*

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW

Abertura Ocular (AO)	4
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se acorda por exemplo 4, se não 3)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem,	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, localidade, etc., e pergunta, o dia e o mês)	5
Confuso (Responde às perguntas incorretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Maluco (Responde com palavras confusas)	3
Sono intermitente. (Grau menor, responde suas ordens parcialmente)	2
Aceguado.	1
Melhor resposta motora (MMR)	
Obediente à ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	5
Lentidão extrema de ação.	4
Responde incompreensivelmente.	3
Pátrio finge à dor (Desconhecimento).	2
Padaria extrema à dor (Desconhecimento).	1
Não responde motora.	

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS"

DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	11-15 = 4 9-10 = 3 6-8 = 2 4-5 = 1 3 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	12-29 = 4 29-50 = 3 51-99 = 2 100 = 1
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	2-99 = 4 100-120 = 3 121-150 = 2 151-200 = 1 201 = 0

CLASSEFAÇÃO DO TCE - (ATLS 2005)*

03 - 06=grave (necessidade de intubação imediata);
08- 2= 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 pacientes conscientes e que adotam postura com idade superior a 3 anos. Na Escala Glasgow solicita-se um descrever que classifica a intensidade da sua dor de acordo com as seguintes adjetivas:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Poco*
0	1	2	3	/

*Escala de Trauma Revisada (RTS): Ela indica da sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado da Classificação H.R. Scale, W.L. Copay, et al; A Revision of the Trauma score. J. Trauma 1983; 24: 199.



SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 46898 /2019
Admissão: 10/09/2019 21:51:04

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 142938 - JUSSARA MARIA BASILIO (24 a 6 m 26 d)

Nascimento: 12/02/1995 Natural: CURRAIS NOVOS BRASIL Sexo: F Cor: PARDA
CNS: 703506039758230 CPF: 70048856401 Prof:
Mãe: MARIA DE FATIMA ROCHA BASILIO Pai: JOSE REINALDO BASILIO
Logradouro: TREZE DE MAIO , 723
CEP: 59380000 Bairro: PAIZINHO MARIA Cidade: CURRAIS NOVOS
Telefone: 84 .996724625 Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. INTERIOR

*Empresa:

Fluxograma:	Discriminador:								
OBS:	Classificação: 10/09/2019 21:46:20								
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
21:57					17	72		15	

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: LESAO COM GRANDE PERDA DE SUBSTANCIA NO PE E APOS QUEDA DE MOTO

Hora: 21:57 Paciente trazido em ambulância sem com呕 vomito pericô e gás. Foi vítima de queda neste horário na BR de Currais Novos/RN. No momento do acidente estava usando capacete. A paciente estava pilotando o veículo quando se distraiu com um inseto, perdendo controle da motocicleta. Nega cefaleia envolvente, náuseas e vômito. O acidente ocorreu por volta das 16:00h de hoje. Foi encaminhada ao hospital de Currais Novos.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vias urinárias normais. Não queixa cervicalgia.
- B Faringite leve. O2 ambiente. A1VA telestes. SIRS.
- C Hemodinamicamente estável, pulso cheios. Não há segmentos evidentes.
- D Glasgow 15
- E Dor lumbosacral de grau I

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Nega dor lombar, abdominal ou peritoneal. Trouxe radiografia consigo.

*Saida: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Trauma.

*Gerado via SX por FRANCISCO DE ASSIS MORAIS QUEIROZ. Impresso em 10 de Setembro de 2019.

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL - 08/10/2019
AT. N. 56880
ASSINATURA

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A
B
C
D
E

A(ALERGIAS) NegaM(MEDICAÇÃO EM USO) NegaP(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) Alg algas NipotiliseL(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS) bebe leiteA(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA) BKV(PASSADO VACINAL) DT ta menor de cinco anos (SIC)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Olysther, 02 FA + 100ml SE 0,9%, LV6) alta da cintigia geral.Dr. Wendel Ribeiro
Clínico Geral
CRM/RN 9341

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1 <u>Atyguerli</u>	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3	HORA:	DATA:



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL ESTADUAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



Paciente: **142938 JUSSARA MARIA BASILIO**

Nascimento: 12/02/1995 Idade: 24 ano(s) 6 mes(es) 2 Natural: RN CURRAIS NOVOS

Sexo: Feminino

CNS: 703506039758230 CPF: 70048856401

Cor: PARDA

Prof:

Mãe: MARIA DE FATIMA ROCHA BASILIO

Pal: JOSE REINALDO BASILIO

Endereço: AVENIDA TREZE DE MAIO , 723 - PAIZINHO MARIA - CURRAIS NOVOS

CEP: 59380-000 Telefone: (84) 996724625

Cidade: RN CURRAIS NOVOS

BOLETIM N°: 46898/2019

Sala Inicial: **POLITRAUMA**

- AMARELO - 60 Min

Triagem: 10/09/2019 21:46

Admissão: 10/09/2019 21:51

Boletim: 10/09/2019 22:53

Motivo: MOTO - QUEDA

Origem: AMBUL. INTERIOR

Queixa: LESAO COM GRANDE PERDA DE SUBSTANCIA NO PE E APOS QUEDA DE MOTO

Observação:

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente alega acidente de trabalho? Sim Não Profissão e Empresa:

Notif. de viol. interpessoal/autoagressão: Sim Não

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CURSANDO COM FRATURA EXPOSTA DO 5º METATARSO + LESÃO DE PARTES MOLES DO PE ESQUERDO

Alergia: NEGA

Medicação em uso:

EXAME FÍSICO

PERDA DE TENDÕES EXTENSORES + FRATURA EXPOSTA DO 5º METATARSO

Solicito exames :

32020115 - PE/DEDOS DO PE ESQUERDO - RX

Profissional: JOSIVAN NUNES

CRM: RN 5763

Saída: () Liberação Médica; () Revela; () Internação; () Óbito c/Dedar; () Óbito SVO/ITEP; () Transferido para:

Data e Hora da Saída: ____ / ____ /2019 ____ : Médico:

De Fazendo Cia
Ortopedista
TEOT-16389/CRM-1076
Josivan Nunes
10/09/19





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Prefeitura Municipal de Currais Novos
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Receituário Médico

Nome:

Josévaldo Nogueira Bonfá

E é o combínado paciente
Vítima de queda de moto,
com múltiplas lesões:
Le ferros com grande perda de
sangue no pé (E), radiografia
mostrando fratura exposta
e evidências fraturadas
de 5º metatarso. As escamas
superiores que vi ruptura tendínea
Solicito avaliação no Polihistone

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 08/06/2009
MAT. IP.

Receituário Médico

Flu de febre
de caxo (E)
polipomf

Flu ferro (E) polipomf

Carimbo e Assinatura do Médico

Assinado
Dr. Galdino
Data: 10/01/09

Carimbo e Assinatura do Médico

Assinado
Data: 10/01/09



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Prefeitura Municipal de Currais Novos
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
Ministério das Cidades

DENTRAN

DETAN - RN
CERTIFICAÇÃO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

WIA
0082949966
1
EXPIRAÇÃO: 2019

DANIELE RODRIGUES
NOME
099 625 456-47
PLACA ANT. OF.
NYT6406
ESPECIE: MOTO

952900104059632
CLASSIF.
PASSEIETRO/MOTOCICLISTA NÃO APPLICATE
CONSULTORIA
GASOLINA
ANO FAB.: 2004
ANO MEC.: 2004

099 625 456-47
CNPJ/CPF
NYT6406
0082949916
EXPIRAÇÃO: 2019

HONDA/CG 150 TITAN KS
CATEGORIA: CG150 TITAN KS
COR: PRETA
OCV/150 CILINDRADAS
PARAGUARÁ
ABU

COTA ÚNICA
R\$ 0,00
VENC. CONTRATO
14/5/2019
P
PERIODICO
V
A
DU2007 3K
R\$ 1.000,00
*** LICENCIAMENTO DETAN PAGO ***
OBRIGADO

R\$ 0,00
14/5/2019
1º ISENTO
2º ISENTO
3º ISENTO
PREMIO TANIFAC
DETRAN/RN
SUSPENSO SALVO PRA
DETERMINAR SE POSS
CUSTO DO ENTR. (R\$)
HABITACAO
PASEADO
DETENÇÃO

R\$ 0,00
0082949966
1
EXPIRAÇÃO: 2019

MOTOR: K08E14059632
CURRAL NOVO
12/07/2019

SEGURADOR: RENASCER
AUTOMÓVEIS DE VILA TERRESTRIS E POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS JUNTO AO SEGURO DPJAT

PLN: 014529468723
PRÉMIO DE SEGURO DPJAT

2019
0082949916
12/07/2019

ESTAMOS À DISPOSIÇÃO PARA SOLUÇÕES
MELHORES, PROGRESSIVAS E MAIS SUSTENTAVEL

SÓ OS MELHORES SERVIÇOS

2019

De:

JUSSARA MARIA BASÍLIO

Av. Treze de maio, 723 - Paizinho Maria
Currais Novos/RN - CEP: 59.380-000

Para:

Terra do Sol Corretora de Seguros

Av. Dão Silveira, 7940, Loja 41
Candelária - Natal/RN - CEP: 59.066-180



Eu, **JUSSARA MARIA BASILIO**, portador do CPF:
70048856401, venho através desta, solicitar a
reanálise do meu processo, pois, sinto-me
completamente injustiçada e lesada pela
seguradora, por ter meu pedido de Seguro DPVAT
NEGADO, mesmo eu tendo toda a documentação
necessária, e mesmo assim não tive a oportunidade
de ser periciada, para que fossem constatadas
todas as sequelas que tenho, devido ao acidente
que sofri em **10 de setembro de 2019**.

Sempre estive e estou, inteiramente disponível
para **PERÍCIA MÉDICA**, caso achem necessário.

Em anexo envio **PRONTUÁRIO MÉDICO** de dois
procedimentos cirúrgicos, a qual fui submetida.

Currais Novos/RN, 18 de dezembro de 2019.

JUSSARA MARIA BASILIO
SINISTRO 3190689671

De:

JUSSARA MARIA BASÍLIO

Av. Treze de maio, 723 - Paizinho Maria
Currais Novos/RN - CEP: 59.380-000

Para:

Terra do Sol Corretora de Seguros

Av. Dão Silveira, 7940, Loja 41
Candelária - Natal/RN - CEP: 59.066-180



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190709327 **Cidade:** Currais Novos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUSSARA MARIA BASILIO **Data do acidente:** 10/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA CABEÇA DO 5º METACARPO DO PÉ ESQUERDO COM DESVIO DOS FRAGMENTOS E LESÕES DE PARTES MOLES COM PERDA DE SUBSTÂNCIA EM REGIÃO DORSAL E COM EXPOSIÇÃO TENDINOSA, ÓSSEA E LESÃO NERVOSA DOS EXTENSORES.

Descrição do exame físico: VÍTIMA RELATA DOR E DORMÊNCIA EM PÉ ESQUERDO COM DIFICULDADE EM DEAMBULAR E COM REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS DOS DEDOS. AO EXAME, MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA DE +/4+ EM PÉ ESQUERDO. CICATRIZES CIRÚRGICAS EM FACE DORSAL DO PÉ ESQUERDO, COM ÁREA DE ENXERTIA E PERDA DE SUBSTÂNCIA DE CERCA DE 10 X 7 CM EM FACE DORSAL DO PÉ E EM FACE LATERAL DA Perna ESQUERDA, CORRESPONDENTE A ÁREA DE ENXERTIA DE PELE. HIPOTROFIA MUSCULAR DA PANTURRILHA ESQUERDA. REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO EXTENSÃO DOS DEDOS DO PÉ ESQUERDO, COM RIGIDEZ DO 5º PODODÁCTILO. APOIO VICIOSO PLANTAR, JÁ QUE NÃO APOIA NO SOLO O 2º AO 5º PODODÁCTILOS ESQUERDOS.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS LESÕES DO PÉ ESQUERDO COM DESBRIDAMENTO E FIXAÇÃO COM FIO METÁLICO DA FRATURA EXPOSTA DO 5º METATARSO. CERCA DE 28 DIAS APÓS FOI REALIZADA RECONSTRUÇÃO COM RETALHO LOCORREGIONAL DO TIBIAL POSTERIOR PEDICULADO, MICRONEURRAFIA E TENOPLASTIA. APÓS 35 DIAS REALIZOU TRATAMENTO CIRÚRGICO DA PERDA DE SUBSTÂNCIA NO PÉ ESQUERDO COM ENXERTIA DE PELE NO DORSO DO PÉ COM ÁREA DOADORA DE PERNAS ESQUERDA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PÉ ESQUERDO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/01/2020

Conduta mantida:

Observações: A VÍTIMA PORTAVA RX DA FRATURA DESCrita ACIMA.

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190709327 **Cidade:** Currais Novos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUSSARA MARIA BASILIO **Data do acidente:** 10/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 5º METATARSO DO PÉ ESQUERDO COM LESÃO DE PARTES MOLES.

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

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: P.2,4-7,15(BAM) P.3,11,16(RELATÓRIO) P.8,9(CIRURGIA) SINISTRO ANTERIOR (3190689671) COM MESMA DATA DE ACIDENTE DE SINISTRO ATUAL: SEM SEQUELA PELA AMD (13/12/2019). SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCITÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190709327 **Cidade:** Currais Novos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUSSARA MARIA BASILIO **Data do acidente:** 10/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 5º METATARSO DO PÉ ESQUERDO COM LESÃO DE PARTES MOLES.

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

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: P.2,4-7,15(BAM) P.3,11,16(RELATÓRIO) P.8,9(CIRURGIA) SINISTRO ANTERIOR (3190689671) COM MESMA DATA DE ACIDENTE DE SINISTRO ATUAL: SEM SEQUELA PELA AMD (13/12/2019). SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCITÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0459536/19

Vítima: JUSSARA MARIA BASILIO

CPF: 700.488.564-01

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/09/2019

Titular do CPF: JUSSARA MARIA BASILIO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JUSSARA MARIA BASILIO : 700.488.564-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/12/2019
Nome: JUSSARA MARIA BASILIO
CPF: 700.488.564-01

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

JUSSARA MARIA BASILIO

GERCIA LOURENCO DA SILVA

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190709327**

Nome do(a) Examinado(a): **JUSSARA MARIA BASILIO**

Endereço do(a) Examinado(a):

AVENIDA TREZE DE MAIO, 723 - Currais Novos - RN - CEP 59380-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ITEP /RN**] **003.296.862**

Data e local do acidente: [**10/09/2019**] **CURRAIS NOVOS/ RN**

Data e local do exame: [**07/01/2020**] **Natal** [**RN**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA EXPOSTA DA CABEÇA DO 5º METACARPO DO PÉ ESQUERDO COM DESVIO DOS FRAGMENTOS E LESÕES DE PARTES MOLES COM PERDA DE SUBSTÂNCIA EM REGIÃO DORSAL E COM EXPOSIÇÃO TENDINOSA, ÓSSEA E LESÃO NERVOSA DOS EXTENSORES.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

VÍTIMA RELATA DOR E DORMÊNCIA EM PÉ ESQUERDO COM DIFICULDADE EM DEAMBULAR E COM REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS DOS DEDOS. AO EXAME, MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA DE +/4+ EM PÉ ESQUERDO. CICATRIZES CIRÚRGICAS EM FACE DORSAL DO PÉ ESQUERDO, COM ÁREA DE ENXERTIA E PERDA DE SUBSTÂNCIA DE CERCA DE 10 X 7 CM EM FACE DORSAL DO PÉ E EM FACE LATERAL DA Perna ESQUERDA, CORRESPONDENTE A ÁREA DE ENXERTIA DE PELE. HIPOTROFIA MUSCULAR DA PANTURRILHA ESQUERDA. REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO EXTENSÃO DOS DEDOS DO PÉ ESQUERDO, COM RIGIDEZ DO 5º PODODÁCTILO. APOIO VICIOSO PLANTAR, JÁ QUE NÃO APOIA NO SOLO O 2º AO 5º PODODÁCTILOS ESQUERDOS.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS LESÕES DO PÉ ESQUERDO COM DESBRIDAMENTO E FIXAÇÃO COM FIO METÁLICO DA FRATURA EXPOSTA DO 5º METATARSO. CERCA DE 28 DIAS APÓS FOI REALIZADA RECONSTRUÇÃO COM RETALHO LOCORREGIONAL DO TIBIAL POSTERIOR PEDICULADO, MICRONEURRAFIA E TENOPLASTIA. APÓS 35 DIAS REALIZOU TRATAMENTO CIRÚRGICO DA PERDA DE SUBSTÂNCIA NO PÉ ESQUERDO COM ENXERTIA DE PELE NO DORSO DO PÉ COM ÁREA DOADORA DE Perna ESQUERDA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PÉ ESQUERDO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do pé esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º

da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Pé esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

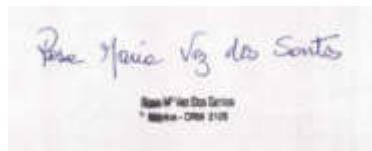
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.

A VÍTIMA PORTAVA RX DA FRATURA DESCrita ACIMA.



Rosa Maria Vaz dos Santos - CRM: 2109 - RN

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190709327

Vítima: JUSSARA MARIA BASILIO

Data do Acidente: 10/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JUSSARA MARIA BASILIO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

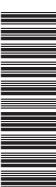
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190709327

Vítima: JUSSARA MARIA BASILIO

Data do Acidente: 10/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JUSSARA MARIA BASILIO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190709327 **Vítima: JUSSARA MARIA BASILIO**

Data do Acidente: 10/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JUSSARA MARIA BASILIO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: JUSSARA MARIA BASILIO

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 237

Agência: 000002131-8

Conta: 0000022301-8

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:		
	700.488.564-01	JUSSARA MARIA BASÍLIO		

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: JUSSARA MARIA BASÍLIO	6 - CPF: 700.488.564-01		
7 - Profissão: NÃO INFORMADA	8 - Endereço: AV TREZE DE MAIO	9 - Número: 723	10 - Complemento:
11 - Beltrro: PAIZINHO MARIA	12 - Cidade: CURRAIS NOVOS	13 - Estado: RN	14 - CEP: 59.380-000
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): (84) 99865-6413		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- | | | |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

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

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

Bradesco (287) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: **BRADESCO**

AGÊNCIA: **2131** 8 CONTA: **22301** 8
 (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.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada em sua apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, com me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (n/o Civil) Divorciado Separado judicialmente Vívo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e proverem 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.

MÃO ALFABETIZADO

34
Impressão
digital de
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, **CURRAIS NOVOS/RN, 29 DE NOVEMBRO DE 2019**

Jussara Maria Basílio

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:
700.488.564-01

4 - Nome completo da vítima:

JUSSARA MARIA BASÍLIO

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

5 - Nome completo:

JUSSARA MARIA BASÍLIO

6 - CPF:

700.488.564-01

7 - Profissão:

NÃO INFORMADA

8 - Endereço:

AV TREZE DE MAIO

9 - Número:

723

11 - Beltrro:

PAIZINHO MARIA

12 - Cidade:

CURRAIS NOVOS

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59.380-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):
(84) 99865-6413

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: **BRADESCO**

AGÊNCIA: **2131**

8

CONTA: **22301**

8

(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.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada em a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, com me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (n/o Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (em riscos)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, Informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **CURRAIS NOVOS/RN, 29 DE NOVEMBRO DE 2019**

Jussara Maria Basílio

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

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 CURRAIS NOVOS

Endereço: RUA RIO GRANDE DO NORTE, 216, STA MARIA GORETE, CURRAIS NOVOS

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019097001227
1.2 Data de Expedição: 12/11/2019 16:33:44
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: 10/09/2019 16:00:00
2.2 Autoria: Desconhecida
2.3 Fato: Consumado
2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.6 Tipo do local: Via Pública
2.7 Logradouro: BR 226
2.8 Número: S/N
2.9 CEP:
2.10 Complemento:
2.11 Ponto de Referência:
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SITIOS E FAZENDAS
2.13 Cidade: CURRAIS NOVOS
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JUSSARA MARIA BASILIO
3.2 Estado civil: Sem Informação
3.3 Nossa Social:
3.4 Pai: JOSE REINALDO BASILIO
3.5 Etnia: Sem Informação
3.6 Mãe: MARIA DE FATIMA ROCHA BASILIO
3.7 Sexo: FEMININO
3.8 Orientação Sexual: Ignorado
3.9 CPF: 70048858401
3.10 Identidade de Gênero: Ignorado
3.11 Nacionalidade:
3.12 Data de Nascimento: 12/02/1995
3.13 Profissão: ESTUDANTE
3.14 RG: 003296662 - Itep/RN
3.15 Telefone(s):
3.16 Número: 723
3.17 Bairro: PAZINHO MARIA
3.18 Naturalidade: CURRAIS NOVOS RN
3.19 Cidade: CURRAIS NOVOS
3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.22 Logradouro: AVENIDA 13 DE MAIO
3.23 Cidade: CURRAIS NOVOS
3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não
7.1.2 Segureadora:
7.1.3 Chassi: *****59632
7.1.4 Renavam:
7.1.5 Placa: MYI6406
7.1.6 Estado:
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN KS
7.1.9 Ano de Modelo: 2004
7.1.10 Cor do veículo: AZUL
7.1.11 Cor do motor: AZUL
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.14 Número do Motor:
7.1.15 Nome do proprietário: DANIELE ROCHA SILVA
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:
7.1.17 Nome do condutor:
7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórica

A COMUNICANTE VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA INFORMAR QUE VINHA PILOTANDO A SUA MOTOCICLETA NA BR 226, QUANDO SOFREU A PICADA DE UMA ABELHA E PERDEU O CONTROLE DA SUA MOTO; QUE AO PERDER O CONTROLE CAIU NO ACOSTAMENTO DA ESTRADA; QUE NA QUEDA SOFREU UMA FRATURA EXPOSTA; QUE FOI SOCORRIDA ATÉ O HOSPITAL LOCAL DE CURRAIS NOVOS E EM SEGUIDA ENCAMINHADA ATÉ O HOSPITAL WILFREDO GURGEL ONDE PASSOU POR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

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: 12/11/2019 16:33:44

Policial

Interessado

Polegar direito

Assinatura: 2070944 - PAULO SÉRGIO VERAS NICÁCIO

Impresso por: 2070944 - PAULO SÉRGIO VERAS NICÁCIO em 12/11/2019 16:33:49

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

J2019097001227

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 CURRAIS NOVOS

Endereço: RUA RIO GRANDE DO NORTE, 216, STA MARIA GORETE, CURRAIS NOVOS

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019097001227
1.2 Data de Expedição: 12/11/2019 16:33:44
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: 10/09/2019 16:00:00
2.2 Autoria: Desconhecida
2.3 Fato: Consumado
2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.6 Tipo do local: Via Pública
2.7 Logradouro: BR 226
2.8 Número: S/N
2.9 CEP:
2.10 Complemento:
2.11 Ponto de Referência:
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SITIOS E FAZENDAS
2.13 Cidade: CURRAIS NOVOS
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JUSSARA MARIA BASILIO
3.2 Estado civil: Sem Informação
3.3 Nossa Social:
3.4 Pai: JOSE REINALDO BASILIO
3.5 Etnia: Sem Informação
3.6 Mãe: MARIA DE FATIMA ROCHA BASILIO
3.7 Sexo: FEMININO
3.8 Orientação Sexual: Ignorado
3.9 CPF: 70048858401
3.10 Identidade de Gênero: Ignorado
3.11 Nacionalidade:
3.12 Data de Nascimento: 12/02/1995
3.13 Profissão: ESTUDANTE
3.14 RG: 003296662 - Itep/RN
3.15 Telefone(s):
3.16 Número: 723
3.17 Bairro: PAZINHO MARIA
3.18 Naturalidade: CURRAIS NOVOS RN
3.19 Cidade: CURRAIS NOVOS
3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.22 Logradouro: AVENIDA 13 DE MAIO
3.23 Cidade: CURRAIS NOVOS
3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não
7.1.2 Segureadora:
7.1.3 Chassi: *****59632
7.1.4 Renavam:
7.1.5 Placa: MYI6406
7.1.6 Estado:
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN KS
7.1.9 Ano de Modelo: 2004
7.1.10 Cor do veículo: AZUL
7.1.11 Cor do motor: AZUL
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.14 Número do Motor:
7.1.15 Nome do proprietário: DANIELE ROCHA SILVA
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:
7.1.17 Nome do condutor:
7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórica

A COMUNICANTE VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA INFORMAR QUE VINHA PILOTANDO A SUA MOTOCICLETA NA BR 226, QUANDO SOFREU A PICADA DE UMA ABELHA E PERDEU O CONTROLE DA SUA MOTO; QUE AO PERDER O CONTROLE CAIU NO ACOSTAMENTO DA ESTRADA; QUE NA QUEDA SOFREU UMA FRATURA EXPOSTA; QUE FOI SOCORRIDA ATÉ O HOSPITAL LOCAL DE CURRAIS NOVOS E EM SEGUIDA ENCAMINHADA ATÉ O HOSPITAL WILFREDO GURGEL ONDE PASSOU POR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

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: 12/11/2019 16:33:44

Policial

Interessado

Polegar direito

Assinatura: 2070944 - PAULO SÉRGIO VERAS NICÁCIO

Impresso por: 2070944 - PAULO SÉRGIO VERAS NICÁCIO em 12/11/2019 16:33:49

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

J2019097001227

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:
700.488.564-01

4 - Nome completo da vítima:

JUSSARA MARIA BASÍLIO

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

5 - Nome completo:

JUSSARA MARIA BASÍLIO

6 - CPF:

700.488.564-01

7 - Profissão:

NÃO INFORMADA

8 - Endereço:

AV TREZE DE MAIO

9 - Número:

723

11 - Beltrro:

PAIZINHO MARIA

12 - Cidade:

CURRAIS NOVOS

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59.380-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(84) 99865-6413

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: **BRADESCO**

AGÊNCIA: **2131**

8

CONTA: **22301**

8

(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.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada em a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, com me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (n/o Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (herdeiro)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, Informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **CURRAIS NOVOS/RN, 29 DE NOVEMBRO DE 2019**

Jussara Maria Basílio

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:
700.488.564-01

4 - Nome completo da vítima:

JUSSARA MARIA BASÍLIO

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

5 - Nome completo:

JUSSARA MARIA BASÍLIO

6 - CPF:

700.488.564-01

7 - Profissão:

NÃO INFORMADA

8 - Endereço:

AV TREZE DE MAIO

9 - Número:

723

11 - Beltrro:

PAIZINHO MARIA

12 - Cidade:

CURRAIS NOVOS

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59.380-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(84) 99865-6413

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: **BRADESCO**

AGÊNCIA: **2131**

8

CONTA: **22301**

8

(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.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada em a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, com me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (n/o Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (herdeiro)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, Informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **CURRAIS NOVOS/RN, 29 DE NOVEMBRO DE 2019**

Jussara Maria Basílio

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

AFIRMAÇÃO

Afirmamos para os devidos fins que o (a) paciente, JUSSARA HAMA
BASTILO, 24 anos, foi atendido
pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192/RN) Currais
Novos/RN, no dia 10/09/19, no endereço ST JIO HTM D01,
PMÓ XTR 2 A BUR 226. Paciente
vítima de queimadura de fogo.

Currais Novos, 16 de SETEMBRO de 2019.


Ligia Daiane P. S. Oliveira
COREN-RN 160.737 - ENF

Enfermeira de plantão/Coordenadora de Enfermagem

AFIRMAÇÃO

Afirmamos para os devidos fins que o (a) paciente, JUSSARA HAMA
BASTILO, 24 anos, foi atendido
pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192/RN) Currais
Novos/RN, no dia 10/09/19, no endereço ST JIO HTM D01,
PMÓ XTR 2 A BUR 226. Paciente
vítima de queimadura de fogo.

Currais Novos, 16 de SETEMBRO de 2019.


Ligia Daiane P. S. Oliveira
COREN-RN 160.737 - ENF

Enfermeira de plantão/Coordenadora de Enfermagem

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Av. Rio Branco, 153 - 6001-000 - RN - CEP 59010-000
CNPJ 00.541.193/0001-01 / Isc. En. 2006/047 / Fone/Fax: (83) 3202-1000

AV. TREZE DE MAIO 123

MUNICÍPIO: RIO GRANDE DO SUL

Nº 018.553.804-74

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

PAZ E HONORARÁVEL PRA

CURTAIS NOVOS RN

59380-000

02859377010	10/02/2010	04/11/2010
02859377010	04/11/2010	04/11/2010
02859377010	04/11/2010	04/11/2010
02859377010	04/11/2010	04/11/2010
02859377010	04/11/2010	04/11/2010

VALOR DA CONTA: R\$ 78,80

Consumo Métrico:
Terceiro Bimestre ANO 2010
Acidochim Bandeira CESEB/LLA
Santos Júnior, Pórtico Nacional - RJ-03130-010
Número de Conta: AFP/CESEB/2010-0326013

Nº DO ERRO	MÉTRICA LITROS	DATA LITRAGEM	DATA LEITURA	DATA DE INSCRIÇÃO	VALOR CONSUMO	VALORE CONSTANTE	VALORE CONSTANTE	VALORE CONSTANTE
01-254	1040	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	60,36	0,12	0,12	0,12
02-174	58	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	4,77	7,74	7,74	7,74
03-118	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
04-121	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
05-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
06-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
07-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
08-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
09-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
10-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
11-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
12-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
13-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
14-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
15-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
16-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
17-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
18-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
19-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
20-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
21-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
22-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
23-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
24-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
25-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
26-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
27-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
28-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
29-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
30-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
31-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
32-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
33-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
34-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
35-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
36-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
37-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
38-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
39-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
40-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
41-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
42-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
43-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
44-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
45-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
46-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
47-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
48-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
49-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
50-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
51-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
52-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
53-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
54-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
55-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
56-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
57-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
58-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
59-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
60-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
61-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
62-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
63-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
64-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
65-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
66-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
67-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
68-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
69-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
70-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
71-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
72-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
73-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
74-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
75-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
76-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
77-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
78-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
79-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
80-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
81-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
82-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
83-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
84-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
85-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
86-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
87-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
88-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
89-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
90-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
91-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
92-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20	0,20	0,20
93-119	10	04/02/2010	04/02/2010	04/02/2010	1,05	0,20		



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURRAIS NOVOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PRONTO SOCORRO MUNICIPAL

46377

78

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO: PAULO VIEIRAS		DATA: 10/05/19		HORA: 16:05h							
IDENTIFICAÇÃO											
NOME: JOCYARA VIEIRA VIEIRAS		IDADE: 21		SEXO: ()M ()F							
NOME DA MÃE: MIRELA DE FREITAS VIEIRAS VIEIRAS				RAÇA:							
Nº CARTÃO SUS: 33 8000 3425 0200		CPF/RG: 002 2226.866		DATA DE NASC.: 12/02/1999							
NACIONALIDADE: BRAZILIANA		NATURALIDADE: CURRAIS NOVOS		EST. CIVIL: CASADO							
ESCOLARIDADE: INSTRUÇÃO FUNDAMENTAL		PROFISSÃO: ESTUDANTE		CONTATO: 996 99 2220							
ENDERECO: AV. 13 DE MAIO, 323											
FORMA DE CHEGADA		() MEIO PRÓPRIO		() SAMU							
				() OUTROS:							
SINAIS VITAIS											
PA:	FC:	FR:	T:	HGT:	SpO ₂ :						
DOR	AGUDA	CRÔNICA	RECORRENTE	TIPO DE DOR							
ESCALA DE DOR	1 6	2 7	3 8	4 9	5 10	ESCALA DE GLASGOW	AO	RV	RM	TOTAL	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	VERMELHO		AMARELO		VERDE		AZUL				
QUEIXA PRINCIPAL											
COMORBIDADES											
MEDICAMENTO											
ALERGIAS											
ENFERMEIRO (A)											HORA:
AVALIAÇÃO CLÍNICA											
ANAMNESE/EXAME FÍSICO											
<p><i>ACIDENTE FABRO (MOTO) 10/05/19</i></p> <p><i>Quedas de moto com multiplos escoriações e MIG, apresenta lesões graves perde de mobili-</i></p>											
<p><i>Dra. Maria Filomena Figueiredo Farmacêutica Bioquímica CRF:1175</i></p>											
DIAGNÓSTICO INICIAL:					MÉDICO PLANTONISTA						