



Número: **0810803-14.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **20/03/2020**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO DE ASSIS GOMES (AUTOR)		ITAMAR OLIMPIO DE VASCONCELOS MAIA (ADVOGADO) NUSIA LEILA FERNANDES DE OLIVEIRA (ADVOGADO) LARISSA DE OLIVEIRA MAIA (ADVOGADO)	
Porto Seguro Cia. de Seguros Gerais (RÉU)			
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62002624	23/10/2020 11:21	2761118_CONTESTACAO_Anexo_04	Outros documentos

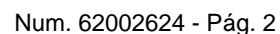
811972179
 811972179
 811972179

LARISSA DE OLIVEIRA, NETA
 086.288.744.26
 25/10/1992
 LARISSA DE OLIVEIRA, NETA
 086.288.744.26
 25/10/1992
 LARISSA DE OLIVEIRA, NETA
 086.288.744.26
 25/10/1992

811972179
 811972179
 811972179

LARISSA DE OLIVEIRA, NETA
 086.288.744.26
 25/10/1992
 LARISSA DE OLIVEIRA, NETA
 086.288.744.26
 25/10/1992
 LARISSA DE OLIVEIRA, NETA
 086.288.744.26
 25/10/1992



[illegible]

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Francisco de Assis Gomes, brasileiro(a),
estado civil: Brasileiro, Profissão: Motorista, Data do Acidente 05/08/2019,
Cobertura invalidez, portador(a) do RG 257.190, órgão expedidor
ITEP/RN e do CPF: 155.575.294-20 residente no(a)
Rua São Severino dos Ramos, nº 1203,
bairro: Nossa Senhora da Apresentação, município: Natal, RN.

OUTORGADO:

Nome: Larissa de Oliveira Mala brasileiro(a) estado civil: solteira Profissão: Advogada
portador(a) do RG 003.007.335 órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 086.988.144-25 residente
no(a) R. Edgar Dantas nº 454-C bairro: Santos Reis município: Parnamirim/RN

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Parnamirim/RN, 04 de Dezembro de 2019


Local e Data



Francisco de Assis Gomes

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

2º **SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS**
TABELADO: AIRENE JOSE AMARAL DE PAIVA
Av. Euríclides Souto, 10 - Boa Esperança - CEP: 20140-000 - Parnamirim-RN - Tel.: (54) 2020-3200 / 3272-2286
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de FRANCISCO DE ASSIS GOMES
Parnamirim/RN, 04/12/2019 08:38:07 Em testemunho de 
verdade. Emol R\$ 2,97
PEDRO ERASMO DE PAIVA NUNES - Substituto
Consulte autenticidade em: <https://eslodigital.tn.jus.br>
Selo: RN201900083640050412XTS

Pedro Erasmo de Paiva Nunes
CPF: 704.008.194-00
Escrivente Autorizado



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009616/20

Número do Sinistro: 3200010579

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS GOMES

CPF: 155.575.294-20

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 05/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS GOMES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentos de identificação

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/01/2020
Nome: LARISSA DE OLIVEIRA MAIA
CPF: 086.988.144-25

LARISSA DE OLIVEIRA MAIA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/01/2020
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

THIARA VIRGINIA DA HORA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200010579 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS GOMES **Data do acidente:** 05/08/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS) PG 14
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	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, 10 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200010579

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS GOMES

Data do Acidente: 05/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS GOMES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15347008





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, 10 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200010579 Vítima: FRANCISCO DE ASSIS GOMES

Data do Acidente: 05/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS GOMES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da vítima ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois a entregue não permite a leitura das informações.
------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00339/00340 - carta_03 - INVALIDEZ

00060170



Carta nº 15347415





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, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200010579

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS GOMES

Data do Acidente: 05/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS GOMES

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 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

Recebedor: FRANCISCO DE ASSIS GOMES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001953

Conta: 000000012142-4

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.

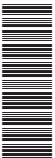
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01671/01672 - carta_15R - INVALIDEZ

00030836



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 23/10/2020 11:21:50

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102311214991700000059472810>

Número do documento: 20102311214991700000059472810

Num. 62002624 - Pág. 8

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 155.575.294-20 4 - Nome completo da vítima: Francisco de Assis Gomes

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

5 - Nome completo: Francisco de Assis Gomes 6 - CPF: 155.575.294-20
7 - Profissão: recuso 8 - Endereço: Rua São Severino dos Ramos 9 - Número: 1203 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Nossa Senhora da Apresentação 12 - Cidade: Natal 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59115-660
15 - E-mail: recuso 16 - Tel.(DDD): (84) 9 8897-5131

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) ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1953 CONTA: 00012142 4 AGÊNCIA: CONTA:

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 (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s)/vênus(es)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Natal 22/01/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 051988/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/10/2019 10:10 Data/Hora Fim: 16/10/2019 10:27
Delegado de Polícia: Alzira Veiga da Medeiros

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ato: Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos

Data/Hora do Fato: 05/08/2019 07:27

Lócal do Fato

Município: Natal (RN)
Logradouro: AVENIDA DAS FROTEIRAS

Bairro: Potengi
Nº: S/N

Tipo do Local: Via Pública

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: FRANCISCO DE ASSIS GOMES (VÍTIMA, COMUNICANTE)
Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - São José de Sexo: Masculino Nasc: 18/05/1955
Profissão: Motorista
Estado Civil: Separado(a)
Nome da Mãe: EDITE PAULINO GOMES Nome do Pai: DAMIAO FRANCISCO GOMES

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 155.575.294-20
RG - Carteira de Identidade: 257190

Endereço

Município: Natal - RN Nº: 203
Logradouro: SÃO SEVERINO DOS RAMOS CEP: 59.115-660
Bairro: NSA DA APRESENTAÇÃO

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Natal - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Descrição CARRO	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

Grupo Veículo Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição MOTOCICLETA CPF/CNPJ do Proprietário 155.575.294-20

Delegado de Polícia Civil: Alzira Veiga da Medeiros
Impresso por: Janir Azevedo da Paiva
Data de Impressão: 16/10/2019 10:27
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 051988/2019

Placa QGO7568

Renavam 01167809227

Número do Motor KC25E0J025129

Número do Chassi 9C2KC2600JR025122

Ano/Modelo Fabricação 2018/2018

Cor VERMELHA

UF Veículo Rio Grande do Norte

Município Veículo Natal

Marca/Modelo HONDA/CG 160 START

Modelo HONDA/CG 160 START

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido, Meio Empregado

Última Atualização Denatran 09/10/2018

Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

Envolvidos

FRANCISCO DE ASSIS GOMES

Proprietário, Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

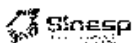
O COMUNICANTE/VÍTIMA COMPARECEU A ESTA UNIDADE POLICIAL E RELATOU QUE NA DATA E HORA CITADOS CONDUZIA A MOTOCICLETA EM TELA QUANDO VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO A FREAR NA FRENTE DA MOTOCICLETA SEM QUE A VÍTIMA TIVESSE TEMPO PARA FREAR, PROVOCOU A COLISÃO E A VÍTIMA VEIO A CAIR E SOFRER LESÕES CONFORME BAA DE NÚMERO 39742/2019, ORIUNDO DO PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO, DISSE QUE FORA CONDUZIDO PELO SAMU PARA O REFERIDO PRONTO SOCORRO CONFORME OCORRÊNCIA DE NÚMERO 27391/1, ORIUNDO DA SMS. NADA MAIS DISSE

ASSINATURAS

Janir Azevedo de Paiva
Agente de Polícia
Matrícula 170.234-3
Responsável pelo Atendimento

FRANCISCO DE ASSIS GOMES
(Vítima / Comunicante)

"Declaro que as devidas sanções de direito que são de (a) (autores) responsáveis pelas informações acima apresentadas e contra que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que delatou, conforme previsto nos Artigos 335-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa do Crime ou de Condição do Código Penal Brasileiro."

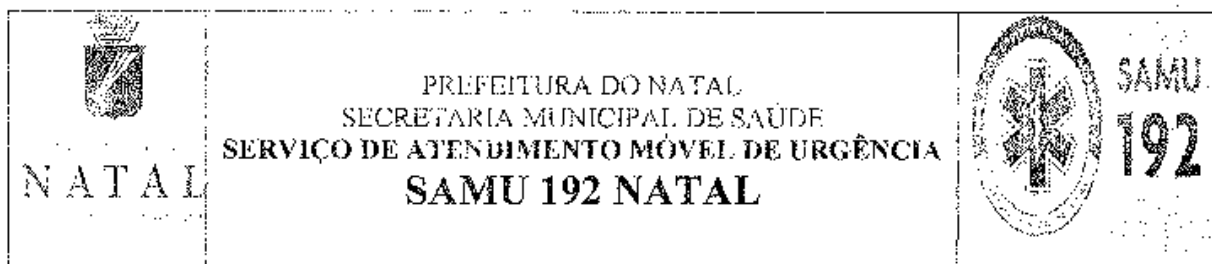


Delegado de Polícia Civil: Aizla Veiga de Medeiros
Impresso por: Janir Azevedo de Paiva
Data de Impressão: 16/10/2019 10:27
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **FRANCISCO DE ASSIS GOMES**, foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 05/08/2019, aproximadamente às 07h27min, na Avenida das Fronteiras, Potengi, nesta Cidade. Sob nº de ocorrência 273310/1, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 07 de outubro de 2019.

Jose Cláudio M. de Macedo
CPF 018739174-22
Especialista
COREN-RN 374475

CLAUDIO AUGUSTO CAMARA DE MACEDO

Coord. Geral do Serviço de Transporte Sanitário Municipal e SAMU 192 Natal
Matrícula 72.468-1



FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 273310/1

Data: 05/08/2019

TARM: DIANA ALVES JAPIASSU

Médico Regulação: PEDRO FELIPE SOARES DA SILVA

Rádio Operador: JANAILSON GABRIEL DA CRUZ FERREIRA

Médico Cena: WALKER FERREIRA DA SILVA

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 10 (UPA 24 ZONA SUL)

Equipe VTR: JOSE IVAN BARBOSA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
PAULO SOARES DANTAS DA SILVA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

* REGULAÇÃO MÉDICA TROTE INFORMAÇÃO ENGANO TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: JORGE

Telefone: (84) 99695-6618

Nome do Paciente:

FRANCISCO DE ASSIS GOMES

Idade: *

64 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

Endereço não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: -5.7522318 Longitude: -35.2627243

Endereço: AVENIDA DAS FRONTEIRAS

Nº: VP

Bairro: POTENGI

Outro Bairro:

Referência/Complemento: // RUA POR TRÁS DO IFRN // PX. VIADUTO // PX. LEIDE MORAIS //

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WILFREDO GURGEL

Queixa Primária: COLISÃO CARRO X MOTO

Quem Solicitou: Transcunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

05/08/2019 07:32:31 - Dr(a). PEDRO FELIPE SOARES DA SILVA

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: SOLICITANTE REFERE COLISÃO CARRO X MOTO, APRESENTANDO DUAS VÍTIMAS. PRIMEIRA VÍTIMA VALDENEIDE, APRESENTANDO DOR EM MMS E ESCORIAÇÕES DIFUSAS, REGA PERDA DA CONSCIÊNCIA, NAUSEAS E VÔMITOS. SEGUNDA VÍTIMA FRANCISCO, APRESENTANDO DOR EM JOELHO ESQUERDO E ESCORIAÇÕES DIFUSAS, REGA PERCA CONSCIENCIA, NAUSEAS E VÔMITOS.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHA

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO:

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO

Apoio:

Data: 05/08/2019 08:20:51 Usuário: (MÉDICO) WALKER FERREIRA DA SILVA

Observação: DRA JULIANA (HWG) QUESTIONOU POR QUE O CASO NÃO FOI DIRECIONADO PARA O HIPP. MOTIVO: NECESSITA DE ASSISTENCIA DA ORTOPEDIA. LIGAÇÃO INTERROMPIDA..

Chamado:
05/08/2019
07:27:58

Saída Local:
05/08/2019
08:16:12

Regulação Médica:
05/08/2019
07:32:31

Chegada Destino:
05/08/2019
08:58:28

Solicitação VTR:
05/08/2019
07:35:37

Liberação Destino:
05/08/2019
09:19:27

Saída VTR:
05/08/2019
07:35:45

Liberação VTR:
05/08/2019
09:19:29

Chegada Local:
05/08/2019
07:51:58



07/10/2019

samunatal.hopto.org:8089/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=273310&Digito=1&ReadOnly=1

Observação do Apoio:

ENTRADA: MÚLTIPLA FRACTURAS

Paciente possui convênio médico particular?*

Sim ☐ Não ☒ Não informado

CONSULTA

Remoção

Conduta Médico Regulador:

05/08/2019 08:15:12 - WALKER FERREIRA DA SILVA

USO ID: GRA FRANCISCO DE ASSIS GOMES, 64 ANOS. VITIMA DE COLISÃO CARRO/NOTO (CONDUTOR). COLISÃO DE BAIXO IMPACTO. PORTAVA CAPACETE (RETIRADO PELO PRÓPRIO). RELATA DOR EM JOELHO ESQ. COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL. 1º PA - 140X110 2º PC - 86 3º FR - 20 4º SAT - 95AA 6º GLASSGOW - 15 CONDUTA: IMOB. CF. PROTOCOLO DE TRAUMA. AVR/HV. QTT PS CLOVIS SARINHO (POLITRAUMA)

Conduta Equipe de Enfermagem:

05/08/2019 08:22:26 - DIANA ALVES JAPIASSU

CONTATO NO POLITRAUMA COM DRª JULIANA, REPASSO O QUADRO DO PCT, A MESMA QUESTIONA PQ NÃO REGULA O PCT NO HOSPITAL STA CATARINA? ANTES MESMO DE EU REPASSAR A LIGAÇÃO AO MR WALKER ELA DESLIGA O CHAMADO.

10

ENTRADA: COLISÃO CARRO/NOTO

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE --

H. ligação ao serv. prop.:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

Vaga Negada

Vaga Zero

Motivo da entrada:

▼

Ass:

ENTRADA:

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:



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: 16/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DE ASSIS GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01953

CONTA: 000000012142-4

Nr. da Autenticação A551EA22CC2CB472





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1255, 7º andar, CEP 59015-000
CNPJ: 08.284.885/0001-35 / INSC. Estadual: 20035.420-1
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4352

ESCRITÓRIO DE CONTABILIDADE

115
215

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS
IMRESSO EM 23/08/2019 ÀS 10:00:15

DADOS DO CLIENTE		MÉTRICO				
FRANCISCO DE ASSIS GOMES RUA SÃO SEVERINO DOS RAMOS, N. 46 - NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO NATAL RN 59115-668		5309023	08/2019			
INSCRIÇÃO 209.072.355.04-07.000	ÁGUA 5	ESGOTO 2111	QUANTIDADE DE CONSUMOS RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO			
HIGROMETRO Y175883476	SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL				
CONSUMO ÁGUA (M3): ?		DATA LEITURA: 23/08/2019 LEIT. ATUAL: 92 LEIT. ANT.: 90 DIAS CONSUMO: 30				
HISTÓRICO DE CONSUMO						
REF.	CONSUMO	REF.	CONSUMO	REF.	CONSUMO	MÉDIA
07/2019	4	05/2019	5	03/2019	8	4
06/2019	4	04/2019	5	02/2019	3	
DESCRIÇÃO		CONSUMO	TOTAL(R\$)			
ÁGUA						
RES. ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)						
CONSUMO DE ÁGUA		2 M3	39,99			
MULTA P/IMPONTUALIDADE 07/2019			0,79			
JUROS DE MORA 05/2019 06/2019			1,27			
TRIBUTOS		BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO		
PTS		39,99	1,85	0,06		
COFINS		39,99	7,6	3,04		
VENCIMENTO:		30/08/2019	TOTAL A PAGAR	42,05		
DE 01 A 31/08/19 NEGOCIE OS DÉBITOS VENC. ATÉ 07/19 COM DESCONTO. PARC. EM ATÉ 48 MESES, PAGTO A VISTA DESC. 100% EM JUROS E MULTAS						
PARAMETROS						
Valor de	Valor de	PH	Cent. Total	Dieta Adicional L/m	Rebate (começo)	
55,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Valor de	Valor de	PH	Cent. Total	Dieta Adicional L/m	Rebate (começo)	
1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA			
COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE RUA MERMOS, 150, BALDO, NATAL, RIO GRANDE DO NORTE CEP 59025-250 CNPJ 08.324.190/0001-61 INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0 www.cosern.com.br		Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 Ligações Gratuitas: -TELEATENDIMENTO COSERN: 116 -Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 284 0142 -Ouvir-lá 0800 084 0404 Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte ARSEP: 0800 727 0187 -Ligação Gratuita de telefones fixos Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167 Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis	
DADOS DO CLIENTE JOSEMARIA TARQUINIO BEZERRA DAMASCENO CPF: 435.570.104-90		DATA DE VENCIMENTO 15/08/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 43,79	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA EDGAR DANTAS 454 - C SANTOS REIS/AREA URBANA 59145-150 PARNAMIRIM RN		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 20/07/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 20/07/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 027472615 Série: U	
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br		CLASSIFICAÇÃO B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES Monofásico	
		RESERVADO AO FISCO A776.E7C1.B7B6.E92C.1CD5.2F24.EB1E.BC4E	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	58,00	0,68892812	39,98
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,64
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,47
	</		

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000002130155200	CAT	19/06/2018	8.632,00	20/07/2018	8.695,00	31	1,00000	0,00	58,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	TARIFA APLICADA	VALOR	TARIFA APLICADA
DIS-De de horas sem Energia	PASSAGEM DE	9,00	5,10	10,32	20,77
FID-De de vezes sem Energia	AREIA	9,00	1,23	6,47	12,55
DIS-De de duração máxima de interrupção contínua		9,00	2,81	0,00	0,00
DIS-De de duração de interrupção em dia crítico					Limite DIS-De 12,22
EXERCÍCIO DE CARGO DE USO - R\$ 14,77					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEIS DE TENSÃO	
<p>Pague no ponto mais perto de você pessoas e magalhães lida - epp: lus cruzado do sul, santos reia f posto pinheiro borgas av. pres. getúlio vargas 1010, monte castelo lista completa em www.cosern.com.br</p> <p>O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.</p> <p>Na data da leitura a Bandeira em vigor é a AMARELA. Mais informações em www.aneel.gov.br.</p> <p>O cliente é compensado quando há violação da continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.</p> <p>Pagto. em atraso para multa 2%(Res414/ANEEL), juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.</p> <p>O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.</p>		TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
			MÍNIMO MÁXIMO
		220	202 231
		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MESIANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007006739444	07/2019	43,79	15/08/2019	

838800000003 437900384071 006739444203 017298257836



Evite dobrar esta canhoto será usado em leitora ótica.





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Larissa de Oliveira Maia inscrita (a) no CPF: 086.988.144 25
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fernanda de Assis Gomes inscrita
(a) no CPF sob o Nº 155.575.284/20 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez/DAMS da Vítima
Fernanda de Assis Gomes inscrita (a) no CPF sob o Nº 155.575.284/20 conforme
determinação da Circular Susep 445/12;

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia da comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
R Edgar Dantas		454	C
Bairro	Cidade	Estado	CPF
Santos Reis	Parnamirim	RN	59141-150
E-mail	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
recuso	recuso		recuso

Natal/RN 08 de janeiro de 2019

Local e Data

Larissa de Oliveira Maia
Assinatura do Declarante

DL DPVAT 001 V001/2019





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

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 39742 /2019

Admissão: 05/08/2019 09:09:45



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 137825 - FRANCISCO DE ASSIS GOMES (64 a 2 m 18 d)

Nascimento: 18/05/1955 Natural: SAO JOSE DE MIPIBU, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 702402575857527

CPF: 15557529420

Prof:

Mãe: EDITE PAULINO GOMES

Pai:

Logradouro: SAO SEVERINO DOS RAMOS, 1203

CEP: 59115660

Bairro: NOSSA SENHORA DA

Cidade: NATAL

APRESENTAÇÃO

Telefone: 84 988511561

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 05/08/2019 09:00:02				
HORA	P.A.	GLUC	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTORIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queda: COLISÃO CARRO/MOTO COM E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO A NÍVEL DE MIE

Hora: 03:08

Paciente sofreu queda da sua moto após colisão com um carro há 1 hora. Informa que a moto estava parada no momento do acidente. Nega perda de consciência. Queixa-se de dor em joelho esquerdo. Nega trauma do tórax e abdominal. Em tempo, paciente hoje veio SAMU em suporte com Glasgow 15.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vias aéreas patentes, sem ruídos.
- B respiração, ausculta pulmonar - MIE, simétrico, 21 RR.
- C FC = 92 bpm; sem murmúrios extensos.
- D Glasgow 15; pupilas isotropicogênicas.
- E Sem lesões externas.

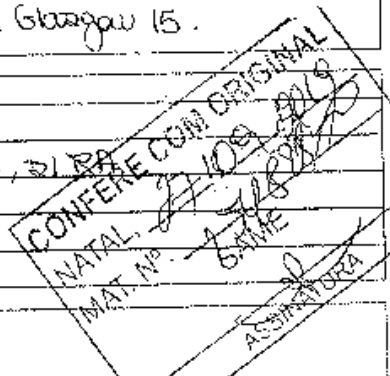
OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Peito e abdome sem alterações.

*Saída:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Gerado via SX por FRANCISCO DE ASSIS DE BRITO. Impresso em 05 de Agosto de 2019



B
C
D
E

A (ALÉRGICAS) Sem alérgicas

M (MEDICAÇÃO EM USO) Anti-tuberculoso (não sabe especificar)

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) Reputura. Nega outras prévias

L (LÍQU. E ALIMENTOS INGERIDOS) Café e carne há 3 horas

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA) Via pública

V (PASSADO VACINAL) Última vacina anti-tetânica há 2 anos

EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM)
Raios X do joelho esquerdo AP e perfil.

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

CONDUTA PRIMÁRIA (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)
Alta CG
+ R. Moura

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1 <u>Ortopedia</u> <u>Dr. Wladimir Nunes</u> CRM: 101.322	HORA: <u>09:45</u>	DATA: <u>05/08/11</u>
ESPECIALISTA 2	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3	HORA:	DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:	DATA	HORA
SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:		
ÓBITO: DATA / / HORA		
ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP		



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:	
ANAMNESE	<p><i>A queda de motocicleta, quedando no chão e lesões funcionais joelho.</i></p> <p><i>Pele íntegra, sem defeitos neuromusculares.</i></p> <p><i>RX joelho: Fratura platô tibial lateral; com afundamento + enclavamento.</i></p>
EXAME FÍSICO	<p><i>Sem sinais para tratamento cirúrgico de fratura do platô tibial.</i></p>
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS <i>Márcio Glauber Pereira</i> <i>Osteopatia e Traumatologia</i> <i>CRM/RM-6236 - TEQ-1487</i>
CONDOTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	OUTROS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p><i>1) Talc. curativo da lesão M.T.E</i></p> <p><i>2) Voltaren 75mg - Clamp, 1M</i></p> <div style="text-align: right;"> <i>Márcio Glauber Pereira</i> <i>Osteopatia e Traumatologia</i> <i>CRM/RM-6236 - TEQ-1487</i> </div>	<div style="text-align: center;"> </div>
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA TÁXIS DA DE COMAIA ARROYO	
Abertura Osmia (AO)	
Onixes se abrem, tapetado em terra.	4
Onixes se abrem no centro vertical. (São compostos com o despartir de uma pessoa adormecida, no topo do campo, e do rio 2)	3
Onixes se abrem por mínimo distanco	2
Onixes não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Onixes não se abrem, e a resposta verbal é apropriada para a pergunta, sobre o assunto. (Muito bom, muito bom, o melhor, o melhor, etc.)	5
Onixes não se abrem, e a resposta verbal é apropriada para a pergunta, sobre o assunto. (Muito bom, muito bom, o melhor, o melhor, etc.)	4
Onixes não se abrem, e a resposta verbal é apropriada para a pergunta, sobre o assunto. (Muito bom, muito bom, o melhor, o melhor, etc.)	3
Onixes não se abrem, e a resposta verbal é apropriada para a pergunta, sobre o assunto. (Muito bom, muito bom, o melhor, o melhor, etc.)	2
Onixes não se abrem, e a resposta verbal é apropriada para a pergunta, sobre o assunto. (Muito bom, muito bom, o melhor, o melhor, etc.)	1
Resposta verbal (RV)	
Onixes não se abrem, e a resposta verbal é apropriada para a pergunta, sobre o assunto. (Muito bom, muito bom, o melhor, o melhor, etc.)	5
Onixes não se abrem, e a resposta verbal é apropriada para a pergunta, sobre o assunto. (Muito bom, muito bom, o melhor, o melhor, etc.)	4
Onixes não se abrem, e a resposta verbal é apropriada para a pergunta, sobre o assunto. (Muito bom, muito bom, o melhor, o melhor, etc.)	3
Onixes não se abrem, e a resposta verbal é apropriada para a pergunta, sobre o assunto. (Muito bom, muito bom, o melhor, o melhor, etc.)	2
Onixes não se abrem, e a resposta verbal é apropriada para a pergunta, sobre o assunto. (Muito bom, muito bom, o melhor, o melhor, etc.)	1

DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO	VALOR
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15	M.B.
	9-12	M.B.
	6-8	M.B.
	4-5	M.B.
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	16	M.B.
	10-15	M.B.
	20-24	M.B.
	8-9	M.B.
	1-3	M.B.
	0	M.B.
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90-100	M.B.
	90	M.B.
	140	M.B.
	0	M.B.

¹⁴ Escola de Treinamento Brasileiro (ETB) - Escola Nacional de Administração para quadros de empresas privadas, 1960-1961. Agradecido ao Dr. Guilherme de Mello, Diretor da ETB, de 1960-1961, e ao Dr. A. Carlos de Oliveira, Diretor de Treinamento.

CLASSIFICATION OF TCE:
 (ATE 2004)

42. $57 \leq p \leq 74$ (normal distribution)
 43. $3 = \text{moderate}$
 44. 13 years

* Reference: TRAFALGO G. JOURNAL. B.
Assessment of some topological
consequences. A periodic table, March
1974. 2: 91-92

[illegible]

SEM DOT	LEVE	Modérada	Intensa	P
n	3	2	3	



EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***	LABORATÓRIO
	OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div>	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div>
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:		Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: <u>ORTOPEDIA</u>		DATA: <u>5 / 8 / 19</u> HORA: <u>10:00h</u>	
SAÍDA:		DATA: <u> / / </u> HORA: <u> </u>	
Decisão Médica <input type="checkbox"/>		À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para: <u> </u>	
ÓBITO:		DATA: <u> / / </u> HORA: <u> </u>	
Entregue à família		com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	
		<div style="text-align: right;"> Médico (Carimbo) Marcelo Glauber Pereira Ortopedia e Traumatologia CRM/RN: 8236 - TEOT-14687 </div>	

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:		Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:		DATA: <u> / / </u> HORA: <u> </u>	
SAÍDA:		DATA: <u> / / </u> HORA: <u> </u>	
Decisão Médica <input type="checkbox"/>		À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para: <u> </u>	
ÓBITO:		DATA: <u> / / </u> HORA: <u> </u>	
Entregue à família		com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	



Nº FIA: 7271 /2019

Prontuário: 1137580

Paciente: 137825 - FRANCISCO DE ASSIS GOMES

Cartão SUS: 702402575557527

CPF: 15557529420

Dt Nasc: 18/05/1955

Idade: 64 anos 2 meses 18 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: EDITE PAULINO GOMES

Nome do pai:

Rua/Av: SAO SEVERINO DOS RAMOS

Complemento:

Nº: 1203

Bairro: NOSSA SENHORA DA
APRESENTAÇÃO

CEP: 59115660

Cidade: NATAL

Telefone: 84 988511561 84 988511561

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1001

Responsável: FRANCISCO DE ASSIS GOMES -

Usuário: FRANCISCO DE ASSIS MORAIS QUEIROZ

Transf.

Admissão: 05/08/2019 10:31:13

Alta: 09.08.19

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.1 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA

#08050551 -

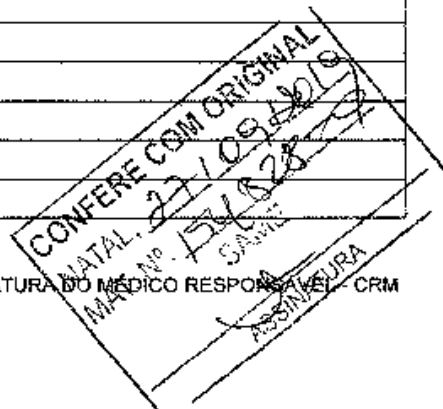
DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

REVISADO

Data: 05/08/2019

Assinatura



NATAL, 05 de Agosto de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar**
Nº 20042 / 2019**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou: _____

CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **137825 FRANCISCO DE ASSIS GOMES**

Prontuário: _____

CNS: 702402575857527

Nascimento: 18/05/1955 Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: EDITE PAULINO GOMES

Pai: _____

Endereço: RUA SAO SEVERINO DOS RAMOS, 1203 - NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO - I Fone: 988511561 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE: 240810

UF: RN

CEP: 59115-660

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

DOR, EDEMA E IMPOTÊNCIA FUNCIONAL EM JOELHO ESQUERDO, APÓS QUEDA DE MOTO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX JOELHO ESQUERDO: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL LATERAL COM AFUNDAMENTO E CISALHAMENTO

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.1 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA*408050551. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANA

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

PLATO TIBIAL, FX;1

Informações importantes sobre as condições do paciente:

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

Profissional Solicitante / Assistente:

MARCELO GLAUBER DA SILVA PEREIRA

CRM: 6236 / RN

Data da Solicitação 05/08/2019

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

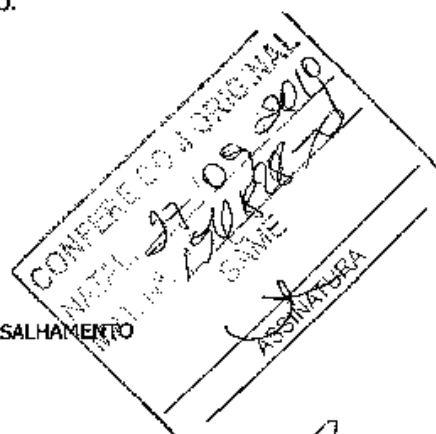
Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

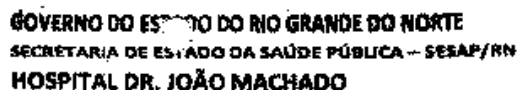
AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

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

Marcelo Glauber Pereira
Ortopedia e Traumatologia
CRM RN: 6236 - TQOT: 14667



LEITO:

FICHA DE EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

NORME:

Francisco de Assis Gomes

IDADE:

64

SETOR
DATA
HORA

EVOLUÇÃO

06/09/89

Admissões

Assunção

- Id: Francisco de Assis Gonçalves, 44 anos, casado, motorista, Natural de São José de Mimbura, procedente Natal (RN)

- H.D.A.: família pobre, quadro de má nutrição crônica, CI 90% e dificuldades de aprendizagem e MIE. Foi levado pelo SAMU ao PSUS, diagnosticado p/ pleurite bilateral.

- AP: HASP, usa betane 50, 12ml e AIC 720mg. Nupo alergia.

- D.V.: Nupo talipexum 1 litro.

- Ex. físico: TA: 140x100, FC: 98, RR: 20, T: 36,8°C. BEB, eufórico, corado, hidratado, mucil. consistentes e ondulados.

- AP: Nudo gástrico, 51KA.

- PUL: RR 20, BNF. FC 88.

- Abol: flaco, sem murmúrio.

- MIE: MIE ci unobrigado.

L.D.: - Ex MIE (pleurite bilateral)

- HAS

Ed: - VDM

- 101.12.1989

- Ap

06.08 N LUG - RP

CONFERE COM ORIGINAL

ATUAL

1588

SAME

Gabriela Araújo
Médica
CRM/RN 6018



SETOR
DATA
HORA

EVOLUÇÃO

07/08/19

2º BH por Ex plado tibial

Paciente estável. Sem queixas.

Funções eliminatórias sem alteração

Apetite preservado

Ex físico: OK

Cond: - Acumula urina alopecic.
JPM

Dra. Thais Suassuna
Médica
CRM/RN 157

08/08/2015 - 2ª visita Otorrinolaringológica

OHE + E lingual + recomendações

folha (C20/188 RN)

08/08/19 # EVOLUÇÃO #

Paciente sem queixas no ponto

As funções: Eln, Tórax, Abdom

Ass. At. de SNT 51

at. Mente / ATB

TRUSS 7420

09/08/19 # 2º BH por Ex plado tibial #

Paciente em recuperação. Sem queixas. Funções
eliminatórias e apetite preservados. Afável.

Ex: B2, 2000, 2000, orientado

Ac - AP sem alterações

Cond: mantida, apto.

CM

CONFERE COM ORIGINAL
INAPL. 27/09/2019
MAT. Nº 158822
SANE
ASSINATURA



Paciente: Francisco De Assis Gomes
Sexo: masculino Nascimento: 18/05/1955
Data do Exame: 11/10/2019

RAIO-X JOELHO ESQUERDO

- Controle de tratamento cirúrgico na tíbia proximal, fixada com placa e parafusos metálicos.
- Calcificações de partes moles adjacentes a tíbia e fíbula mediais.
- Comparar com exames anteriores.



Dra. Isadora Bueno Loria CRM SP: 187142

Consultor de Atendimento (R/10315-6000)
Módulo Jurídico-Laboral, 115 - Centro (Ass. Senador João Câmara, S/N)
Bairro, Presidente Média, 205 - (Impr.) - Fátima da Fátima, 305 - Tijuca





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515166

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

FRANCISCO DE ASSIS GOMES

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

167103

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

702 4025 7585 7527

8- DATA DE NASCIMENTO

18/05/1955

9- SEXO

MASCULINO

10- RAÇA/COR

PARDA

11- NOME DA MÃE

ÉDITE PAULINO GOMES

12- TELEFONE DE CONTATO

988975131

13- NOME DO RESPONSÁVEL

VALDINEIDE GOMES / ESPÓSA

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

R. SÃO SEVERINO DOS RAMOS 48

16- MUNICÍPIO

NATAL

17- BAIRRO

N. S. APRESENTAÇÃO

18- UF

RN

19- CEP

59115660

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Torção no joelho @ 04/08/19

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de cirurgia

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

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura do punho direito

24- CID 10 PRINCIPAL

S82

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Curativo

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

Ortopedia

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

() CNS () CPF

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Jessé da Mota L. Neto

Ortopedia - Traumatologia

CRM - 6718

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

38- JAC. TRANSITO

39- JAC. TRABALHO TÍPICO

42- JAC. TRABALHO TÍPICO

43- CNPJ DA EMPRESA

44- CNAE DA EMPRESA

45- CBO

46- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

Autorização

47- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48- COG. ORGÃO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49- DOCUMENTO

50- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

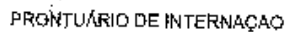
51- DATA DA AUTORIZAÇÃO

53- ASSINATURA E CARIMBO (Nº IX) REGISTRO DO CONSELHO

HRDML / SESAP
CONFERIR C/ O ORIGINAL
Parnamirim-RN. 04/10/19

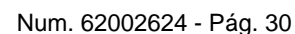
Mat. 36994-4





MEDML/SESAP
 CONFERENCE ORIGINAL
 Paramaribo, RM. 03/11/1984

Mat 96434



Mãe- Eshte (Paulino Gomes)
Bairro do Sertão 202.402 575853 577



RG 257.190

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA

PARNAMIRIM / RN

Celso 88975131

CPF-155.575.294-20

35

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 01020201

NOME:

Françisco de Assis Gomes

IDADE:

18.08.1955

COR:

Parda

SEXO:

Masculino

ESTADO CIVIL:

casado

NATURALIDADE:

San José do Mipidá - RN

PROFISSÃO:

Motorista

PROCEDÊNCIA:

Urgência

ENDEREÇO:

Rua São Severino dos Reis

BAIRRO:

nostra Senhora do

CIDADE:

Natal - RN

DATA:

09.08.2019

HORA:

14:21 hs.

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)

Rebolar Lda

placa fêmur 6a e 4 dia

Rx de joelho Esq (AP/IO)

EXAME FÍSICO

Tubo gesso joelho.

Dr. Ural de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 3375

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

HRDML / SESAP

CONFERTIDO ORIGINAL

Parnamirim - RN 03/10/2019

Mat. 55421-4



EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUÇO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OPTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

CONDUTA

Intenar p angio

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE _____	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR _____ DATA _____ ÓBITO _____ ENTREGUE _____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____ HORA _____ À FAMÍLIA <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/>	A REVELIA <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>





Hospital

Nome do paciente		Nº prontuário	
Data operação	Enf.	Leito	
Operador	1º auxiliar		
2º auxiliar	3º auxiliar	Instrumentador	
Anestesiologista	Tipo de anestesia		
Diagnóstico pré-operatório 16/08/2019			
DR. ELSON JOSÉ / DR. ROGÉRIO SANTOS			
Tipo de operação			
Diagnóstico pós-operatório FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO			
Relatório imediato do patologista			
OSTEOSSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ESWAZIAMENTO MIE
3. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA + COLOCAÇÃO DOS CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO LATERAL E MEDIAL EM JOELHO, DISSECÇÃO POR PLANOS
5. REDUÇÃO DOS COMPONENTES LATERAL E MEDIAL DO PLATO TIBIAL + FIXAÇÃO COM PLACA EM PARAFUSOS + ARRUELA E 1° 4,5° PARAFUSOS, SOB ESCÓPIA
6. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9% E SUTURA POR PLANOS
7. CURATIVO
8. BOA PERFUSÃO DISTAL
9. MANIPULAÇÃO ARTICULAR
10. RX DE CONTROLE

MÉDICO COOPERADO:

Dr. Elson José dos Santos Miranda
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 6301 TEOT: 13807

1	1 CIRURGIAS MÚLTIPLAS
	(0415010012)
1	1 POLITRAUMATIZADO
	(0415030013)
1	1 PRAC. CLÍNICO
1	1 XIFROC. CIRÚRGICO
	0408050551
1	1 CBO. 225225
1	1 CBO. 225276
3	1 DIAS
	1 CID S-821

HRDML / SESAP
CONFERI C/O ORIGINAL
Pernambuco - RN. 02/10/2019

Mat.



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermaria		Leito	Nº prontuário	
Nome				Idade	Sexo M	Cor
Data 16/08/19	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros
Tipo sanguíneo	Hemáticas	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia	
	Urina					
Ap. respiratório Eupneico				Aasma		Bronquite
Ap. circulatório RCR em 2T.				Eletrocardiograma		
Ap. digestivo N.D.N.		Dentes	Pescoço	Ap. urinário		
Estado mental consciente		Ataraxicos	Corticoides	Alergia Nega	Hipotensores	
Diagnóstico pré-operatório				Estado físico ASA II		
Anestesias anteriores						
Medicação pré-anestésica			Aplicada às	Efeito		
Agentes Anestésicos						
Líquidos						
Oper						
Anest.						
P Pulso						
SÍMBOLOS	Cefazolina 2g Rasus / Necrose peride 20mg Morfina - 10mg					
ANOTAÇÕES	plavix 75mg pentam 50mg Dexametasona 6mg					
POSIÇÃO	gondanation sup Rasus / Necrose peride 20mg Morfina - 10mg					
Agentes	gondanation sup Rasus / Necrose peride 20mg Morfina - 10mg					
Técnica	Rasus / Necrose peride 20mg Morfina - 10mg					
Operação	Rasus / Necrose peride 20mg Morfina - 10mg					
Cirurgiões	Rasus / Necrose peride 20mg Morfina - 10mg					
Anestesiistas	Rasus / Necrose peride 20mg Morfina - 10mg					
Observações	Rasus / Necrose peride 20mg Morfina - 10mg					



SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar**
Nº 20042 / 2019**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou:

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: 137825 FRANCISCO DE ASSIS GOMES

Prontuário:

CNS: 702402575857527

Nascimento: 18/05/1955 Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: EDITE PAULINO GOMES

Pai:

Endereço: RUA SAO SEVERINO DOS RAMOS, 1203 - NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO - I Fone: 988511561 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE: 240810

UF: RN

CEP: 59115-660

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

DOR, EDEMA E IMPOTÊNCIA FUNCIONAL EM JOELHO ESQUERDO, APÓS QUEDA DE MOTO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICOHRDML / SESAP
CONFERI C/ O ORIGINAL
Parnamirim-RN, 07/10/2019
10 Mat. 369224

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX JOELHO ESQUERDO: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL LATERAL COM AFUNDAMENTO E CISALHAMENTO

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.1 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA*408050551. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANAL

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

PLATO TIBIAL, FX;1

Informações importantes sobre as condições do paciente:

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

Profissional Solicitante / Assistente:

MARCELO GLAUBER DA SILVA PEREIRA

CRM: 6236 / RN

Data da Solicitação 05/08/2019

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 TrajetoVínculo com previdência: ☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segura**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador: _____

Órgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

Data da Autorização: ____/____/____

Assinatura/Carimbo: _____



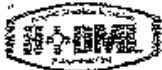


HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:					
() Hemocomponente Unid. _____	() Plasma Unid. _____				
() Albumina Unid. _____	() Expansor plasmático Unid. _____				
MEDICAÇÕES UTILIZADAS:					
h: _____	h: _____				
h: <u>06h</u> <u>Botum do anestesista</u>	h: _____				
h: _____	h: _____				
HIDRATAÇÃO VENOSA					
() Soro Fisiológico: _____ ml	(X) Soro Ringer Simples: _____ ml				
() Soro Glicosado: _____ ml	() Soro Ringer Lactato: _____ ml				
Quantidade total de volume administrado: _____					
ANATOMO PATOLÓGICO					
Peça para sepultamento: () Não () Sim					
Swab para cultura: _____					
CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES					
FO de aspecto: () limpo () c/exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Talas () Outros: _____					
INTERCORRÊNCIAS:					
1. Paciente monitorizado ECG - PMS + oxímetro					
2. Manobras preparadas e com o anestesista					
3. Colocação placa de bistum em regiões expostas					
4. Ponto de sutura de 08:35 notado às 09:30					
5. Após procedimento, curvas parciais imediatamente p/ SPS					
Ass: <u>Junelly</u> Coren: <u>127.992</u>					
CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO					
Nível de consciência: (X) Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado					
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel MO_2 ambiente Curativo: (X) Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro: _____					
Diurese: () Espontânea (X) Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: _____					
UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO					
Hora: <u>09:15</u> Data: <u>16/08/19</u> Nível de consciência: (X) Acordado () Sonolento () Narcose (X) Orientado					
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Cateter O_2 () O_2 Ambiente					
Mobilização MMST: () Normal (X) Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMST: (X) Normal () Diminuída () Sem mobilidade					
Venoclise: () Não (X) Sim Tipo: <u>0,9%</u> Local: <u>AS</u> Sondas: () Gástrica () Interal (X) Vesical <u>SVD</u>					
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim () Não Especifique: _____					
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos					
Curativo: () Oclusivo () Descoberto () Limpo () Selo Monitorização: () ECG (X) Oxímetro () PA					
INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexigoma () Alteração PA () Alteração FC					
Relato: <u>S/ Intercorrências</u>					
SINAIS VITAIS					
Hora	Temp	PA	FR	Sat %	Dor
Admissão	36	65	—	95%	—
30'	36	85	—	94%	—
60'	36	69	—	97%	—
Alts	—	—	—	—	—
Líquidos administrados na URPA:					
Soro glicosado: _____ ml					
Soro Fisiológico: _____ ml					
Ringer: _____ ml					
Irrigação vesical contínua: _____ ml					
CONFIRMAÇÃO ORIGINAL					
Paranámir-RN: <u>01101010</u>					
Mat. <u>96431</u>					
Medicações administradas URPA:					
Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura	
—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	
Eliminações:					
Diurese	Retorno	Delegem	Retorno da		
—	Gst.	—	Irrigação		
Recebido da SO	—	—	—		
Desprezado	—	—	—		
URPA	—	—	—		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:					
<u>Paciente segue sem intercorrências</u>					
<u>liberado pelo anestesista, segue encaminhado ao RAO</u>					
<u>e após avaliação clínica, está</u>					





HOSPITAL REGIONAL DE ORLÂNDIA MARQUES DE
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Francisco de Assis Gomes Idade: 64 D/N: 18/05/55
Pront.: 163103 Município: Orlândia Procedência: ☒ Interno () Externo
Data da cirurgia: 16/08/19 Hora Admissão: 08:00 Sala: 03 Hora Saída: 14:00 Peso: 76
Alergias: ☒ Não () Sim Não Comorbidades: ☒ HAS () DM () Outras NAS
Uso de medicações: () Não ☒ Sim Carbamazepina Jejum: () Não ☒ Sim
SSVV Admissão: PA: 130 mmHg Pulso: 76 bpm FI: 23 rpm FC: 84 bpm SpO₂: 96 % T: 36 °C

Enfermeiro(a): Lucilene Instrumentado(a): Luiz Gen Circulante: Simelly

Cirurgia: Tratamento de prolapso retal Especialidade: Coloproctologia Sala: 03
Hora Início: 08:45 Hora Término: 14:00 Tipo de cirurgia: ☒ Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1ª Cirurgião: Dr. Nelson Aux.: Dr. Rodrigo Residente: Dr. Nelson

Anestesia: () Local ☒ Sedação () Geral TOT: 1 () Bloqueio ☒ Raquidiana Ag. nº 2.6 () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag. nº 2.6 Cateter nº: 1 Início: 08:30 Garrote: ☒ Smark () Pneumático Início: 08:35 Término: 09:30
Anestesiologista: Dr. Nelson

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

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	76	73	84	Bpm
Pulso	76	73	84	Bpm
Oximetria	96	96	96	%
Capnografia	-	-	-	%
PA	130x66	130x66	130x66	mmHg

ACESSO VENOSO
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Arterial
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica
<input type="checkbox"/> Punção Venosa Central
<input type="checkbox"/> Dissecção venosa
Local: <u>MSE</u>
Cateter: <u>S 20</u>

SONDAGEM GÁSTRICA
<input type="checkbox"/> SNG nº
Retorno:
CATETERISMO VESICAL
<input type="checkbox"/> SVF nº
<input type="checkbox"/> SVA nº
Diurese: <u>6180ml ASPECTO</u>
Profissional responsável: <u>Eng. Lucilene</u>

EXAMES SOLICITADOS:
<input type="checkbox"/> Hemograma
<input type="checkbox"/> Gasometria

POSICÃO	COXIM.	MMSS.
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Cabeça	<input type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Ventral	<input type="checkbox"/> Pescoço	<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Flexidos
<input type="checkbox"/> Litotômica	<input type="checkbox"/> Lombar	<input type="checkbox"/> MMII
<input type="checkbox"/> Trendlemburg		<input type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Canivete		<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Proclive		<input type="checkbox"/> Flexidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não <input checked="" type="checkbox"/> Metal () Descartável
Local: <u>Região isquêmica</u>
DEGERMAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não
Local: <u>MSE</u> Solução: <u>solução de antiseptico</u>

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos:
Tela:
Cateter:
Ostomia:
Fio de KC:
Placa - Tipo: <u>Im. T. 2x5 S. 1x1</u>
Outros:





PEDIDO DE PARECER

MENSO

ECG: Simples 5/10/19

Unidade Solicitante: _____ Município: _____

Paciente: FRANCISCO DE ASSIS GOMES Prontuário: _____

Motivo da Consulta:

ECG +

RISCO CIRURGICO

Médico

CRM

12/08/2019

Data

Encaminhado à especialidade: CARDIOLOGIA

Consulta marcada para a Unidade: _____ Município: _____

Para o (a) Dr. (a): _____ às _____ horas do dia ____/____/____

RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante: _____ Município: _____

Paciente: Fco de Assis Gomes, 64a Prontuário: _____

(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)

Pr-op. ortopédica
(MI Esq.) HAS (Colesterol + HCTZ) Nível DM controlado
Assim de Alérgias Assinatura do CV Ps: 145x80
ECG: Simples atenuado final condutor. AC: Pericardite
AR: MIOCARDIO. Gr. S. edema. Hb: 13,1 Hcp: 185000
TAP: 73% Glc: 186 UA: 98 Cr: 1,7 K+: 4,1
PH MCO CIRURGICO GRAU II

Diagnóstico: MIOCARDIO GRAU II

Médico

CRM

CID:

Data

Retornar à clínica solicitante: _____ Unidade: _____

Para o (a) Dr. (a): _____ às _____ horas do dia ____/____/____

RDWL / SESAP

ORIGINAL

R.N. 031/10/19

Mat. 30001

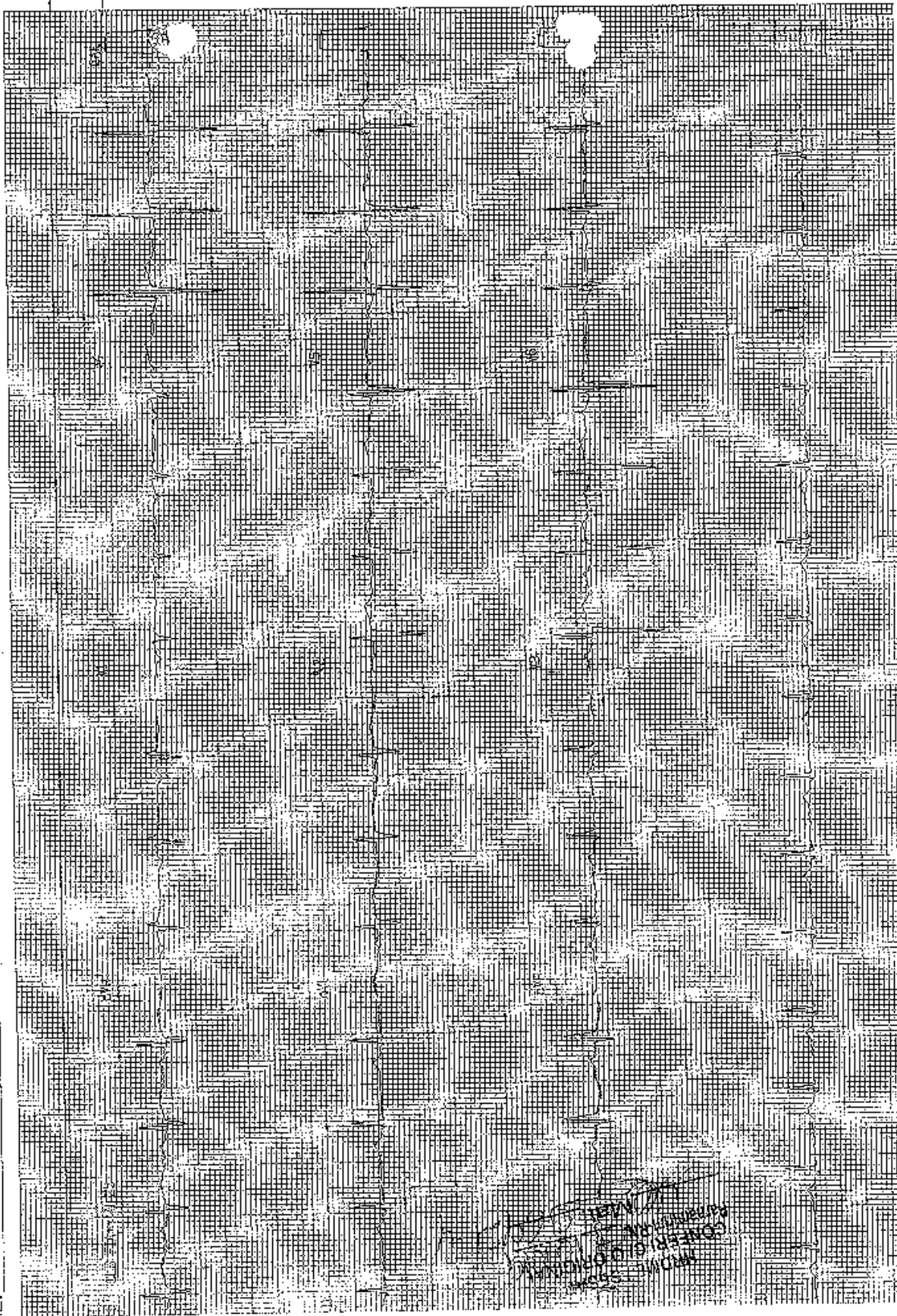


FRANCISKO DE ASSIS GOMES

M IDADE: 64 Nº REG.:

DATA: 12/08/2019

IL:



COPIA ORIGINAL
DE
12/08/2019
12/08/2019



