



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
62002 624	23/10/2020 11:21	<u>2761118_CONTESTACAO_Anexo_04</u>
		Outros documentos



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. 1



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 23/10/2020 11:21:50
<https://pje.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102311214991700000059472810>
Número do documento: 20102311214991700000059472810

Num. 62002624 - Pág. 2

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:

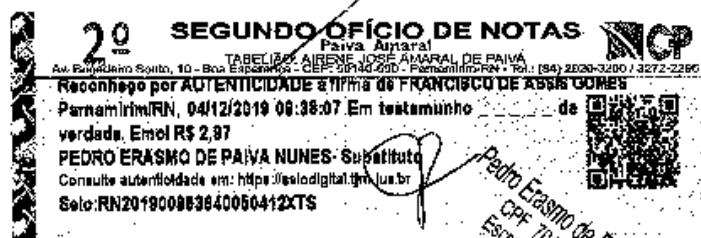
Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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)



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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/08/2019

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS GOMES

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LARISSA DE OLIVEIRA MAIA

THIARA VIRGINIA DA HORA



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. 4

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, contados 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



Pag. 01967/01968 - carta 01 - INVAHIDEZ



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 23/10/2020 11:21:50
<https://pje.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102311214991700000059472810>
Número do documento: 20102311214991700000059472810

Núm. 62002624 - Pág. 6



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





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

Pag. 01671/01672 - carta_15R - INVALIDEZ



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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
-----------------------	------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinarei uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1953	CONTA: 00012142	4
---------------	-----------------	---

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas do Law, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT [Lei nº 6.194/74], uma vez que:

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias da 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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro, <input type="checkbox"/> Casado (nº Civil), <input type="checkbox"/> Divorciado, <input type="checkbox"/> Separado judicialmente, <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (fénas)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

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

34 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)	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 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____
Francisco de Assis Gomes _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS





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. 10



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PÓLICIA 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 Policia: Alzira Veiga da Medeiros

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos

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

Lugar do Fato

Município: Natal (RN)

Logradouro: AVENIDA DAS FRONTEIRAS

Bairro: Potengi

Nº: S/N

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Mato(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 (VITIMA , 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

Logradouro: SAO SEVERINO DOS RAMOS

Nº:203

Bairro: NSA DA APRESENTACAO

CEP: 59.115-660

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Natal - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

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
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VÉHICULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 051988/2019

Placa QGO7568

Renavam 01167809227

Número do Motor KC25E0J025129

Número do Chassi BC2KC2500JR025122

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/VITIMA COMPARCEU A ESTA UNIDADE POLICIAL E RELATOU QUE NA DATA E HORA CITADAS CONDUZIA A MOTOCICLETA EM TELA QUANDO VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO A FREAR NA FRENTE DA MOTOCICLETA SEM QUE A VITIMA TIVESSE TEMPO PARA FREAR, PROVOCOU A COLISÃO E A VITIMA VEIO A CAIR E SOFRER LESÕES CONFORME BAA DE NÚMERO 39742/2018, ORIUNDO DO PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO. DISSE QUE FORA CONDUZIDO PELO SAMU PARA O REFERIDO PRONTO SOCORRO CONFORME OCORRÊNCIA DE NÚMERO 27331/1, ORIUNDO DA SMS. NADA MAIS DISSE

ASSINATURAS

Janir Azevedo de Paiva

Agente de Policia

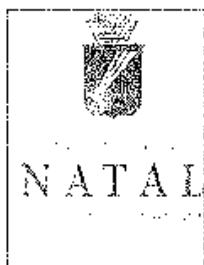
Matrícula 170.234-3

Responsável pelo Abandono

FRANCISCO DE ASSIS GOMES

(Vítima / Comunicante)

*Declaro para os efeitos da lei que sou eu (a) o(a) responsável policial informar que nenhuma das pessoas que poderão responder civil e criminalmente pela presente declaração que delas, conforme previsto nos Artigos 235, Denunciação Colunista e 240, Comunicação Falsa do Crime ou de Contração do Código Penal Brasileiro.



PREFEITURA DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 NATAL



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 018730174-22

É: Cláudio
COPREN-RN 3744076

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

TARMI: DIANA ALVES JAPIASSU
Rádio Operador: JANAILSON GABRIEL DA CRUZ FERREIRA
Equipe Enfermagem Cena:
VTR: USB 10 (USA 24 ZONA SUL)

Médico Regulação: PEDRO FELIPO SOARES DA SILVA
Médico Cena: WALKER FERREIRA DA SILVA
Usuário Pós-Cena:
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: -5.7522918 **Longitude:** -35.2627243**Endereço:** AVENIDA DAS FRONTEIRAS

Nº: VP

Bairro: POTENGI

Outro Bairro:

Referência/Complemento: // RUA POR TRAS DO IFRN // PX. VIADUTO // PX. LEIDE MORAIS //**Unidade de Destino Transferência:** HOSPITAL WALFREDO GURGEL**Queixa Primária:** COLISÃO CARRO X MOTO**Quem Solicitou:** Transcrite**Distância do paciente:** Com o Paciente**Lugar:** Via Pública**Histórico Regulação Médica:**

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

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: SOLICITANTE REFERE COLISÃO CARRO X MOTO , APRESENTANDO DUAS VITIMAS. PRIMEIRA VITIMA VALDENEIDE , APRESENTANDO DOR EM MAMISS E ESCORTAÇÕES DIFUSAS , NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA , NÁUSEAS E VÓMITOS. SEGUNDA VITIMA FRANCISCO , APRESENTANDO DOR EM IOLENTO ESQUERDO E ESCORTAÇÕES DIFUSAS , NEGA PERDA CONSCIÊNCIA , NÁUSEAS E VÓMITOS.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: URG

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO:

POSSUI CONVÉNIO MÉDICO: NÃO

Apóio:

Data: 05/08/2019 08:20:51 **Usuário:** (MÉDICO) WALKER FERREIRA DA SILVA
Observação: ORA JULIANA (HWG) QUESTIONOU POR QUE O CASO NÃO FOI DIRECIONADO PARA O HJPB. MOTIVO: NECESSITA DE ASSISTÊNCIA DA ORTOPEDIA. LIGAÇÃO INTERROMPIDA...

Chamado:	Regulação Médica:	Solicitação VTR:	Saída VTR:	Chegada Local:
05/08/2019 07:27:58	05/08/2019 07:32:31	05/08/2019 07:35:37	05/08/2019 07:35:45	05/08/2019 07:51:58
Saída Local:	Chegada Destino:	Liberação Destino:	Liberação VTR:	
05/08/2019 08:16:12	05/08/2019 08:50:20	05/08/2019 09:19:27	05/08/2019 09:19:29	



07/10/2019

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

Observação do Apoio:

1. PÁGINA DE REGISTRO DE VAGAS

Paciente possui convênio médico particular?*

Sim Não Não informado

CONDUZIDA

✓ Remoção

Conduta Médico Regulador:

05/08/2019 08:15:12 - WALKER FERREIRA DA SILVA
USB 1D: QRA FRANCISCO DE ASSIS GOMES, 64 ANOS. VITIMA DE COLISÃO CARRO/MOTO (CONDUTOR). COLISÃO DE BAIXO IMPACTO. PORTAVA CAPACETE (RETIRADO PELO PROPRIO). RELATA DOR EM JOF. LHO ESQ. COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL. 1º PA - 140X110 2º PC - 86 3º FR - 20 4º SAT - 95AA 6º GLASGOW - 15 CONDUTA: IMOB. CF. PRÓTOCOLO DE TRAUMA. AVP/HV. QTJ PS CLOVIS SARINHO (POLITRAUMA)

Conduta Equipo 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 REPASSA A LIGAÇÃO AO MR WALKER ELA DESLIGA O CHAMADO.

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL WALFREDO GURGEL

PI:

Recebido por:

Número do conselheiro:

Número da ficha de Remoção:

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE --

H. ligação ao serv prop.:

Vaga Negada

Vaga Zero

Motivo da entrada:

Ass:

ANEXOS:

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



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. 16



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO ALEGRÃO DO NORTE
Av. Senador Salgado Filho, 1555, Tel.: CEP 59115-000
CNPJ: 00.384.389/0001-38 / INSC. Estadual: 20035.420-3
Admnr. Central: (08) 3232-4432 / Ouvidoria: (08) 3232-4352

Elétrica de Alagoas
CNPJ: 00.384.389/0001-38 / INSC. Estadual: 20035.420-3
Admnr. Central: (08) 3232-4432 / Ouvidoria: (08) 3232-4352

115

115

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS
IMPRESSO EM 23/08/2019 AS 10:09:15

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA:	MÉDIA
FRANCISCO DE ASSIS GONZES RUA SAO SEVERINO DOS RAMOS, N. 46 - NOSSA SENHORA DA APRESENTACAO NATAL RN 59115-668		5300023	08/2019
MBORADO 209.072.355.000-07.000	POA 5	ESGOTO 2122	PLANEJAMENTO DE ECONOMIAS MUNICIPAL CONSUMO INDUSTRIAL PÚBLICO
HIGROMETRO Y175883476	SITUAÇÃO AGUA 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 07/2019 4	REF : CONSUMO 06/2019 5	REF : CONSUMO 03/2019 8	MÉDIA 4
06/2019 4	04/2019 5	02/2019 3	
DESCRICAÇÃO ÁGUA			
RES ENTRE 50 E 100M 1 (UNIDADE(S)) CONSUMO DE ÁGUA		CONSUMO	TOTAL(R\$)
MULTA P/IRPONTUALIDADE 07/2019: JUROS DE MORO: 05/2019 06/2019		2 m3	34,99 0,79 35,79
TAXAS DE CONSUMO			
TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PTS	39,99	1,65	0,66
COFINS	39,99	7,6	3,04
VENIMENTO	30/08/2019	TOTAL A PAGAR	42,85
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			
Parâmetros Ww e Recomendado Valores Ótimos			
Total de Ww e Recomendado	8.092,6	Cbf. Total descritiva	0,012,0 mg/l
Valores Ótimos	7,1	96,72 %	≤ 10,0 mg/l

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMÓZ, 160, BALDÓ,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-61
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055189-0**



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
Ligações Gráuticas:
-TELEATENDIMENTO COSERN: 116
-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
-Ouvidoria 0800 084 0404
Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte
ARSEP: 0800 727 0187 -Ligação Gráutica de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167
Ligação Gráutica de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE JOSEMARIA TARQUINIO BEZERRA DAMASCENO CPF: 035.670.104-90	DATA DE VENCIMENTO 15/08/2019	DATA EMISSAO DA NOTA FISCAL 20/07/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 20/07/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 027472615 Série: U	CONTA CONTRATO 007005739444 Nº DO CLIENTE 3010621003 Nº DA INSTALAÇÃO 0002383000
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA EDGAR DANTAS #54 - C SANTOS REIS/AREA URBANA 58145-160 PARNAMIRIM RN	TOTAL A PAGAR (R\$) 43,79	CLASSIFICAÇÃO B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES Monofásico	
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.egepa.com.br.			
RESERVADO AO FISCO A776.E7C1.B7B6.E92C.1CD6.2F24.E81E.BC4E			

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES							
NÚMERO DO NEONÔRIGA	TÍPO DA FUNÇÃO	PERÍODO ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	LEITURA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO W.H.	DESCRIPÇÃO	CONJUNTO	VALOR APROXIMADO	MÉIA MENSAL	MÉIA TRIM.	MÉIA ANUAL
000000002130155200	CAT	19/06/2018	8.632,00	20/07/2018	8.695,00	31	1.00000	0,00	0,00	Novo 2019				
									Q02-Nº de horas sem Energia	PASSAGEM DE ÁREA	9,00	5,79	16,52	20,77
									FIC-Nº de vezes sem Energia		9,00	1,20	8,47	12,85
									QW03-Duração máxima de interrupção em horas		9,00	2,21	0,00	0,00
									UIC1-Duração da interrupção em dia útil					Límite QW02-12,22
									EUSD-Valor do Encargo de Uso - R\$ 14,77					
Data prevista para a próxima leitura: 21/08/2018														
Este demonstrativo pode sofrer variação devido ao ajuste das referências RIC, FIC, QWIC e UIC1 e à evolução técnica.														

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você passos e magazinhos ltda - epp: rua cruzelio do sul, santos reis / posto panheiro borges av. pos. getulio vargas 1610, monte castelo/lata completa em www.cooper.com.br."

O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.mfn.gov.br.

O cliente é compensado quando há violação na confidencialidade individual ou do nível de sensibilidade de fornecimento.

Pagto. em trânsito para multa 2% (Res 414/ANSEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próximo mês.

O Cliente é compensado quando não desempenhamento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

תְּנִינָה

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

83880000003 437900984071 006739444203 017298257836



Evite dobrar a página para ler.
Este canhoto será usado em leitora ótica.





DECLARAÇÃO DE PRÉVENÇÃO 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 SUSEP¹ 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 direta e seguros.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, exercer 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 Leite 1835 Gozot inscrito
(a) no CPF sob o Nº 155.575.269-26 do sinistro da DPVAT cobertura invalidez/DAMS da Vítima
Fernanda Leite 1835 Gozot, inscrito (a) no CPF sob o Nº 155.571.794-20, conforme
determinação da Circular Susep 445/12.

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

S2 Recusa Informar

Declaro, aliada, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia da comprovação 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 R Edgar Dantas	Cidade Parnamirim	Número 454	Complemento C
Bairro Santos Reis		Bairro RN	CPF 59141-150
E-mail: recuso		Telefone comercial (DDO) recuso	Telefone celular (DDO) recuso

Natal/RN 08 de janeiro de 2019
Local e Data

Larissa de Oliveira Maia
Assinatura do Declarante

DA.PDV.RN.V001/2019



B
C
D
E

A(ALERGIAS) Sem alergias

M(MEDICAÇÃO EM USO) Anti-histamínicos (não sabe específica)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) Ruptura. Negar cirurgias préviadas.

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

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA) Via aérea

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

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

Raios X da janela esquerda AP e perfil.

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DR. W. NUNES
OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONDUTA PRIMÁRIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

Urgência

+ Dr. Moura

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1 *Arteficia* Dr. Werner Nunes
CRM: 1013223

HORA: 09:45

DATA: 05/08/19

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

INTERRAÇÃO NA CLÍNICA:

DESTINO DO PACIENTE:

DATA / / HORA / /

SAIADA: () DECISÃO MÉDICA () RÉVOLVA () TRANSFERIDO PARA:

ÓBITO: DATA / / HORA

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

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ORTHOGENA - 9:55h.

JAPANESE

Ainda de motocicleta, querendo se deslocar e levantando jumento gelho.

Per lo integrar, sin dificultad, numerosas ideas y

Rx gallbladder: Fractional glomerular filtration rate & circulatory volume

EXAME FÍSICO

Cf. AHS para testamento em que
a futura abertura dos títulos

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADILOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS VETOR - S216

*Ch. 100 Glauber Pat
Dipodan Traumheil
C.E.M./RM 4238 1501*

CONDUITA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTACOES DE ENFERMAGEM

1) Tale - Europa de la NIE
2) Volcanic Flgs in Stamp, IM

Marcos Gómez Peralta
Encyclopedie de la zoologie
RM IRN. B126 . TEC 1988

Avaliação e Caderno do Responsável

Assinatura e Carambo do Responsável

Digitized by srujanika@gmail.com

Alimentación Ocular (AO)	
Otros no están incluidos en la anterior	4
Otros se alimen en el exterior. [No se incluye como parte de una persona enferma, ni se usa por tiempo > 4 semanas]	3
Otros se alimen por estómago gástrico	2
Otros no se alimentan	1
Método de alimentación (MA)	
Oral/natural: Reparto de alimentos y agua individualmente (o proporcionalmente) entre los pacientes todos juntos, modo ordinario, sin límite, o por raciones	5
Centro de alimentación: Los pacientes comen en un comedor, donde siguen las normas establecidas	4
Alimentación individualizada: cada paciente come su propia cantidad	3
Servicio de apoyo: (Cocina en casa, enfermera paciente)	2
Autoservicio	1
Alimentación complementaria (AC)	
Medicina oral/via rectal: 3 Pct. ademas de la dieta normalmente administrada	6
Lacteos y derivados	3
Proteinas hidrolizadas y salsas	4
Pasteles para la diarrea (Digestionales)	2
Suplementos dietéticos (Desnutricionales)	2

ESCALA DE TRACEM DO

TRAIUMAIS REVISADA - ITCS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE DOMA DE GLASGOW	7-15= N.S. 5-12= ? 4-5= ? 1-3= ? 10-20= ?
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	250= ? 150= ? 100= ? 50= ? 25= ? 10= ?
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	170-180= ? 160-170= ? 140= ?

CLASSIFICAÇÃO DCTCE.

- imobiliário:

• Relevant TRADABLE GROWTH & ASSESSED COSTS AND CAPITAL

"A guerra paraguaia (1865-70) destruiu completamente o que
poderíam ser os resultados da independência. O Brasil venceu,
mas o Paraguai não conseguiu a independência da Espanha"

SEM DOI	LEVG	Modif/ada	Intensità	% Pass.
1	+	-	3	100
2	+	-	3	100
3	+	-	3	100
4	+	-	3	100
5	+	-	3	100
6	+	-	3	100
7	+	-	3	100
8	+	-	3	100
9	+	-	3	100
10	+	-	3	100
11	+	-	3	100
12	+	-	3	100
13	+	-	3	100
14	+	-	3	100
15	+	-	3	100
16	+	-	3	100
17	+	-	3	100
18	+	-	3	100
19	+	-	3	100
20	+	-	3	100
21	+	-	3	100
22	+	-	3	100
23	+	-	3	100
24	+	-	3	100
25	+	-	3	100
26	+	-	3	100
27	+	-	3	100
28	+	-	3	100
29	+	-	3	100
30	+	-	3	100
31	+	-	3	100
32	+	-	3	100
33	+	-	3	100
34	+	-	3	100
35	+	-	3	100
36	+	-	3	100
37	+	-	3	100
38	+	-	3	100
39	+	-	3	100
40	+	-	3	100
41	+	-	3	100
42	+	-	3	100
43	+	-	3	100
44	+	-	3	100
45	+	-	3	100
46	+	-	3	100
47	+	-	3	100
48	+	-	3	100
49	+	-	3	100
50	+	-	3	100
51	+	-	3	100
52	+	-	3	100
53	+	-	3	100
54	+	-	3	100
55	+	-	3	100
56	+	-	3	100
57	+	-	3	100
58	+	-	3	100
59	+	-	3	100
60	+	-	3	100
61	+	-	3	100
62	+	-	3	100
63	+	-	3	100
64	+	-	3	100
65	+	-	3	100
66	+	-	3	100
67	+	-	3	100
68	+	-	3	100
69	+	-	3	100
70	+	-	3	100
71	+	-	3	100
72	+	-	3	100
73	+	-	3	100
74	+	-	3	100
75	+	-	3	100
76	+	-	3	100
77	+	-	3	100
78	+	-	3	100
79	+	-	3	100
80	+	-	3	100
81	+	-	3	100
82	+	-	3	100
83	+	-	3	100
84	+	-	3	100
85	+	-	3	100
86	+	-	3	100
87	+	-	3	100
88	+	-	3	100
89	+	-	3	100
90	+	-	3	100
91	+	-	3	100
92	+	-	3	100
93	+	-	3	100
94	+	-	3	100
95	+	-	3	100
96	+	-	3	100
97	+	-	3	100
98	+	-	3	100
99	+	-	3	100
100	+	-	3	100



EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADILOGIA 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: <i>Ortopedia</i>	DATA: 5 / 8 / 19 HORA: 14:00h
SAÍDA:	DATA: / / HORA: / /
Decisão Médica <input type="checkbox"/>	À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para: _____
ÓBITO:	DATA: / / HORA: / /
Entregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
<i>Marcos Glauber Reisita</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>CRM/RN: 6236 - TEC/14567</i>	

Destacar essa 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 <input type="checkbox"/>	À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para: _____
ÓBITO:	DATA: / / HORA: / /
Entregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>



HOSPITAL MONS. NHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 7271 /2019

Prontuário: 1137580

Paciente: 137825 - FRANCISCO DE ASSIS GOMES

Cartão SUS: 702402575657527

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:

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

Nº: 1203

Bairro: NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO

Admissão: 05/08/2019 10:31:13

Alta: 09.08.19

Óbito: Dias de permanência:

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

#08050551 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

REVISADO

Data: 26/10/2020

Katharyn
Assinatura

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 27/08/2019
ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL CRM
MARCELO SAMPAIO
ASSINATURA

NATAL, 05 de Agosto de 2019.

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 CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

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

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S62.1 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA*406050551.TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALT

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

Marcelo Gláuber Pereira
Ortopedia e Traumatologia
CRM: RN: 6236 - TOT: 14667

Profissional Solicitante / Assintente:

MARCELO GLAUBER DA SILVA PEREIRA

CRM: 6236 / RN

Data da Solicitação 05/08/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

- () 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: _____



ENF.: 01
LEITO: 02

FICHA DE EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

NOME: Francisco de Assis Souza IDADE: 64

SETOR	EVOLUÇÃO
DATA	
HORA	
06/09/19	<p>Avaliação:</p> <p>- Id: Francisco de Assis Souza, 64 anos, casado, motorista, natural de São José de Ribamar, residente Natal (RN)</p> <p>- H.O.P.: paciente operado quando de nascimento de filha. C/ dor e disfunção pélvica desembolada q/ MIE. Foi levado pelo SAMU ao PSUS, diagnosticado q/ fratura tibial.</p> <p>- AP: HASP no ventre. Ss. 12 medias e HIST. 20g.</p> <p>- Nexo alegado:</p> <p>- D.V.: Nexo teleológico / etílico.</p> <p>- Ex. fisiol: TA: 140x100, FC: 88 RR: 20 T: 36,7°C</p> <p>- BEB: leite, creme, corante, hidratante, mel, concreto e óculos.</p> <p>- AP: nula, queixas SICAS</p> <p>- PES: RN 27,3NF. FC: 88</p> <p>- Abd: flácido, hemic, umbilical</p> <p>- MATER: MIE c/ endometriose.</p> <p>L.D.: - fe. MIE (dor tórica)</p> <p>- HAS</p>
	<p>ed: - VDM</p> <p>- 01.12.2008 (11)</p> <p>- Ap. CONF. COM CONSULTA (02/09/2008) (CARTO)</p> <p>CONFIRME CONSULTA (02/09/2008) (CARTO)</p> <p>MAT. N° 02/09/2008 SANE</p> <p>Gabriela Araújo Médica CRM-RN 6018</p> <p>ASSINATURA</p>
	<p>06.08.2019 - RP</p>

DATA
HORA

EVOLUÇÃO

04 | 05 | 19

2. Bill pen: f x block block

Poeciliidae: estovali. Genus *Gambusia*.

Fuentes eliminadoras son el agua

Apiculture

Ex facio: OK

Concl.: - *Aegialodora annulata* *anlopedic*
JPM

Dra. Thais Suassuna
Médica
CRM/RJ 131

08082019 - 21ma Obrer@s

OHE + E less que + Recomendaciones

Korea (Cav 188 Km.)

ଦୋଷାନ୍ତମ ଶ୍ରୀ ପ୍ରଜାପାତ୍ର.

Print screen with no words

As Foram: En futuros Alzat

ANU. ANU. DR. ANU. S.

TADS 9410

09/08/19 #4 DHT non rx plants tribal #

Paciente Hugo, católico, nasc. em Guiné. Fazendo
administração e aplicação de medicamentos. Alfab.

Ex: Beta roots, ultimate orientation

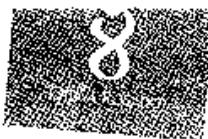
PC = AP when alternative

Cd e mantiña, ojito.

Off

CONFIDENTIAL COMMERCIAL
109-5016
109-5016
109-5016





Paciente: Francisco De Assis Gomes
Sexo: masculino Nascimento: 18/06/1955
Data do Exame: 11/10/2019

RAIO-X JOELHO ESQUERDO

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



Dra. Isadora Bueno Loria CRM SP: 187142

Centro de Atendimento (041) 3315-6000
Maceió, Alagoas | CEP: 57010-100 | Avenida Senador João Câmera, 510
Natal, Pernambuco | CEP: 54021-000 | Centro da Pousada, 305 - Térreo





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 DEOCLEIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

FRANCISCO DE ASSIS GOMES

187103

7- CARTÃO NACIONAL SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

702 4025 7585 7527

16/05/1955

9- SEXO

10- RACIAÇÃO

MASCULINO

PARDA

11- NOME DA MÃE

12- TELEFONE DE CONTATO

EDITE PAULINO GOMES

988975131

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

VALDINEIDE GOMES / ESPÓSA

15- ENDERECO (RUA, N°)

R SAO SEVERINO DOS RAMOS 46

16- MUNICÍPIO

17- BAIRRO

NATAL

18- APRESENTAÇÃO

19- DEP

59115660

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Perdeu a visão (2) em 04/04/20

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Acessórios + de 6m de visão

22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAVES DIAGNOSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura do PIANO TURNO (582)

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Curva 6m

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Ortopedia - CRM - 6718

() CNS () CPF

36- ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

09/04/2018

José Roberto Moreira Neto

Ortopedia - Traumatologista

CRM - 6718

35- IAC TRÂNSITO

36- IAC TRABALHO FÍSICO

37- IAC TRABALHO TÉCNICO

38- IAC TRABALHO TECNICO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- OCO. ORGÃO EMISOR

52- N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51- ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

HRDML / SESAP

CONFERI C/ O ORIGINAL

Parnamirim-RN. 07/04/2019

Mat. 36404-4





PRONTUÁRIO DE INTERNACAO

CLINICA ORTOPEDIA	REGULACAO WALFREDO GURGEL	OBS	
ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUARIO 167103	
DATA	HORA	CATEGORIA GIH	
09/08/2019	16:42		
PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO 18/05/1955		
FRANCISCO DE ASSIS GOMES			
ESTADO CIVIL	PROFISSAO		
CASADO	MOTORISTA		
ENDERECO (RUA, N°)			
R SAO SEVERINO DOS RAMOS 46			
MUNICIPIO	BARRIO	UF	CEP
NATAL	N S APRESENTACAO	RN	59115660
LOCAL DE TRABALHO	TELEFONE		
FILIAÇÃO			
EDIRNE PAULINO GOMES	DAMIAO FRANCISCO GOMES		
RESPONSÁVEL			
VALDINEIDE GOMES / ESPÓSA	TELEFONE 988975131		
ENDERECO			
O MESMO			

DIAGNOSTICO PROVISORIO

DATA DE ADMISSÃO
09/08/19 ALTA 20-08-19 DEBITO

ITU CONFERENCIA DE PESOS PESO TIBURCIO
HRDML / SESAP
CONFIRLCIO ORIGINAL
Participación RN (1-11-11) RIA
Luis Mat
06-481



Máe- Estete (Paulino Gomes
Batuá do Sítio São José, nº 257585 - 527



RF GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN 58945131

CPF-155.575.294-20 35 N° Ontopedica

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

NOME:	Fernando de Assis Gomes		
IDADE:	18.03.1955	COR:	Pinda
		SEXO:	Masculino
		ESTADO CIVIL:	Casado
NATURALIDADE:	São José de Mipabu		
ENDEREÇO:	Rua São Severino 305, Bairro: Nossa Senhora da		
CIDADE:	Natal - RN DATA: 29.08.2019 HORA: 14:21 hrs.		

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	COM DISPNEIA <input type="checkbox"/>	CHOCADO <input type="checkbox"/>	COMATOSO <input type="checkbox"/>	
C/ HEMORRAGIA <input type="checkbox"/>	EM CONVULSÃO <input type="checkbox"/>	POLITRAUMATIZADO <input type="checkbox"/>	AGITADO <input type="checkbox"/>	OUTROS <input type="checkbox"/>	
ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>			
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)	Refrigerador # plato fritado no fogão			

EXAME FÍSICO	Talo fraturado joelho.				
--------------	------------------------	--	--	--	--

Y. Ural de Oliveira
Medicina e Traumatologia
Centro 2016

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO
				43DM/SESAP		
				CONFERIDO ORIGINAL		
				PARNAMIRIM/RN 09/09/2019		
				Mat. 56421-4		



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"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

CONDUTA*Titular pt ongav*

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

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





Hospital

Nome do paciente				Nº prontuário
Data operação	Enf.	Leito		
Operador	FRANCISCO DE ASSIS GOMES	1º auxiliar		
2º auxiliar	3º auxiliar			Instrumentador
Anestesista				Tipo de anestesia
Diagnóstico pré-operatório	16/08/2019			
DR. ELSO JOSÉ / DR. ROGÉRIO SANTOS				
Tipo de operação				
Diagnóstico pós操	FRACTURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO			
Relatório imediato do patologista	OSTEOSSINTSE 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 - vísceras

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

- CIRURGIAS MÚLTIPHAS
N015010012
- POLIURAUATIZADO
N015030013
- PROC. CLÍNICO

- PROC. CIRURGICO
0408050551
- CBO. 225226
- CBO. 225270
- 3 DIAS
- CID 5 - 824

MÉDICO COOPERADO:

Dr. Elso José dos Santos Moraes
CRM/RN 6301 - FEOT 13807

HRDML / SESAP
CONFERTO ORIGINAL
Parnamirim-RN. 09/09/2014

Miat. 11/09/2014



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermaria	Lito	Nº prontuário		
Nome			Idade	Sexo M Cor		
Data 16/08/19	Pulse arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Ostros
Tipo sanguíneo	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia		
	Urina					
Ap. respiratório <i>Eupneico</i>				Aama	Bronquite	
Ap. circulatório <i>RHR 1m g.t.</i>				Eletrocardiograma		
Ap. digestivo <i>N. B. N</i>	Dentes	Pescoco		Ap. urinário		
Estado mental <i>consciente</i>	Ataracelos	Corticoides		Alergia <i>Nepe</i>	Hipotensores	
Diagnóstico pré-operatório				Estado físico <i>ASA III</i>	Risco	
Anestesias anteriores						
Medicação pré-anestésica			Aplicada às	Efeito		
Agentes Anestésicos	()					
	Liqüidos					
Oper.	260					
	250					
Anest.	240					
	230					
O Resp.	220					
	210					
P Pulso	200					
	190					
S Pulse	180					
	170					
O Resp.	160					
	150					
P Pulso	140					
	130					
S Pulse	120					
	110					
O Resp.	100					
	90					
P Pulso	80					
	70					
S Pulse	60					
	50					
O Resp.	40					
	30					
P Pulso	20					
	10					
SÍMBOLOS	Cefazolina - 2g					
E	Midazolam 0,05mg					
ANOTAÇÕES	Fentanil 50 µg					
POSIÇÃO	Dexametasona 6mg					
Agentes	Drotaverine 5mg					
Técnica	Rogelio anestesia bombard (n - 4) + Sedacor (Apolle 366)					
Operação	Plastimiere batida de plato liberal					
Cirurgião	Dr. Glson Frei Dr. Rogério Santos					
Anestesiista	En. Jackson Oliveira					
Observações	Procedimento é intromissão					
	Assinatura do(a) Profissional de Enfermagem					
	Assinatura do(a) Profissional de Enfermagem					
	Assinatura do(a) Profissional de Enfermagem					



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 - 1 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
CONFÉRICA O ORIGINAL
Paramirim-RN, 07/10/2019
10 Mat. 06084

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

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

Diagnóstico Principal e Procedimento Solidado:

582.1 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA*408050551.TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALT

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

PLATO TIBIAL, FX;1

 Faz Antibiototerapia

Informações importantes sobre as condições do paciente:

 Lesão por pressão Usa Fixador Externo Diabetes Hipertensão Obesidade

Profissional Solicitante / Assistente:

MARCELO GLAUBER DA SILVA PEREIRA

CRM: 6236 / RN

Data da Soliditação 05/08/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS) 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****Número da Autorização:**

Profissional Autorizador: _____ Orgão Emissor: _____

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





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

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

		HEMOTRANSFUSÃO:			
<input type="checkbox"/> Hemoconcentrado	Unid.	<input type="checkbox"/> Plasma	Unid.	<input type="checkbox"/> Plaquetas	Unid.
<input type="checkbox"/> Álbumina	Unid.	<input type="checkbox"/> Expansor plasmático	Unid.		
MEDICAÇÕES UTILIZADAS:					
h:	h:	h:	h:	h:	h:
h: <i>Vaca</i>		h: <i>Positivo do anestesista</i>		h: _____	
HIDRATAÇÃO VENOSA					
<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico	ml	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Ringer Simples	ml	Quantidade total de volume administrado:	
<input type="checkbox"/> Soro Glicosado	ml	<input type="checkbox"/> Soro Ringer Lactato	ml		
ANÁTOMO PATOLÓGICO					
<input type="checkbox"/> Néo	<input type="checkbox"/> Sim	Peca:	Peça para sepultamento:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Swab para cultura: Líquido:					
CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES					
PO de aspecto:	<input type="checkbox"/> Limpo	<input type="checkbox"/> c/exsudato	<input type="checkbox"/> Contaminada	<input type="checkbox"/> Aparelho gessoado	<input type="checkbox"/> Bandagens
<input type="checkbox"/> Tales	<input type="checkbox"/> Outros:				
INTERCORRÊNCIAS:					
<p>1. Documente manutenção ECG + PNT + Oxímetro</p> <p>2. duas segções preparadas e odas pt anestesista</p> <p>3. este caso não de bártum em regiões excepto I</p> <p>4. 1 pinçada grande de bártum no OCB's removida as 08:30</p> <p>5. 1 daf 7 grados curva, parte da manutenção pt 32pm</p>					
Ass: <i>Nunes</i> Coren: <i>127.992</i>					
CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO					
Nível de consciência:	<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Inconsciente	<input type="checkbox"/> Narcose	<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Vigil
Respiratória:	<input type="checkbox"/> Intubado	<input type="checkbox"/> Extubado	<input type="checkbox"/> Cânula de Guedel	<input type="checkbox"/> MO ₂ ambiente	<input type="checkbox"/> Curativo
colostomia	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterada	<input type="checkbox"/> Oclusivo	<input type="checkbox"/> Compressivo	<input type="checkbox"/> Bolha de
Bexiga:	<input type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hematuria	<input type="checkbox"/> Irrigação Vesical	<input type="checkbox"/> Oligúrico Destino após a cirurgia:
UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO					
Horas:	<i>09:45</i>	Nível de consciência:	<input type="checkbox"/> Acordado	<input type="checkbox"/> Sonolento	<input type="checkbox"/> Narcose
Data:	<i>16/10/20</i>	Orientado:	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Choroso
Vias aéreas:	<input type="checkbox"/> Intubado	<input type="checkbox"/> Extubado	<input type="checkbox"/> Cânula de Guedel	<input type="checkbox"/> Cateter O ₂	<input type="checkbox"/> O ₂ Ambiente
Mobilização MMSS:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diminuída	<input type="checkbox"/> Sem mobilidade	<input type="checkbox"/> Mobilização NMSS:	<input type="checkbox"/> Normal
Venoclise:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Tipo: <i>VCDO</i>	Local: <i>AS</i>	Sondas: <input type="checkbox"/> Gástrica
Drenos:	<input type="checkbox"/> Soco	<input type="checkbox"/> Torácico	<input type="checkbox"/> Penrose	<input type="checkbox"/> Kherr	Ostomias: <input type="checkbox"/> Sim
Irrigação vesical contínua:	<input type="checkbox"/> Retorno satisfatório	<input type="checkbox"/> Retorno Insuficiente	<input type="checkbox"/> Coágulos		
Curativo:	<input type="checkbox"/> Oclusivo	<input type="checkbox"/> Descoberto	<input type="checkbox"/> Limpo	<input type="checkbox"/> Selo Monitorização:	<input type="checkbox"/> ECG + Oxímetro
INTERCORRÊNCIAS NA URPA: <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Bexigaoma <input type="checkbox"/> Alteração PA <input type="checkbox"/> Alteração FC					
Relato: <i>S/ intercorrências</i>					
SINAIS MITAIS					
Horas	7°C	P	PA	FR	Sat%
Admissão	<i>65</i>				<i>95%</i>
30'		<i>85</i>			<i>94%</i>
60'		<i>69</i>			<i>97%</i>
Altas					
Líquidos administrados na URPA:					
Soro glicosado:	ml	Soro Fisiológico:	ml	Ringer:	ml
Irrigação vesical contínua:	ml				
CONFERI O ORIGINAL <i>Paranjani RT 04/10/20</i>					
Medicações administradas URPA:					
Horas	Medicação	Dose	Via	Ação/Int.	
Eliminações:					
Recebido da SD		Diurese		Retorno Gast.	
Desprezado					
URPA					
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: <i>Paciente segue sem intercorrências liberado pela anestesista, segue sem complicações no andar em RAVO</i>					



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

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

Nome: Francisco de Andrade Gomes		Idade: 64	D/N: 18/05/55
Pront.: 167103	Município: Niterói	Procedência: () Interno () Externo	
Data da cirurgia: 16/08/19	Hora Admissão: Bloco: 08:10	Sala: _____	Hora Saída: _____
Alergias: () Não () Sim Alérgico	Co-morbidades: () SIM () DM () Outras _____	Peso: _____	
Uso de medicações: () Não () Sim () Fármaco _____	Jejum: () Não () Sim	SvV Admissão: PA: mmHg Puls: bpm Fl: rpm FC: bpm SpO ₂ : % T: °C	
Enfermeiro(a): Valdene	Instrumentado (a): _____	Circulante: _____	
Cirurgia: () Cirurgia de placenta () Cesárea () Especialidade: Obstétrica Sala: 03			
Hora Início: 08:45 Hora Férmino: _____	Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada		
1º Cirurgião: Dr. Nelson	Aux: Dr. Wagner	Residente:	
Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: _____	Bloqueio () Raquidiana Ag. n° 26 () Peridural () c/cateter () s/cateter		
Ag. n° _____ Cateter n° _____ Início: 08:30	Garrote: () Smarch () Pneumático Fim: 08:35 Término: 09:30		
Anestesiologista: Dr. Sérgio			

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

SINAIS VITAIS	Inicio	Meio	Fim	Unid.
FC	76	73	64	Bpm
Pulso	76	73	84	Bpm
Oximetria	100	100	100	%
Capnografia	—	—	—	%
PA	113 x 66	115 x 64	113 x 66	mmHg

ACCESSO VENOSO	
<input checked="" type="checkbox"/>	Punção Arterial
<input checked="" type="checkbox"/>	Punção Venosa Periférica
<input checked="" type="checkbox"/>	Punção Venosa Central
	Dissecção venosa
Local: M3E	
Cateter: 20	

SONDAGEM GÁSTRICA	
SNG n°	
Retorno:	
CATETERISMO VESICAL	
SVF n°	14
SVA n°	
Dtrose:	21 Bom ASPECTO
Profissional responsável:	Eng. Enfermagem
EXAMES SOLICITADOS:	
Hemograma	() Gasometria

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Cabeça	Anatômicos
Ventral	Pescoço	Abduzidos
Lateral	Tórax	Fletidos
Litotómica	Lombar	MMSS
Trendlemburg		Anatômicos
Canivete		Abduzidos
Proclive		Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
() Sim () Não	() Metal () Descartável
Local: Região escroto	
DEGERMACÃO	
() Sim () Não	() Sim () Não
Local: M3D	Solução de Ringer Lactato

IMPLANTE CIRÚRGICO	
Drenos:	
Tela:	
Cateter:	
Ostomia:	
Fio de KC:	Parafuso - tipo: 3x1 espessura: 3 mm
Placa - tipo:	3x3 furos
Outros:	3 aneladas





PEDIDO DE PARECER

(MS/80)

ECG-Simul 100%

Município:

Unidade Solicitante:

Paciente: FRANCISCO DE ASSIS GOMES Prontuário:

Motivo da Consulta:

GCG +
Risco cirúrgico

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, 64e Prontuário:

(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)
Ptx op. oftálmica
(MS/80). HAS (lesões + HCTZ) Npe dñl corona rcti
Asma ou Alergias. Assintomático CV Ps: 145x80
ECG: Simulatório final conduzido. SC: PER 275/80
AB: M+DS/RA. ECG: sedentário. FB: 13.1 Bloq: 185000
TAP: 7.7. Glc: 186 U.A: 98 cr: 1.7 PT: 4.1
Prisco clínico GRU II

Diagnóstico:

Diabetes mellitus

CID:

Médico

CRM

Data

Retornar à clínica solicitante:

Para o (a) Dr. (a):

12/08/19

Unidade

ADMIL / SESAP
INTERFICIO ORIGINAL

às horas do dia

07:00

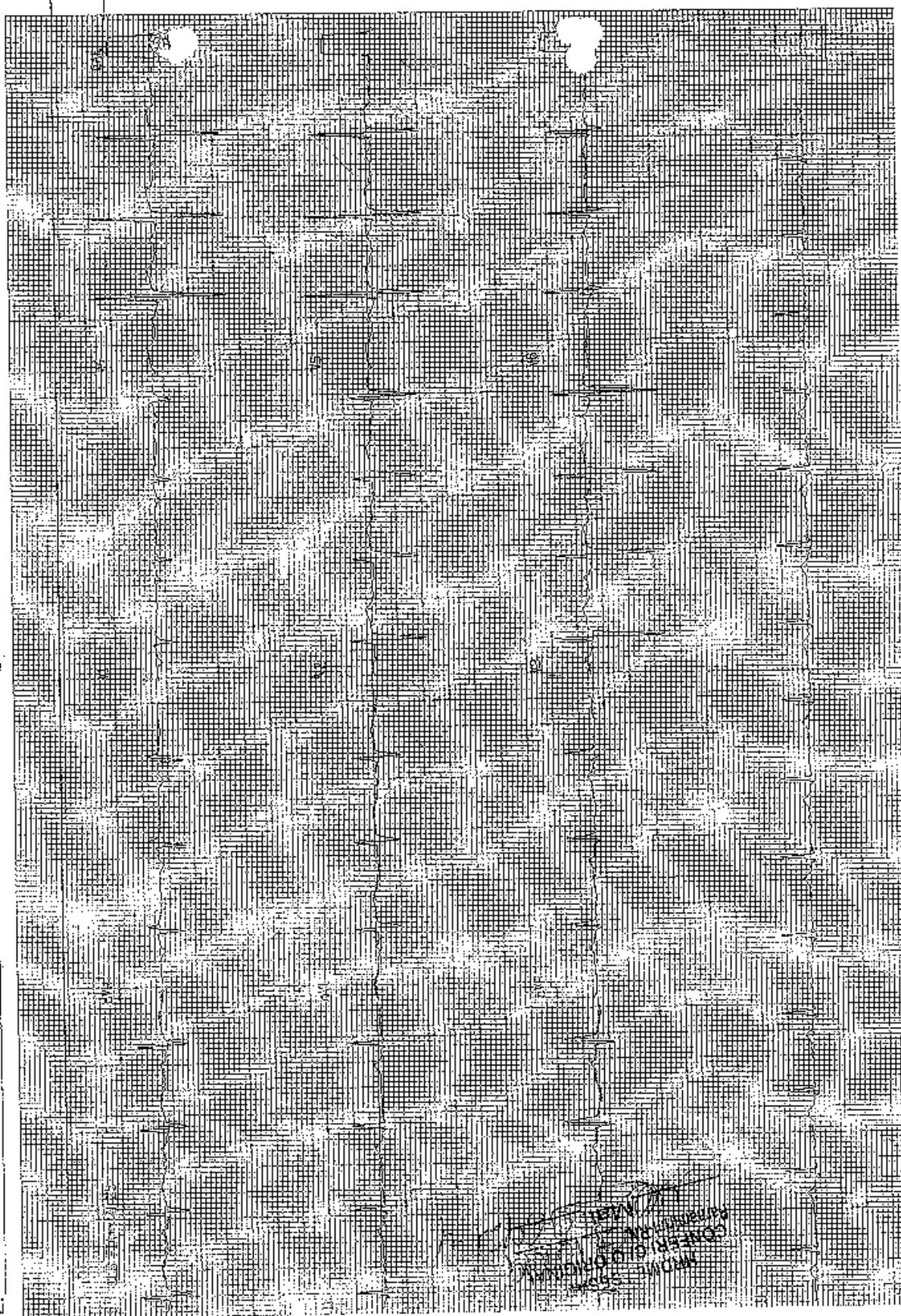
Mat

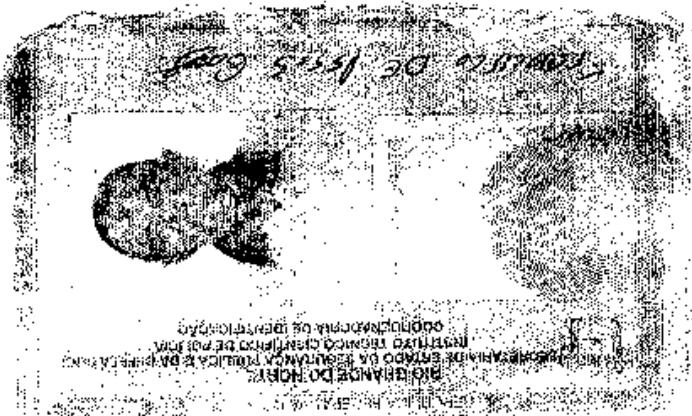
10:00



Enunciado de assunto

N IDADE: 64 N° REG.:
DATA: 12/08/2019





20/08/2014

