

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: 05/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAILSON FERREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02758

CONTA: 000000003135-5

Nr. da Autenticação E745F40C0A53CEFE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190694323 **Cidade:** Macaíba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILSON FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 09/04/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190694323

Vítima: JAILSON FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 09/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAILSON FERREIRA DA SILVA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JAILSON FERREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002758

Conta: 000000003135-5

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

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: **DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E S**

E MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome com



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

5 - Nome completo: **Wilson Ferreira da Silva** 6 - CPF: **027.988.524-55**
7 - Profissão: **Aposentado** 8 - Endereço: **Lagoa do Sítio** 9 - Número: **01** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **Zona Rural** 12 - Cidade: **MACAIBA** 13 - Estado: 14 - CEP: **59280-000**
15 - E-mail: **SEM EMAIL - ANIL FABRTO** 16 - Tel. (DDD): **84 987978603**

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:
RECLUSO INFORMAR SEM RENDA **(XX)** R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (041)

AGÊNCIA: **275813** CONTA: **00003135** **5**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 herdeiros (vai nascer)? 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 não alfabetizado

Rocco Melano Neto

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

912337807-78

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

Rocco Melano Neto

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura do representante legal (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE ☐

2 - Nº do registro ou ASI: 3190694323 3 - CPF da vítima: 027988524-55 4 - Nome completo da vítima: JAILSON FERREIRA DA SILVA

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

5 - Nome completo: JAILSON FERREIRA DA SILVA 6 - CPF: 02798852455

7 - Profissão: ADSORVEDOR 8 - Endereço: PO LAGOA DO SÍTIO 1 9 - Número: 920 10 - Complemento:

11 - Bairro: MACAIBA 12 - Cidade: MACAIBA 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59280-000

15 - E-mail: NEU TOM 16 - Tel.(DDD): 84 988835737

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 SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

DADOS BANCÁRIOS BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 2138 ☐ CONTA: 00003135 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da extensão e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 (qual nascituro)? 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.

NÃO ALFABETIZADO
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: ROCCO MELITONE NETO
312337807-78
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 312337807-78
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: Rocco Melitone Neto

38 - 1ª Nome: Carla Cristiane Ferreira do Nascimento
CPF: 040615864-30
Assinatura da testemunha: Carla Cristiane Ferreira do Nascimento
39 - 2ª Nome: Nivaldo de Souza Brito
CPF: 84961527-04
Assinatura da testemunha: Nivaldo de Souza Brito

40 - Local e Data: 28 DE JUNHO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Autorização de pagamento



TESTEMUNHAS

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.

É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01 a 16	Registro de informações cadastrais	Preencher corretamente de acordo com a documentação.
---------	------------------------------------	--

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o Incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente. Assinalar a opção que melhor justifique a ausência de apresentação de Laudo do Instituto Médico Legal (IML).
----	--	---

23 a 33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.
---------	------------------------------------	---

QUÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a rogo/a pedido.
36	CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a rogo/a pedido.
37	Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu rogo/a pedido, na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura do Pedido do Seguro DPVAT.

TESTEMUNHAS

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível para a cobertura de morte e para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradorafidel.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1536 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ovidual: 0800 021 91 35



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE MACAÍBA - MACAÍBA - RN

(9)

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 014401/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 17/05/2019 09:46 Data/Hora Fim: 17/05/2019 10:06
Delegado de Polícia: Cidorgeton Pinheiro da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Macaíba

Data/Hora do Fato: 09/04/2019 09:30

Local do Fato

Município: Macaíba (RN)
Logradouro: sítio lagoa do embú, próximo a lagoa do sítio 1
Complemento: zona rural

Bairro: sítio lagoa do embú

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1474: Acidente de trânsito sem vítima - Colisão com objeto fixo	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JAILSON FERREIRA DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RN - Vera Cruz	Sexo: Masculino	Nasc: 10/02/1976
Profissão: Aposentado			
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Antonia Francisca de Paiva	Nome do Pai: Cicero Ferreira da Silva		

Endereço

Município: Macaíba - RN
Logradouro: sítio lagoa do sítio 1
Complemento: zona rural
Bairro: lagoa do sítio 1
Telefone: (84) 98713-8641 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Macaíba - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 085.438.404-80	Placa: OJX4053
Renavam: 01003588759	Número do Motor: JC41E1E121381
Número do Chassi: 9C2JC4110ER121381	Ano/Modelo Fabricação: 2014/2014
Cor: PRETA	UF Veículo: Rio Grande do Norte
Município Veículo: Natal	Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS
Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS	Veículo Adulterado?: Não
Quantidade: 1 Unidade	Situação: Envolvido

Delegado de Polícia Civil: Cidorgeton Pinheiro da Silva
Impresso por: Alberto de Lima Sales
Data de Impressão: 17/05/2019 10:07
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE MACAÍBA - MACAÍBA - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 014401/2019

Última Atualização Denatran 25/04/2014	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Jailson Ferreira da Silva	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante compareceu até esta delegacia de polícia para comunicar que na data e local em questão, foi vítima de um acidente de trânsito, que trafegava conduzindo uma motocicleta, quando em sentido contrário ao seu, vinha um veículo e que para não colidir com este veículo o comunicante acabou colidindo com um poste de energia elétrica, o veículo que seguia em sentido contrário ao seu, evadiu-se do local sem prestar socorro a vítima e sem ser identificado, bem como o condutor deste veículo. O comunicante foi socorrido pelo samu, sendo conduzido para o hospital deoclécio marques de lencena em parnamirim, conforme o boletim de atendimento de urgência de nº58-2019. portanto em decorrência do acidente que sofreu, registra o comunicante este boletim de ocorrência.

ASSINATURAS

Alberto de Lima Sales
Responsável pelo Atendimento

Jailson Ferreira da Silva
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e deixo aqui poder responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 239-Denunciação Criminosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 2875 /2019

Prontuário: 1183550

Paciente: 120321 - JAILSON FERREIRA DA SILVA

Cartão SUS:

CPF: 02798852455

Dt Nasc: 10/12/1976

Idade: 42 anos 3 meses 13 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: ANTONIA FRANCISCA DE PAIVA

Nome do pai:

Rua/Av: LAGOA DO SITIO

Nº: 79

Bairro: MACAIBA

Complemento:

CEP: 59280000

Cidade: MACAIBA

Telefone: 84 88161987 84 88161987

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1001

Especialidade: ORTOPEDICA

Responsável: JAILSON FERREIRA DA SILVA -

Usuário: SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS

Admissão: 23/03/2019 19:10:14

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S72.3 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR
408050519 -

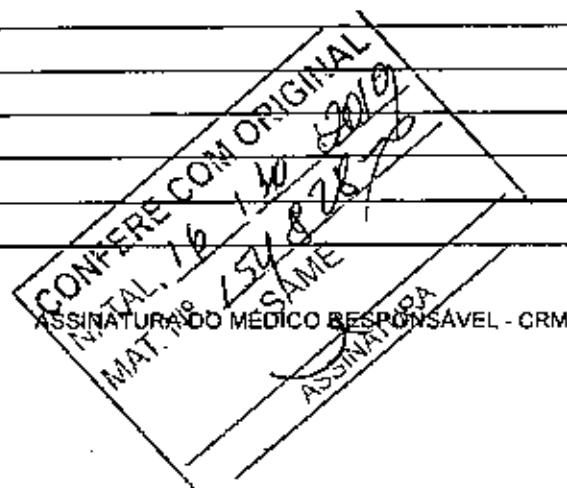
DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

Documentação medico - hospitalar



NATAL, 23 de Março de 2019.



SUSLaudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar
Nº 7118 / 2019**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WILFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou: _____

CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: 120321 JAILSON FERREIRA DA SILVA

Prontuário: _____

CNS: _____

Nascimento: 10/12/1976 Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: ANTONIA FRANCISCA DE PAIVA

Pai: _____

Endereço: SÍTIO LAGOA DO SÍTIO, 79 - MACAIBA - MACAIBA

Fone: 88161987 /

Município: MACAIBA

Código Municipal IBGE: 240710

UF: RN

CEP: 59280-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM TRAUMA NA COXA DIREITA HOJE
NV NORMAL

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S72.3 FRATURA DA DIAFÍSE DO FÊMUR*408050519. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFÍSE DO FÊMUR

Profissional Solicitante / Assistente:

MICHEL FREIRE DE ARAUJO

CRM: 4423 / RN

Data da Solicitação 23/03/2019

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.: _____
() Acidente de Trabalho Trajeto

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

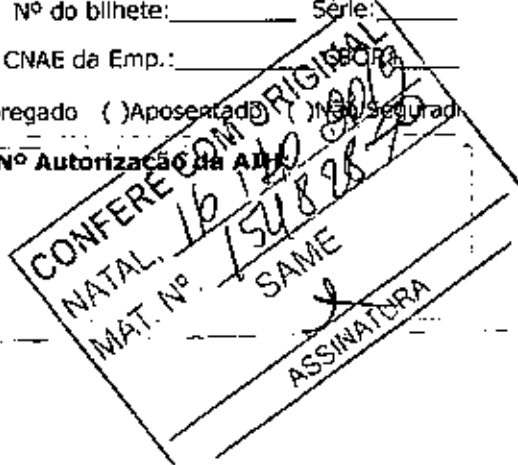
AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Documento: () CNS () CPF nº _____

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

Nº Autorização da ANS





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

Nome:

Serviço:

Nº Registro:

Letra:

TAILSON FERREIRA DE SILVA

DATA

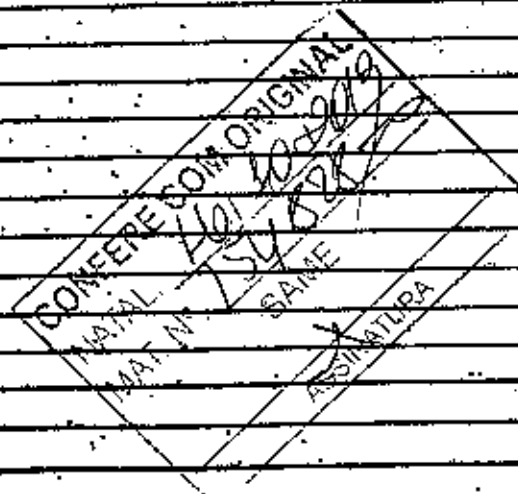
EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

08/04/19

Realizado o parto fisiológico da paciente no parto operatório
e demonstrou estar atenta com maior interesse e
aberto a seguir, continuidade no acompanhamento e apoio
da psicologia. O paciente interviu-se de acordo com o
do plano de trabalho.

Tiago Rodrigues
Especialista em psicologia

Assinatura
CRP-17/1264





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

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

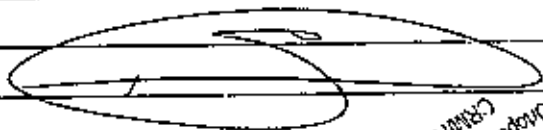
Nome: *João de Deus da Silva* Reg. Nº
Diagnóstico pré-operatório: *fratura de fêmur D12*
Indicação terapêutica: *fixação intramedular* Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

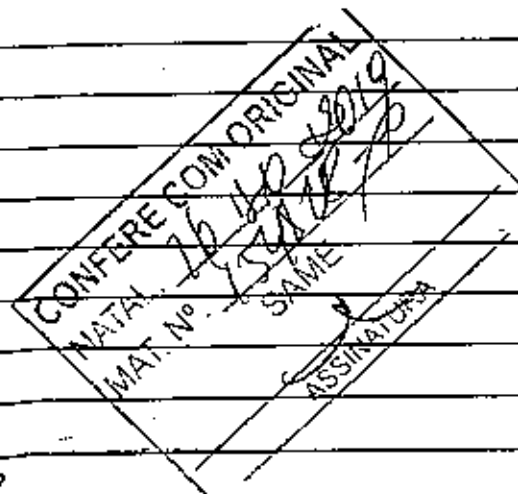
Data: Início: Término: Duração:
Operador: *Carli* CRM/CRO:
1º Auxiliar: CRM/CRO:
2º Auxiliar: CRM/CRO:
Instrumentador:
Anestesista: CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Fratura de fêmur direito
fixação intramedular
com placa e parafusos
de fixação
de 12 cm



Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN - 5247
Orlando Fernandes de A. Filho



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

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



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 15408 /2019

Admissão: 23/03/2019 16:57:38



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 120321 - JAILSON FERREIRA DA SILVA (42 a 3 m 13 d)

Nascimento: 10/12/1976 Natural: VERA CRUZ, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS:

CPF: 02798852455

Prof:

Mãe: ANTONIA FRANCISCA DE PAIVA

Pai:

Logradouro: LAGOA DO SÍTIO, 79

CEP: 59280000

Bairro: MACAIBA

Cidade: MACAIBA

Telefone: 84 88161987

Compl:

Motivo: CONSULTA DE URG/EMERGENCIA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU RN

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 23/03/2019 16:52:40

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA CDE MOTO COM FRATURA DE FEMUR E TCE

Hora: ---

Acidente motocicleta c/ adesão c/
acina. Vigil, com a e embalo
US Usava capote, les de cara e braço
Nega epiléps, vmb, amefm

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A Pares

B Regras de exames

C Edema FC 96

D ECG II, I, III, aVR, aVL, aVF, V1, V2, V3, V4, V5, V6, S, ST, T, QT, QTc, PR, QRS, P, R, S, T, U, V, W, X, Y, Z, AA, AB, AC, AD, AE, AF, AG, AH, AI, AJ, AK, AL, AM, AN, AO, AP, AQ, AR, AS, AT, AU, AV, AW, AX, AY, AZ, BA, BB, BC, BD, BE, BF, BG, BH, BI, BJ, BK, BL, BM, BN, BO, BP, BQ, BR, BS, BT, BU, BV, BW, BX, BY, BZ, CA, CB, CC, CD, CE, CF, CG, CH, CI, CJ, CK, CL, CM, CN, CO, CP, CQ, CR, CS, CT, CU, CV, CW, CX, CY, CZ, DA, DB, DC, DD, DE, DF, DG, DH, DI, DJ, DK, DL, DM, DN, DO, DP, DQ, DR, DS, DT, DU, DV, DW, DX, DY, DZ, EA, EB, EC, ED, EE, EF, EG, EH, EI, EJ, EK, EL, EM, EN, EO, EP, EQ, ER, ES, ET, EU, EV, EW, EX, EY, EZ, FA, FB, FC, FD, FE, FF, FG, FH, FI, FJ, FK, FL, FM, FN, FO, FP, FQ, FR, FS, FT, FU, FV, FW, FX, FY, FZ, GA, GB, GC, GD, GE, GF, GG, GH, GI, GJ, GK, GL, GM, GN, GO, GP, GQ, GR, GS, GT, GU, GV, GW, GX, GY, GZ, HA, HB, HC, HD, HE, HF, HG, HH, HI, HJ, HK, HL, HM, HN, HO, HP, HQ, HR, HS, HT, HU, HV, HW, HX, HY, HZ, IA, IB, IC, ID, IE, IF, IG, IH, II, IJ, IK, IL, IM, IN, IO, IP, IQ, IR, IS, IT, IU, IV, IW, IX, IY, IZ, JA, JB, JC, JD, JE, JF, JG, JH, JI, JJ, JK, JL, JM, JN, JO, JP, JQ, JR, JS, JT, JU, JV, JW, JX, JY, JZ, KA, KB, KC, KD, KE, KF, KG, KH, KI, KJ, KK, KL, KM, KN, KO, KP, KQ, KR, KS, KT, KU, KV, KW, KX, KY, KZ, LA, LB, LC, LD, LE, LF, LG, LH, LI, LJ, LK, LL, LM, LN, LO, LP, LQ, LR, LS, LT, LU, LV, LW, LX, LY, LZ, MA, MB, MC, MD, ME, MF, MG, MH, MI, MJ, MK, ML, MM, MN, MO, MP, MQ, MR, MS, MT, MU, MV, MW, MX, MY, MZ, NA, NB, NC, ND, NE, NF, NG, NH, NI, NJ, NK, NL, NM, NN, NO, NP, NQ, NR, NS, NT, NU, NV, NW, NX, NY, NZ, OA, OB, OC, OD, OE, OF, OG, OH, OI, OJ, OK, OL, OM, ON, OO, OP, OQ, OR, OS, OT, OU, OV, OW, OX, OY, OZ, PA, PB, PC, PD, PE, PF, PG, PH, PI, PJ, PK, PL, PM, PN, PO, PP, PQ, PR, PS, PT, PU, PV, PW, PX, PY, PZ, QA, QB, QC, QD, QE, QF, QG, QH, QI, QJ, QK, QL, QM, QN, QO, QP, QQ, QR, QS, QT, QU, QV, QW, QX, QY, QZ, RA, RB, RC, RD, RE, RF, RG, RH, RI, RJ, RK, RL, RM, RN, RO, RP, RQ, RR, RS, RT, RU, RV, RW, RX, RY, RZ, SA, SB, SC, SD, SE, SF, SG, SH, SI, SJ, SK, SL, SM, SN, SO, SP, SQ, SR, SS, ST, SU, SV, SW, SX, SY, SZ, TA, TB, TC, TD, TE, TF, TG, TH, TI, TJ, TK, TL, TM, TN, TO, TP, TQ, TR, TS, TT, TU, TV, TW, TX, TY, TZ, UA, UB, UC, UD, UE, UF, UG, UH, UI, UJ, UK, UL, UM, UN, UO, UP, UQ, UR, US, UT, UU, UV, UW, UX, UY, UZ, VA, VB, VC, VD, VE, VF, VG, VH, VI, VJ, VK, VL, VM, VN, VO, VP, VQ, VR, VS, VT, VU, VV, VW, VX, VY, VZ, WA, WB, WC, WD, WE, WF, WG, WH, WI, WJ, WK, WL, WM, WN, WO, WP, WQ, WR, WS, WT, WU, WV, WW, WX, WY, WZ, XA, XB, XC, XD, XE, XF, XG, XH, XI, XJ, XK, XL, XM, XN, XO, XP, XQ, XR, XS, XT, XU, XV, XW, XX, XY, XZ, YA, YB, YC, YD, YE, YF, YG, YH, YI, YJ, YK, YL, YM, YN, YO, YP, YQ, YR, YS, YT, YU, YV, YW, YX, YY, YZ, ZA, ZB, ZC, ZD, ZE, ZF, ZG, ZH, ZI, ZJ, ZK, ZL, ZM, ZN, ZO, ZP, ZQ, ZR, ZS, ZT, ZU, ZV, ZW, ZX, ZY, ZZ

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Adm: Fluido, mboles
pele - espina

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

P67.0

*Gerado via SX por FRANCISCA LUCIA MACIEL. Impresso em 23 de Março de 2019.

RAIOS-X

Realizado em: 1 1 Hora: 1

Realizado por: 1

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS) $\emptyset$ M (MEDICAÇÃO EM USO) $\emptyset$

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L (LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM)

- Rx tórax AP
- Rx bacia AP
- Rx abd D AP+P.

CONDUTA PRIMÁRIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

- Rx peito D AP+P
- Rx joelho D AP+P

Voltar ao fim de 01 mês

- Feita antisepsia + anestesia com ddp
- anestesia local com lidocaína + rotina
- (3 pontos) com fio de nylon 3-0.

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

HORA

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

ÓBITO: DATA / / HORA

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

Dr. Anderson Neves da Cruz
Cirurgião Geral e Oncologia
CRM-RJ 5889 - RQE 2646

Dr. Anderson Neves da Cruz
Cirurgião Geral e Oncologia
CRM-RJ 5889 - RQE 2646

Pd com + nome no caso (D) hoje.

Normal for

Frodo Baggins (2)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

Acce

Ortopedista e Radiologista
Ortopedia e Oncologia
CRN 4423 - TEL 1075

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável:

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASSOW	
Abertura Ocular (AO)	
Olhos abertos espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confunde com o despertar de uma pessoa dormindo se estão os olhos 4 de não 3.)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso.	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Resposta (frases de compreensão) e acuradamente em português sobre seu nome, idade, onde está, o horário, a data e o L.C.	5
Compreensão das perguntas com respostas, mas há alguma desorientação a confusão)	4
Palavras inapropriadas (só siléncia, mas sem troca conversacional)	3
Som ininteligível. (Gemeado sem: qualquer palavra)	2
Silêncio.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz ações simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso	5
Retirada (resposta) da dor:	4
Puxa o braço e do (desorientação).	3
Fugido estímulo a dor (Desorientação).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

CRITERIADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13 - 15 = 3
	9 - 12 = 2
	6 - 8 = 1
	4 - 5 = 0
	3 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	10 - 20 = 0
	>20 = 1
	8 - 9 = 2
	1 - 5 = 1
	0 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90 = 0
	70-89 = 1
	50-69 = 2
	30-49 = 3
	<30 = 4

¹Edição de Trauma Frenética (199). Base: índice de sobrevivência para pacientes de trauma machado Rotunda de Adaptação de Champion H.R. Souza Jr). Copas, et al: A revision of the Trauma score. J Trauma 1995; 38: 3883.

D3-08. agrupar (necesidade de
propriedade imutável):
08-3 map-reduce:
14-15 map

* References: TEASDALE, G. JEYNET D. Asyndromed of coma and impaired consciousness. A practical work. Lancet 1974;2:81-84

²² A mesma proposta aplica-se à doutrina complementar e que colaboram para atingir superior a 3 anos. Na d'acordo Comissões militares que se discute que determinação a jurisdição da sua dor de vontade com as respectivas potestades.

SOM	DOM	LEVEL	MANUSTRADA	INDICADA	Prior	Posterior
0	1	2	3	4		



Sistema
Único de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2- CNES	
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA		4- CNES 3515168	
Identificação do Paciente			
5- PACIENTE JAILSON FERREIRA DA SILVA		6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO 483273 165283	
7- CARTÃO NACIONAL/SUS 700 6059 7049 4685	8- DATA DE NASCIMENTO 10/02/1976	9- SEXO MASCULINO	10- RAÇA/COR BRANCA
11- NOME DA MÃE ANTONIA FRANCISCA DE PAIVA		12- TELEFONE DE CONTATO 987138641	
13- NOME DO RESPONSÁVEL GILMAR TARGINO		14- TELEFONE DE CONTATO	
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) SÍTIO LAGOS DO SÍTIO I, S/N			
16- MUNICÍPIO MACAIBA	17- BAIRRO ZONA RURAL	18- UF RN	19- CEP 59280000

Justificativa de Intervenção

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

A Cidente do motor e tração
16 de em 1916

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Citizens

27. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

Ed fino a 1/2

23- DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fract. do fêmur (E)</i>	24- CID 10 PRINCIPAL <i>S. 72</i>	25- CID 10 SECUNO <i>S. 72</i>	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Fract. do fêmur (E)</i>			28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
29- CLÍNICA <i>Outros</i>	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31- DOCUMENTO <i>CRM 5374-SBOT 12213</i>	32- DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>(Assinatura)</i>
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34- DATA DA SOLICITAÇÃO	35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36 - () AC. TRANSITO	39- CNPJ DA SEGURADORA	43- N° DO BILHETE	41- SERIE
37 - () AC. TRABALHO TÍPICO			
38 - () AC. TRABALHO TARETO	42- CNPJ DA EMPRESA	43- CNPJ DA EMPRESA	44- CBOB

45- VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

1) EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47- COD. ORGAO EMISSOR	52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48- DOCUMENTO	49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
☐ CNS ☐ CPF			
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO	51- ASSINATURA E CARIMBO INT DO REGISTRO DO CONSELHO		

MOBILIDADE SOCIAL M. Lucena
 100% FIDELIDADE ORIGINAL
 2010/01/01 09/02/19
 Antonia Aldeizita Soares
 Aux. em Saúde
 Mat: 155.455-7



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA ORTOPEDIA		REGULAÇÃO WALFREDO GURGEL		OBS
ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO 185273		165283
DATA 09/04/2019	HORA 18:57	CATEGORIA	GIM	
PACIENTE JAILSON FERREIRA DA SILVA			DATA DE NASCIMENTO 10/02/1976	
ESTADO CIVIL SOLTEIRO		PROFISSÃO APOSENTADO		
ENDEREÇO (RUA, Nº) SITIO LAGOS DO SITIO I, S/N				
MUNICÍPIO MACAIBA	BAIRRO ZONA RURAL	UF RN	CEP 59280000	
LOCAL DE TRABALHO			TELEFONE	
FILIAÇÃO ANTONIA FRANCISCA DE PAIVA		CICERO FERREIRA DA SILVA		
RESPONSÁVEL GILMAR TARGINO		TELEFONE 987138641		
ENDEREÇO* O MESMO				
DIAGNOSTICO PROVISÓRIO				
DIAGNOSTICO DEFINITIVO				

DATA DE ADMISSÃO

ALTA

13-04-2019

ÓBITO

HISTÓRIA CLÍNICA

Acidente de moto de 16 de
fev. Ex. da fiação de fiação
(2) Intervenção de rot. mi. op.

Hausmann Moraes
Ortopedista
CRM 5314 - SBD 12213

13/4/19

20:00

Re. Supl.

Alta Hosp.

11/2/2019

Hospital Docência M. Lucena
CONFERE COM O ORIGINAL
Pamamirim 09/05/19
Antônia/Aideilda Soares
Aux. em Saúde
Mat: 155.455-7



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA

PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº

58

NOME:

Yailson Pereira da Silva

IDADE:

18.02.1976

COR:

Pardo

SEXO:

Masculino

ESTADO CIVIL:

Solteiro

NATURALIDADE:

Vila Rica - RN

PROFISSÃO:

Operário

PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO:

Sítio Lagoa do Sítio I

BAIRRO:

Zona Rural

CIDADE:

Macaíba - RN

DATA:

09.04.2019

HORA:

17:05 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)

Acidente de moto no dia 16 de
março por furo de pneu (E)

EXAME FÍSICO

MC sem anomalias. Todos os membros

CRM 5314 - S.B. 12213
Ortopedista
Assessora Médica

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Hospital Deoclécio M. Lucena
CONFERE COM O ORIGINAL
Parnamirim 09/05/19
Antônia Aldezia Soares
Aux. em Saúde
Mat. 155.455-7