

# 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: 01/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02623-9

CONTA: 00000055163-5

---

Nr. da Autenticação B3730917BC37E0FE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200189020      **Cidade:** Natal      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS      **Data do acidente:** 20/04/2019      **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 27/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO ESCAFOIDE ESQUERDO, EVOLUINDO COM PSEUDOARTROSE. P4/6

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTSE. P14 ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, PÁGINA 26, PELO DR. TIAGO ANDRADE RODRIGUES, CRM: 6224.

**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 dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 05 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200189020**      **Vítima: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS**

**Data do Acidente: 20/04/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ANTONIONE DE FREITAS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS**

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

**Recebedor: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS**

**Valor: R\$ 843,75**

**Banco: 001**

**Agência: 000002623-9**

**Conta: 0000055163-5**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

**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.

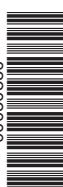
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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](http://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: 083107104-45 4 - Nome completo da vítima: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS	6 - CPF: 083107104-45		
7 - Profissão: GARCON	8 - Endereço: RUA SANTA EUALIA	9 - Número: 11	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: Pajucara	12 - Cidade: NATAL	13 - Estado: RN	14 - CEP: 59.123-290
15 - E-mail:		16 - Tel (DDD): (84) 98833-6586	

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:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:  CONTA:  5

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vainacer):  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha:

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data: NATAL RN 22.05.2020

X CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO



Governo do Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social  
Polícia Civil  
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva.  
A aceitação deste documento está condicionada a verificação de sua autenticidade pela Internet na área de acompanhamento e  
consulta de registro de Ocorrências da Delegacia Virtual, no endereço <http://www.defesasocial.rn.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL.

Endereço:

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM**

1.1 Protocolo: J2020001015032      1.2 Data de Expedição: 04/05/2020 10:17:59  
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

2.1 Data/Hora do Fato: 20/04/2019 19:07:00      2.2 Logradouro: AV SALGADO FILHO  
2.3 Número: S/N      2.4 CEP:  
2.5 Complemento:  
2.7 Bairro: TIROL  
2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE      2.6 Ponto de Referência: EM FRENTE AO WALFREDO GURGEL  
2.8 Cidade: NATAL

**3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)**

3.1 Nome Completo: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS      3.2 Estado civil: Solteiro(a)  
3.3 Etnia: NEGRO      3.4 Pai:  
3.5 Mãe: MARIA ODETE CARLOS DOS SANTOS      3.6 Data de Nascimento: 18/06/1987  
3.7 Sexo: MASCULINO      3.8 RG: Não informado  
3.9 CPF: 06310710445      3.10 Passaporte:  
3.11 Nacionalidade:  
3.13 Profissão:  
3.15 Telefone(s): 84 987993534      3.12 Naturalidade: RUI BARBOSA/RN  
3.17 Número: 11      3.14 E-Mail: CLEILTONCHAGASG@GMAIL.COM  
3.19 Bairro: PAJUÇARA      3.16 Logradouro: RUA SANTA EULALIA  
3.18 CEP:

**4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA**

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

**5. DADOS PESSOAIS DO(S) [NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS]**

**6. DADOS DA OCORRÊNCIA**

**7. DOS FATOS**

**7.1 Histórico**

O DECLARANTE RELATA QUE PAROU NO SINAL NA AV SALGADO FILHO PROX AO MIDWAY, QUANDO UM CARRO BATEU NA TRASEIRA DA SUA MOTO HONDA/CG 125 I FAN, COR VERMELHA, GASOLINA, ANO/FAB 2018, ANO/MOD 2018, PLACA QGN3117, RENAVAM 01164606694, DE PROPRIEDADE FRANCISCO NILTON DE MOURA, FAZENDO A VITIMA CAIR. O ACUSADO SE EVADIU, NÃO CONSEGUINDO O DECLARANTE VER PLACA, COR E MODELO DO CARRO.

**8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)**

**9. DECLARAÇÃO**

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Comunicante: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

Data: 04/05/2020 15:15:12

**10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)**

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.

Atendimento: 1702742 - RUBENS PAES BEZERRA FILHO

Impresso por: WEB em 12/05/2020 09:54:09

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Antônio Freitas inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.347.644 / 07, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CLCILTON CHAGAS CARLOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 083.107.104 / 45, do sinistro de DPVAT cobertura INVAL/02 da Vítima CLCILTON CHAGAS CARLOS SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 083.107.104 / 45, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios  
CNH, comprovante de residência

Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Rua Francisco Gomes Júnior</u>		Número	701	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Princesa</u>	Cidade	<u>Natal</u>	Estado	<u>RN</u>	CEP
Email:		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	(84) 99820-4547	

Natal RN 22 de Mai de 2020  
 Local e Data

x Antônio Freitas

Assinatura do Declarante



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 20286 /2019

Admissão: 20/04/2019 19:07:35

BOLETIM COM REGISTRO  
SAÍDA  
EM 20/04/2019

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 123901 - CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS (31 a 10 m 2 d)

Nascimento: 18/06/1987 Natural: RUY BARBOSA, BRASIL

CNS: 704104115273271

CPF: 08310710445

Sexo: M Cor: PARDA

Mãe: MARIA ODETE CARLOS DOS SANTOS

Prof:

BOLETIM FATURADO

Logradouro: SANTA EULALIA, 12

CEP: 59123290

Bairro: PAJUÇARA

Cidade: NATAL

Telefone: 84 987993534

Compl: (LOT N REPUBLICA)

EM: 25/09/19

Motivo: MOTO - QUEDA

Origem: SOZINHO

Tipo: NÃO REFERENCIADO

\*Empresa

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 20/04/2019 19:00:54

HORA	P.A.	HGT	SatO2	Fio2%	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

#### HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO APÓS ACIDENTE DE MOTO

Hora: 19:10

PFTE caiu de moto com  
mão no chão e punho (e). Nessa reacou  
outras anomalias

#### EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A non

B non

C non

D lesão no punho e mão (e)

E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Núcleo Hospitalar de Epidemiologia

22/04/19

\*Saída:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

TRAUMA MXT (e)

\*Gerado via SX por CLAUDIA LUCIANA CAVALCANTI DE FRANCA. Impresso em 20 de Abril de 2019.

22/04/19

RAIOS-X
Realizado em 20/04/2019

RAIOS-X  
Realizado em 20/04/2019

#### **ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:**

## ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

### **OUTROS**

#### **CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)**

## **ANOTACÕES DE ENFERMAGEM**

Orlando de  
Pinto de Paiva e Melo  
h + co presidente  
de estados  
ao presidente do  
Mato  
grosso  
fazendo  
o que

**CONFERENCE** COM ORIGINAL  
NATAL - 28 OH 20  
MAT. N. 1520 RES  
**G1**

Assinatura e Carimbo do Responsável

#### Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Aberturas Ocular (AO)	
Otros se abrem espontaneamente.	4
Otros se abren no estímulo verbal. (Não conduzir com a desaparir de uma pessoa informada, se assim for marcar 4, se não 3.)	3
Otros se abrem por estímulo doloroso	2
Otros não se abrem.	1
<b>Melhor resposta verbal (MRV)</b>	
Gemiante(s) Resposta incomunicável e agravadamente às perguntas sobre seu nome, local onde está, etc., o parque, o dia e etc..	5
Continua (Responde às perguntas incomunicavelmente, mas há alguma discernibilidade ou contenção.)	4
Palavras Inapropriadas (Fala absurda, mas tem algum conteúdo.)	3
Sons Intelectáveis. (Descreve suas ações palavras.)	2
Ausência.	1
<b>Melhor resposta motora (MMRM)</b>	
Obedece a ordens verbais. ( Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulos dolorosos.	5
Retirada inespecífica à dor.	4
Protege-se à dor (Defensiva).	3
Protege extensor à dor (Descerretação).	2
Sons respostas motora.	1
Total	

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS"	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
	13-15 = 4
	9-12 = 3
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	6-8 = 2
	4-5 = 1
	3 = 0
	19-29 = 4
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	>29 = 3
	1-9 = 2
	1-9 = 1
	0 = 0
	>300 = 4
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	75-99 = 3
	50-74 = 2
	1-49 = 1
	0 = 0

<sup>\*\*</sup>Escala de Trauma Revistada (RTS): Baja índice de sobrevida para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champlin H.R., Sacco W.L., Copers, et al. A revisão of the Trauma score. J. Trauma 29(5) 624, 1989.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE  
(ATLS 2005)\*

03 - 08=grave (necessidade de intubação imediata);  
09-3=moderado;

\* Reference: TEASDALE G, JENNET B. Assessed of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974; 2:81-84.

**\*\* A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que demonstram zona lírica superior a 3 anos. Na Escala Quantitativa solicita-se aos doentes que classifiquem a intensidade da sua dor de acordo com as seguintes adjectivas:**

SEM DOR	LEVE	Moderado	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

Rua Coronel Joaquim Manuel, 654, Petrópolis, CEP 59.012-330 - NATAL/RN - Tel: 3215-9857

## BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA ORTOPÉDICA

CARTÃO SUS: 704104115273271

Nº 01

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Eletor Chagas Carlos Santos  
 RACA COR: SEXO:  MASC  FEM D. NASC: 18/06/87 IDADE: 31 ESTADO CÍVIL:  
 ENDEREÇO: R. Santa Euláia 11 CEP: 59123290  
 BAIRRO: Pajuçara CIDADE: Natal FONE: 2887 99-3534  
 NOME DA MÃE: Maria bete Lobo dos Santos PROFISSÃO/ESCOLARIDADE:  
 RG: 002 823584 CPF: DATA: 27/04/19 HORA: 07:25

HIPERTENSÃO;  DIABETES;  INSUF. RENAL;  EPILEPSIA;  ALZHEIMER  
 OUTRAS:

MG

AAS;  DIPIRONA;  DICLOFENACO/AINE; OUTROS:

Aparentemente BEM	<input type="checkbox"/>	Consciente / Orientado	<input type="checkbox"/>	Inconsciente	<input type="checkbox"/>	Agitação
REGULAR	<input type="checkbox"/>	Aparentemente alcoolizado	<input type="checkbox"/>	Hemorragias	<input type="checkbox"/>	Traumatismo Craniano
GRAVE	<input type="checkbox"/>	Respira c/ dificuldade	<input type="checkbox"/>	Convulsão	<input type="checkbox"/>	Desmaio ou Vomito(s)
Politraumatizado	<input type="checkbox"/>	Atropelamento	<input type="checkbox"/>	Colisão	<input type="checkbox"/>	Queda

PA	FC	FR	TEMP	SPO2	HGT	PESO	DOR	
						LEVE	MODERADA	INTENSA

AZUL	VERDE	AMARELO	VERMELHO
OBSERVAÇÕES:			Rita de Cassia F. Nunes COREN/RN 249.151 ENFERMEIRA/COREN

Primo m puro ( ) m 0:ms. História de fumantes ou tabagistas m mais pc 10 anos, não tabana e assintomática.

EXAME FÍSICO: sem exens ou limitação do pulmão

HOSPITAL MUNICIPAL DE NATAL  
Rua Coronel Joaquim Manuel, 654  
Petrópolis - Natal/RN - CEP 59.012-330  
TEL: 3215-9857  
CNPJ 14.518.577/0001-70  
CNEST 3708923

respiração pulmão ( ): AP ( )

Jesse de Melo  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 6718

BARRER.COM  
ORIGINAL

ASSINATURA DO GRAFOIDE

MÉDICO / CRM



PRONTOCLÍNICA  
**Dr. Paulo Gurgel**  
Prontoclinica da criança Ltda.

**PLANTÃO 24 HORAS**

EXAMES SENAIS  
CIRURGIA  
ANESTESIA  
ORO-BALON  
SISTEMA ORTOPÉDICO

Rua Monte Sinai, 1948 - Fone: (84) 4008-5000 - (Ao lado do Nordestão Ponta Negra) - Natal/RN

A UBS

Encontrei o paciente com lesões  
múltiplas e graves com fratura  
completa (pseudoartrose) do escafóide  
esquerdo, com necessidade de  
realizar hérnia ortopédica expor-  
tada em cirurgia de m-  
surgiu necessidade de procedi-  
mento para sua cura dr. m-  
dêrgo.

Frederico de O. Lima  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RN 7514

Natal,

15/5/79



Cirurgia da Mão de Natal

**CIMAN**

DR. HÉLIO RUBENS POLIDO GARCIA – CRM 5500  
CIRURGIA DA MÃO - MICROCIRURGIA - ARTROSCOPIA

## RELATÓRIO MÉDICO

Nome: Cleilton C C Santos

Diagnóstico: Pseudoartrose do escafoide E

Prognóstico: Moderado. Ainda com dor e limitação. Deve seguir em reabilitação. Em programação cirúrgica para 23.07.2019

Recomendação: Deve afastar-se de suas atividades por 4 (quatro) meses, a critério do perito

CID: S62/ Z98.8

12.06.19

Dr Hélio R P Garcia  
CRM 5500

Dr Hélio R Polido Garcia  
Cirurgia da Mão  
Microcirurgia  
CRM 5500

Dr Hélio Rubens Polido Garcia  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia da Mão  
CRM 5500

C.N.P.J.: 02.561.150/0001-08  
Av. Lima e Silva, 1337 - Lagoa Nova - Natal/RN  
Fone: (84) 4009-8100 - [www.traumacenter.com.br](http://www.traumacenter.com.br)



# Hélio Polido

Cirurgia da Mão e Microcirurgia  
Artroscopia de punho e cotovelo

P/ CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

## LAUDO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente de nome acima apresenta pseudoartrose instável do escafoide E, com dor e sinais de degeneração. Está em programação cirúrgica para 05.02.2020. Deve afastar-se de suas atividades por 4 (quatro) meses, a critério do perito

CID - 10: - M84

Dr. Hélio R. Polido Garcia  
Cirurgia da Mão  
Microcirurgia  
CRM - 5500

Natal, 07/01/2020.

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA - 5500

Ortopedia & Traumatologia

Trauma Center

Av. Lima e Silva, 1337  
Lagoa Nova - Natal/RN

✉ drheliopolido@gmail.com  
✉ drheliopolido

☎ (84) 4009.8100  
☎ 99983.0043



Cirurgia da Mão de Natal

**CIMAN**

DR. HÉLIO RUBENS POLIDO GARCIA - CRM 5500  
CIRURGIA DA MÃO - MICROCIRURGIA - ARTROSCOPIA

## RELATÓRIO MÉDICO

Nome: Cleilton C Carlos Santos

Diagnóstico: Pop pseduartorose do escafóide E em 05.02.2020

Prognóstico: Moderado. Ainda com dor e limitação. Segue em acompanhamento.

Recomendação: Deve afastar-se de suas atividades de carga por 4 (quatro) meses, a critério do perito.

CID: M84 / Z98.8

20.02.2020

Dr Hélio R P Garcia  
CRM 5500

Dr Hélio R. Polido Garcia  
Cirurgia da Mão  
Microcirurgia  
CRM - 5500

**Dr Hélio Rubens Polido Garcia**  
**Ortopedia e Traumatologia**  
**Cirurgia da Mão**  
**CRM 5500**

## LAUDO MÉDICO PARA INTERNAÇÃO CIRÚRGICA



Estabelecimento Solicitante	CNES
Estabelecimento Executante	CNES

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE JOSÉ DA CRUZ CRUZ SANTOS		CNES	
Número SUS 204 1041 1527 3271		Data de Nascimento 18/06/1987	Sexo <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Idade: 31 anos
RG 002 823.585		CPF 083.107.104-45	Telefone(s) 98799-3534
Responsável O mesmo		Tel. 98787-6514	
Endereço Rua Santa Dulália, 11 Papicaré		Município natal	UF RN

## LAUDO TÉCNICA E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

## PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

HT ex amea (C)

## CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

HT ex amea (C) ex convagis

## RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

DIAGNÓSTICO INICIAL Exame de escravo (C)	CID PRINCIPAL M87.1	CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO exame de escravo	CÓD
CLÍNICA/LEITO exame de escravo	CARÁTER DA INTERNAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> ELETIVO <input type="checkbox"/> URGÊNCIA
MÉDICO SOLICITANTE Jesse de Moura L. Neto Assinatura e Carimbo Médico Ortopedia - Traumatologia CRM - 6718	CRM DATA 29/09/19

## PREENCHER EM CASO DE CAUSA DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

ACIDENTE DE TRÂNSITO  ACID. TRABALHO  VIOLENCIA  OUTROS

ESPECIFICAR:

## SOLICITAÇÃO DE OPME- Órteses, Próteses e Materiais Especiais.

SOLICITAÇÃO

JUSTIFICATIVA

## AUTORIZAÇÃO

AIH Nº \_\_\_\_\_

NOME DO AUDITOR RESPONSÁVEL	CNS/CRM
ASSINATURA E CARIMBO	DATA

**FICHA DE INTERNAMENTO**

306A 62  
Data: 05/02/2020 10:22

Paciente: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

Registro: 136545

Nº. RG: 2823585

CPF: 083.107.104-45 Nascimento: 18/06/1987 33 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Casado(a)

Endereço: SANTA EULALIA

N.: 12

Bairro: PAJUCARA

Cidade: NATAL

UF: RN

CEP: 59123290 Fone: 8498799353

Profissão: COZINHADOR DE ALIMENTOS

Mãe: MARIA ODETE CARLOS DOS SANTOS

**Dados do Internamento**

Num. Internamento: 2

Entrada: 05/02/2020 10:25 Previsão saída: 07/02/2020 11:00 Atendente: THALYTARCS

Convênio: SUS MUNICIPAL

Matrícula/CNS: 704104115273271

Médico: Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

CRM: 5500

**LEITO RESERVA 04**

**Dados do Responsável**

Responsável:

CPF:

RG:

Parentesco:

**Termo de Responsabilidade**

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial.

Declaro para os fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não foi paga ao Hospital Memorial de Natal pela instituição conveniada a qualquer título.

Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo seja acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora está autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

Autorizo a liberação da documentação do meu caso médico, através de fotografia, ou de exames gráficos ou de imagens, bem como o seu arquivamento por meio digital, papéis, fotografias ou quaisquer meios para os seguintes fins:

- Diagnóstico;
- Planejamento e Terapêutico;
- Ensino e Pesquisa.

Assinatura: [ ] Paciente [ ] Responsável

*Cleilton Chagas Carlos Santos*

**Observações**

COM AIH, DOCS, SISREG, EXAMES LAB, 2 PELICULAS RX, MEDICO CIENTE,

**HOSPITAL MEMORIAL  
SÃO FRANCISCO**

Av.Juvénal Lamartine, 979 - Tirol Página

Cep:59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL  
EM, *28/01/2020*

**FICHA DE INTERNAMENTO**

Data: 05/02/2020 10:25

**Dados do Paciente**

Paciente: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

Registro: 136545

Nº. RG: 2823585

CPF: 083.107.104-45 Nascimento: 18/06/1987 33 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Casado(a)

Endereço: SANTA EULALIA

N.: 12

Bairro: PAJUCARA

Cidade : NATAL

UF: RN

CEP: 59123290

Fone: 84987993534

Profissão: COZINHADOR DE ALIMENTOS

Mãe: MARIA ODETE CARLOS DOS SANTOS

**Dados do Internamento**

Nº. Internamento: 2

Entrada: 05/02/2020 10:25 Previsão saída: 07/02/2020 11:00 Atendente: THALYTARCS

Convênio: SUS MUNICIPAL

Matrícula/CNS: 704104115273271

Médico: Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

CRM: 5500

**LEITO RESERVA 04**

**Termo de Responsabilidade**

Data/Hora Alta: \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

Data da Baixa: \_\_\_\_\_

No. de dias de hospitalização: \_\_\_\_\_ No. de US: \_\_\_\_\_

Doc. Apresentado: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Definitivo: \_\_\_\_\_

Procedência: \_\_\_\_\_

História da Doença atual: \_\_\_\_\_

Interrogatório sobre diversos aparelhos: \_\_\_\_\_

Antecedentes pessoais: \_\_\_\_\_

Antecedentes familiares: \_\_\_\_\_

Estado geral: \_\_\_\_\_

Ap. Cardiorespiratórios: \_\_\_\_\_

Ap. digestivo: \_\_\_\_\_

Ap. Locomotor e Neuroológico: \_\_\_\_\_

Ap. Urinário e Ginecológico: \_\_\_\_\_

Impressão geral: \_\_\_\_\_

Conduta: \_\_\_\_\_

**HOSPITAL MEMORIAL  
SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Dados do Paciente

Paciente: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

Registro: 136545

Num. RG: 2823585

CPF: 083.107.104-45 Nascimento: 18/06/1987 33 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Casado(a)

Endereço: SANTA EULALIA

N.: 12

Bairro: PAJUCARA

Cidade : NATAL

UF: RN

CEP: 59123290

Fone: 84987993534

Profissão: COZINHADOR DE ALIMENTOS

Mãe: MARIA ODETE CARLOS DOS SANTOS

Dados do Internamento

Num. internamento: 2

Entrada: 05/02/2020 10:25 Previsão saída: 07/02/2020 11:00 Atendente: THALYTARCS

Convênio: SUS MUNICIPAL

Matrícula/CNS: 704104115273271

Médico : Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

CRM: 5500

LEITO RESERVA 04

Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

Parentesco:

**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO  
PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS**

1. - Autorizo o(a) Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: S7956 TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDO-RETARDO / CONSOLIDACAO / PERD
2. - O(A) Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
3. - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

Razão por que o paciente não assinou o presente Termo de Ciência e Consentimento e Responsabilização.  
Preenchido pelo responsável do paciente

Assinatura: [  ] Paciente [  ] Responsável

Cleilton Chagas Carlos Santos

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Certifico que expliquei detalhadamente a este paciente, ou ao seu responsável, o procedimento, cirurgia, seus benefícios, riscos e suas alternativas, respondi satisfatoriamente todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente / responsável comprehendeu todo o que expliquei.

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA - CRM 5500

HOSPITAL MEMORIAL

SAO FRANCISCO

Página 1 / 1

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Número AIH: 242010010129-8

**IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE**

Unidade Solicitante:	CNES:
HOSPITAL MEMORIAL	2408252
Unidade Executante:	CNES:
HOSPITAL MEMORIAL	2408252
Lagradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro	Município Executante
JUVENAL LAMARTINE - 979 - TIROL	NATAL
Central Reguladora	NATAL
Data de Solicitação	03/02/2020 - 09:02:44
Data de Autorização	Operador
03/02/2020 - 09:29:07	08243509445ANDRIKELLY
Data de Reserva	Operador
05.02.2020	05184645470KALLINE
Data de Internação	Operador
04.02.2020	18129862204LUCIMAR
Data Prevista de Alta	
20.06.2047	
Data de Alta	Operador
04/02/2020 - 11:49:31	18129862204LUCIMAR
Motivo da Alta	1.1 ALTA CURADO

**DADOS DO PACIENTE**

CNPJ:			
704104115273271			
Nome do Paciente	Nome Social/Apelido:		
CEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS	---		
Nome da Mãe	Naturalidade:		
MARIA ODETE CARLOS DOS SANTOS	RUY BARBOSA - RN		
Sexo:	Raça:		
MASCULINO	AMARELA		
Data de Nascimento:	Tipo Sanguíneo:		
18/05/1987 (32 anos)	---		
Tipo Logradouro:	Logradouro:	Complemento:	
RUA	SANTA EULALIA	A	
Número:	Bairro:	CEP:	
11	PAJUCARA	59123-290	
País de Residência:	Município de Residência:	UF:	
BRASIL	NATAL	RN	
Telefone(s):			
(84) 98799-3534 • (84) 99194-1501 ( <a href="#">Exibir Lista Detalhada</a> )			

**DADOS DA SOLICITAÇÃO**

CPF do Médico Solicitante:	Nome do Médico Solicitante:	Status da Solicitação:
19561917807	HELIO RUBENS POLIDO GARCIA	APROVADA
CPF do Médico Executante:	Nome do Médico Executante:	
19561917807	HELIO RUBENS POLIDO GARCIA	
Diagnóstico Inicial - CID:		
V841 - AUSÊNCIA DE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA [PSEUDO-ARTROSE]	Classificação de Risco	
Caráter	Prioridade 3 - Atendimento eletivo	
10 - Eletivo		
Clinicat	Clinica Complementar:	
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	Nenhuma	
Procedimento Solicitado:	Código:	
TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS	0415010012	

**DADOS TÉCNICOS E JUSTIFICATIVA DA Internação****Principais Sinais e Sintomas Clínicos:**

PACIENTE COM DOR + DEFÍCIT FUNCIONAL DO ESCAFOIDE "D" COM PSEUDOARTROSE PARA ENXERTO, AVALIADO POR DR. HELIO R./ta&gt;

**Principais Resultados de Provas Diagnósticas:**

EXAME FÍSICO + RX

**Condições que Justificam a Internação:**

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDOARTROSE + OSTEOTOMIA

**PARCERIA****Motivo de Impedimento do Regulador:**

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

**HOSPITAL MEMORIAL  
SÃO FRANCISCO**Data de Soliticação:  
03.02.2020 09:02:44

Av.Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep:59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL  
EM, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Data da Extração dos Dados: 06/02/2020 16:29:44

# SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

05/02/12

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	2 - CNES		
5 - NOME DO PACIENTE	4 - CNES		
7 - CARTÃO NACIONAL SUS	6 - NOME DO PRONTUÁRIO		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	11 - TELEFONE DE CONTATO
12 - ENDERECO (RUA, Nº)	13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF
			16 - CEP
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			

Dor + déficit funcional do escafóide D com pseudoartrose para enxerto tipo Fisk artroscópico

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  
Necessidade cirúrgica

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)  
Exame físico e RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS
Pseudoartrose escafóide D	M84		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	PROCEDIMENTO SOLICITADO		
TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS - Tratamento cirúrgico de pseudoartrose - Osteotomia da pelve	26 - LEITO/CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
25 - COD. DO PROCEDIMENTO	29 - DT. SOLICITAÇÃO	30 - CNS / CPF	31 - ASSINATURA E CARAMBO (Nº REG. NO CONSELHO)
0415020034	/	Dr. Hélio Rubens Polido Garcia	
- 0408020601		CRM 5580 - RN	
- 0408040157		Cirurgia da Mão e Microcirurgia	

32 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGUROADORA	34 - N° DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
38 - ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO			
40 - ( ) CID. 10 PRINCIPAL		43 - ( ) DESCRIÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
42 - ( ) CID. 10 SECUNDÁRIO		44 - ( ) GRAVE	45 - ( ) GRAVISSIMA

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	47 - DT. AUT.	48 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTRA A SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO	49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO
50 - CNIS / CPF	51 - DT.AUT.	AVALIAÇÃO	
52 - ASSINATURA E CARAMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARAMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	HOSPITAL MEMORIAL SAO FRANCISCO Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol Cep: 59022-020 - Natal/RN CONFERE COM ORIGINAL EM, _____ / _____ / _____	

DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

Data do Procedimento: 05.02.2020

Registro: 136545 IH: 2

Diagnóstico pré operatório: M84 TRANSTORNOS DA CONTINUIDADE DO OSSO

Código do procedimento

0408020601 310

0408040157 3/346

Cirurgia realizada

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDO-RETARDO / CONSOLIDACAO / PERD  
OSTEOTOMIA DA PELVE

Equipe cirúrgica:

Cirurgião: HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

CRM

5500

Anestesiologista: FRANCISCO DA SILVA MELO

4539

Instrumentador: perenise

Instrumentador Empresa: antonia

Grau de Contaminação: Limpo

Profilaxia Antimicrobiana:

Anatomopatológico: Não

Exame: Não se aplica

Descrição dos materiais especiais utilizados:

Prost. Steinmann

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados:

Descrição da cirurgia:

1. Paciente em DDH sob bloqueio M Sup E
2. Assepsia e antisepsia
3. Via de acesso volar punho E + Divulsão romba
4. Tratamento cirúrgico da pseudoartrose escafóide D (Fisk-Fernandes)
5. Enxerto ósseo do escafóide E
6. RX Intra-op.
7. Limpeza + sutura + curativo + tala gessada

CRM: 5500 - HELIO RUBENS POLIDO GARCIA  
05/02/2020 19:33:22

HOSPITAL MEMORIAL  
SÃO FRANCISCO

Av.Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep:59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM: \_\_\_\_\_

## BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

Dados do Paciente

Paciente: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS IH: 0

Cirurgia Realizada  
ENXERTO+OSTEOTOMIA DE ESCAFOIDE

Data  
06/02/2020

Cirurgião  
DR HELIO RUBENS

1º Auxiliar

2º Auxiliar

Anestesiologistas  
DR FRANCISCO MELO

HORA

10:40

EEG  
ECG  
PANI  
PVC  
Durese  
SpO2  
ETCO2

200  
180  
160  
140  
120  
100  
80  
60  
40

✓ P. Sist.

180

△ P. Diast.

140

● F.C.

120

✗ PAM

100

### Exames Laboratoriais

pH		
PaCO2		
HC03		
CO		
EEG		
PaO2		
SpO2		
HD		
PC		
N2		
K		
Ca		
Glicose		
FENOTEROL		
PENTANIL	500MG	02
MIDAZOLAN	15MG	01
NECAINA	0,5%	0
DIMORF	0,2MG	
SUFENTANIL	10MCG	
ROCUROMIO	50MG	
ATRACURIO	25MG	
PROPOVAN	1%	
EFDRINA	50MG	
ARAMIN	10MG	
CEFAZOLINA	1G	02
CLIPRONA	1G	002
DRAMIN	3MG	01
DEXAMETASONA	10MG	
RANITIDINA	50MG	
ONCOCETRONA	8MG	
NEOCAINA	0,8%	
ISOBARICA	0,5%	
GETOPROFENO	100mg	

TÉCNICA ANESTÉSICA: BLOQUEO PLEXO+SEDAÇÃO

BLOQUEIO:

TIPO:

LOCAL DA PUNÇÃO:

LATÊNCIA:

NÍVEL ANESTESIA:

AGULHA:

LÍQUOR:

BLOQUEIO MOTOR: 9

Depois:

POSIÇÃO: Antes:

APARELHO:

TÉCNICA: ABERTO

INTUBAÇÃO/OXIGENADA: ORAL

V.T.:

F.R.:

TRAUMÁTICA-NAO

N°

V.M.:

P.I.T.:

SONDA:

CUFF:

INDUÇÃO:

MANUTENÇÃO:

CONDICÃO FINAL:

REFLEXOS:

CONSCIÊNCIA:

BALANÇO

OBSERVAÇÕES

DURAÇÃO: 30MIN

INÍCIO: 19:00

EM: \_\_\_\_\_ ENAL: 10:30

*HOSPITAL MEMORIAL  
SÃO FRANCISCO*  
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol  
Cep: 59022-020 - Natal/RN  
CONFERE COM ORIGINAL

**PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA**

Dados do Paciente

Registro: 136545 IH: 2 Paciente: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS  
Nascimento: 18/06/1987 33 anos Internação: 05/02/2020 10:25:09 Leito: ENFERMARIA 305B

**ANTES DO ATO CIRÚRGICO**

05/02/2020 18:24:00 - COREN - 604508 - LUIZA BEZERRA DANTAS

Observações:

CLIENTE ADMITIDO NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO DE PSEUDO-RETARDO. CONSCIENTE,  
ORIENTADO RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, PUNCIONADO COM CATETER VENOSO VIABILIZANDO SF0,9% E SEGUO AOS  
CUIDADOS DA EQUIPE.

Doença pré-existente: NÃO

Há reserva sanguínea: NÃO

Prótese: NÃO

Jóias: NÃO

Membro e lado da cirurgia: MSD

Exame Laboratorial: SIM

Risco Cirúrgico: NÃO

Raio X: PRÉ: SIM-QTD: 01

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): NÃO

Assinatura Responsável

Outros Exames:

SRPA

COREN - 604508 - LUIZA BEZERRA DANTAS

Nível consciência: CONSCINETE

Oxigenoterapia: NÃO

Acesso venoso: SIM

Diurese: SIM

Acianótico: SIM

Pálido: NÃO

Sudorese: NÃO

Tremores: NÃO

Hipotensão: NÃO

Raio X de Controle: SIM-QTD: AG

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE DE POI DE PSEUDORETARDO, CONSCIENTE, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, NA HVP, VIABILIZANDO SF0,9%, COM CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO, DIURESE ESPONTÂNEA, ANEXO AO PRONTUARIO EXAMES, SEGUO ACOMPANHADO ATÉ O LEITO DO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM.

Assinatura Responsável

**HOSPITAL MEMORIAL  
SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL  
EM, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA**

Data: 06/02/2020 12:42

**Dados do Paciente**

Registro: 136545 IH: 2 Paciente: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS  
Nascimento: 18/06/1987 33 anos Internação: 05/02/2020 10:25:09 Leito: ENFERMARIA 305B

**PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA**

**DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO**

Tipo: BIER + BLOQUEIO DE PLEXO Anestesiologista: DRº MELO  
Tipo: ESCAFOIDE DA MÃO ESQUERDA Cirurgião: DRº HELIO  
Instrumentador: ANTONIA+ BERENICE Circulante: SARA+ FELIPE

Tipo curativo: OCLUSIVO

Tem material para biópsia/cultura: NÃO

sanguínea: NÃO Monitoração correta: SIM Placa de bisturi: SIM

Antibiótico profilático?: 2G CEFAZOLINA

Inicio da cirurgia: Fim da cirurgia: Tempo de cirurgia:

Medicação administradas:

**Intercorrências / Observações:**

CLIENTE ADMITIDO NA SALA PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE ESCAFOIDE EM MÃO ESQUERDA CONSCIENTE E ORIENTADO EM O<sup>º</sup> AMBIENTE DEAMBULANDO FOI PUNCIONADO COM CATETER DE 20 EM MSD VIABILIZANDO SF 0,9% FOI MONITORADO COM CATETER NASAL PARA AUXILIO DA RESPIRAÇÃO PROCEDIMENTO REALIZADO COM ÉXITO ENCAMINHADO AO SRPA EM O<sup>º</sup> AMBIENTE CONSCIENTE COM FERIDA OPERATORIA LIMPA E ECLUIDA SEGURO OS CUIDADOS DA EQUIPE.

**FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA**

**CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA**

Potencial de Contaminação: :

SARA BORGES LOPES DA SILVA  
Técnico(a) COREN - 819960

**HOSPITAL MEMORIAL  
SÃO FRANCISCO**  
Av.Juvenal Lamartine, 979 - Tirol  
Cep:59022-020 - Natal/RN  
CONFERE COM ORIGINAL  
EM, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Prescrição Médica / Evolução Clínica**

Hospital Memorial  
São Francisco

Paciente: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS Idade: 32 anos  
 Convênio: SUS MUNICIPAL Reg.: 136545 Prontuário:  
 Unidade: CENTRO CIRURGICO  
 Leito: LEITO RESERVA 04 **305 B**  
 Admissão: 05/02/20 10:25 0 dia(s) de internação  
 Diag.: M84 - Transtornos da continuidade do osso]

05/02/2020 19:31

		Horários de Aplicação
DIETA LIVRE, Ao dia	DO	(sbd)
SORO FISIOLOGICO 0,9% 500mL Uso: 1 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.	DO	<i>lucena</i> 08:00,
CSEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 10 ML DE ABD.	DO	<i>lucena</i> 08:00,
CSEPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD	DO	<i>lucena</i> 18:00 <i>lucena</i>
TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.	DO	<i>lucena</i> 10:00,
SIMENIDRINATO B6 DL 10mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.	DO	<i>lucena</i> 12:00
CICLOFENACO SODICO 50mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	DO	<i>lucena</i> 08:00,
RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	DO	<i>lucena</i> 12:00
OBSERVAR PERFUSÃO DISTAL, Ao dia	DO	

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA  
CRM - 5500

## REGISTRO DOS TÉCNICOS

### Dados do Paciente

Paciente: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

Nascimento: 18/06/1987 33 anos Data Internação: 05/02/2020 10:25:09

Registro: 136545

(H 2)

Turmo: Noturno

Antecedentes:

Leito: ENFERMARIA 305B

Hipótese Diagnóstica: POI DO ESCAFÓIDE DA MÃO ESG

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorado

Isolamento de contato:

Alergias Medicamentosas:

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Sinais Vitais

Temperatura: 36,4 °C

Saturação O2: 99%

Respiração: 18 RPM

Oxigênioterapia

Pressão Arterial: 130x80

Frequência Cardíaca: 75

Em O2 Ambiente

Acesso Venoso

Dieta

EUPNEICO

Perfílico

VO

Eliminações Fisiológicas

ACEITA

Diurese: ESPONTÂNEA

VSC

Obs: AG.

HGT

Intestinais: PRESENTE

Correção:

Correção:

Aspectos:

Correção:

Correção:

Drenos

Correção:

Correção:

Data:

Curativo:

LIMPO E SECO

Local:

Aspecto:

Obs:

Medicamentos:

ADM MEDICAÇÕES CPM :

Intercorrência:

PCT ADMITIDO VINDO DO CC, EM O<sup>º</sup> AMB, EM MACA, AFERIDOS SSVV;

COREN: 1153651 - LUANA PATRÍCIA RODRIGUES L DE OLIVEIRA  
05/02/2020 23:14:12

HOSPITAL MEMORIAL  
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM: \_\_\_\_\_

Página

## REGISTRO DOS TÉCNICOS

### Dados do Paciente

Paciente: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

Nascimento: 18/06/1987 33 anos Data Internação: 05/02/2020 10:25:09

Registro: 136545

Leito: ENFERMARIA 305B

Turno: Diurno

Antecedentes:

Histórico Diagnóstico: POI DO ESCAFOIDE DA MÃO ESG

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorado

Isolamento de contato:

Alergias Medicamentosas:

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Sinais Vitais

Temperatura: 36,2 °C

Saturação O<sub>2</sub>: 99%

Respiração: 18 RPM

Oxigênioterapia

Pressão Arterial: 120x80

Frequência Cardíaca: 75

Em O<sub>2</sub> Ambiente

Acesso Venoso

Dieta

Eliminações Fisiológicas

centrifugo

VO

Diurese: ESPONTÂNEA

IEG

Obs.:

Correção:

Correção:

Drenos

Correção:

Correção:

Data:

Correção:

Correção:

Local:

Turno:

Aspecto:

Obs.:

Medicações:

ADM MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA

Internoráncia:

ÀS 07H RECEBO PACIENTE 32 ANOS, CONSCIENTE, ORIENTADO, O2 AMBIENTE, DIETA V.O COM BOA ACEITAÇÃO, DIURESE PRESA EM MSD, REALIZADO A HIGIENE CORPORAL EM WC, AFERIDO SSVV E SEGUO AOS CUIDADOS DA EQUIPE  
ÀS 10:25 PACIENTE DEIXOU A UNIDADE POR ALTA MÉDICA, ACOMPANHADO DP MAQUEIRO+ FAMILIAR.

  
COREN: 1232295 - VALDEISA RODRIGUES GOMES  
05/02/2020 09:58:04

HOSPITAL MEMORIAL  
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol  
Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM: \_\_\_\_\_

## SOLICITAÇÃO DE EXAMES

### Dados do Paciente

Paciente: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

Registro: 136545

Nº RG: 2823585

CPF: 083.107.104-45 Nascimento: 18/06/1987 33 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Casado(a)

Telefone: 84987993534 Titular: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

### Dados do Atendimento

Número Internamento: 2

Admissão: 05/02/2020 10:25

OS: 120.42612

Unidade: UNIDADE III

Leitos: ENFERMARIA 305B

Convênio: SUS MUNICIPAL

Matrícula/CNS: 704104158272271

Data/Hora: 06/02/2020 16:19 CID: M84

### Exames Solicitados:

1) RX DE PUNHO

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA  
CRM - 5500

Laudo Médico

# Cláudio Chaves Cordeiro Souto Moura

# Dolo do Acidente:

# Fereu opeu osseu quadriplegico que  
evoluu com falso de pulso equino (radio  
e exofase). Quadro grave e evangico.

# Atendente rufe dr e perda de flexão  
em 30% do pulso.

# 552 + 192

AV. PRESIDENTE MÉDICI NR 256 IGAPÓ - NATAL/RN CEP. 59106000

CNPJ 06126677/0001-57 FONE: 3315-6901 / 3615-6900

Dr Tiago Antônio Rodrigues  
Ortopedia e Traumatologia  
CRMERNE 622

21/06/2020

