



Número: **0812871-34.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **20ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **07/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO ANDRIE ENEDINO (AUTOR)		Rodrigo Cavalcanti Contreras (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58645 416	13/08/2020 14:45	2742385_CONTESTACAO_Anexo_04	Outros documentos

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	31/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO ANDRIE ENEDINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00806

CONTA: 000000054562-0

Nr. da Autenticação CDDE512193F2A5A5



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200036593 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO ANDRIE ENEDINO **Data do acidente:** 21/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 18.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200036593 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO ANDRIE ENEDINO **Data do acidente:** 21/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 18.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





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, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036593

Vítima: JOAO ANDRIE ENEDINO

Data do Acidente: 21/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ODAIZA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO ANDRIE ENEDINO

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOAO ANDRIE ENEDINO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000806

Conta: 000000054562-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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, retorne 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: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 014.058-874-43 4 - Nome completo da vítima: João Amândio Eneadino

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

5 - Nome completo: João Amândio Eneadino 6 - CPF: 014.058-874-43
7 - Profissão: 8 - Endereço: R. Taboãozinho, 100 - Jd. Taboãozinho, São Paulo - SP
9 - Número: 559 10 - Complemento: 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Mogi das Cruzes
13 - Estado: SP 14 - CEP: 13.000-000 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 99959-7866

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR 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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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: 0806 CONTA: 000.54562 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em 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 (na CNJ) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 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(s) ou nascituras? ☐ 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 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.

34

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 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 057285/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/11/2019 15:16 Data/Hora Fim: 07/11/2019 16:26
Delegado de Polícia: Alzira Veiga de Medeiros

DADOS DA Ocorrência

Afeto: 1ª Delegacia Regional de Polícia Civil de São Paulo do Potengi
Data/Hora do Fato: 21/10/2019 05:00

Local do Fato

Município: São Paulo do Potengi (RN)
Logradouro: Sítio Cabaço

Bairro: Zona Rural

Ponto de Referência: Próximo a uma caixa d'água
Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOÃO ANDRIÉ ENEDINO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Sítio Novo Sexo: Masculino Nasc: 22/12/1985 -
Profissão: Motorista Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Casado(a) Nome do Pai: Antonio Enedino Sobrinho
Nome da Mãe: Maria Pereira da Silva Enedino
Em Serviço: Sim

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 014.058.874-43 *
RG - Carteira de Identidade: 2.433.340 *

Endereço

Município: Lagoa de Velhos - RN Nº: 559
Logradouro: Rua Tabelião Júlio Ferreira CEP: 59.430-000
Bairro: Alto da Conceição
Telefone: (84) 98805-2125 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino

Endereço

Município: Natal - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Descrição: MARCA VOLKSWAGEN/MODELO ONIX	CPF/CNPJ do Proprietário: 897.782.274-20
Placa: QGA0682	Renavam: 01043791490
Número do Motor: DXUSA1567	Número do Chassi: 9BGKS48G0FG313660

Delegado de Polícia Civil: Alzira Veiga de Medeiros
Impresso por: Luiz Antonio Pereira Dos Santos
Data de Impressão: 07/11/2019 16:27
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 13/08/2020 14:45:49

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081314454878600000056305311>

Número do documento: 20081314454878600000056305311

Num. 58645416 - Pág. 6



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 057285/2019

Ano/Modelo Fabricação 2015/2014
UF Veículo Rio Grande do Norte
Marca/Modelo CHEVROLET/ONIX 1.0MT LT
Veículo Adulterado? Não
Situação Envolvido, Meio Empregado
Situação do Veículo NADA CONSTA

Cor CINZA
Município Veículo São Paulo do Potengi
Modelo CHEVROLET/ONIX 1.0MT LT
Quantidade 1 Unidade
Última Atualização Denatran 08/04/2015

Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Proprietário

Grupo Veículo
Descrição MARCA RONDA/MODELO CG 150 FAN ESI
Placa OJT7750
Número do Motor KC16E7D432827
Ano/Modelo Fabricação 2013/2012
UF Veículo Rio Grande do Norte
Marca/Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI
Veículo Adulterado? Não
Situação Envolvido, Meio Empregado
Situação do Veículo NADA CONSTA

Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 014.058.874-43
Renavam 00502049685
Número do Chassi 9C2KC1670DR432827
Cor PRETA
Município Veículo Parnamirim
Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI
Quantidade 1 Unidade
Última Atualização Denatran 06/01/2016

Nome Envolvido	Envolvimentos
João André Enedino	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE/VÍTIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA ESPECIALIZADA PARA FINS DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, PARA RELATAR: QUE NO LOCAL, DATA, E HORA SUPRA MENCIONADAS; QUE TINHA SAÍDO DA CIDADE DE LAGOA DE VELHOS/RN, CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA COM DESTINO PARA A SEDE DA EMPRESA DELTA, LOCALIZADA NA CIDADE DE NATAL/RN; QUE TRAFEGAVA NA FAIXA DA DIREITA, NA RN 903, QUANDO O VEÍCULO DE MARCA VOLKSVAGEM, MODELO ONIX, DE COR CINZA, SEGUIA NO MESMO SENTIDO, OCASIÃO EM A VÍTIMA TENTOU A ULTRAPASSAGEM NAQUELE VEÍCULO; QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO CAUSADOR DO ACIDENTE, DE FORMA IMPRUDENTE, PASSOU PARA A FAIXA DA ESQUERDA, MOMENTO EM O VEÍCULO COLIDIU VIOLENTAMENTE NA PARTE TRASEIRA DA MOTOCICLETA; QUE DEVIDO AO IMPACTO DA BATIDA, A VÍTIMA FOI ARREMESSADO POR UNS 40 (QUARENTA) METROS; QUE A VÍTIMA SOFREU ESCORIAÇÕES NAS NÁDEGAS, PERNA E PÉ DIREITO, E FRATURA INTERNA DO TORNOZELO(FIBULA) DIREITA; QUE SEU CONJUNHADO DE NOME EDMILSON PASSAVA PELO LOCAL DO ACIDENTE, ONDE ACIONOU UMA AMBULÂNCIA DO HOSPITAL REGIONAL DE SÃO PAULO DO POTENGI/RN, ONDE FOI MEDICADO; QUE, EM SEGUIDA, FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL WOLFRED GURGEL, EM UMA AMBULÂNCIA DA CIDADE DE LAGOA DE VELHOS/RN, CONFORME BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 54637/2019, ONDE RECEBEU OS PROCEDIMENTOS MÉDICOS DE URGÊNCIA, ONDE PERMANECER 01 (UM) DIA INTERNADO; QUE FOI REMOVIDO PARA O HOSPITAL DEOCLECIO MARQUE DE LUCENA, ONDE PASSOU POR UMA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA. NADA MAIS DISSE.



Delegado de Polícia Civil: Alzira Veiga de Medeiros
Impresso por: Luiz Antonio Pereira Dos Santos
Data de Impressão: 07/11/2019 16:27
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

2º SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS
TABELÃO: AIRENE JOSE AMARAL DE PAIVA
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do ORIGINAL que me foi exibido
em Parnamirim/RN, 14/11/2019 13:33:02 Em testemunho da verdade.
Emol R\$ 2,97
Confira em: <https://selodigital.tjn.jus.br>
PEDRO ERASMO DE PAIVA NUNES - Substituto
*Impresso por MARIA DO SOCORRO NUNES DE MEDEIROS
Selo RN201900953640044696QCJ





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 057285/2019

ASSINATURAS

Luiz Antonio Pereira Dos Santos
Agente de Polícia
Matrícula 75.428-5
Responsável pelo Atendimento

João André Enedino
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 338-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Alzira Veiga de Medeiros
Impresso por: Luiz Antonio Pereira Dos Santos
Data de Impressão: 07/11/2019 16:27
Protocolo nº: Não disponível

Página 3 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 13/08/2020 14:45:49

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081314454878600000056305311>

Número do documento: 20081314454878600000056305311

Num. 58645416 - Pág. 8

SUS 898 004 0869 2088 21 6434 2/2



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 45

NOME:

Moisés Augusto Queiroz

IDADE:

27/10/1985

COR:

SEXO:

Masculino

ESTADO CIVIL:

Solteiro

NATURALIDADE:

Silva Nova RN

PROFISSÃO:

Dependente

PROCEDÊNCIA:

Motocicleta

ENDEREÇO:

Rua Felizardo Filho Severina

BAIRRO:

Centro

CIDADE:

Olinda de Velho

DATA:

27/10/2019

HORA:

10 30hs

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐

REGULAR ☐

COM DISPNEIA ☐

CHOCADO ☐

COMATOSO ☐

C/ HEMORRAGIA ☐

EM CONVULSÃO ☐

POLITRAUMATIZADO ☐

AGITADO ☐

OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO

SIM ☐

NÃO ☐

PUPILAS

A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)

B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

C) PRESSÃO ARTERIAL

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

TEMP.

RESPIRAÇÃO

PULSO

T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

acidente com
fratura

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

AGNÓSTICO INICIAL

Prof. Dr. Fernando

31/10/19



EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

☐ HEMATOLOGIA	☐ NEUROLOGIA	☐ NEFROLOGIA	☐ CIR. VASCULAR	☐ ENDOSCOPIA
☐ CLÍNICA MÉDICA	☐ CIRURGIA GERAL	☐ ORTOPEDIA	☐ BUCO-FACIAL	☐ UROLOGIA
☐ NEUROCIRURGIA	☐ OTORRINO	☐ OFTALMOLOGIA	☐ C. PLÁSTICA	☐

CONDUTA

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

☐ FICOU NO LOCAL	☒ INTERNADO NO SERVIÇO DE	☐ REMOVIDO EM ____/____/____
HORA ____ HS	<i>ortopedia</i>	HORA ____
RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA ☐	A REVELIA ☐
DATA ____/____/____	HORA ____	
ÓBITO ____/____/____	HORA ____	
ENTREGUE	A FAMÍLIA ☐	S.V.O. ☐
		I.T.E.P. ☐

Rogério Santos
Ortopedia e Traumatologia
MÉDICO (Carimbo) S80T 1341

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)





SESAP/RN - HOSPITAL M. SENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 54637 /2019
Admissão: 21/10/2019 08:34:52

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 148462 - JOAO ANDRIER ENEDINO (33 a 9 m 30 d)
Nascimento: 22/12/1985 Natural: SITIO NOVO BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: 898000408692288 CPF: 01405887443 Prof: MOTORISTA DE CARRO
Mãe: MARIA PEREIRA DA SILVA ENEDINO Pai: ANTONIO ENEDINO SOBRINHO
Logradouro: TABELIAO JULIO FERREIRA , 559
CEP: 59430000 Bairro: CENTRO Cidade: LAGOA DE VELHOS
Telefone: 84 .988359031 Compl:

Motivo: ACIDENTE DE TRABALHO
Origem: AMBUL. INTERIOR

Tipo: REFERENCIADO
*Empresa: DELTA

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS: REGULADO DR DIOGO					Classificação: 21/10/2019 08:29:26				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM PERNA DIREITA
Hora: ____:____

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por JESSICA KAROLINE ANDRADE DE LIMA. Impresso em 21 de Outubro de 2019.



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALERGIAS)

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

HORA

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

ÓBITO: DATA / / HORA

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





SESAP/RN - HOSPITAL MC SENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 54637 /2019

Admissão: 21/10/2019 08:34:52

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **148462 - JOAO ANDRIE ENEDINO** (33 a 9 m 30 d)

Nascimento: 22/12/1985

Natural: SITIO NOVO BRASIL

Sexo: M Cor: PARDAS

CNS: 898000408692288

CPF: 01405887443

Prof: MOTORISTA DE CARRO

Mãe: MARIA PEREIRA DA SILVA ENEDINO

Pai: ANTONIO ENEDINO SOBRINHO

Logradouro: TABELIAO JULIO FERREIRA, 559

CEP: 59430000

Bairro: CENTRO

Cidade: LAGOA DE VELHOS

Telefone: 84 988359031

Compl:

Motivo: ACIDENTE DE TRABALHO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. INTERIOR

*Empresa: DELTA

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS: REGULADO DR DIOGO					Classificação: 21/10/2019 08:29:26				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM PERNA DIREITA

Hora: 08:45

Paciente da entrada em serviço trazido do Hospital Regional de São Paulo. Pleno, vítima, digo seu protocolo. Vítima de colisão carro-moto, estava na moto usando capacete. Afirma dor em abdome e perna D. Negar perda de consciência e dor torácica.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A	Dias áreas peúgos e sem cervicalgia (sem cefaleia cervical)
B	Expansão: MV em ambos HTX, GRA sem fl. expansibilidade.
C	TEC = 2x. Estível hipocondriacamente.
D	Glasgow = 15. Sem déficit motor.
E	Exonicações em perna D e PE D. Edema em tornozelo D.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdome plano, sem ruídos de peritônio, doloroso em abdome inferior PE e estéril.

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por JESSICA KAROLINE ANDRADE DE LIMA. Impresso em 21 de Outubro de 2019.



EXAME FÍSIC (SEGUNDARIO)

A

B

C

D

Abdomen indolor após eliminação vesical

E

Exercício em dorso apresentando náusea (D)

A(ALERGIAS) NegaM(MEDICAÇÃO EM USO) NegaP(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) NegaL(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS) Outem por volta 21h

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V(PASSADO VACINAL) Desatualizado

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

CONDUTA PRIMARIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

- Alta de cirurgia geral

- VAT



Dr. Mariana Rêgo
Cirurgiã Geral
CRM 111.103

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

Ortopedia

HORA: 08:56

DATA: 21/10/19

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNÇÃO NA CLÍNICA

DATA

HORA

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

OBITO: DATA / / HORA

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



Regulador C/D Dr. Diego



GOVERNO DO

RN

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Regional de São Paulo do Potengi

CNE no 1503
Walberto Guedes
transmissão

para o paciente
CANCER - 33 e
80 anos e c
morte e fratura
de PERONEO D.
Análise ortopédica

21/10/19

Dr. Carlos de Lucena Torres
CRM - 1581
Médico

Data: / /

Médico-CRM



SUS**Lauda para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar**

NIR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **148462 JOAO ANDRIER ENEDINO**

Prontuário:

CNS: 898000408692288

Nascimento: 22/12/1985

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA PEREIRA DA SILVA ENEDINO

Pai: ANTONIO ENEDINO SOBRINHO

Endereço: RUA TABELIAO JULIO FERREIRA, 559 - CENTRO - LAGOA DE VELHOS

Fone: 988359031 /

Município: LAGOA DE VELHOS

Código Municipal IBGE:

240640

UF: RN

CEP: 59430-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Lauda Nº 29578 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

FRATURA FECHADA DO MALEOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA

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

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.6 FRATURA DO MALÉOLO LATERAL *408050497. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

TORNOZELO BI/TRI, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes☐ Hipertensão☐ Obesidade☐ Faz Antibioticoterapia☐ Lesão por pressão☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

DIOGO FERNANDES TORQUATO

CRM: 6770 / RN

Data da Solicitação 21/10/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____

Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____

CBOR: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto

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

AUTORIZAÇÃO

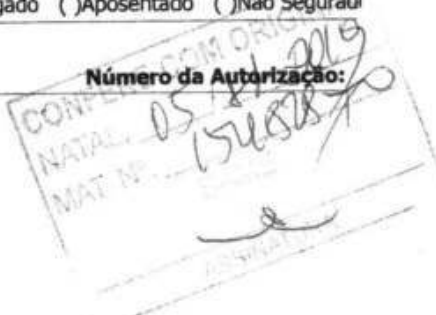
Profissional Autorizador: _____

Orgão Emissor: _____

Data da Autorização: ____/____/____

Assinatura/Carimbo: _____

Número da Autorização: _____



ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1- AVALIE A RESPOSTA DA VÍTIMA 2- PEÇA AHEAD A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAIS) E PEÇA UM DESFIBRILADOR 3- ABRA VIA AÉREA 4- AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR) 5- SE APROPRIADA, 6- AVALIE PULSO CAROTÍDEO OU FEMURAL (BRAÇO/PIERNA EM LACTANTES) 7- SE PULSO AUSENTE, INICIE COMPRIMSSÃO TORÁCICA 100MM (INTELIÇÃO NA 31ª À 33ª CÉLGADA DO DIA) 8- DEJA DISPONÍVEL: ANÁLISE DO RÍTIMO 9- RÍTIMO CHOCÁVEL: APLIQUE 1 CHOCQUE 10- RÍTIMO NÃO CHOCÁVEL: REINICIE RCP 11- AVALIE O RÍTIMO A CADA 1 CICLO 12- FAZE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MUDA 13- COLUQUE-A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1: Dr. Spetro

ANAMNESE
Dor e edema MI O opo
quedo do molo

EXAME FÍSICO
ADM Joelho e quadril livres
monocor, FCC neno @ edema IN? @.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA
fx moleculo lateral @

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****
Rx: fx do moleculo
lateral direita

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUITA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)
curativo e limpeza
dos escorocor
Tela Boto
do NIR para traco
mento cirurgico

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (MO)	4
Outros se abrem espontaneamente.	4
Outros se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3)	3
Outros se abrem por estímulo doloroso	2
Outros não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	5
Orientado (Responde acuradamente a perguntas sobre seu nome, idade, endereço, está, o porquê, a data e etc.)	5
Consciente (Responde de perguntas acuradamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Frase aleatória, mas sem traço conversacional.)	3
Sons ininteligíveis. (Demanda um esforço para falar.)	2
Resposta	1
Melhor resposta motora (MRM)	6
Obedece a ordens verbais. (Faz testes simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada involuntária o dor.	4
Padrão flexo à dor (Desorientação).	3
Padrão extensor à dor (Desorientação).	2
Sem resposta motora.	1

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS"	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 3
	9-12 = 2
	6-8 = 1
	3-5 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20 = 4
	5-9 = 3
	1-4 = 2
	0 = 1
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90-120 = 4
	70-89 = 3
	40-69 = 2
	0-39 = 1

"Escala de Trauma Revisada (RTS) é um índice de sobrevivência para pacientes de trauma lesado. Autoridade: Sociedade de Traumatologia, W.J. Copes, et al; A review of the Trauma score, J. Trauma 1990 30: 674, 1990.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2008)	
03 - Sério (necessidade de intervenção imediata)	09-12 moderado;
04-15 leve	
* Referência: TEASDALE G., JENNET B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:91-94	
"A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que estiverem com nível superior a 3 mm. Na Escala Classifica-se os doentes que atingem o nível de consciência de acordo com as seguintes regras:	
SEM DOR	LEVE
1	2
3	4
5	6



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

Paciente com história de queda de
nódo, apresentando dor e limitação
funcional em perna D e quadril D

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

R x de Bacia m AP
R x de Fêmur D m AP
R x de Fêmur D m AP

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Alisson Bastos
Ortopedia
CRM-4421

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: 21/10/19

HORA:

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐





BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 54637 /2019

Admissão: 21/10/2019 08:34:52

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 148462 - JOAO ANDRIE ENEDINO (33 a 9 m 30 d)

Nascimento: 22/12/1985

Natural: SITIO NOVO BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 898000408692288

CPF: 01405887443

Prof: MOTORISTA DE CARRO

Mãe: MARIA PEREIRA DA SILVA ENEDINO

Pai: ANTONIO ENEDINO SOBRINHO

Logradouro: TABELIAO JULIO FERREIRA, 559

CEP: 59430000

Bairro: CENTRO

Cidade: LAGOA DE VELHOS

Telefone: 84 988359031

Compl:

Motivo: ACIDENTE DE TRABALHO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. INTERIOR

Empresa: DELTA

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS: REGULADO DR DIOGO					Classificação: 21/10/2019 08:29:26				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM PERNA DIREITA

Hora: 08:45

Paciente da entrada em serviço trazido do Hospital Regional de São Paulo. Relata, vítima de queda de moto, vítima de colisão carro-moto, estava na moto usando capacete. Afirma dor em abdome e perna D. Nega perda de consciência e dor torácica.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A	Dias cãibras perna e sem cervicalgia (sem edema cervical)
B	Expansão MVQ em ambos HX SRA. Sinais de expansibilidade
C	TEC = 2A. Estável hemodinamicamente
D	Glasgow = 15. Sem déficit motor
E	Exonerações em perna D e PE. Edema em tornozelo D

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdome plano, sem sinais de peritonite, doloroso em abdome inferior. Pêlo estável

*Saída: -

DIAGNOSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por JESSICA KAROLINE ANDRADE DE LIMA. Impresso em 21 de Outubro de 2019.



Regulador C/D Dr. Diego



GOVERNO DO

RN

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Regional de São Paulo do Potengi

CNR no 17073
Walberto Gurgel
transmito logo

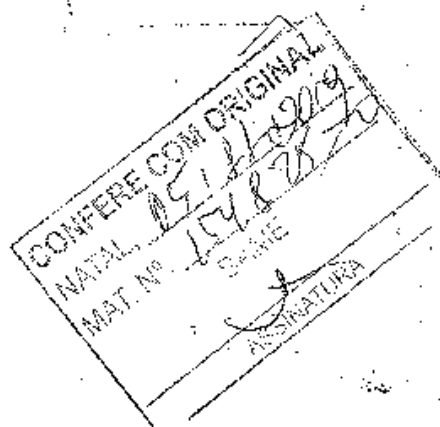
para monitorar
cancro do - 33 e
80 anos e c de
mãe e fraterno
de PERONELO D.
realizar o exame

21/10/19

Luiz Carlos de Lucena Torres
CRM - 1581
Médico

Data: / /

Médico-CRM



SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **148462 JOAO ANDRIER ENEDINO**

Prontuário:

CNS: 898000408692288

Nascimento: 22/12/1985

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA PEREIRA DA SILVA ENEDINO

Pai: ANTONIO ENEDINO SOBRINHO

Endereço: RUA TABELIAO JULIO FERREIRA, 559 - CENTRO - LAGOA DE VELHOS

Fone: 988359031 /

Município: LAGOA DE VELHOS

Código Municipal IBGE:

240640 UF: RN

CEP: 59430-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo Nº 29578 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

FRATURA FECHADA DO MALEOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA

DR. DIOGO F. TORQUATO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RN-6770/ESOT-1413

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.6 FRATURA DO MALEOLO LATERAL*408050497. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

TORNOZELO BI/TRI, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes☐ Hipertensão☐ Obesidade☐ Faz Antibioticoterapia☐ Lesão por pressão☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

DIOGO FERNANDES TORQUATO

CRM: 6770 / RN

Data da Solicitação 21/10/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____

Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____

CBOR: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____

Órgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

Data da Autorização: ____/____/____

Assinatura/Carimbo: _____

2019
15/08/18
15/08/18



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1: <i>Dr. Spedite</i>	
ANAMNESE	<i>Doi e edemo MIO opo</i> <i>queda de mto</i>
EXAME FÍSICO	<i>ADM joelho e quadril livres</i> <i>Exonocor, FCC nemo @ ultimo INZ @.</i>
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	<i>Rx moleculo lateral @</i>
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***	<i>Rx: Rx do moleculo lateral direita</i> LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS OUTROS
CONDUITA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	<i>Curativo e limpo</i> <i>dos esconocor</i> <i>Tele. Boto</i> <i>do NER para todo</i> <i>mento cirurgico</i>
DR. DIOSCEU TORQUATO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RN: 67701/EST-14173	CONFERE COM ORIENTADOR INICIAL DATA: 11/08/2019 ASS: 11/08/2019
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

EXAMENŢON PA BICOLA DE COMA GLASSFOW	
Abordare Oculare (20%)	4
Oculus se aflare pe planul mior, ...	4
Oculus se aflare pe planul mior, ...	3
Oculus se aflare pe planul mior, ...	3
Oculus se aflare pe planul mior, ...	1
Oculus se aflare pe planul mior, ...	1
Alte teste de vedere (20%)	6
Oculus se aflare pe planul mior, ...	4
Oculus se aflare pe planul mior, ...	4
Oculus se aflare pe planul mior, ...	3
Oculus se aflare pe planul mior, ...	3
Oculus se aflare pe planul mior, ...	1
Oculus se aflare pe planul mior, ...	1
Oculus se aflare pe planul mior, ...	4
Oculus se aflare pe planul mior, ...	5
Oculus se aflare pe planul mior, ...	4
Oculus se aflare pe planul mior, ...	2
Oculus se aflare pe planul mior, ...	1
Oculus se aflare pe planul mior, ...	1

- ESCALA DE TRABEN DO TRAUMA REVISADA - RTS -		
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO	
ESCALA DE COMA DE GLASSOW	14-15	0.5
	9-13	0.8
	6-8	1.5
	3-5	3.0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20	0.5
	11-20	0.8
	6-10	1.5
	0-5	3.0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90	0.5
	70-90	0.8
	50-70	1.5
	0-50	3.0

¹ Escola de Treinamento Policial (ETP); São Carlos
de referência para o trabalho de treinamento. Referência adaptada de Chapman H.M. Sacco
W.L. Cooper, et al. A revision of the Trepson score
1. Treason 2000 671, 1999.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE,
(ATLE 2005)*

၁၃. အသံအရပ်အရပ်မှ ပြုစုပေးသော အသံများကို
 ပြုစုပေးသော အသံများကို
 ပြုစုပေးသော အသံများကို
 ပြုစုပေးသော အသံများကို

+Reference: TEASDALE D., JENNET, S.
Assessment of stress and learning
consequences. A graphical scale. Lancet
1074 2081-83

¹⁰ A escola popular aplica-se a diversas modalidades e que abrangem mais de uma disciplina e área. No caso da Educação Religiosa, pode-se dizer que há uma interação e interdependência de sua prática com as demais disciplinas e áreas.

SSM QOR	LEVE	Microcode	Interru	Prior Pordi
1	1	2	3	4



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 DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA	4- CNES 3515198
Identificação do Paciente	
6- PACIENTE JOAO ANDRIER ENEDINO	5- NUMERO DO PRONTUÁRIO 187899
7- CARTÃO NACIONAL SUS 828 0004 0668 2238	8- DATA DE NASCIMENTO 22/12/1985
9- SEXO MASCULINO	10- RAÇA/COR BRANCA
11- NOME DA MÃE MARIA PEREIRA DA SILVA	12- TELEFONE DE CONTATO 386246436
13- NOME DO RESPONSÁVEL LUIZ ENFERBURGO	14- TELEFONE DE CONTATO
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA TEBELEAO JULIO FERREIRA 569	
16- MUNICÍPIO LAGOA DE VELHOS	17- BAIRRO CENTRO
18- UF RN	19- CEP 59430000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Paro cardíaco com profuso hemoptise

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
coronária

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

23- CID 10 PRINCIPAL <i>I25.0</i>	24- CID 10 SECUND.	25- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--------------------------------------	--------------------	------------------------------

26- PROCEDIMENTO SOLICITADO
Shunt coronário

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Shunt coronário</i>	28- CLÍNICA <i>Unidade e Hospital</i>	29- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>CRM 286-5807134</i>
--	--	--

30- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	31- DATA DA SOLICITAÇÃO	32- ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
---	-------------------------	---

33- PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)	34- CNPJ DA SEGURADORA	35- Nº DO BILHETE	36- SÉRIE
---	------------------------	-------------------	-----------

37- () AC. TRANSITO 38- () AC. TRABALHO TIPO 39- () AC. TRABALHO TRAZITO	40- CNPJ DA EMPRESA	41- CNIE DA EMPRESA	42- CBO
---	---------------------	---------------------	---------

43- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

44- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	45- COD. ORGÃO EMISSOR	46- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
--------------------------------------	------------------------	--

47- DOCUMENTO () CNS () CPF	48- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	49- ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
----------------------------------	--	---

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO	51- ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
-------------------------	---



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

Paciente com histórico de queda de
nato, apresentando dor e limitação
funcional em punho e quadril

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

R x de Bacia em AP
R x de Fêmur @ em AP
R x de Lado @ em AP

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Kleison Bastos
Ortopedia
CRM-4421

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: 21/10/19

HORA:

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nesse linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 13/08/2020 14:45:49

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081314454878600000056305311>

Número do documento: 20081314454878600000056305311

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOVE
JOAO ANDRÉ ERNDINO

DOC. IDENTIDADE: ORG. EMISSOR: UF
2433340 SP RJ

CPF: **014.056.874-43** DATA NASCIMENTO: **22/12/1985**

FILIAÇÃO
ANTONIO ERNDINO HORRINEO
MARIA FERREIRA DA SILVA
ERNDINO

PERMISSÃO: **CONDICIONADA** ACO: **CONDICIONADA** DAT. NAB: **AD**

Nº REGISTRO: **05267919758** VALIDADE: **21/06/2024** 1ª EMISSÃO: **04/08/2011**

OBSERVAÇÕES
BR

João André Erndino

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **PARRAMIRIM, RJ** DATA EMISSÃO: **27/08/2019**

09442481118
RN706165764

ABERTURA DO BORDO

RIO GRANDE DO NORTE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1828214338

PRECISO PLASTIFICAR
1828214338



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE PERÍCIA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

 POLGAR DIREITO



Adriana da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 002.896.955

DATA DE EXPEDIÇÃO: 22/03/2017

NOME: COAZA DA SILVA

FILIAÇÃO: FRANCISCO FELIX DA SILVA
MARIA DE FATIMA DA SILVA

NACIONALIDADE: SÃO PAULO DO POTENGI RN

DATA DE NASCIMENTO: 04/10/1996

DOC. ORDEM: CERT. DE CASAMENTO L-003 P-53 RG-0375

CASA DE VELHOS RN-CARTÓRIO UNICO CARTÓRIO

CPF: 768.819.114-06

Josebras Ferreira da N. Junior 2a VIA

LEI Nº 7.116/2012

