

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: 07/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REGINALDO CARVALHO DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00762

CONTA: 000000034943-2

Nr. da Autenticação F73654689D45A509

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170628733 **Cidade:** Nova Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO CARVALHO DE LIMA **Data do acidente:** 10/07/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da diáfise do fêmur esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: deficit funcional moderado do joelho e do quadril esquerdo.

Resultados terapêuticos: Realizado osteossíntese com placa e parafusos de fratura do fêmur esquerdo seguido de fisioterapia. Alta em janeiro de 2018. evoluiu com limitação da flexão-extensão do joelho e do quadril esquerdo.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 02/02/2018

Conduta mantida:

Observações: ALTERADO O SEGMENTO CORPORAL.

Médico examinador: JUSTINO NOBREGA DE AZEVEDO NETO

CRM do médico: 3940

UF do CRM do médico: RN

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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

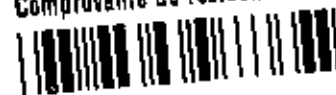
UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência

Eu, Reginaldo Carvalho de LimaRG nº 1.191.082, data de expedição 06/04/89, Órgão SSP/RN

CPF nº 778.865.004-82, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Lagoa da Mata</u>
Número	<u>11</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>zona rural</u>
Cidade	<u>NOVA CRUZ</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59215-000</u>
Telefone de Contato	<u>(084) 99197-0155 / (084) 98780-6894</u>
E-mail	<u>11</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: NOVA CRUZ/RN 13.11.17Assinatura do Declarante: Reginaldo Carvalho de Lima

caern

COMPANHIA DE ÁGUAS E RESORTS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Torre 1, CEP 59015-000
CNPJ: 08.334.305/0001-35 INSC. Estadual: 20055.420-3
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4583

CONTADOR DE CONSUMO

PARA LER O LITRO DE ÁGUA - 1 LITRO
MEDIÇÃO: 08/07/2017 08:38:17
TÍTULO: 08000-840195
32815885

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 08/07/2017 ÀS 06:38:17 MATRÍCULA: MÊS/ANO

DADOS DO CLIENTE

MARTINS, VILMA NOVA DE LIMA
SIT LAGOA DA MATA, N 5H - SÍTIO NOVA CRUZ, RN 59215-000

INSCRIÇÃO	ROTA	SEQ.ROTA	QUANTIDADE DE EGDHOMAS			
544.004.910.0520.000	7	520	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PESSOAL
HIDROMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA		SITUAÇÃO ESGOTO			
Y13N373085	LIGADO		EACTIVE			

CONSUMO: ÁGUA (M3): 0

DATA LEITURA: 08/07/2017

LEIT. ATUAL: 238

LEIT. ANT.: 238

DIAS CONSUMO: 31

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MEDIA
06/2017	0	04/2017	0	02/2017	0	0
05/2017	0	03/2017	0	01/2017	0	0

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL > 100 M 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	0 M3	38,32

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PTIS	38,32	1,65	0,63
COFINS	38,32	7,6	2,91

VENCIMENTO	19/07/2017	TOTAL A PAGAR	38,32
------------	------------	---------------	-------

PARÂMETROS	TURBIDAZ	PH	DOIT. Totals	Cloro Residual Livre	Nitrito (como N)
VALOR RECOMENDADO	≤ 5,0 UT	6,0 a 8,5	% de Ausência	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L
Valores Obtidos	10,5	4,63	100,0 %	0,22	

RECIBO
23 NOV 2017
TERRA DO SOL - RJ
E CORRETORA DE SE

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 31681 /2017

Admissão: 10/07/2017 16:57:31



Documentação médica - hospitalar



CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 28737 - REGINALDO CARVALHO DE LIMA (46 a 10 m 11 d)

Nascimento: 30/08/1970 Natural: NOVA CRUZ, BRASIL

Sexo: M Cor: SEM
INFORMAÇÃO

CNS: 700600943725967

CPF:

Prof:

Mãe: MARIA DAS NEVES DE LIMA

Pai: JOSE CARVALHO DE LIMA

Logradouro: LAGOA DA MATA, 1

CEP: 59215000

Bairro: NOVA CRUZ

Cidade: NOVA CRUZ

Telefone: 84.87397499 84 87397499

Compl:

Ativo: MOTO X OBJETO FIXO

Origem: AMBUL. SAMU RN

Tipol: REFERENCIADO

Fluxograma:

OBS: VINDO NA SAMU

HORA		P.A.	HGT	TEMP.	Glasgow	RTS
		130x80				

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISÃO MOTO PEDRA/TRAUMA EM FÊMUR ESQUERDO

Hora: *Paciente vítima de acidente de moto, colisão com muro de pedra. Perda de consciência, lesão no dorso da mão esquerda, dor no membro inferior esquerdo. Nega dor no membro superior.*

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vio sem lesão
- B MU. E. esquerda Sem lesão
- C FC: 97 36°C
- D Glasgow 15
- E Perda de consciência em mão E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdomen: Sem lesão a palpar
Membros: Sem lesão

Saida: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Fratura de fêmur (?) / Torção

RAIOS-X

Realizado em: 10/07/2017 Hora: 16:57

Técnico: *[assinatura]*

RECIBIDO
23 NOV 2017
FERNANDO SOUZA
COORDENADOR DE SEGS

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

ALERGIAS: *Não*
 (MEDICAÇÕES EM USO): *Não*
 PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS: *Não*
 LÍQ. E ALIMENTOS INGERIDOS:
 (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):
 (PASSADO VACINAL): *A Balaço*

EXAME COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

RX TÓRAX AP
RX PÉLVIS AP
RX FEMUR

LABORATÓRIO DE ANÁLISE CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

RX TÓRAX NACAL
Ata

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1:	<i>Oxobolá</i>	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2:		HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:		HORA:	DATA:

Assinatura e Carimbo do Médico

22. 23.

one who is to be - of name
A secret from (E)

Example 15.47

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

for Form 6

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUITA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

- ① In house gen
- ② Deletion - 1 gene ev ✓
- ③ Duplication - 2 genes ev ✓
- ④ Translocation + reciprocal ex. ev
- ⑤ FISH 20000 in a test

~~2/10/2020~~

CONFERE CON ORIGINAL
NATAL. 30/10/19
MAT. N° 156573
SAME
CA
ASSINATURA

Circejo Emmanuel Monteiro
 Ortopedia e Traumatologia
 CRP/AM 5387 - TEL: 3242

1. Rede de apoio
 2. Propriedade e Tratamento
 3. CRM-RN/7514

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável:

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASSOW	
Abertura Ocular (AO)	4
Olhos se abrem espontaneamente.	
Olhos se abrem em comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa inconsciente, já que há resposta 4, ao não 3.)	3
Olhos se abrem por estímulos dolorosos	2
Olhos não se abrem.	1
Movimentos verbais (MOV)	
Resposta (Resposta orientada) e resposta (Resposta) de palavras ou frases, frases simples, frases completas.	5
Palavras ou frases.	4
Comandos, respostas às perguntas orientadas, mas sem respostas diretas ou completas.	3
Palavras incoerentes ou frases sem sentido, sem qualquer resposta orientada.	2
Som incoerente, (somente um ou dois sons).	1
Silêncio.	
Movimentos motores (MOV)	
Obedece a ordens verbais. (Ex: aborde o braço direito e o esquerdo.)	6
Resposta a estímulos dolorosos.	5
Resposta a estímulos dolorosos.	4
Resposta a dor (Orientado).	3
Resposta a dor (Desorientado).	2
Sem resposta motora.	1

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRABALHO DEVIADA - RTE"		
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO	
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15	0.4
	9-12	0.3
	8-9	0.2
	4-7	0.1
	3	0.0
FREQÜÊNCIA RESPIRATORIA	10-20	0.4
	20-30	0.3
	3-30	0.2
	1-30	0.1
	0	0.0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	> 90	0.4
	70-90	0.3
	40-70	0.2
	1-40	0.1
	0	0.0

*Especial de Telecomunicações (ETE): Bom-legendas de interesse para pacifistas de língua inglesa. Repetidamente adaptado de Champion H.R. Decca H.R. Corp., et al. A revision of the Tenets of the ETE, 4 Tenets 2015 204, 2003.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE
(ATLS 2005)*

23) - Übergang von Primzahl zu Primzahl
24) - Primzahl zu Primzahl
25) - Primzahl zu Primzahl

* References: TEASDALE G.D. GUNNET. B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974; 2: 959-64

— A recepção provisória e temporária é devida consideração a que
qualificação que tenha recebido o 3.º ano, em Escola Secundária
depois de ter deixado que permanecesse a aprendizagem de um ano
de escolaridade em consequência de faltas.

SEM DOR	LEVE	Moderate	Inter	Pin Pass
1		2	3	4

Item	Moderação	Intensidade	Plano
1	2	3	4

23 NOV 2007

TERRA DO SOL ADMA

RECORRETORA DE SEGS

RECORRETORA DE SEGS

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: *outro*

DATA: 10/07/17

HORA: 19:00

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)

Dr. Ricardo Emmanuel M. Monteiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RM 5367 - TEOT 12425

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. ☐

O.E: M240810201

ESFERA: PÚBLICO

APRESENTAÇÃO: 11/2017

Data Autorização: 10/07/2017

Num AIH: 241710121010-6

Situação: APURADA

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 11/2017

Especialidade: 03 - CLINICOS

Orgão Emissor: M240810201

CRC:

Doc autorizador: 207281738880018

Doc med resp: 170023834540004

Doc diretor clínico: 207281809800018

Doc médico solíc: 980016282775324

CNS: 70060084372596-7

CNES: 2653923 - HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

Prontuário: 1161583

Paciente: REGINALDO CARVALHO DE LIMA

Data Nasc.: 30/08/1970 Sexo: MASCULINO

Nacionalidade: 010 - BRASIL

Tipo Doc.: Identidade

Doc: 1191082

Responsável pac.: REGINALDO CARVALHO DE LIMA

Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES DE LIMA

Endereço: SÍTIO LAGOA DA MATA SN INTEGRACAO Bairro: ZONA RURAL

Raça/Cor: 01-BRANCA Etnia: 0000-NAO SE APLICA

Município: 240830 - NOVA CRUZ

UF: RN CEP: 59215-000

Telefone: (84)9873-97499

Muda Proc.? : NÃO

Procedimento solicitado: 03.08.01.001-9 - TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA

Procedimento principal: 03.08.01.001-9 - TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA

Diag. principal: T023-FRATURAS ENVOLVENDO REGIOES MULTIPLAS DE UM MEMBRO INFERIOR

Diag. secundário:

Complementar:

Causa Óbito:

Modalidade: HOSPITALAR

Caráter atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO

Data Internação: 10/07/2017

Data saída: 20/07/2017

Mot saída: 31 - TRANSFERENCIA PARA OUTRO ESTABELECIMENTO

Liberação SISAIO1:

AIH Anterior:

AIH Posterior:

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador:

CNAER:

Vínculo Previdência:

CBOR:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

PROCEDIMENTOS REALIZADOS						
Linha	Procedimento	Documento CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor de Qtd	Cmpt	Descrição
2	0301010170	980016004999755	225270	2653923	10	07/2017 CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
4	0401010015	123550729160018	223505	2653923	1	07/2017 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO

VALORES DA PREVIA

VALORES DA PRÉVIA	Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL
	Direto		Direto		Rateado		
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
03.01.01-CONSULTAS MEDICAS/OUTROS					20,88		20,88
03.08.01-TRAUMATISMOS	170,12				8,34		178,46
04.01.01-PEQUENAS CIRURGIAS							80,00
08.02.01-DIARIAS	80,00						
Total Geral:	250,12				29,22		311,72

CID SECUNDÁRIO

Cid	Característica	Descrição
V299	PREEXISTENTE	MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO

Número de Nascidos

Número de Saídas

Nº Pré-Natal:

Vivos: Mortos:

Altas:

Transf.:

Óbitos:

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12886, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL. 31/10/17
MAT. Nº. 1526175
SOME
CA
ASSINATURA

PROTOCOLO
RECEBIDO
23 NOV 2017
TERRA DO SOL-ADM
E CORRETORA DE SEGO



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

RELATORIO DE
HISTORIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICO

Nome REGINALDO CARVALHO DE LIMA

Leito: _____ Idade: _____ Nº Registro: _____

HISTORIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data: 10/02/18

Hora: _____

Atropelado

Recebeu 4 pontos de sutura no dorso da mão esquerda
em urgência

at. A. N. R.

Dr. Ricardo Emmanuel M. Monteiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5387 - RQE 12425

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 31/10/17
MAT. Nº 150577
SAME
OR
ASSINATURA

**ERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Ministério da Saúde
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Próximo ao Socorro Clévis Sarinho

Nome: REGINALDO CARVALHO DE LIMA Nº Registro: _____
Serviço: _____ Idade: _____ Sexo: _____

DATA	EVOLUÇÃO MULTIDICIPLINAR
10/07/11	<u>Ortopedia</u> 23h Paciente submetido a cirurgia equilíbrio lateral no antebraço
11/07/11	Pot sem intercorrências. Boa VPR
12/07/11	<u>Ortopedia</u> Paciente evolui bem sem A/NIR
14/07/11	Pot bem e / a / g / mixas Boa VPR
15/07/11	Pot bem e / a / g / mixas Boa VPR
16/07/11	<u>Ortopedia</u> Paciente evolui bem sem A/NIR

Dr. Ricardo Emmanuel M. Monteiro
Ortopedista e Traumatologista
CRM 4423 - TEOT 10751

Dr. Michel Freire de Araújo
Ortopedista e Traumatologista
Ortopedia Oncológica
CRM 4423 - TEOT 10751

Dr. Ricardo Emmanuel M. Monteiro
Ortopedista e Traumatologista
CRM 4423 - TEOT 10751

Dr. Michel Freire de Araújo
Ortopedista e Traumatologista
Ortopedia Oncológica
CRM 4423 - TEOT 10751

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL. 31/10/11
MAT. Nº 1500
SAME
ASSINATURA

Dr. Michel Freire de Araújo
Ortopedista e Traumatologista
Ortopedia Oncológica
CRM 4423 - TEOT 10751

Dr. Ricardo Emmanuel M. Monteiro
Ortopedista e Traumatologista
CRM 4423 - TEOT 10751

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NÓS

Requintado Bonifácio de Lima

Leito - 412

18/7/17

01 Dieta Livre

~~02~~ S.F. 0,9% - 1.000ml - IV - 14gts/min

~~03~~ Keflin 01Gr + 20ml ABD - IV - 6/6h Sustentado

~~04~~ Tilatil 40mg + 20ml ABD - IV - 1XDiã

05 Antak 150mg - 01 comp. - VO - 12/12h

06 Tramal 100mg + 100ml S.F. - IV - S/N - 8/8h

~~07~~ Dipirona 02ml + 08ml ABD - IV - S/N - 6/6h modificado

08 Plasil 02ml + 18ml ABD - IV - S/N - 8/8h

09 Sinais Vitais 6/6h

Dipirona - 2x0,67 VO, 6/6h gn

Dr. Michel Freire de Araújo
Ortopedista e Traumatologista
Ortopedia Oncológica
CRM 4423 - TEOT 10751

CONFERE COM ORIGINAL	
NATAL 31/10/17	MAT. Nº. 4520843
SAME	
ASSINATURA	

5/10

48

06

5/10

12

06

Artigos

5/10 20/10

2/10

**GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE**Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho**FICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL****Identificação**

Enfermaria: _____ Leito: _____ UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 10 / 07 / 2017 Alta: 1 / 1 /
Nome: Reginaldo Carvalho de Lima Naturalidade: Nova Cruz - RN
Idade: 46 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Data de Nascimento: 30 / 08 / 1970
RG: 1.191.082 Estado Civil: casado Nível de Instrução: Fundamental
Filiação: Pai: José Carvalho de Lima Mãe: Marcia das Neves de Lima
Endereço: Sítio Vagão da Mata - Zona Rural Cidade: Nova Cruz - RN
Telefone: 987397499 - Moinhos () Residencial () Trabalho () Recado
Contato: _____ Outros telefones: _____
Composição familiar: Reside com a esposa e três filhos
Outras informações: Faz uso de ☒ Alcool ☐ Fumo ☐ Drogas ☐ Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Agricultor Trabalho c/ vínculo empregatício ☒ Não ☐ Sim
() Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSE
Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa: NATAL 31/10/17

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares () Trazido pelo SAMU
() Socorrido em via pública () Outros meios
☒ Encaminhado: Hospital de origem: Nova Cruz

Crêditos para Acompanhante

Possui requisitos? () Não ☒ Sim Qual o motivo? trabalha de mulher
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: Marcinez Vitorino de Silva
Parentesco: esposa Telefone: 987397499
Endereço do Responsável: O mesmo

Evolução

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

Paciente vítima de violência física com fraturas
do fêmur. Internado pela ortopedia.
Solicitação de xerox de documentos e
orientação sobre normas hospitalares.

Saída

Óbito: Encaminhamento: ITP () SVO () DO () Obs. 1255 8770
Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____
Orientações/Encaminhamentos: _____



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

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Leandro Silva de Lima

DATA DE NASCIMENTO: 06/08/70 IDADE: 46

REGISTRO: 146617017

DATA DE ADMISSÃO: 10/07/07 HORA: 23:00

ADMISSÃO DO PACIENTE: Outro paciente

CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: _____

HIDRATAÇÃO: SIM () NÃO () VIA: PERIFÉRICO () ACESSO CENTRAL ()

NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE () ORIENTADO () VIGIL () AGITADO ()

INCONSCIENTE: ()

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () GRAVE ()

SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE () M.V. () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()

ALÉRGICO: SIM () NÃO () HIPERTENSO: SIM () NÃO ()

DIABÉTICO: SIM () NÃO () ASMÁTICO: SIM () NÃO ()

DOENÇA RENAL: SIM () NÃO () OUTRAS PATOLOGIAS: _____

MEDICAÇÕES EM USO: _____

CIRURGIAS ANTERIORES: _____

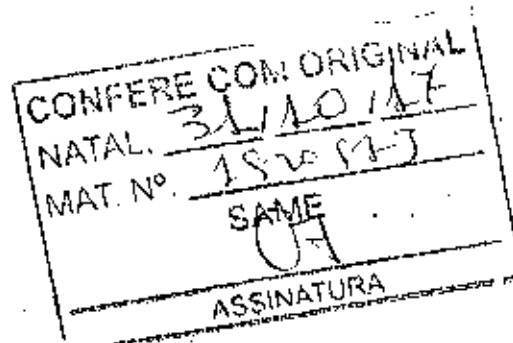
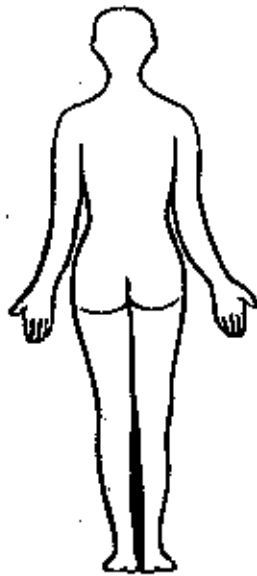
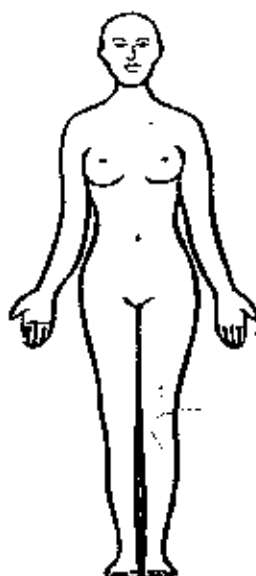
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO ()

OBSERVAÇÃO: _____

ÁREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____

ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____

OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



JALECO: _____ ACESSO CENTRAL: _____

INSTRUMENTADO: _____

CIRCULANTE: _____

TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUI () PERIDURAL () B.P.B. () LOCAL ()

OBS.: Sr. Carlos Brito

ANESTESISTA: _____

INÍCIO DE ANESTESIA: _____

TÉRMINO DE ANESTESIA: _____

ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: _____

HORA: _____

INICIO DE CIRURGIA: 22:30h

CIRURGIÃO: Dr. Ricardo

1º AUXILIAR: _____

2º AUXILIAR: _____

3º AUXILIAR: _____

TIPO DE CIRURGIA: matr. anaplast. fechada

TÉRMINO DE CIRURGIA: _____

SONDAGEM VESICAL: SIM () NÃO ()

SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()

EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO ()

RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO ()

NÃO ()

NÃO ()

NÃO ()

NÃO ()

Nº DA SONDA: _____

Nº DA SONDA: _____

RX: _____

SIM ()

NÃO ()

TIPO: _____

RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM ()

NÃO ()

TIPO: _____

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM ()

NÃO ()

FEITO FICHA: SIM ()

NÃO ()

MEMBRO AMPUTADO: SIM ()

NÃO ()

ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO: SIM ()

NÃO ()

FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM ()

NÃO ()

DESPREZADO NO LIXO: SIM ()

NÃO ()

COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM ()

NÃO ()

QUANTIDADE: _____

GAZES CONFERIDAS: SIM ()

NÃO ()

QUANTIDADE: _____

CAIXA CIRÚRGICA: _____

COMPLETA: SIM ()

NÃO ()

OBS: _____

ÓBITO: SIM ()

NÃO ()

HORA: _____

REALIZADO RCP: SIM ()

NÃO ()

RESPONSÁVEL PELA RCP: _____

PACIENTE ENCAMINHADO: CRO ()

UTI ()

ALTA ()

EM AR AMBIENTE: SIM ()

NÃO ()

TRAQUEOSTOMIZADO: SIM ()

NÃO ()

ENTUBADO: SIM ()

NÃO ()

PREENCHIDO AIH: SIM ()

NÃO ()

FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM ()

NÃO ()

FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM ()

NÃO ()

OBSERVAÇÕES: paciente encaminhado no CC unido

ao protocolo de observação & CP de

laqueamento dos condutos de DL

T. Necrotizante

Assinatura do (a) Enfermeiro(a)

Assinatura do Circulante

Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

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

Secretaria de Estado de Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Salinho

**BOLETIM
OPERATÓRIO****IDENTIFICAÇÃO**Nome: Keynolab Coriolis do bon Reg. Nº _____Diagnóstico pré-operatório: fratura de fêmurIndicação terapêutica: _____ Urgência ☒ Eletiva ()**INTERVENÇÃO**Data: 10/07/17 Início: 23:00 Término: 23:45 Duração: _____Operador: Ricardo Emmanuel CRM/CRO: _____

1º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____

2º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____

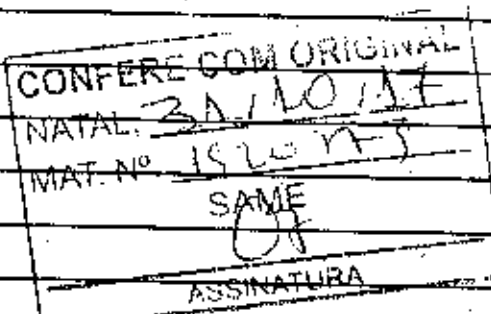
Instrumentador: _____

Anestesista: _____ CRM/CRO: _____

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

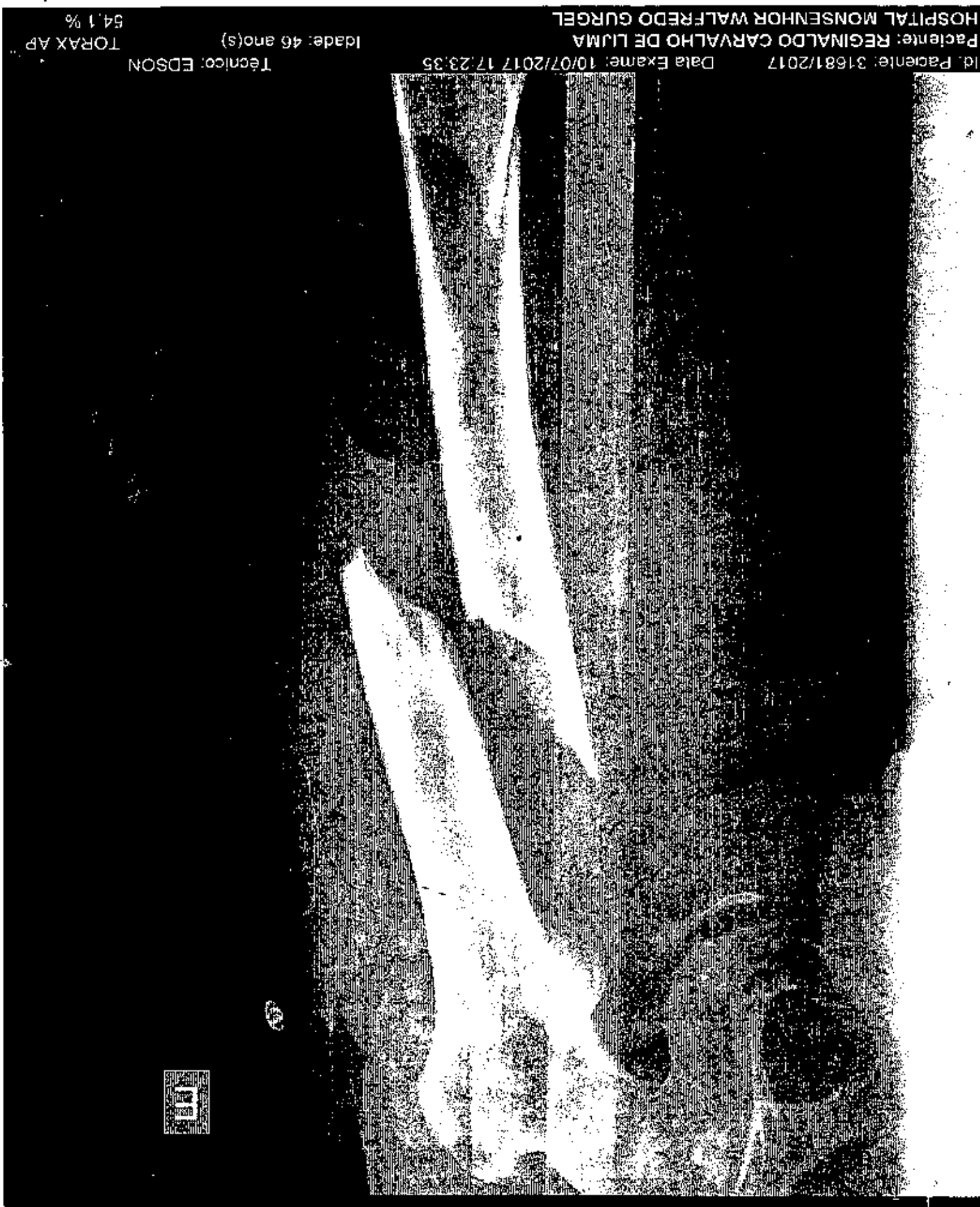
- 1) Paciente em DP4 por anestesia
2) Trauma hemitórax 8 kg
3) fêmur

Dr. Ricardo Emmanuel M. Monteiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5387 - TERT 12425



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

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



Id. Paciente: 31681/2017

Data Exame: 10/07/2017 17:23:35

Paciente: REGINALDO CARVALHO DE LIMA

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: EDSON

Idade: 46 ano(s)

TORAX AP
54.1 %





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

4- CNES

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

REGINALDO CARVALHO DE LIMA

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

143465

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

700600943725957

8- DATA DE NASCIMENTO

08/04/1988

9- SEXO

MASCULINO

10- RAÇA/COR

PARDA

11- NOME DA MÃE

MARIA DAS NEVES DE LIMA

12- TELEFONE DE CONTATO

987397499

13- NOME DO RESPONSÁVEL

MARINEZ VITORINO DE LIMA

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

SILAGÓIA DA MATA, 11

16- MUNICÍPIO

NOVA CRUZ

17- BARRIO

ZONA RURAL

18- UF

RN

19- CEP

59215000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DOR + INCONFORMIDADE + INCOMPETÊNCIA FEMORAL
NO LIGAMENTO

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSIDADE DE FIO CIRÚRGICO

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

RX DA COXA E DO AP/P.

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

fratura femur e 572.3

Procedimento Solicitado

26- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

fixação cirúrgica fratura femur

27- CLÍNICA

28- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

29- DOCUMENTO

30- Nº DOCUMENTO

ortopedias

() CNS () CPF

31- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

34-1) AC. TRÂNSITO

35- CNPJ DA SEGURADORA

36- Nº DO BAHETE

37- SÉRIE

34-2) AC. TRABALHO TÍPICO

40- CNPJ DA EMPRESA

41- CNES DA EMPRESA

42- CRIAR

34-3) AC. TRABALHO TRAJETO

43- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

Autorização

44- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45- COD. ORGÃO EMISSOR

46- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47- DOCUMENTO

48- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

49- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

CONFERE COM ORIGINAL
20/5/2008



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA
ORTOPEDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO
		148465
DATA	HORA	CATEGORIA
20/07/2017	10:41	GIH
PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO
REGINALDO CARVALHO DE LIMA		30/08/1969 30/08/1970
ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	
CASADO	AGRICULTOR	
ENDEREÇO (RUA, Nº)		
SI LAGOA DA MATA, 11		
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF
NOVA CRUZ	ZONA RURAL	RN
CEP		
58215000		
LOCAL DE TRABALHO		TELEFONE
FILIAÇÃO		
MARIA DAS NEVES DE LIMA	JOSE CARVALHO DE LIMA	
RESPONSÁVEL		TELEFONE
MARINEZ VITORINO DE LIMA		987397499
ENDEREÇO		
O MESMO		

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

fraturas - fêmur, crd

DATA DE ADMISSÃO

20/07/17

ALTA 06-08-17

OBITO

HISTÓRIA CLÍNICA

Vitória de Ac. de Mo to Hs. OI
SANTOIA, proveniente do Hs. e / frotas,
de fêmur crd.

sem lesões neurovasculares, sem fratura.

IL - Antecedentes p/ fto cirurgia.

Marcos Vinicius C. Freire
Ortopedia / Traumatologia
CRM/RN 5781
TEOT 14920





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

NOME:

Reginaldo Carvalho de Lima

IDADE:

30/08/1970

COR:

M

SEXO:

M

ESTADO CIVIL:

casado

NATURALIDADE:

Nova Cruz - RN

PROFISSÃO:

Agricultor

PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO:

Rua: Sítio Lagoa da mata

BAIRRO:

Zona Rural

CIDADE:

Nova Cruz - RN

DATA:

20/07/2017

HORA:

10:05

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):

fratura fêmur tro

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

frat. fêmur tro

Marcos Vinícius C. Freire
Ortopedista / Traumatologia
CRM/RN 5781
TEOT 4910

CONFERE COM OHI

Rede de

20/07/2017

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

⇒ Sol. intensivo p/ tto emisso

Marcus Vinicius C. Freire
Ortopedia / Traumatologia
CRM/RN 5781
TEOT 14910

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

☐ FICOU NO LOCAL	☒ INTERNADO NO SERVIÇO DE <u>Ortopedia</u>	☐ REMOVIDO EM ____/____/____ HORA ____ PARA ____
HORA ____ HS	DECISÃO MÉDICA ☐ HORA ____ HORA ____	A REVELIA ☐
RETIROU-SE POR DATA ____/____/____ MÓBITO ____/____/____	ENTREGUE A FAMÍLIA ☐ Marcus Vinicius C. Freire Ortopedia / Traumatologia CRM/RN 5781 TEOT 14910	S.V.O. ☐ I.T.E.P. ☐
MÉDICO (Carimbo)	CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)	



Hospital

Nome do paciente

Reginaldo Cavallho de Lima

Nº prontuário

Data operação

23/07/17

Enf.

Leito

Operador

Dr. João

1º auxiliar

Dr. Paulo

2º auxiliar

Dr. Roberto

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesiista

Dr. Rêgo

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Fratura segmentar do fêmur e

Tipo de operação

Tratamento cirúrgico p/ fratura do fêmur

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. Anestesia
2. Antiseptia + Campos
3. Incisão em região lateral da coxa
4. Exposição da fratura do fêmur (segm)
5. Redução da fratura + fixação com placa + parafusos
6. Reforço com fio rígido do fêmur
7. Colocação de curativo sobre a ferida
8. fechamento da ferida por planos
9. Curativos

CURATIVOS MÚLTIPLOS

CURATIVO 1

CURATIVO 2

CURATIVO 3

CURATIVO 4

CURATIVO 5

CURATIVO 6

CURATIVO 7

CURATIVO 8

CURATIVO 9

CURATIVO 10

CURATIVO 11

CURATIVO 12

CURATIVO 13

CURATIVO 14

CURATIVO 15

CURATIVO 16

CURATIVO 17

CURATIVO 18

CURATIVO 19

CURATIVO 20

CURATIVO 21

CURATIVO 22

CURATIVO 23

CURATIVO 24

CURATIVO 25

CURATIVO 26

CURATIVO 27

CURATIVO 28

CURATIVO 29

CURATIVO 30

CURATIVO 31

CURATIVO 32

CURATIVO 33

CURATIVO 34

CURATIVO 35

CURATIVO 36

CURATIVO 37

CURATIVO 38

CURATIVO 39

CURATIVO 40

CURATIVO 41

CURATIVO 42

CURATIVO 43

CURATIVO 44

CURATIVO 45

CURATIVO 46

CURATIVO 47

CURATIVO 48

CURATIVO 49

CURATIVO 50

CURATIVO 51

CURATIVO 52

CURATIVO 53

CURATIVO 54

CURATIVO 55

CURATIVO 56

CURATIVO 57

CURATIVO 58

CURATIVO 59

CURATIVO 60

CURATIVO 61

CURATIVO 62

CURATIVO 63

CURATIVO 64

CURATIVO 65

CURATIVO 66

CURATIVO 67

CURATIVO 68

CURATIVO 69

CURATIVO 70

CURATIVO 71

CURATIVO 72

CURATIVO 73

CURATIVO 74

CURATIVO 75

CURATIVO 76

CURATIVO 77

CURATIVO 78

CURATIVO 79

CURATIVO 80

CURATIVO 81

CURATIVO 82

CURATIVO 83

CURATIVO 84

CURATIVO 85

CURATIVO 86

CURATIVO 87

CURATIVO 88

CURATIVO 89

CURATIVO 90

CURATIVO 91

CURATIVO 92

CURATIVO 93

CURATIVO 94

CURATIVO 95

CURATIVO 96

CURATIVO 97

CURATIVO 98

CURATIVO 99

CURATIVO 100

CURATIVO 101

CURATIVO 102

CURATIVO 103

CURATIVO 104

CURATIVO 105

CURATIVO 106

CURATIVO 107

CURATIVO 108

CURATIVO 109

CURATIVO 110

CURATIVO 111

CURATIVO 112

CURATIVO 113

CURATIVO 114

CURATIVO 115

CURATIVO 116

CURATIVO 117

CURATIVO 118

CURATIVO 119

CURATIVO 120

CURATIVO 121

CURATIVO 122

CURATIVO 123

CURATIVO 124

CURATIVO 125

CURATIVO 126

CURATIVO 127

CURATIVO 128

CURATIVO 129

CURATIVO 130

CURATIVO 131

CURATIVO 132

CURATIVO 133

CURATIVO 134

CURATIVO 135

CURATIVO 136

CURATIVO 137

CURATIVO 138

CURATIVO 139

CURATIVO 140

CURATIVO 141

CURATIVO 142

CURATIVO 143

CURATIVO 144

CURATIVO 145

CURATIVO 146

CURATIVO 147

CURATIVO 148

CURATIVO 149

CURATIVO 150

CURATIVO 151

CURATIVO 152

CURATIVO 153

CURATIVO 154

CURATIVO 155

CURATIVO 156

CURATIVO 157

CURATIVO 158

CURATIVO 159

CURATIVO 160

CURATIVO 161

CURATIVO 162

CURATIVO 163

CURATIVO 164

CURATIVO 165

CURATIVO 166

CURATIVO 167

CURATIVO 168

CURATIVO 169

CURATIVO 170

CURATIVO 171

CURATIVO 172

CURATIVO 173

CURATIVO 174

CURATIVO 175

CURATIVO 176

CURATIVO 177

CURATIVO 178

CURATIVO 179

CURATIVO 180

CURATIVO 181

CURATIVO 182

CURATIVO 183

CURATIVO 184

CURATIVO 185

CURATIVO 186

CURATIVO 187

CURATIVO 188

CURATIVO 189

CURATIVO 190

CURATIVO 191

CURATIVO 192

CURATIVO 193

CURATIVO 194

CURATIVO 195

CURATIVO 196

CURATIVO 197

CURATIVO 198

CURATIVO 199

CURATIVO 200

CURATIVO 201

CURATIVO 202

CURATIVO 203

CURATIVO 204

CURATIVO 205

CURATIVO 206

CURATIVO 207

CURATIVO 208

CURATIVO 209

CURATIVO 210

CURATIVO 211

CURATIVO 212

CURATIVO 213

CURATIVO 214

CURATIVO 215

CURATIVO 216

CURATIVO 217

CURATIVO 218

CURATIVO 219

CURATIVO 220

CURATIVO 221

CURATIVO 222

CURATIVO 223

CURATIVO 224

CURATIVO 225

CURATIVO 226

CURATIVO 227

CURATIVO 228

CURATIVO 229

CURATIVO 230

CURATIVO 231

CURATIVO 232

CURATIVO 233

CURATIVO 234

CURATIVO 235

CURATIVO 236

CURATIVO 237

CURATIVO 238

CURATIVO 239

CURATIVO 240

CURATIVO 241

CURATIVO 242

CURATIVO 243

CURATIVO 244

CURATIVO 245

CURATIVO 246

CURATIVO 247

CURATIVO 248

CURATIVO 249

CURATIVO 250

CURATIVO 251

CURATIVO 252

CURATIVO 253

CURATIVO 254

CURATIVO 255

CURATIVO 256

CURATIVO 257

CURATIVO 258

CURATIVO 259

CURATIVO 260

CURATIVO 261

CURATIVO 262

CURATIVO 263

CURATIVO 264

CURATIVO 265

CURATIVO 266

CURATIVO 267

CURATIVO 268

CURATIVO 269

CURATIVO 270

CURATIVO 271

CURATIVO 272

CURATIVO 273

CURATIVO 274

CURATIVO 275

CURATIVO 276

CURATIVO 277

CURATIVO 278

CURATIVO 279

CURATIVO 280

CURATIVO 281

CURATIVO 282

CURATIVO 283

CURATIVO 284

CURATIVO 285

CURATIVO 286

CURATIVO 287

CURATIVO 288

CURATIVO 289

CURATIVO 290

CURATIVO 291

CURATIVO 292

CURATIVO 293

CURATIVO 294

CURATIVO 295

CURATIVO 296

CURATIVO 297

CURATIVO 298

CURATIVO 299

CURATIVO 300

CURATIVO 301

CURATIVO 302

CURATIVO 303

CURATIVO 304

CURATIVO 305

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital HEDNL		Enfermaria		Leito	Nº prontuário	
Nome Reginaldo Casvalho de Almeida		Idade 46		Sexo M	Cor B	
Data 28.07.17	Pressão arterial 120x80	Pulso 100	Respiração leptu	Temperatura 36,5	Peso	Outros
Tipo sanguíneo	Hemates	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia	
	Urina					
Ap. respiratório stabil				Asma		Brônquite
Ap. circulatório stabil				Eletrocardiograma		
Ap. digestivo Jejum		Dentes	Pescopo	Ap. urinário		
Estado mental consciente		Atarácicos	Corticoides	Alergia		Hipotensores
Diagnóstico pré-operatório fratura de fêmur				Estado físico		Risco
Anestésias anteriores						

Medicação pré-anestésica		Aplicada às	Efeito
--------------------------	--	-------------	--------

Agentes Anestésicos	0	
Líquidos	(P) (P) (P) (P) (P)	
Olor	0	
Anest.	X	
O Resp.	0	
P Pulso	X	

SÍMBOLOS	E
----------	----------

ANOTAÇÕES	
-----------	--

POSIÇÃO	Q1
---------	-----------

Agentes	Neocinares, D. moriz, Cyarolina, Dipriona, Oxadion, Rautodina, Imomax
---------	--

Técnica	Barua anestesia com oas suples
---------	---------------------------------------

Operação	Pro urupio fratura fémur E+
----------	------------------------------------

Cirurgiões	Dr. João + Dr. Pedro + Dr. Ruy
------------	---------------------------------------

Anestésistas	Dr. Leticia
--------------	--------------------

Observações	
-------------	--

Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias	
--	--

Perda	0
-------	----------

CRIM	0
------	----------



HOSPITAL REGIONAL DE CLÉCIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Reginaldo Carvalho de Lima Idade: 46 D/N: 30/08/1970
Pront.: 18745 Município: Nova Cruz Procedência: Antero () Externo
Data da cirurgia: 23/04/12 Hora Admissão: 09:30 Sala: 03 Hora Saída: 12:40 Peso: + 72kg
Alergias: () Não () Sim Comorbidades: () H.S () DM () Outras uma
Uso de medicações: () Não () Sim uma Jejum: () Não () Sim
SSV: Admissão: PA: 110/70 mmHg Pulso: 88 bpm FI: 88 rpm FC: 88 bpm SpO₂: 98 % T: 36 °C

Enfermeiro(a): Lidiane Instrumentado(a): Sauya Circulante: Linei Adal

Cirurgia: # de tumor (E) (+) Exerto fixo Especialidade: Otorrinolaringologia Sala: 03
Hora Início: 10:00 Hora Término: 12:40 Tipo de cirurgia: (X) Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: Dr. Ricardo Aux.: Dr. Jean Residente: 2º Aux: Dr. Rogério

Anestesia: () Local (X) Sedação () Geral TOT: () Bloqueio (X) Raquidiana Ag.º 25 () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag.º 09 Cateter nº: 40 Garrote: () Smarch () Pneumático Início: () Término: ()
Anestesiologista: Dr. Leticia

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
☒ Consciente	☒ Normocorada	☒ Normotenso	☒ Jelco	☒ ECG
☐ Letárgico	☐ Hipocorada	☐ Hipotensão	☐ Acesso V. Central	☒ Oximetria
☐ Coma	☐ Cianótica	☐ Hipertensão	☐ Cat. Diálise	☐ Capnógrafo
☒ Orientado	☐ Ictérica	☒ Normocárdico	☐ Fístula	☒ PA
☐ Desorientado	☐ Desidratada	☐ Bradicardia	☐ Arteriovenosa	☐ Estimul. Nervo
☐ Sedado	☒ Inteira	☐ Taquicardia	☐ SNG	☐ Diprífusor
☐ Ansioso	☐ C/lesões	☐ Choque	☐ SVD	☐ BIC
☐ Deambula	☐ Sudorese	☐ Normoesfígmico	☐ Colostomia	☐ Desfibrilador
☐ t/dificuldade	☐ Cicatriz cirúrgica	☒ Eupnéia	☐ Cistostomia	
☒ Acamado	☒ Higiene Satisfatória	☐ Dispnéia	☐ Dreno:	
☐ Paraplégico	☐ Higiene deficiente	☐ Dispositivo O ₂	☐ Aparelho gessado	
☐ Tetraplégico	☐ Manchas		☐ Tração	
☐ Amputações	☒ S/Tricotomia		☐ Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	97	88	88	Bpm
Pulso	96	86	88	Bpm
Oximetria	98.7	98.7	98.7	%
Capnografia				%
PA	103/57/112/63	126/72		mmHg

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
☒ Dorsal	☐ Cabeça	☐ Anatômicos
☐ Ventral	☐ Pescoço	☒ Abduzidos
☐ Lateral	☐ Tórax	☐ Fletidos
☐ Litotômica	☐ Lombar	☐ MMII
☐ Trendlemburg		☒ Anatômicos
☐ Canivete		☐ Abduzidos
☐ Proclive		☐ Fletidos

ACESSO VENOSO

☐ Punção Arterial

☒ Punção Venosa Periférica

☐ Punção Venosa Central

☐ Dissecção venosa

Local: HSO

Cateter: JELCO

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO

☒ Sim () Não () Metal () Descartável

Local: Partiureilha direita

DEGERMAÇÃO

☒ Sim () Não

Local: Abd + M.E Solução: DEG

TRICOTOMIA

☒ Sim () Não

Local: H.E

SONDAGEM GÁSTRICA

☐ SNG nº:

Retorno:

CATETERISMO VESICAL

☐ SVF nº

☐ SVA nº

Diurese:

Profissional responsável:

IMPLANTE CIRÚRGICO

Drenos:

Tela:

Cateter:

Ostomia:

Fio de KC:

Parafuso - tipo:

Placa - Tipo: 20 zeros DCP LARGA

Outros:

EXAMES SOLICITADOS:

☐ Hemograma

☐ Gasometria

☐ Coagulograma

☐ Outros

☐ Tipagem Sanguínea

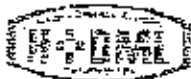
☐ Glicosimetria:

☐ Radioscopia (Rádio X)

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO

Caixa cirúrgica: 45 + bas + perf Quant. Material: OK

Val.: 04.08.12 Contagem de gaze e compressa: () Não (X) Sim



HOSPITAL REGIONAL DE CLÉCIO MARINHO DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENT. CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:
() Hemocentrado Unid. () Plasma Unid. () Plaquetas Unid.
() Albumina Unid. () Expansor plasmático Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

Na Kloral h: 14:30h
Na Clorfen h: 10:30h
10mg diclofenac h: 10:30h

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Fisiológico: ml () Soro Ringer Simples: ml Quantidade total de volume administrado: *1.000 ml*
() Soro Glicosado: ml () Soro Ringer Lactato: *1* ml

ANATOMO PATOLÓGICO

(X) Não () Sim Peça: *Peça para sepultamento: (X) Não () Sim*
Swab para cultura: *Líquido:*

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: (X) limpo () c/exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Talas () Outros:

INTERCORRÊNCIAS: *Procedimento realizado sem intercorrências; pct: segue em EAO;*

Ass: *Luiz Carlos* Coren: *64.136*

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: (X) Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () O₂ ambiente Curativo: (X) Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro:
Diurese: () Espontânea (X) Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: *EAO*

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO

Hora: *12:45* Data: *28/03/17* Nível de consciência: (X) Acordado () Sonolento () Narcose (X) Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Cateter O₂ (X) O₂ Ambiente
Mobilização MMII: () Normal () Diminuída (X) Sem mobilidade Mobilização MMSS: (X) Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não (X) Sim Tipo: *MSD* Local: *MSD* Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim () Não Especifique:
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos
Curativo: (X) Oclusivo () Descoberto (X) Limpo () Solo Monitorização: (AECG) (X) Oxímetro (X) PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexigoma () Alteração PA () Alteração FC
Relate:

SINAIS VITAIS

Líquidos administrados na URPA:

Hora	TC	P	PA	FR	Sat. %	Dor	Soro glicosado: ml
Admissão	-	83	115x72	-	99%	NZ	Soro Fisiológico: ml
30'	-	85	130x70	-	100	NZ	Ringer: <i>500+500</i> ml
60'	-	90	140x70	-	100	NZ	Irrigação vesical, contínua: ml
Alta	-	91	120x70	-	100	NZ	

Medicações administradas URPA:

Eliminações:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: *S/ intercorrências. Sobe 9.0. Segue p/ enfermaria. R. controla. Segue com prontuário em mãos.*

Ass: *Luiz Carlos* Coren: *64352*



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

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Fratura de hum.</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Necessidade de cirurgia</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Rx fratura de hum.</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fr. hum.</i>	21 - CID INICIAL <i>S7</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Osteossíntese</i>	25 - LEITO / CLÍNICA	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>0408050519</i>	29 - DT SOLICITAÇÃO <i>10/07/17</i>	30 - CNS / CPF	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) <i>Dr. Ricardo Emmanuel M. M. Costa Ortopedia e Traumatologia CRM/RN 5307 - TECT 12425</i>

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES DE VIOLÊNCIAS)

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

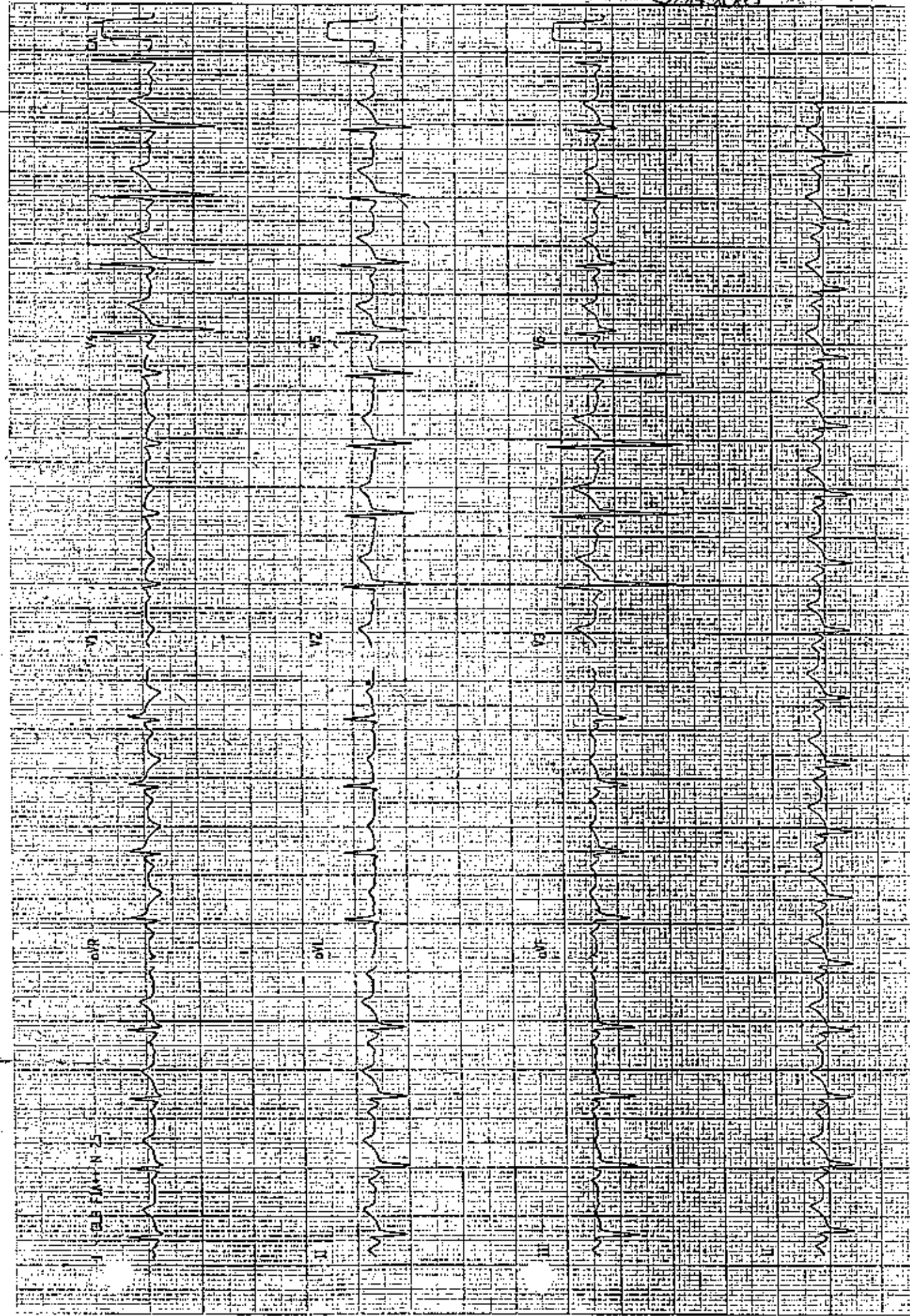
AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	47 - DT AUTORIZ.	48 - CNS / CPF	49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	51 - DT AUTORIZ.	52 -	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) <i>CONFERE COM ORIGINAL hedebrato Servidor 207538</i>
-------------------------------	------------------	----------------	--	--	------------------	------	--	--

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

12º episódio convulsivo de limpa Data: 20.07.17
46 anos Hora: 11:30

CONFERE COM ORIGINAL
heloisa
22/8/18



在 2000 年 12 月 20 日

94

[illegible]

44. $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$

2018-2019

Received 12 May 2004
 Accepted 12 May 2004
 Available online 12 May 2004



Documentos de identificação



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **778.865.004-82**

Nome: **REGINALDO CARVALHO DE LIMA**

Data de Nascimento: **30/08/1970**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Digito Verificador: **00**

Vitim

Comprovante emitido às: **15:51:41** do dia **13/11/2017** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **1B0C.DC0F.2BA6.D976**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL Nº 191.082 DATA DE EXPEDIÇÃO 06.04.1989

NOME REGINALDO CARVALHO DE LIMA

FILIAÇÃO JOSÉ CARVALHO DE LIMA

MARIA DAS NEVES DE LIMA

NATURALIDADE NOVA CRUZ-RN DATA DE NASCIMENTO 30.08.1970

CERT. NASC. Nº 6.939-Liv. A-65 FIES

DOC. ORDEM Nº 74-CART. DE NOVA CRUZ-RN

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nº DE INSCRIÇÃO NO CPF 778865004

REGINALDO CARVALHO DE LIMA

30/08/1970

ASSINATURA

VALIDADE SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE - CIE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO TÉCNICO GERAL DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

ASSINATURA DO TITULAR

Carretilha de Identidade

Foto

Impressão

PROT. COLO
RECIBIDO
23 NOV 1987
TERMINADO SOL. ADM.
E CORRETORES DE SEC.

DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 10416 // 00681 Nº 013103915992
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD/RENAVAM 00464569150 EXERCÍCIO 2017

NOME
 REGINALDO CARVALHO DE LIMA

CPF/CNPJ
 778.865.004-82

PLACA
 NNW3914

PLACA ANT. AVE
 NNW3914/RN

CHASSI
 9C2JC4110CR48B055

ESPECIE TIPO
 PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAR/CAVALARIA

MARCA/MODELO
 HONDA/CG 125 FAN R8

ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012

CAP/POT/CIL
 OCV/124 CILINDRADAS

CATEGORIA
 PARTICULAR

COR PREDOMINANTE
 ROXA

COTA ÚNICA
 R\$ 0.00

VENC. COTA ÚNICA
 13/03/2017

VENC. COTAS
 1º PAGO

FAIXA RIVA
 002844-3X

PARCELAMENTO/COTAS
 R\$ 0.00

2º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)
 *** TAXAS DETRAN: PAGO ***

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)
 DPVAT: PAGO

ALIAN. FID. EM FAVOR DE: 03.534.220/0001-65

BANCO HONDA S/A

MOTOR: JC41E1C48B055

NOVA CRUZ/RN

DATA
 13/03/2017

EXERCÍCIO
 2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA
 TRANSPORTADA OU NAOP SEGURO DPVAT

RN Nº 013103915992 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISS. 13/03/2017

VIA 1 CPF/CNPJ 778.865.004-82 PLACA NNW3914

RENAVAM 00464569150 MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN R8

ANO FAB. 2012 CHASSI 9C2JC4110CR48B055

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) DENOMIN. (R\$) CUSTO DO SEGURO

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A PAGAR

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE OUTROS

COTA ÚNICA

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.659/0001-04

RECEBIDO
 23 NOV 2017
 TERRA DO SUL
 E CORRETORA DE SEG.

DECLARAÇÃO

Outras



Eu, Reginaldo Carvalho de Lima, portador do RG: 1.191.082 SSP/RN e CPF: 778.865.004-82, reclamante do seguro DPVAT, venho através dessa declaração informar e comunica que não tenho mas nenhuma documentação medica só a que já consta no pleito do meu processo, que são a entrada, do Hospital Deoclecio Marques de Lucena e a do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da Samu, que demonstra e menciona as sequelas que tenho e as dificuldade que fiquei devido ao acidente de transito no dia: 10/07/2017 , por isso peço a análise da minha documentação, no qual estou precisando e necessitando, da indenização para ajuda nas lesões sofridas, pois em verdade só possuo essas documentação medica, e que não tendo mas nenhum tipo de documentação a mais hospitalar só a que está no pleito do meu processo.

Nova Cruz/RN 08 de Novembro de 2017

Reginaldo Carvalho de Lima



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170628733 **Cidade:** Nova Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO CARVALHO DE LIMA **Data do acidente:** 10/07/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO FÊMUR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO COM DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO REALIZADO E SEQUELAS EXISTENTES

Observações:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: MARIA TEREZA R DE A AMORIM

CRM do médico: 52.31475-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO



OUTORGANTE

NOME:	Reginaldo Carvalho de Lima
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Agricultor
IDENTIDADE:	1.191.082
ENDEREÇO:	Sítio Lagoa da Mata, 11, zona rural, Nova Cruz/RN

OUTORGADO

NOME:	Martinez Viturino de Lima
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Agricultora
IDENTIDADE:	1.925.829
ENDEREÇO:	Sítio Lagoa da Mata, 11, zona rural, Nova Cruz/RN

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Nova Cruz/RN 13.11.17

LOCAL E DATA



Reginaldo Carvalho de Lima

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



2º OFÍCIO REGISTRO CIVIL E NOTAS
Rua 15 de Novembro, 13 - Centro - Nova Cruz - CEP: 55215-000 - Fone: (84) 98752-8453
Tribuna, Eliete de Oliveira Silva

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:
REGINALDO CARVALHO DE LIMA
Por ter sido posta em minha presença, dou fé.
NOVA CRUZ/RN, 13 de Novembro de 2017

ELISSANDRA CRISTINA DE OLIVEIRA SILVA - Tabelão(o)
VÁLIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE



Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **REGINALDO CARVALHO DE LIMA**

Sinistro: **3170628733**
Vítima: **REGINALDO CARVALHO DE LIMA**
Data do Acidente: **10/07/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **MARINEZ VITURINO DE LIMA**

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170628733** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12381299

A/C: REGINALDO CARVALHO DE LIMA

Nº Sinistro: 3170628733
Vítima: REGINALDO CARVALHO DE LIMA
Data do Acidente: 10/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARINEZ VITURINO DE LIMA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **REGINALDO CARVALHO DE LIMA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000000762**

Conta: **0000034943-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 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
---	-----	----------

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170628733 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **REGINALDO CARVALHO DE LIMA**
Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO LAGOA DA MATA nº 11 - ZONA RURAL - NOVA CRUZ/RN**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 1191082 - SSP**
Data local do exame: **02/02/2018 NATAL/RN**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Fratura da diáfise do fêmur esquerdo.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

Realizado osteossíntese com placa e parafusos de fratura do fêmur esquerdo seguido de fisioterapia. Alta em janeiro de 2018. evoluiu com limitação da flexão-extensão do joelho e do quadril esquerdo

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

deficit funcional moderado do joelho e do quadril esquerdos

IV. Segundo o 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

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

JOELHO ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

QUADRIL ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

ALTERADO O SEGMENTO CORPORAL -

Local e data de realização do exame médico legal:

RN - NATAL, 02/02/2018

Médico Perito: JUSTINO NOBREGA DE AZEVEDO NETO CRM:3940/RN


Dr. Justino Nobrega
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM 3940 1307 8920

Assinatura do perito Examinador - CRM

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)



INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	778.865.004-82	Reginaldo Carvalho de Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Reginaldo Carvalho de Lima				Agricultor	
Endereço		Número	Complemento		
Sítio Lagoa da Mata		11			
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
Zona Rural	NOVA CRUZ	RN	592165-000		
Email		Telefone (DDD)			
		(084) 98380-6894			

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR		☐ SEM RENDA		☐ ATÉ R\$ 1.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00			
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)							
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)							
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V	☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
0762		34943	2	BANCO Nome _____ NRO _____			
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____			
				(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)			

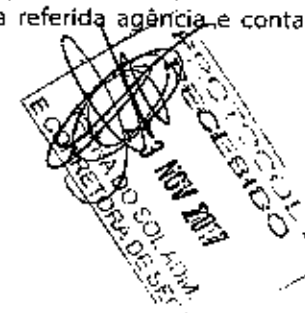
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

NOVA CRUZ/RN 13 de Novembro de 2017
Local e Data

Reginaldo Carvalho de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





AUTO-ATENDIMENTO - NOVA CRUZ

DATA: 23/11/2017

TERMINAL: 07621011

HORA: 14:29:09

CONTROLE: 076210118418

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0762.013.00034943-2
NOME: REGINALDO CARVALHO DE LIMA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

R\$ 0,00

NÚMERO DO ENVELOPE:

4408894639

NÚMERO DE CONTROLE:

327243301

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

PROTÓCOLO
RECEBIDO
23 NOV 2017
TERMINO DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPO
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN
DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL - NOVA CRUZ - 6ª DRPC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA nº 1069/2017

Ocorrência: ACIDENTE MOTO
Local: SAÍDA PARA JACARAÚ - RN
Data e hora: 10/07/2017 por volta das 16:57 horas
COMUNICANTE: a própria vítima



RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DO INTERIOR
JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
6ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL

Boletim de ocorrência



VÍTIMA: REGINALDO CARVALHO DE LIMA
RG: 1.191.082 ITEP/RN
CPF: 778.8635004-92
Filiação: JOSE CARVALHO DE LIMA E MARIA DAS NEVES DE LIMA
Natural: Nova Cruz/RN
Profissão: AGRICULTOR
Endereço: ZONA RURAL SÍTIO LAGOA DA MATA 11 - NOVA CRUZ - RN
Telefone: (84)

Nascimento: 30/08/1970

ACUSADO:XXXXXXXXXX

Endereço: XXX

Histórico: a vítima compareceu a esta Unidade de Polícia Judiciária e narrou o seguinte teor: QUE é proprietário do Veículo HONDA/ CG 125 FAN KS. COR ROXA, PLACA NNW 3914 - RN, ANO / MOD 2012/ 2012, RENAVAL n° 00464569150, CRLV em meu nome QUE NO DIA 10/07/2017 POR Volta das 16:57 hr. Perdeu o controle da sua motocicleta devido outro veículo que foi para contramão, vindo a cair, que na queda sofreu lesão corporal traumatizada com fratura no fêmur (E) com Boletim de Atendimento de n° 31681 do hospital Monsenhor Walfredo Gurgel em Natal em anexo, QUE FOI TRANSFERIDO PARA OUTRO HOSPITAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA DE N DE PRONTUÁRIO 148465 AMBOS EM ANEXO, QUE O DECLARANTE APRESENTOU UMA DECLARAÇÃO DO SAMU DATADA EM 10/07/2017. SOLICITOU O BO, para dar entrada no seguro. Nada mais a declarar.

Testemunha(s):

Providência (s) Adotada (s): Registro de B.O



Nova Cruz/RN, 08/11/17

Hora: 16:12

Reginaldo Carvalho de Lima
Assinatura do (a) Comunicante

Sandro Negreiros
Assinatura e Matrícula do (a) Servidor
Sandro NEGREIROS



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



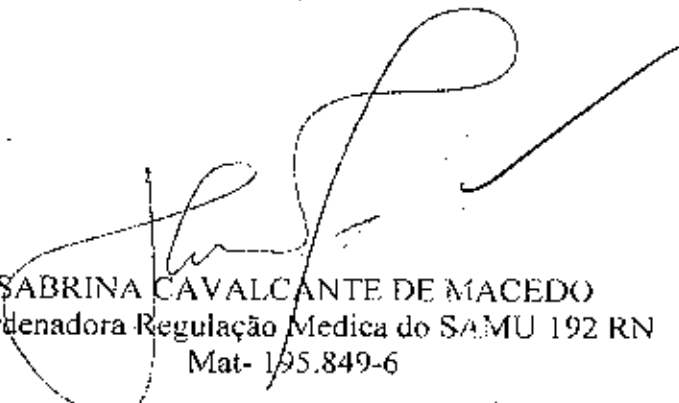
Comprovação de ato declaratório



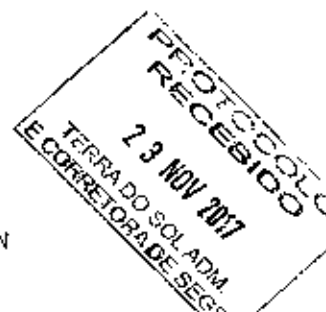
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fazem necessário,
que em busca no sistema informatizado do SAMU 192 RN que foi encontrado a
ocorrência Nº S263895 referente ao paciente **REGINALDO CARVALHO DE LIMA**
46 anos, atendido pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 RN,
no dia 10/07/2017 Nova Cruz/RN vítima queda/moto. Conforme ficha anexa.

Natal, 16 de agosto de 2017


SABRINA CAVALCANTE DE MACEDO
Coordenadora Regulação Médica do SAMU 192 RN
Mat- 195.849-6

SAMU 192 RN
END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 - BARRO VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
CEP: 59.022-545
FONE: 84 3209-5316





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA

FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA

FICHA DE ATENDIMENTO:	S263895
DATA DA OCORRÊNCIA:	10/07/2017 13:48:51
CIDADE:	NOVA CRUZ
BAIRRO:	
PONTO DE REFERÊNCIA:	
LOGRADOURO:	RN SENTIDO NOVA CRUZ A JACARAÚ
INTERESSADO:	ROSALVO
TELEFONE:	991107737
TIPO:	MUI
NATUREZA:	OCORRÊNCIA PARA REGULAÇÃO
IMPRESSO POR:	IVAN JOSÉ DE ARAÚJO CARDOSO
DATA DA IMPRESSÃO:	16/08/2017 10:24:28

DATA	HORA	TERMINAL	OPERADOR	EVENTOS
10/07/2017	13:48:51	term11	79065574	PCT REGINALDO 43 ANOS
10/07/2017	13:48:51	term11	79065574	DEPOIS DO CAJUEIRO
10/07/2017	13:48:51	term11	79065574	DEPOIS DO CAMPO SOCYT
10/07/2017	13:48:51	term11	79065574	NA SAÍDA DE NOVA CRUZ
10/07/2017	13:49:36	regsamu01	35614144	COLISÃO MOTO X PEDRA
10/07/2017	13:49:52	regsamu01	35614144	CONSCIENTE E MACHUCADO EM PERNA
10/07/2017	13:50:01	regsamu01	35614144	LIBERO USR EAL COD 2
10/07/2017	13:50:03	despsamu1	19385794	VIATURA USB38 DESPACHADA - Comandante do VTR (CIDS CIDS)
10/07/2017	13:52:03	despsamu1	19385794	VIATURA USB38 EM ROTA
10/07/2017	13:52:25	despsamu1	19385794	
10/07/2017	13:52:08	despsamu1	19385794	SEM USR NO CRUZ NO MOMENTO RETORNANDO DE MACAIBA PRO PA 13:53
10/07/2017	13:53:43	despsamu1	19385794	PAZ UMA MEIA HORA
10/07/2017	13:54:02	despsamu1	19385794	VTR A PROXIMA USB38 STO ANT SAINDO DO PA 13:53
10/07/2017	14:28:23	despsamu1	19385794	VIATURA USB38 CHEGOU AO LOCAL
10/07/2017	14:43:59	regsamu02	10794374	USB38 REGINALDO CARVALHO LIMA 46 ANOS, SENTADO, CONSCIENTE E ORIENTADO.
10/07/2017	14:43:59	regsamu02	10794374	QUEDA DE MOTO APOS COLISÃO COM PEDRA, NAO DESMAIOU, SUPOSTA FRATURA FECHADA
10/07/2017	14:43:59	regsamu02	10794374	FEMUR E CABEÇA, TORAX E ABDOME INTEGROS, PA 130X90, FC 98, PR 20, SAT 96
10/07/2017	14:43:59	regsamu02	10794374	IMOBILIZADO, ACESSO SRI E QTH HOSP LOCAL
10/07/2017	14:45:12	despsamu1	19385794	VIATURA USB38 INFORMOU O CÓDIGO CL
10/07/2017	14:45:18	despsamu1	19385794	VIATURA USB38 INFORMOU O CÓDIGO UG
10/07/2017	15:04:34	regsamu02	10794374	MEDICO DE NOVA CRUZ INFORMA QUE PACIENTE DEVERA SEGUIR PARA O WALFREDO GURGEL
10/07/2017	15:04:34	regsamu02	10794374	FRATURA DE FEMUR, QTH CLOVIS SARINHO
10/07/2017	17:10:07	despsamu1	19385794	VIATURA USB38 INFORMOU O CÓDIGO CL
10/07/2017	17:10:08	despsamu1	19385794	VIATURA USB38 INFORMOU O CÓDIGO UG
10/07/2017	18:30:28	despsamu1	19385794	USR QTH CLOVIS 16:40
10/07/2017	18:30:37	despsamu1	19385794	PCTE AC DE DR FREDERICO ORTOPEDIA
10/07/2017	18:30:41	despsamu1	19385794	18:30
10/07/2017	18:30:44	despsamu1	19385794	ALICA PRESA
10/07/2017	18:31:33	despsamu1	19385794	VIATURA USB38 INFORMOU O CÓDIGO CL
10/07/2017	18:31:35	despsamu1	19385794	VIATURA USB38 INFORMOU O CÓDIGO UG
10/07/2017	20:17:38	despsamu1	26853714	VIATURA USB38 FINALIZOU A OCORRÊNCIA COMO (FSP) (ENCAMINHADO HOSPITAL) COMENTÁRIO ADICIONAL: SEM COMENTÁRIO

SABRINA CAVALCANTE DE MACÊDO
COORDENADORA DE REGULAÇÃO MÉDICA

