



Número: **0842626-06.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **25ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **04/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DAMIAO MACENA DE SOUZA (AUTOR)		JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES (ADVOGADO)	
Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63362282	01/12/2020 15:10	Contestação	Contestação
63362290	01/12/2020 15:10	2769672_CONTESTACAO_Anexo_04	Outros documentos
63362297	01/12/2020 15:10	2769672_CONTESTACAO_Anexo_05	Outros documentos

Juntada de contestação e documentos.



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:	12/08/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.632,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAMIAO MACENA DE SOUZA

BANCO: 004

AGÊNCIA: 00301

CONTA: 000000001357-8

Nr. da Autenticação D5CD58173DA302AF



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200275030 **Cidade:** Jandaíra **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAMIAO MACENA DE SOUZA **Data do acidente:** 01/05/2020 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE ÚMERO DIREITO.
FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO ESQUERDO.
FRATURA DIAFISÁRIA DE FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS NO MSE E MSD) TRATAMENTO CONSERVADOR PARA OS DEMAIS E ALTA MÉDICA. (P3 P4 P8 P11 P13 P14 P18)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, DO COTOVELO DIREITO E DO MEMBRO INFERIOR 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, MODERADO DO COTOVELO DIREITO E RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM 50% SUPERIOR ESQUERDO, EM SINISTRO ANTERIOR (2014859028) OCORRIDO EM 15/09/2014. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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 superiores	70 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			19,5 %	R\$ 2.632,50





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, 05 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200275030

Vítima: DAMIAO MACENA DE SOUZA

Data do Acidente: 01/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAMIAO MACENA DE SOUZA

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 16003428

Pag. 00821/00822 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 19 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200275030

Vítima: DAMIAO MACENA DE SOUZA

Data do Acidente: 01/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DAMIAO MACENA DE SOUZA

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\$ 2.632,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%
Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%
Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%
Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos 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: DAMIAO MACENA DE SOUZA

Valor: R\$ 2.632,50

Banco: 004

Agência: 000000301

Conta: 000001357-8

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, 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.



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:

010.240.474-74 Domício Macena de Souza

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

Domício Macena de Souza 010.240.474-74

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

RGE Informar Av. Antonio Severiano da Costa 360

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

centro João Pessoa RN 58550-000

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

contato.seguros04@outlook.com 84 2226-5669

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

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)

AGÊNCIA: CONTA:

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Nordeste

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nascido)? ☐ 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

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 03/08/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

11 V002/2019



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 20021233B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: www.prf.gov.br/novobat /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Documento assinado eletronicamente por MARCELO BEZERRA, matrícula 1970218, Policial Rodoviário Federal, em 05/05/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20021233B01 e o número de controle C48279CD3C4DA6CA87AE308F53D0C9.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20021233B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 01/05/2020 Hora: 19:30 Município: JANDAIRA/RN
BR: 406 KM: 60,9 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: MARCELO BEZERRA, 1970218

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Não
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Plena Noite

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 01/05/2020, por volta das 19h30, no km 60,9 da BR-406, em Jandaíra-RN, zona rural, ocorreu um acidente, do tipo colisão traseira, seguido de saída de leito carroçável e capotamento (V1) e tombamento e queda de ocupante de veículo (V2) com vítimas (2 lesionadas graves). Os veículos envolvidos foram: um veículo GM/KADETT GL (V1) e um outro veículo HONDA/CG 125 FAN (V2). Com base na análise dos vestígios identificados, orientação de danos nos veículos, análise da trajetória e dos fragmentos, constatou-se que V1 trafegava na faixa de trânsito do sentido Jandaíra-RN/Pedro Avelino-RN, quando veio a colidir na traseira de V2, que também seguia no mesmo sentido de tráfego. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi a ausência de reação, por parte de (V1), ao se deparar com o veículo que seguia a frente (V2), uma vez que só havia marcas de frenagem (19 metros), conforme imagem do sentido decrescente, após o ponto de colisão. O local estava parcialmente desfeito, uma vez que os condutores haviam sido socorridos e V2 havia sido retirada do local. Compareceu ao local uma ambulância da cidade para prestar socorro as vítimas. Não foi realizado, pelos condutores de V1 e V2, os respectivos testes de etilômetro, uma vez que os mesmo já haviam sido socorridos e encaminhados.



Documento assinado eletronicamente por MARCELO BEZERRA, matrícula 1970218, Policial Rodoviário Federal, em 05/05/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20021233B01 e o número de controle C48279CD3C4DA6CA87AE308F53D0C9.



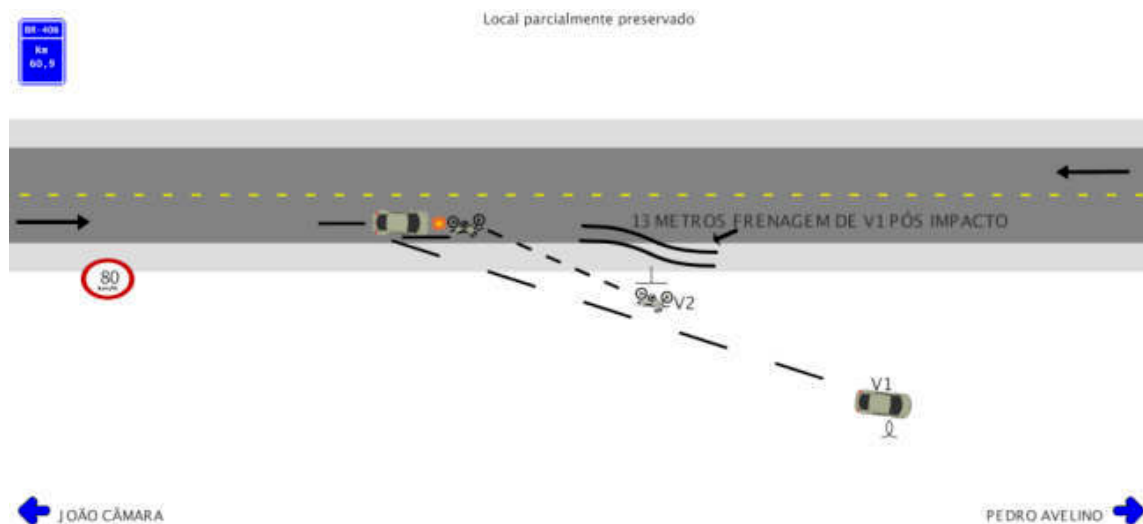


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20021233B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão traseira	V2, V1
2	Saída de leito carroçável	V2, V1
3	Tombamento	V2
4	Queda de ocupante de veículo	V2
5	Capotamento	V1

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
1	V1			
1	V2			
2	V1			
2	V2			
3	V2			
4	V2			
5	V1			

DANOS COLATERAIS

Ao Patrimônio da União: Derrubada de placa informativa do DNIT.



Documento assinado eletronicamente por MARCELO BEZERRA, matrícula 1970218, Policial Rodoviário Federal, em 05/05/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20021233B01 e o número de controle C48279CD3C4DA6CA87AE308F53D0C9.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

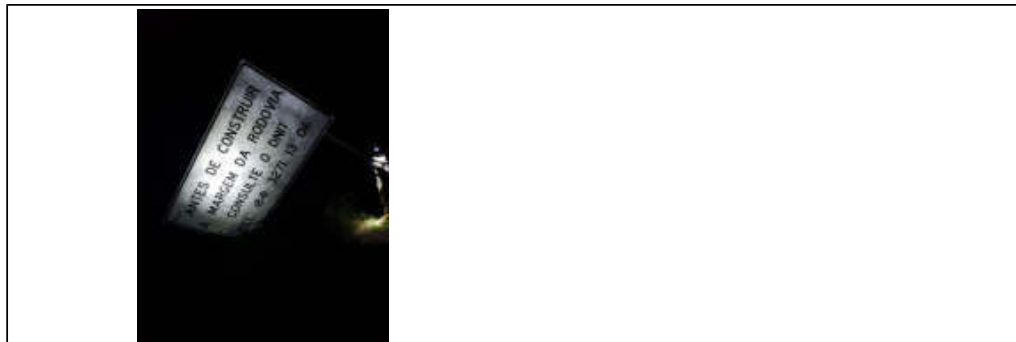


BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20021233B01

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
---------------	-------------	----------------

IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - MXQ0897 - AUTOMÓVEL

V1 - Informações

Placa: MXQ0897 Marca/modelo: GM/KADETT GL Renavam: 00176045066
Ano fabricação: 1996 Chassi: 9BGKZ08GTTB437552 Tipo de veículo: Automóvel
Espécie: Passageiro Categoria: Particular Cor: Branca
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento
Informações complementares: RANHURAS NO ASFALTO OCASIONADAS PELO ARRASTAMENTO DE V2
APÓS O IMPACTO SOFRIDO POR ESTE

V1 - Encaminhamento

Motivo: Outros Tipo de Receptor: Depósito credenciado
Informações complementares: PÁTIO TRANSGUARD NATAL POR NÃO ESTAR LICENCIADO

V1 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Documento assinado eletronicamente por MARCELO BEZERRA, matrícula 1970218, Policial Rodoviário Federal, em 05/05/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20021233B01 e o número de controle C48279CD3C4DA6CA87AE308F53D0C9.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20021233B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / GM/KADETT GL

Placa: MXQ0897

Nº BOAT: 20021233B01

Nome do Agente: MARCELO BEZERRA

Matrícula do Agente: 1970218

Data: 01/05/2020

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Painel corta-fogo			X	
2	Longarina dianteira esquerda		X		
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X		
4	Estrutura da soleira esquerda			X	
5	Air Bags Frontais			X	
6	Air Bags Laterais			X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X		
8	Estrutura da coluna central esquerda		X		
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X		
10	Caixa de roda traseira esquerda			X	
11	Assoalho central esquerdo			X	
12	Longarina traseira esquerda			X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba			X	
14	Longarina traseira direita			X	
15	Caixa de roda traseira direita			X	
16	Estrutura da coluna traseira direita		X		
17	Estrutura da soleira direita			X	
18	Estrutura da coluna central direita		X		
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X		
20	Assoalho central direito			X	
21	Caixa de roda dianteira direita		X		
22	Longarina dianteira direita		X		

Dano de Monta: Grande



Documento assinado eletronicamente por MARCELO BEZERRA, matrícula 1970218, Policial Rodoviário Federal, em 05/05/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20021233B01 e o número de controle C48279CD3C4DA6CA87AE308F53D0C9.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20021233B01

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por MARCELO BEZERRA, matrícula 1970218, Policial Rodoviário Federal, em 05/05/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20021233B01 e o número de controle C48279CD3C4DA6CA87AE308F53D0C9.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20021233B01

V1 - Proprietário

Nome: THIAGO MARQUES PINHEIRO
Email:
Endereço: MOSSORO-RN

CPF/CNPJ: 051.100.444-30
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - JOSE ASSUNCAO NETO

V1C - Informações

Nome: JOSE ASSUNCAO NETO
CPF: 912.642.354-53
Sexo: Masculino
Morreu após remoção: Não

Data de Nascimento: 28/11/1972
Estado civil: Não Informado
Estado físico: Lesões Graves
Usava cinto de segurança: Ignorado

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AE
UF: RN
Observações CNH: A

Primeira habilitação: 09/06/1992
Vencimento da habilitação: 10/07/2022

Nº Registro: 01882594567
Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: POV AROEIRA DIREITA, SN, Z RURAL, JANDAIRA-RN
Telefone: 84 981799223

Email:

V1C - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: Outro

Informações complementares: SOCORRIDO POR AMBULÂNCIA DA CIDADE ATÉ POSTO DE SAÚDE DE JANDAÍRA E ENCAMINHADO PARA HOSPITAL EM JOÃO CÂMARA/RN

V2 - VEÍCULO 2 - MXS3313 - MOTOCICLETA

V2 - Informações

Placa: MXS3313 Marca/modelo: HONDA/CG 125 FAN
Ano fabricação: 2007 Chassi: 9C2JC30707R103350
Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Renavam: 00912159863
Tipo de veículo: Motocicleta
Cor: Preta

V2 - Encaminhamento



Documento assinado eletronicamente por MARCELO BEZERRA, matrícula 1970218, Policial Rodoviário Federal, em 05/05/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20021233B01 e o número de controle C48279CD3C4DA6CA87AE308F53D0C9.





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20021233B01

Motivo: Outros

Tipo de Receptor: Depósito credenciado

Informações complementares: RECOLHIDO AO PÁTIO DA TRANSGUARD NATAL POR DÉBITOS DE LICENCIAMENTO



Documento assinado eletronicamente por MARCELO BEZERRA, matrícula 1970218, Policial Rodoviário Federal, em 05/05/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.pr.f.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20021233B01 e o número de controle C48279CD3C4DA6CA87AE308F53D0C9.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20021233B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / HONDA/CG 125 FAN

Placa: MXS3313

Nº BOAT: 20021233B01

Nome do Agente: MARCELO BEZERRA

Matrícula do Agente: 1970218

Data: 01/05/2020

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi		X		
6	Garfo traseiro		X		
7	Eixo traseiro (triciclos)			X	

Dano de Monta: Média

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por MARCELO BEZERRA, matrícula 1970218, Policial Rodoviário Federal, em 05/05/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20021233B01 e o número de controle C48279CD3C4DA6CA87AE308F53D0C9.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20021233B01

V2 - Proprietário

Nome: RICARDO MIRANDA DA SILVA
Email:
Endereço: PARNAMIRIM-RN

CPF/CNPJ: 702.982.544-68
Telefone:

V2C - CONDUTOR DE V2 - DAMIAO MACENA DE SOUZA

V2C - Informações

Nome: DAMIAO MACENA DE SOUZA
CPF: 010.240.474-74
Estado físico: Lesões Graves
Usava capacete: Ignorado

Data de Nascimento: 05/04/1981
Sexo: Masculino
Morreu após remoção: Não

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria:
UF:
Observações CNH:

Primeira habilitação:
Vencimento da habilitação:

Nº Registro:
Motorista profissional: Não

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: GERONCIO RIBEIRO, 80, JOAO CAMARA, JOAO CAMARA-RN
Telefone:

Email:

V2C - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: Outro

Informações complementares: SOCORRIDO POR AMBULÂNCIA DA CIDADE ATÉ POSTO DE SAÚDE DE JANDAÍRA E ENCAMINHADO PARA HOSPITAL EM JOÃO CÂMARA/RN E REGULADO PARA NATAL/RN



Documento assinado eletronicamente por MARCELO BEZERRA, matrícula 1970218, Policial Rodoviário Federal, em 05/05/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20021233B01 e o número de controle C48279CD3C4DA6CA87AE308F53D0C9.





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: 030.240.474-74 4 - Nome completo da vítima: DOMÍLIO MACENA DE SOUZA

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

5 - Nome completo: DOMÍLIO MACENA DE SOUZA 6 - CPF: 030.240.474-74
7 - Profissão: RGE Informar 8 - Endereço: AV. ANTONIO SEVERIANO DA COSTA 9 - Número: 360 10 - Complemento:
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: JOÃO MONTE 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59550-000
15 - E-mail: contato.seguros04@outlook.com 16 - Tel.(DDD): 34 2226-5669

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\$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 (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Nordeste
AGÊNCIA: 00301 CONTA: 000001357 8
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (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

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, PRAIA RIM, 03/08/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

11 V002/2019

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOS, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
Ligações Gratuitas:
-TELEATENDIMENTO COSERN: 116
-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
-Ouvidoria 0800 084 0404
Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte
ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

DAMIAO MACENA DE SOUSA
CPF: 010.240.474-74

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV ANTONIO SEVERIANO DA CAMARA 369

CENTRO/AREA URBANA
59550-000 JOAO CAMARA RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br

DATA DE VENCIMENTO

18/06/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)
56,04

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

10/06/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

10/06/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

043522109

Série: U

CONTA CONTRATO

007011866160

Nº DO CLIENTE

3001013281

Nº DA INSTALAÇÃO

0002660726

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

AADA.AFE1.E171.F6DD.D738.E47F.1B45.12C7

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	67,00	0,33419947	22,39
Consumo Ativo(kWh)-TE	67,00	0,32922572	22,05
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,38
Multa por atraso-NF 038915036 - 12/03/20			2,36
Multa por atraso-NF 042017535 - 12/05/20			0,91
Juros por atraso-NF 038915036 - 12/03/20			2,52
Juros por atraso-NF 042017535 - 12/05/20			0,19
Atualização IGPM-NF 038915036 - 12/03/20			2,20
Atualização IGPM-NF 042017535 - 12/05/20			0,04
TOTAL DA FATURA			56,04

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			
ICMS		PIS	
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%
44,44	18,00	44,44	1,03
COFINS		VALOR DO IMPOSTO	
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%
44,44	4,77	44,44	2,11

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.			
Vencido	DI Resv	Valor	Vencido
20/04/20	12/05/20	92,54	19/02/19
17/05/19	11/06/19	40,11	14/03/19
			28,22

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,25460998	JUN 20	67
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,32967006	MAI 20	70
		ABR 20	124
		MAR 20	179
		FEV 20	147
		JAN 20	154
		DEZ 19	78
		NOV 19	130
		OUT 19	129
		SET 19	125
		AGO 19	138
		JUL 19	106
		JUN 19	107

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
RS	%	RS	%
Geração de Energia	15,74	35,41	
Transmissão	1,74	3,92	
Distribuição (Cosern)	18,84	34,62	
Encargos Setoriais	2,54	5,72	
Tributos	16,35	23,74	
Perdas de Energia	2,01	6,39	
TOTAL	44,44	100	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
0000000216116154	CAT	12/05/2020 3.416,00	10/06/2020 3.483,00	29	1,00000	0,00	67,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 19/07/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
abr/2020					
DIC-No.de horas sem Energia	JOÃO CÂMARA	0,00	11,30	22,61	45,22
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,59	15,19	30,39
DMC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	6,18	0,00	0,00
DICR-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICR: 16,00
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 17,06					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! farmacia bom preço: r ver. josa severiano da cmara, centro / padaria popular: rua vinte e um de abril 1200 a, centroLista completa em www.cosern.com.br.
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL). Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007011866160	06/2020	56,04	18/06/2020	

838400000006 560400384073 011866160200 017352378730



Evite dobrar, rasgar ou amassar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. ² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu FRANCISCO OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHO inscrito

(a) no CPF/CNPJ 923.980.303 / 34 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

DEMIO MACENA DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 010.240.474 / 74, do

sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima DEMIO MACENA DE SOUZA, inscrito (a)

no CPF sob o Nº 010.240.474 / 74, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia 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: RUA DR. SADI MENDES

Número: 1026-A

Complemento: _____

Bairro: SANTOS REIS

Cidade: PARNAMIRIM

Estado: RN

CPF: 59141-085

E-mail: CENTRALSEGUROS04@OUTLOOK.COM

Tel. (DDD): (084) 2226-5669

Local e Data: PARNAMIRIM, 03/10/2020

Francisco Oliveira do N. Filho

Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017



contato com: +07-4096-5100 - 2730
Mãe: M.^a Eliete de Souza RG: 00.085.257



CPF

240.474.74

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA

PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº

48 ed. 9130-1

NOME:

Daniela Macena de Souza

IDADE:

05-04-1988

SEXO:

M

ESTADO CIVIL:

casado

NATURALIDADE:

Paraná

PROFISSÃO:

Agricultor

PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO:

Leandro Ribeiro 180

BAIRRO:

Centro S. Co

CIDADE:

João Câmara

DATA:

7-5-2020

HORA:

17:05

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐

REGULAR ☐

COM DISPNEIA ☐

CHOCADO ☐

COMATOSO ☐

C/ HEMORRAGIA ☐

EM CONVULSÃO ☐

POLITRAUMATIZADO ☐

AGITADO ☐

OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO

SIM ☐

NÃO ☐

PUPILAS

A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)

B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

C) PRESSÃO ARTERIAL

TEMP.

RESPIRAÇÃO

FOCO

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

EXAME FÍSICO

HRDML / SESAP
CONFERI C/ O ORIGINAL
Parnamirim-RN. 10/06/20
Mat. 219427-9
S. B. B.

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

OBS: NÃO APRESENTA DOCUMENTOS NO ATO DO



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde

0- DATA 14/05/2020	1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA	2- CNES 3515168
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA	4- CNES 3515168	
5- PACIENTE DAMIAO MASCENA DE SOUZA		
7- CARTÃO NACIONAL/SUS 701 4096 5100 2130	8- DATA DE NASCIMENTO 05/04/1981	9- SEXO MASCULINO
11- NOME DA MÃE MARIA ELIETE DE SOUZA	12- TELEFONE DE CONTATO 991301541	10- RAÇA/COR MASCULINO
13- NOME DO RESPONSÁVEL FRANCISCA MASCENA / IRMÃ	14- TELEFONE DE CONTATO	
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) R JERONCIO RIBEIRO 20		
16- MUNICÍPIO JOAO CAMARA	17- BAIRRO CENTRO	18- UF RN
		19- CEP 59550000

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Trauma costal direito e dor aguda com dor, edema e deformidade

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

Necessidade de cirurgia

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

Anomalia + Ex. físico + RX

23- DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura de fêmur direito	24- CID 10 PRINCIPAL S62.01	25- CID 10 SECUND. S62.01	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur	28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	29- CLÍNICA Ortopedia	
30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO Urgência	31- DOCUMENTO () CNS () CPF	32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Lívio de Souza Costa	34- DATA DA SOLICITAÇÃO 17/05/2020	35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Lívio de Souza Costa CRM 699547-1-ORF	
36- CNPJ DA SEGURADORA			
37- CNPJ DA EMPRESA			
38- CNPJ DA EMPRESA			
39- CNPJ DA EMPRESA			
40- Nº DO SILHETE			
41- CNIE DA EMPRESA			
42- CNIE DA EMPRESA			
43- CNIE DA EMPRESA			
44- CNIE DA EMPRESA			
45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Autorização
47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO () CNS () CPF	49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO	51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

HRDML / SESAP
CONFERI C/O ORIGINAL
Parnamirim-RN, 10 de Maio de 2020

Mat. 219427-9



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO



Hospital

Nome do paciente	Vanício Meira de Souza			Nº prontuário
Data operação				
Operador	Stavros Volim	1º auxiliar	Arthur Lima	
2º auxiliar		3º auxiliar		
Anestesiista	Paulo Duarte	Tipo de anestesia	BLOQUEIO DO PLEXO BRACHIAL	
Diagnóstico pré-operatório	Praticeira diag. mioma			
Tipo de operação				
Diagnóstico pós-operatório	Mesmo			
Relatório imediato do patologista				
Exame radiológico no ato				
Acidente durante a operação				

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- Descrição detalhada sob anestesia
- Aspiração e coagulação do conteúdo do útero
- Acesso proximal e distal às cavidades
- Placenta 4,5 cm de diâmetro + 04 perfurações
- Redução da placenta imediatamente
- Fixação da placenta pela técnica manual
- Insuflação
- Coagulação extensa com boa redução da futura
- Coagulação extensa com boa redução
- Fixação da placenta com pontos e ligadura
- Ao CRP sob anestesia dos análgicos

HRDML / SESAP
CONFÉRCIO ORIGINAL
Parnamirim-RN

Mat. 289427

Stanislau Raim
Ortopedia e Traumatologia
40 Unib. S. Carlos
1445



ANEXO DO BOLETIM DE SALA

Relatório para cobrança de órteses, próteses e materiais especiais em traumatologia-ortopedia (OPME)

FICHA I - MEMBROS SUPERIORES E CINTURA ESCAPULAR

Paciente: Damiano Macina de Souza

Circulante de sala: Kevia Valentin

Assinatura: Kevia

data: 27/05

Tratamento cirúrgico de fratura / lesão fisária supracondiliana do úmero (0408020386)

- () 0702030627 - parafuso canulado 3,5 mm;
- () 0702030830 - placa 1/3 tubular 3,5 mm (inclui parafusos);
- () 0702030899 - placa de compressão dinâmica 3,5 mm (inclui parafusos);
- () 0702030829 - placa de reconstrução 3,5 mm (inclui parafusos);
- () 0702031054 - placa ponte 3,5 mm (inclui parafusos);
- () 0702031330 - placa em T 2,0mm (inclui parafusos);
- () 0702031348 - fio de Kirschner;

Fratura do colo do úmero (0408020334)

- () 0702030296 - componente unilaterial cimentado / fixação biológica;
- () 0702030333 - fio tipo Steinman roscado;
- () 0702030635 - parafuso canulado 4,5 mm;
- () 0702030829 - placa de reconstrução 3,5 mm (inclui parafusos);
- () 0702031380 - cimento c/ antibiótico;
- () 0702030465 - haste de Ender;
- () 0702030627 - parafuso canulado 3,5 mm;
- () 0702030830 - placa 1/3 tubular 3,5 mm (inclui parafusos);
- () 0702031054 - placa ponte 3,5 mm (inclui parafusos);

Tratamento cirúrgico de fratura da diáfise do úmero (0408020393)

- () 0702030406 - fixador externo linear;
- () 0702030465 - haste de Ender;
- () 0702030538 - haste intramedular bloqueada de úmero (inclui parafusos);
- () 0702030546 - haste intramedular flexível p/ uso infantil;
- () 0702030554 - haste intramedular não bloqueada;
- () 0702030802 - placa de compressão dinâmica 4,5 mm estreita (inclui parafusos);
- () 0702030910 - placa de compressão dinâmica 4,5 mm larga (inclui parafusos);
- () 0702031054 - placa ponte 3,5 mm (inclui parafusos);
- () 0702031082 - placa ponte 4,5 mm (inclui parafusos);

Tratamento cirúrgico de fratura da extremidade / metáfise distal dos ossos do antebraço (0408020407)

- () 0702030378 - fixador externo c/ sistema de pequenos fragmentos c/ sistema de correção angular;
- () 0702030414 - fixador externo p/ punho;
- () 0702030963 - placa em L 2,7mm (inclui parafusos);
- () 0702030961 - placa em L 3,5 mm (inclui parafusos);
- () 0702030968 - placa em T 2,7mm (inclui parafusos);
- () 0702030996 - placa em T 3,5 mm (inclui parafusos);
- () 0702031321 - parafuso bloqueado;
- () 0702031348 - fio de Kirschner;
- () 0702031399 - placa bloqueada de rádio distal (inclui parafuso);

Tratamento cirúrgico de fratura diafisária de ambos os ossos do antebraço (c/ síntese) (0408020423)

- () 0702030406 - fixador externo linear;
- () 0702030899 - placa de compressão dinâmica 3,5 mm (inclui parafusos);
- () 0702030929 - placa de reconstrução 3,5 mm (inclui parafusos);
- () 0702031054 - placa ponte 3,5 mm (inclui parafusos);
- () 0702031070 - placa semitubular 2,7 mm (inclui parafusos);
- () 0702030792 - fio tipo Steinman liso;

Tratamento cirúrgico de fratura diafisária única do rádio / da ulna (0408020431)

- () 0702030830 - placa 1/3 tubular 3,5 mm (inclui parafusos);
- () 0702030929 - placa de reconstrução 3,5 mm (inclui parafusos);
- () 0702031054 - placa ponte 3,5 mm (inclui parafusos);
- () 0702031070 - placa semitubular 2,7 mm (inclui parafusos);
- () 0702030792 - fio tipo Steinman liso;

HRDML / SESAP
CONFERI C/ O ORIGINAL
Parnamirim-RN, 10/06/20

Mat. 219427-9





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Damiano Marcelo de Souza Idade: 38a D/N: 05 / 04 / 81
Pront.: 169481 Município: João Câmara Procedência: () Interno () Externo
Data da cirurgia: 14 / 05 / 2020 Hora Admissão: Bloco: Sala: Hora Saída: Peso:
Alergias: () Não () Sim Não Comorbidades: () HAS () DM () Outras () Diabético
Uso de medicações: () Não () Sim Jejum: () Não () Sim
SSW Admissão: PA: mmHg Pulso: bpm FL: rpm FC: bpm SpO₂: % T: °C

Enfermeiro(a): Hugo Instrumentador(a): Elvilde Circulante: Foureny
Cirurgia: tt de # de útero "E" Especialidade: Osteopatia Sala: 01
Hora Início: 17:45 Hora Término: 18:30 Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: Stavros Aux.: Arthur Residente: —

Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: () Bloqueio () Raquidiana Ag.º () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag.º Cateter nº: Início: Garrote: () Smarch () Pneumático Início: 17:30 Término: 18:30
Anestesiologista: Foureny

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

SINAIS VITAIS				POSICÃO		COXIM		MMSS	
FC	<u>95</u>	<u>94</u>	<u>95</u>	<u>95</u>	Bpm	<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
Pulso	<u>95</u>	<u>94</u>	<u>95</u>	<u>95</u>	Bpm	<input checked="" type="checkbox"/> Ventral	<input checked="" type="checkbox"/> Pescoço	<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos	<input checked="" type="checkbox"/> MMII
Oximetria	<u>95</u>	<u>92</u>	<u>98</u>	<u>98</u>	%	<input checked="" type="checkbox"/> Lateral	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos	<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos
Capnografia	<u>95</u>	<u>92</u>	<u>98</u>	<u>98</u>	%	<input checked="" type="checkbox"/> Ilotômica	<input checked="" type="checkbox"/> Lombar	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
PA	<u>145/75</u>	<u>145/75</u>	<u>145/75</u>	<u>145/75</u>	mmHg	<input checked="" type="checkbox"/> Trendleburg	<input checked="" type="checkbox"/> Ulnar	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos

ACESSO VENOSO				PLACA DO BISTURI ELÉTRICO			
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Arterial	<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica	<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Central	<input checked="" type="checkbox"/> Dissecção venosa	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	<input checked="" type="checkbox"/> Metal () Descartável	<input checked="" type="checkbox"/> Local: MIE	<input checked="" type="checkbox"/> Local: MIE
<input checked="" type="checkbox"/> Local: MID	<input checked="" type="checkbox"/> Cateter: <u>plco 20</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Local: MIE	<input checked="" type="checkbox"/> Solução: <u>0.9% NaCl</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Local: MIE	<input checked="" type="checkbox"/> Local: MIE	<input checked="" type="checkbox"/> Local: MIE	<input checked="" type="checkbox"/> Local: MIE

SONDAGEM GÁSTRICA				IMPLANTE CIRÚRGICO			
<input checked="" type="checkbox"/> SNG nº	<input checked="" type="checkbox"/> Retorno:	<input checked="" type="checkbox"/> SVF nº	<input checked="" type="checkbox"/> SVA nº	<input checked="" type="checkbox"/> Drenos:	<input checked="" type="checkbox"/> HRDML / SESAP	<input checked="" type="checkbox"/> Conferi C/O ORIGINAL	<input checked="" type="checkbox"/> Conferi C/O ORIGINAL
<input checked="" type="checkbox"/> Local: MID	<input checked="" type="checkbox"/> Cateter: <u>plco 20</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Local: MID	<input checked="" type="checkbox"/> Solução: <u>0.9% NaCl</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Local: MID	<input checked="" type="checkbox"/> Local: MID	<input checked="" type="checkbox"/> Local: MID	<input checked="" type="checkbox"/> Local: MID

EXAMES SOLICITADOS				ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO			
<input checked="" type="checkbox"/> Hemograma	<input checked="" type="checkbox"/> Gasometria	<input checked="" type="checkbox"/> Coagulograma	<input checked="" type="checkbox"/> Outros	<input checked="" type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	<input checked="" type="checkbox"/> Glicosimetria	<input checked="" type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)	<input checked="" type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)
<input checked="" type="checkbox"/> Local: MID	<input checked="" type="checkbox"/> Cateter: <u>plco 20</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Local: MID	<input checked="" type="checkbox"/> Solução: <u>0.9% NaCl</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Local: MID	<input checked="" type="checkbox"/> Local: MID	<input checked="" type="checkbox"/> Local: MID	<input checked="" type="checkbox"/> Local: MID





ANEXO DO BOLETIM DE SALA

Relatório para cobrança de órteses, próteses e materiais especiais em traumatologia (OPME)

FICHA I - MEMBROS SUPERIORES E CINTURA ESCAPULAR

Paciente: Damião Marcos de Souza

data: 14/05/20

Circulante de sala: Poliana

Assinatura: [assinatura]

Tratamento cirúrgico de fratura / lesão fisária supracondiliana do úmero (0408020385)

- () 0702030527 - parafuso canulado 3,5 mm;
- () 0702030830 - placa 1/3 tubular 3,5 mm (inclui parafusos);
- () 0702030899 - placa de compressão dinâmica 3,5 mm (inclui parafusos);
- () 0702030929 - placa de reconstrução 3,5 mm (inclui parafusos);
- () 0702031054 - placa ponte 3,5 mm (inclui parafusos);
- () 0702031330 - placa em T 2,0mm (inclui parafusos);
- () 0702031348 - fio de Kirschner;

Fratura do colo do úmero (0408020334)

- () 0702030295 - componente umeral cimentado / fixação biológica;
- () 0702030333 - fio tipo Steinman rosqueado;
- () 0702030535 - parafuso canulado 4,5 mm;
- () 0702030929 - placa de reconstrução 3,5 mm (inclui parafusos);
- () 0702031380 - cimento a/ antibiótico;
- () 0702030485 - haste de Ender;
- () 0702030527 - parafuso canulado 3,5 mm;
- () 0702030830 - placa 1/3 tubular 3,5 mm (inclui parafusos);
- () 0702031054 - placa ponte 3,5 mm (inclui parafusos);

Tratamento cirúrgico de fratura da diáfise do úmero (0408020393)

- () 0702030406 - fixador externo linear;
- () 0702030485 - haste de Ender;
- () 0702030538 - haste intramedular bloqueada de úmero (inclui parafusos);
- () 0702030546 - haste intramedular flexível p/ uso infantil;
- () 0702030554 - haste intramedular não bloqueada;
- () 0702030902 - placa de compressão dinâmica 4,5 mm estreita (inclui parafusos);
- () 0702030910 - placa de compressão dinâmica 4,5 mm larga (inclui parafusos);
- () 0702031054 - placa ponte 3,5 mm (inclui parafusos);
- () 0702031062 - placa ponte 4,5 mm (inclui parafuso);

4 corticais: 28,30,30,30

Tratamento cirúrgico de fratura da extremidade / metáfise distal dos ossos do antebraço (0408020407)

- () 0702030376 - fixador externo c/ sistema de pequenos fragmentos c/ sistema de correção angular;
- () 0702030414 - fixador externo p/ punho;
- () 0702030853 - placa em L 2,7mm (inclui parafusos);
- () 0702030951 - placa em L 3,5 mm (inclui parafusos);
- () 0702030968 - placa em T 2,7mm (inclui parafusos);
- () 0702030996 - placa em T 3,5 mm (inclui parafusos);
- () 0702031321 - parafuso bloqueado;
- () 0702031348 - fio de Kirschner;
- () 0702031399 - placa bloqueada de rádio distal (inclui parafuso);

Tratamento cirúrgico de fratura diafisária de ambos os ossos do antebraço (c/ síntese) (0408020423)

- () 0702030406 - fixador externo linear;
- () 0702030899 - placa de compressão dinâmica 3,5 mm (inclui parafusos);
- () 0702030929 - placa de reconstrução 3,5 mm (inclui parafusos);
- () 0702031054 - placa ponte 3,5 mm (inclui parafusos);
- () 0702031070 - placa semitubular 2,7 mm (inclui parafusos);
- () 0702030792 - fio tipo Steinman liso;

Tratamento cirúrgico de fratura diafisária única do rádio / da ulna (0408020431)

- () 0702030830 - placa 1/3 tubular 3,5 mm (inclui parafusos);
- () 0702030929 - placa de reconstrução 3,5 mm (inclui parafusos);
- () 0702031054 - placa ponte 3,5 mm (inclui parafusos);
- () 0702031070 - placa semitubular 2,7 mm (inclui parafusos);
- () 0702030792 - fio tipo Steinman liso;

HRDML / SESAP
CONFERI C/ ORIGINAL
Parnamirim-RN. 14/05/20
Mat. 219427-9
[assinatura]





DAMIÃO MACENA DE SOUZA

Nome do paciente		27/05/2020		Nº prontuário	
DR MICHEL		DR DANIEL			
Data operação	Enf.	Leito			
Operador	1º auxiliar				
2º auxiliar	3º auxiliar		Instrumentador		
Anestesista	FRATURA DE ÚMERO DISTAL DIREITO				
Diagnóstico pré-operatório					
Tipo de operação					
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE ÚMERO DISTAL DIREITO					
Diagnóstico pós-operatório					
Relatório imediato do patologista					
Exame radiológico no ato					
Acidente durante a operação					
NOTA OPERATORIA					

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

1. PACIENTE EM DECUBITO VENTRAL SOB ANESTESIA
Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - víceras
2. ESVAZIAMENTO E GARROTEAMENTO DE MSE
3. ASSESPSIA E ANTISSEPSIA + CAMPOS ESTEREIS
4. INCISÃO POSTERIOR DO COTOVELO DIREITO + DIVULSÃO
POR PLANOS + DISSECÇÃO DO NERVO ULNAR
5. REDUÇÃO DE FRATURA DE ÚMERO DISTAL DIREITO E
POSICIONADO DUAS PLACAS ORTOGONAIS, SENDO 01
PLACA DCP 3,5 DE 05 FUROS E 01 PLACA 1/3 DE CANO 3,5
DE 05 FUROS + 06 PARAFUSOS CORTICAIS 3.5 MM E 04
PARAFUSOS ESPONJOSOS 3,5.
6. IRRIGAÇÃO COPIOSA + LAVAGEM + HEMOSTASIA
7. SUTURA POR PLANOS + CURATIVO ESTERIL
8. RETIRADA DE GARROTE
9. BOA PERFUSÃO DISTAL

Dr. Michel Freire de Araujo
Ortopedista e Traumatologista
Otopatia Oncológica
CRM 4423 / TEOT 10753

HRDML / SESAP
CONFERIDO O ORIGINAL
Pamamirim-RN, 2006/05/27

Mat. 819222-9



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Damiano meana de saude Idade: 39a D/N: 05/04/18
 Pront.: _____ Município: _____ Procedência: () Interno () Externo
 Data da cirurgia: 13/05/2018 Hora Admissão: Bloco: 14:00 Sala: _____ Hora Saída: _____ Peso: _____
 Alergias: () Não () Sim negativa Comorbidades: () HAS () DM () Outras _____
 Uso de medicações: () Não () Sim negativa Jejum: () Não () Sim 22:00
 SSW Admissão: PA: _____ mmHg Pulso: _____ bpm FL: _____ rpm FC: _____ bpm SpO2: _____ % T: _____ °C

Enfermeiro(a): Esthera Palitot Instrumentador(a): Sayonara Circulante: Marília
 Cirurgia: Debridamento de feridas (E, D) Especialidade: Oncologia Sala: 03
 Hora Início: 15:00 Hora Término: 15:35 Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
 1º Cirurgião: Dr. Carlos Augusto Residente: _____

Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: _____ () Bloqueio ✓ Raquidiana Ag.º 25 () Peridural () c/cateter () s/cateter
 Ag.º _____ Cateter nº _____ Início: 14:45 Garrote: () Smarch () Pneumático Início: _____ Término: _____
 Anestesiologista: Dr. Paulo Duarte

NEUROMUSCULAR		PELE/HIGIENE		CARDIOVASCULAR/RESPIRATÓRIO		DISPOSITIVOS		MONITORIZAÇÃO	
<input type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Letárgico	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotenso	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco	<input type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> Oximetria
<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input type="checkbox"/> Fístula	<input type="checkbox"/> Capnógrafo	<input type="checkbox"/> PA
<input checked="" type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Integra	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Estimul. Nervo	<input type="checkbox"/> Diprifusor
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatrizes	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> BIC	<input type="checkbox"/> Desfibrilador
<input type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> t/ dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input type="checkbox"/> Normoesfígmico	<input type="checkbox"/> Eupnéia	<input type="checkbox"/> Cistostomia	<input type="checkbox"/> Drêno:		
<input checked="" type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input type="checkbox"/> Manchas	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Dispositivo O2	<input type="checkbox"/> Aparelho gessado	<input type="checkbox"/> Tração		
<input type="checkbox"/> Tetraplégico	<input type="checkbox"/> Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia				<input type="checkbox"/> Talas			

SINAIS VITAIS				POSIÇÃO		COXIM		MMSS	
Início	Melo	Fim	Unid.						
FC	<u>102</u>	<u>95</u>	<u>91</u>	Bpm	<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input type="checkbox"/> Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos		
Pulso	<u>101</u>	<u>94</u>	<u>90</u>	Bpm	<input type="checkbox"/> Ventral	<input type="checkbox"/> Pescoço	<input type="checkbox"/> Abduzidos		
Oximetria	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>	%	<input type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Fletidos		
Capnografia	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	%	<input type="checkbox"/> Litotômica	<input type="checkbox"/> Lombar	<input type="checkbox"/> MMII		
PA	<u>76/41</u>	<u>76/41</u>	<u>76/41</u>	mmHg	<input type="checkbox"/> Trendlemburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos		
					<input type="checkbox"/> Canivete		<input type="checkbox"/> Abduzidos		
					<input type="checkbox"/> Proclive		<input type="checkbox"/> Fletidos		

ACESSO VENOSO		PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
<input type="checkbox"/> Punção Arterial	<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica	() Sim <u>64</u> Não () Metal () Descartável	
<input type="checkbox"/> Punção Venosa Central	<input type="checkbox"/> Dissecção venosa	Local: _____	
Local: <u>MSE</u>		DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA
Cateter: <u>20</u>		() Sim () Não	() Sim <u>64</u> Não
		Local: <u>MMII</u>	Solução: <u>clor. deg</u> Local: _____

SONDAGEM GÁSTRICA		IMPLANTE CIRÚRGICO	
<input type="checkbox"/> SNG nº _____		Drenos: _____	
Retorno: _____		Tela: _____	
CATETERISMO VESICAL		HRDML / SESAP	
<input type="checkbox"/> SVF nº _____	<input type="checkbox"/> SVA nº _____	CONFÉRICIO ORIGINAL	
Diurese: _____		Parnamirim RN: <u>10/05/2018</u>	
Profissional responsável: _____		Ostomia: _____	
		Fio de KC: _____	
		Parafuso - tipo: _____	
		Placa - Tipo: _____	
		Outros: _____	

EXAMES SOLICITADOS		ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO	
() Hemograma	() Gasometria	Caixa cirúrgica: <u>básica</u>	Quant. Material: <u>36</u>
() Coagulograma	() Outros	Val.: <u>09/08/2020</u>	Contagem de gaze e compressa: () Não () Sim
() Tipagem Sanguínea	() Glicosimetria		
() Radioscopia (Raio X)			





Tenomiorrafia (0408060460)	
() 0702030023 - âncora;	() 0702030031 - arruela denteada;
() 0702030894 - parafuso cortical 3,5 mm;	() 0702030724 - parafuso esponjoso 4,0 mm;
Tratamento cirúrgico de fratura lesão fisária distal de tibia (0408060608)	
() 0702030325 - fio olivado p/ fixador externo;	() 0702030724 - parafuso esponjoso 4,0 mm
() 0702030392 - fixador externo híbrido;	() 0702030384 - fixador externo circular / semicircular;
() 0702030627 - parafuso canulado 3,5 mm;	() 0702030406 - fixador externo linear;
() 0702030694 - parafuso cortical 3,5 mm;	() 0702030643 - parafuso canulado 7,0 mm;
() 0702030805 - pino de shantz;	() 0702030708 - parafuso cortical 4,5 mm
() 0702031003 - placa em t 4,5 mm (inclui parafusos);	() 0702030970 - placa em l 4,5 mm (inclui parafusos);
() 0702031054 - placa ponte 3,5 mm (inclui parafusos);	() 0702031020 - placa em trevo 4,5 mm (inclui parafusos);
() 0702031089 - placa semitubular 3,5 mm (inclui parafusos);	
Reconstrução osteoplástica do quadril (0408040161)	
() 0702030023 - âncora;	() 0702030694 - parafuso cortical 3,5 mm;
() 0702030023 - âncora;	() 0702030724 - parafuso esponjoso 4,0 mm;
Tenoplastia ou enxerto de tendão único (0408060476)	
() 0702030023 - âncora;	() 0702031232 - prótese tendinosa de silicone;
Tratamento cirúrgico de pseudartrose / retardo de consolidação / perda óssea da diáfise tibial (0408060861)	
() 0702030325 - fio olivado p/ fixador externo;	() 0702030805 - pino de shantz;
() 0702030384 - fixador externo circular / semicircular;	() 0702030350 - fixador externo c/ sistema de alongamento monofocal;
() 0702030546 - haste intramedular flexível p/ uso infantil;	() 0702030406 - fixador externo linear;
() 0702030422 - fixador externo tipo plataforma - sistema de alongamento / transplanta osso;	() 0702030520 - haste intramedular bloqueada de tibia (inclui parafusos);
() 0702030902 - placa de compressão dinâmica 4,5 mm estreita (inclui parafusos);	
Tratamento cirúrgico de associação fratura / luxação / fratura-luxação / diálise do anel pélvico (0408040284)	
() 0415020034 - outros procedimentos com cirurgias sequenciais;	() 0702030430 - fixador pélvico;
() 0702030643 - parafuso canulado 7,0 mm;	() 0702030406 - fixador externo linear;
() 0702030899 - placa de compressão dinâmica 3,5 mm (inclui parafusos);	() 0702030694 - parafuso cortical 3,5 mm;
() 0702030929 - placa de reconstrução 3,5 mm (inclui parafusos);	() 0702030902 - placa de compressão dinâmica 4,5 mm estreita (inclui parafusos);
() 0702030937 - placa de reconstrução de 4,5 mm (inclui parafusos);	
Tratamento cirúrgico de fratura do sacro (0408040360)	
() 0702030086 - barra sacral;	() 0702030430 - fixador pélvico;
() 0702030929 - placa de reconstrução 3,5 mm (inclui parafusos);	() 0702030937 - placa de reconstrução de 4,5 mm (inclui parafusos);
() 0702030902 - placa de compressão dinâmica 4,5 mm estreita (inclui parafusos);	() 0702030643 - parafuso canulado 7,0 mm;
Artrorese de articulações sacroilíacas (0408040033)	
() 0702030086 - barra sacral;	() 0702030643 - parafuso canulado 7,0 mm;
() 0702030929 - placa de reconstrução 3,5 mm (inclui parafusos);	() 0702030937 - placa de reconstrução de 4,5 mm (inclui parafusos);
Artroplastia de quadril (não convencional) (0408040041)	
() 0702030082 - cimento c/ antibiótico;	() 0702031178 - prótese convencional articulada proximal de membro inferior;
() 0702031380 - cimento s/ antibiótico;	
Artroplastia parcial de quadril (0408040050)	
() 0702030074 - centralizador para componente femoral cimentado modular;	() 0702031380 - cimento s/ antibiótico;
() 0702030120 - componente cefálico / polietileno / metal p/ hemiartrorplastia bipolar / metálico p/ hemiartrorplastia monopolar;	() 0702030210 - componente femoral não cimentado modular primário;
() 0702030163 - componente femoral cimentado modular primário;	() 0702031259 - restritor de cimento femoral/umeral;
() 0702031224 - prótese parcial de quadril cimentada monobloco (tipo Thompson);	
Artroplastia total de conversão do quadril (0408040068)	
() 0702030074 - centralizador para componente femoral cimentado modular;	() 0702030767 - parafuso p/ componente acetabular;
() 0702030080 - componente acetabular de polietileno cimentado primário / revisão;	() 0702030082 - cimento c/ antibiótico;
() 0702030104 - componente acetabular metálico de fixação biológica primária / revisão;	() 0702031380 - cimento s/ antibiótico;
() 0702030139 - componente cefálico p/ artroplastia total do quadril;	() 0702030694 - parafuso cortical 3,5 mm;
() 0702030171 - componente femoral cimentado monobloco tipo Charnley;	() 0702030163 - componente femoral cimentado modular p/
() 0702030597 - componente acetabular de polietileno p/ componente metálico primário / de revisão de fixação biológica;	() 0702030210 - componente femoral não cimentado modular primário;
() 0702031259 - restritor de cimento femoral/umeral;	
Artroplastia de revisão ou reconstrução do quadril (0408040076)	
() 0702030074 - centralizador para componente femoral cimentado modular;	() 0702030082 - cimento c/ antibiótico;
() 0702030080 - componente acetabular de polietileno cimentado primário / revisão;	() 0702030317 - dispositivo anti-protrusão c/ orifícios p/ parafusos;
() 0702030104 - componente acetabular metálico de fixação biológica primária / revisão;	() 0702030767 - parafuso p/ componente acetabular;
() 0702030139 - componente cefálico p/ artroplastia total do quadril;	() 0702031283 - tela de reconstrução acetabular;
() 0702030198 - componente femoral modular de revisão cimentada p/ enxerto impactado;	() 0702031380 - cimento s/ antibiótico;
() 0702030201 - componente femoral modular de revisão não cimentada p/ revestimento total;	
() 0702030597 - componente acetabular de polietileno p/ componente metálico primário / de revisão de fixação biológica;	
() 0702031178 - prótese convencional articulada proximal de membro inferior;	
() 0702031259 - restritor de cimento femoral/umeral;	
() 0702031281 - tela de reconstrução femoral;	
Artroplastia total primária do quadril não cimentada / híbrida (0408040082)	
() 0702030082 - cimento c/ antibiótico;	() 0702030104 - componente acetabular metálico de fixação biológica primária / re
() 0702030139 - componente cefálico p/ artroplastia total do quadril;	() 0702030163 - componente femoral cimentado modular primário;
() 0702030210 - componente femoral não cimentado modular primário;	() 0702030767 - parafuso p/ componente acetabular;
() 0702030694 - parafuso cortical 3,5 mm;	() 0702031380 - cimento s/ antibiótico;
() 0702031259 - restritor de cimento femoral/umeral;	
() 0702030597 - componente acetabular de polietileno p/ componente metálico primário / de revisão de fixação biológica;	
Tratamento cirúrgico de fratura / lesão fisária proximal (colo) do fêmur (síntese) (0408060489)	
() 0702030481 - haste femoral curta c/ bloqueio cefálico (inclui parafusos);	() 0702030813 - placa c/ parafuso deslizante de 135 ou 150 graus;
Tratamento cirúrgico de fratura do acetábulo (0408040297)	
() 0702030040 - arruela lisa;	() 0702030643 - parafuso canulado 7,0 mm;
() 0702030694 - parafuso cortical 3,5 mm;	() 0702030724 - parafuso esponjoso 4,0 mm;
() 0702030830 - placa 1/3 tubular 3,5 mm (inclui parafusos);	() 0702030929 - placa de reconstrução 3,5 mm (inclui parafusos);

HRDML / SESAP
CONFERI C/ ORIGINAL
Parnamirim-RN. 20.002.9
Mat. 21932-9





Hospital

Nome do paciente		Nº prontuário	
Lamir Mocena de Souza			
Data operação	11/05/2020	Enf.	
Operador	Dr Carlos Augusto	1º auxiliar	Dr Fabio Freire
2º auxiliar		3º auxiliar	
Anestesiista	Dr Paulo Walter	Tipo de anestesia	
Diagnóstico pré-operatório	Infecção Nuphual e olhos (D) e (E)		
Tipo de operação	Desbridamento conjuntiva		
Diagnóstico pós-operatório			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1) Lavagem da conjuntiva com solução fisiológica
- 2) Incisão na conjuntiva anterior do olho (D) e (E)
- 3) Desbridamento conjuntiva
- 4) Lavagem mecânica
- 5) Sutura p/ plano

Dr. Fábio Freire, R. 1117
Oculista e Oftalmologista
CRM: 1117

HRDML / SESAP
CONFERI C/O ORIGINAL
Pamamirim-RN: 20120115101137500000060735524
Mat. 2194279





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

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 22766 /2020
Admissão: 19/05/2020 14:43:53



RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - AZUL

Paciente: 172326 - DAMIAO MACENA DE SOUZA (39 a 3 m 5 d)

Nascimento: 05/04/1981

Natural: BARAUNA.BRASIL

CNS: 701409651002130

CPF: 01024047474

Sexo: M Cor: PARDA

Mãe: MARIA ELIETE DE SOUZA

Pai:

Prof:

Logradouro: GERONCIO RIBEIRO, 80

CEP: 59550000

Bairro: CENTRO

Cidade: JOAO CAMARA

Telefone: 84 91473354

Compl:

Motivo: EXAMES

Origem: AMBUL. INTERIOR

Tipo: NÃO REFERENCIADO

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS: VINDO DO DEOCLESIO

Classificação: 19/05/2020 14:39:06

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: TC DO COTOVELO DIREITO

Hora: _____

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Gerado via SX por FRANCISCO DE ASSIS MORAIS QUEIROZ. Impresso em 10 de Julho de 2020.



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

PRMV015_R7 - Impressão da Prescrição Médica



90101172326

Página 1 de 1

10/07/2020 11:26

Paciente: 172326 - DAMIAO MACENA DE SOUZA

BAA: 4-20213/2020

Idade: 39 ano(s) 3 mes(es) e 5 dia(s)

Prescrição Nº: 1

Hospital / Unidade: WG - POLITRAUMA

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Arquivo:

Peso:

Data Atendimento: 01/05/2020 22:40

Início Validade: 02/05/2020 00:12 até 03/05/2020 18:59

Sala: POLITRAUMA

Médico Resp.: 117-GENTIL FERNANDES DE ARAÚJO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

02/05/2020 00:13:28 - paciente com fratura do umero direito e esquerdo e mao direita e fibula esquerda

PRESCRIÇÃO MÉDICA**NUTRIÇÃO**

1 - LIVRE

SOLUÇÃO

2 - SOLUÇÃO DE

a - SORO FISIOLÓGICO CLOR. DE SÓDIO 0,9% 500 ML
SIST. F

Tempo: 11904,76h

MEDICAMENTO3 - DÍPIRONA SÓDICA 500MG/ML 2 ML
Obs.: +18 ml de ABD4 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML
S/N em caso de vômitos
Obs.: +18 ml de ABD5 - RANITIDINA 25MG/ML - 2 ML
Obs.: + 18ml de ABD6 - TRAMADOL 50MG/ML - 2ML

7 - OXACILINA 500MG (1FA+5ML ABD) - D1/5

CUIDADOS

8 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

9 - CURATIVO DIÁRIO

GENTIL FERNANDES DE ARAÚJO FILHO
CRM-5647/RN

Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 01/12/2020 15:10:13

<https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120115101137500000060735524>

Número do documento: 20120115101137500000060735524

10/07/2020 11:26

Num. 63362290 - Pág. 33

HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

PARE007_R - Evolução do Paciente

Período 01/05/2020 22:46 a 10/07/2020 23:59:00

Página 1 de 1
10/07/2020 11:25

BAA: 20213/2020

Paciente: DAMIAO MACENA DE SOUZA

Data/Hora: 02/05/2020 00:13 Usuário: GENTIL FERNANDES DE ARAÚJO F Idade na data: 39 anos 27 dias

Evolução:

paciente com fratura do umero direito e esquerdo e mao direita e fibula esquerda

GENTIL FERNANDES DE ARAÚJO FILHO
CRM 5647 / RN



SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou

CNES: 2653923
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **172326 DAMIAO MACENA DE SOUZA**
CNS: 701409651002130 Nascimento: 05/04/1981 Sexo: Masculino
Mãe: MARIA ELIETE DE SOUZA Pai:
Endereço: RUA GERONCIO RIBEIRO, 80 - CENTRO - JOAO CAMARA
Município: JOAO CAMARA Código Municipal IBGE: 240580 UF: RN

Prontuário: 1196512
Cor: PARDA
Fone: 91473354 /
CEP: 59550-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 15932 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:**

paciente vitima de acidente moto carro apresentando fratura do umero diafisara esquerda, fratura do umero distal direita e mão direita

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
procedimento cirurgico

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
hc e rx

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S42.3 FRATURA DA DIAFISE DO UMEMO*408020393. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMEMO

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

UMERO DIAFISARIA;3 COTOVELO, FX;1 MAO, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

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

Profissional Solicitante / Assistente:

GENTIL FERNANDES DE ARAÚJO FILHO

CRM: 5647 / RN

Data da Solicitação 02/05/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: Nº do bilhete: Série:
() Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: CNAE da Emp.: CBOR:
() Acidente de Trabalho Trajeto
Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: Órgão Emissor:

Data da Autorização: / / Assinatura/Carimbo:

Número da Autorização:





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL ESTADUAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



Paciente: **172326 DAMIAO MACENA DE SOUZA**

Nascimento: 05/04/1981 Idade: 39 ano(s) 3 mes(es) 5 Natural: RN BARAUNA

Sexo: Masculino

CNS: 701409651002130

CPF: 01024047474

Cor: PARDA

Prof:

Mãe: MARIA ELIETE DE SOUZA

Pai:

Endereço: RUA GERONCIO RIBEIRO, 80 - CENTRO - JOAO CAMARA

Cidade: RN JOAO CAMARA

CEP: 59550-000 Telefone: (84) 91473354

BOLETIM Nº: **20213/2020**

Sala Inicial: **POLITRAUMA**

Triagem:

Admissão: 01/05/2020 22:40

Boletim: 02/05/2020 00:07

Motivo: ACIDENTE DE TRANSITO - MOTO

Origem: AMBUL. SAMU RN

Queixa:

Observação:

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente alega acidente de trabalho? ☐ Sim ☐ Não Profissão e Empresa:

Notif. de viol. interpessoal/autoagressão: ☐ Sim ☐ Não

paciente vítima de acidente moto carro apresentando fratura do umero diafisara esquerda, fratura do umero distal direita e mão direita

Alergia:

Medicação em uso:

EXAME FÍSICO

deformidade em mmss

Solicito exames :



Profissional: GENTIL FERNANDES DE ARAÚJO FILHO

CRM: RN 5647

Saída: () Liberação Médica; () Revela; () Internação; () Óbito c/Declar; () Óbito SVO/ITEP; () Transferido para: _____

Data e Hora da Saída: ____/____/2019 ____:____

Médico:



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

PRMV015_R7 - Impressão da Prescrição Médica



90101172326

Página 1 de 1

10/07/2020 11:27

Paciente: 172326 - DAMIAO MACENA DE SOUZA

FIA: 4-4339/2020

Idade: 39 ano(s) 3 mes(es) e 5 dia(s)

Prescrição Nº: 6

Hospital / Unidade: WG - 4 ANDAR

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 1196512

Peso:

Data Internação: 02/05/2020 02:24

Início Validade: 06/05/2020 19:00 até 07/05/2020 18:59

Quarto / Leito: 15 - 448

Médico Resp.: 117-GENTIL FERNANDES DE ARAÚJO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

06/05/2020 16:01:00 - FRATURA UMEMO DIREITO E ESQUERDO, MÃO DIREITA E FIBULA ESQUERDA
ESCORIAÇÃO EM MEMBROS INFERIORES E SUTURA EM PERNA ESQUERDA
TOSSE E EXPECTORAÇÃO
PARECER DA TORÁCICA -> RELATO DE FRATURA DE COSTELA E HEMOTÓRAX NO B.A. DO PS -> ALTA DA
TORÁCICA
SOLICITADO EXAMES LABORATORIAIS
OBS ACOMPANHATE POUCO COLABORATIVA, NOS ENSINA QUE NA ALEMANHA, ONDE ELA MOROU POR 30
ANOS, É MELHOR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - LIVRE						
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - OMEPRAZOL 20 MG	1	CAP	VO	24h/24h		06
3 - FENOTEROL, BROMIDRATO 5MG/ML	8	GTS	INAL	6h/6h		00 06 12 18
4 - ENOXAPARINA 40MG/0,4 ML SC	1	SER	SC	24h/24h		18
5 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML S/N vômitos/na	1	AMP	IV	8h/8h		
6 - SORO FISIOLÓGICO CLOR. DE SÓDIO 0,9% 500 ML SIST. F	2	BOLS	IV	24h/24h		18
7 - DÍPIRONA, SÓDICA (500 MG/ML 20 ML GOTAS)	40	GTS	VO	6h/6h		00 06 12 18
8 - TRAMADOL 50MG	1	COM	VO	8h/8h		22 05 14
PROCEDIMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
9 - NEBULIZAÇÃO SIMPLES Obs.: SORO FISIOL E BEROEC GTS	1			6h/6h		00 06 12 18
CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
10 - SSVV + CCGG						
11 - CURATIVO Obs.: DIÁRIO						

AMARO ALVES DE SOUZA JÚNIOR
CRM-5439/RN



Secretaria de Saúde Pública
Hospital Deoclécio M. Lucena

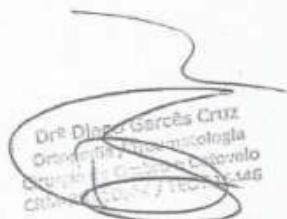
RECEITUÁRIO MÉDICO

Retenção Médica

- Paciente Dainara Macene
d Souza foi submetida
a cirurgia de osteossíntese
do estômulo ② e ungue
③ em maio de 2020.

No momento, realizando
fisioterapia, s/presença de
alito.

- CID = S52 + S42


Dr. Diego Garcia Cruz
Ortopedia e Traumatologia
CRM 100.000.000-00

10/07/2020



contato com: +07-4096-5100 - 2730
Mãe: M.^a Eliete de Souza RG: 00.085.257



CPF

240.474.74

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA

PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº

48 ed. 9130-1

NOME:

Danielle Macena de Souza

IDADE:

05-04-1988

SEXO:

M

ESTADO CIVIL:

casado

NATURALIDADE:

Paraná

PROFISSÃO:

Agricultor

PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO:

Leandro Ribeiro 180

BAIRRO:

Centro S. Co

CIDADE:

João Lourenço

DATA:

7-5-2020

HORA:

17:05

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐

REGULAR ☐

COM DISPNEIA ☐

CHOCADO ☐

COMATOSO ☐

C/ HEMORRAGIA ☐

EM CONVULSÃO ☐

POLITRAUMATIZADO ☐

AGITADO ☐

OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO

SIM ☐

NÃO ☐

PUPILAS

A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)

B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

C) PRESSÃO ARTER

TEMP.

RESPIRAÇÃO

FOCO

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

EXAME FÍSICO

HRDML / SESAP
CONFERI C/ O ORIGINAL
Parnamirim-RN. 10/06/20
Mat. 219427-9
S. B. B.

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULS

DIAGNÓSTICO INICIAL

OBS: NÃO APRESENTA DOCUMENTOS NO ATO DO





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde

0- DATA	1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2- CNES
14/05/2020	HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA	3515168
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4- CNES	
HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA	3515168	
5- PACIENTE	Identificação do Paciente	
DAMIAO MASCENA DE SOUZA	6- NUMERO DO PRONTUÁRIO	169481
7- CARTÃO NACIONAL/SUS	8- DATA DE NASCIMENTO	9- SEXO
701 4096 5100 2130	05/04/1981	MASCULINO
11- NOME DA MÃE	10- RAÇA/COR	
MARIA ELIETE DE SOUZA	12- TELEFONE DE CONTATO	991301541
13- NOME DO RESPONSÁVEL	14- TELEFONE DE CONTATO	
FRANCISCA MASCENA / IRMÃ		
15- ENDEREÇO (RUA, Nº)	17- BAIRRO	18- UF
R JERONCIO RIBEIRO 20	CENTRO	RN
16- MUNICÍPIO	19- CEP	
JOAO CAMARA	59550000	

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Trauma costal direito e dor aguda com dor, edema e deformidade

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

Necessidade de cirurgia

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

Anomalia + Ex. físico + RX

23- DIAGNÓSTICO INICIAL	24- CID 10 PRINCIPAL	25- CID 10 SECUND.	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
Fratura de fêmur direito	S80.0		
27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur			
29- CLÍNICA	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31- DOCUMENTO	32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
Ortopedia	Urgência	() CNS () CPF	
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34- DATA DA SOLICITAÇÃO	35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
Livia de Souza Costa	17/05/2020		
Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)			
36- CNPJ DA SEGURADORA	40- Nº DO SILHETE	41- SÉRIE	42- CBO
38- () AC. TRANSITO	42- CNPJ DA EMPRESA	43- CNAE DA EMPRESA	
37- () AC. TRABALHO TÍPICO			
39- () AC. TRABALHO TRAJETO			
45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Autorização

47- COD. ORGÃO 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 (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

HRDML / SESAP
CONFERI C/ O ORIGINAL
Parnamirim-RN, 10 de Maio de 2020

Mat. 219427-9





Hospital

Nome do paciente	Vanício Meurer de Souza			Nº prontuário
Data operação	12/06/2020			
Operador	Stavros Lourenço	1º auxiliar	Arthur Lemos	
2º auxiliar	Paulo Duarte	3º auxiliar		
Anestesiista	Paulo Duarte	Tipo de anestesia	BLOQUEIO DO PLEXO BRACHIAL	
Diagnóstico pré-operatório	Praticeira diag. mioma			
Tipo de operação				
Diagnóstico pós-operatório	Mesmo			
Relatório imediato do patologista				
Exame radiológico no ato				
Acidente durante a operação				

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- Decúbito dorsal sob anestesia
- Aspicção e aspiração de líquido. Campos estéril
- Acesso proximal e distal. Escamamento pleural 4,5 mm. Sutura + 04 perfurações
- Redução fratura imediatamente
- Fixação placa pela técnica minimamente invasiva
- Chaveamento escópica com boa redução da fratura
- Lavagem extensiva com soro fisiológico
- Fechamento pleural, com 5 pontos e tijolos
- Ab CRPA sob cuidados dos anestes

HRDML / SESAP
CONFERI C/O ORIGINAL
Paranaíba - RN - 12/06/2020

Mat. 289427

Stanislau Raim
Ortopedia e Traumatologia
40 Unibrio & Caravelo
14463





DAMIÃO MACENA DE SOUZA

Nome do paciente		27/05/2020		Nº prontuário	
DR MICHEL		DR DANIEL			
Data operação	Enf.	Leito			
Operador	1º auxiliar				
2º auxiliar	3º auxiliar		Instrumentador		
Anestesista	FRATURA DE ÚMERO DISTAL DIREITO				
Diagnóstico pré-operatório					
Tipo de operação					
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE ÚMERO DISTAL DIREITO					
Diagnóstico pós-operatório					
Relatório imediato do patologista					
Exame radiológico no ato					
Acidente durante a operação					
NOTA OPERATORIA					

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

1. PACIENTE EM DECUBITO VENTRAL SOB ANESTESIA

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

2. ESVAZIAMENTO E GARROTEAMENTO DE MSE

3. ASSESPSIA E ANTISSEPSIA + CAMPOS ESTEREIS

4. INCISÃO POSTERIOR DO COTOVELO DIREITO + DIVULSÃO POR PLANOS + DISSECÇÃO DO NERVO ULNAR

5. REDUÇÃO DE FRATURA DE ÚMERO DISTAL DIREITO E POSICIONADO DUAS PLACAS ORTOGONAIS, SENDO 01 PLACA DCP 3,5 DE 05 FUROS E 01 PLACA 1/3 DE CANO 3,5 DE 05 FUROS + 06 PARAFUSOS CORTICAIS 3.5 MM E 04 PARAFUSOS ESPONJOSOS 3,5.

6. IRRIGAÇÃO COPIOSA + LAVAGEM + HEMOSTASIA

7. SUTURA POR PLANOS + CURATIVO ESTERIL

8. RETIRADA DE GARROTE

9. BOA PERFUSÃO DISTAL

Dr. Michel Freire de Araujo
Ortopedista e Traumatologista
Otopatia Oncológica
CRM 4423 / TEOT 10753

HRDML / SESAP
CONFERIDO O ORIGINAL
Parauapebas - PA, 2006/05/27

Mat. 819232-9



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: <u>Damiano Mariana de Souza</u>		Idade: <u>39a</u>		D/N: <u>05/04/18</u>	
Pront.: _____		Município: _____		Procedência: () Interno () Externo	
Data da cirurgia: <u>13/05/2018</u>		Hora Admissão: <u>Bloco 4</u>		Sala: _____ Hora Saída: _____ Peso: _____	
Alergias: () Não () Sim <u>negativa</u>		Comorbidades: () HAS () DM () Outras _____		Jejum: () Não () Sim <u>22:00</u>	
Uso de medicações: () Não () Sim _____		SSW Admissão: PA: _____ mmHg		Pulso: _____ bpm FL: _____ rpm FC: _____ bpm SpO2: _____ % T: _____ °C	
Enfermeiro(a): <u>Estelina Palitot</u>		Instrumentador(a): <u>Sayonara</u>		Circulante: <u>Marília</u>	
Cirurgia: <u>Debridamento de feridas (E, D)</u>		Especialidade: <u>Otorrinolaringologia</u>		Sala: <u>03</u>	
Hora Início: <u>15:00</u>		Hora Término: <u>15:35</u>		Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada	
1º Cirurgião: <u>Dr. Carlos Augusto</u>		Residente: _____			
Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: _____ () Bloqueio <u>✓</u> Raquidiana Ag. nº <u>25</u> () Peridural () c/cateter () s/cateter					
Ag. nº _____ Cateter nº _____ Início: <u>14:45</u> Garrote: () Smarch () Pneumático Início: _____ Término: _____					
Anestesiologista: <u>Dr. Paulo Duarte</u>					

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Letárgico <input type="checkbox"/> Coma <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> t/ dificuldade <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Paraplégico <input type="checkbox"/> Tetraplégico <input type="checkbox"/> Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Inteira <input checked="" type="checkbox"/> C/lesões <input type="checkbox"/> Sudorese <input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória <input type="checkbox"/> Higiene deficiente <input type="checkbox"/> Manchas <input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia	<input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicardia <input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Choque <input type="checkbox"/> Normoesfígmico <input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Dispositivo O2	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco <input type="checkbox"/> Acesso V. Central <input type="checkbox"/> Cat. Diálise <input type="checkbox"/> Fístula <input type="checkbox"/> Arteriovenosa <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Dreno: <input type="checkbox"/> Aparelho gessado <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Talas	<input checked="" type="checkbox"/> ECG <input checked="" type="checkbox"/> Oximetria <input type="checkbox"/> Capnógrafo <input checked="" type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Estimul. Nervo <input type="checkbox"/> Diprifusor <input type="checkbox"/> BIC <input type="checkbox"/> Desfibrilador

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.	POSIÇÃO	COXIM	MMSS
FC	<u>102</u>	<u>95</u>	<u>91</u>	Bpm	<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input type="checkbox"/> Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
Pulso	<u>101</u>	<u>94</u>	<u>90</u>	Bpm	<input type="checkbox"/> Ventral	<input type="checkbox"/> Pescoço	<input type="checkbox"/> Abduzidos
Oximetria	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>	%	<input type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Fletidos
Capnografia	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	%	<input type="checkbox"/> Litotômica	<input type="checkbox"/> Lombar	<input type="checkbox"/> MMII
PA	<u>76/41</u>	<u>76/41</u>	<u>76/41</u>	mmHg	<input type="checkbox"/> Trendlemburg	<input type="checkbox"/> -	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
					<input type="checkbox"/> Canivete	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> Abduzidos
					<input type="checkbox"/> Proclive	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> Fletidos

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

SONDAGEM GÁSTRICA	
<input type="checkbox"/> SNG nº _____	
Retorno: _____	
CATETERISMO VESICAL	
<input type="checkbox"/> SVF nº _____	<input type="checkbox"/> SVA nº _____
Diurese: _____	
Profissional responsável: _____	

EXAMES SOLICITADOS	
<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Gasometria
<input type="checkbox"/> Coagulograma	<input type="checkbox"/> Outros _____
<input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	<input type="checkbox"/> Glicosimetria:
<input type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)	

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
() Sim <u>✓</u> Não () Metal () Descartável	
Local: _____	
DEGERMAÇÃO	
() Sim () Não	
Local: <u>MMII</u>	Solução: <u>Clor. Deg</u>
Local: _____	
IMPLANTE CIRÚRGICO	
Drenos: _____	
Tela: _____	HRDML / SESAP
Cateter: _____	CONFÉRICIO ORIGINAL
Ostomia: _____	Parnamirim RN: <u>10.06.28</u>
Fio de KC: _____	Mat: <u>21907-9</u>
Placa - Tipo: _____	Parafuso - tipo: _____
Outros: _____	

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO	
Caixa cirúrgica: <u>básica</u>	Quant. Material: <u>36</u>
Val.: <u>09/08/2026</u>	Contagem de gaze e compressa: () Não () Sim





Hospital

Nome do paciente		Nº prontuário	
Amir Mocena de Souza			
Data operação	11/05/2020	Enf.	
Operador	Dr Carlos Augusto	1º auxiliar	Dr Fabio Freire
2º auxiliar		3º auxiliar	
Anestesiista	Dr Paulo Walter	Tipo de anestesia	
Diagnóstico pré-operatório	Infecção Nuphual e olhos (D) e (E)		
Tipo de operação	Desbridamento conjuntiva		
Diagnóstico pós-operatório			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1) Lavagem da conjuntiva com solução fisiológica
- 2) Incisão na conjuntiva anterior do olho (D) e (E)
- 3) Desbridamento vigoroso
- 4) Lavagem mecânica
- 5) Sutura pº plano

Dr. Fábio Freire, R. 1117
Oculista e Oftalmologista
CRM: 1117

HRDML / SESAP
CONFERI C/O ORIGINAL
Pamamirim-RN: 21/05/2020
Mat. 21/05/2020



SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou

CNES: 2653923
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **172326 DAMIAO MACENA DE SOUZA**
CNS: 701409651002130 Nascimento: 05/04/1981 Sexo: Masculino
Mãe: MARIA ELIETE DE SOUZA Pai:
Endereço: RUA GERONCIO RIBEIRO, 80 - CENTRO - JOAO CAMARA
Município: JOAO CAMARA Código Municipal IBGE: 240580 UF: RN

Prontuário: 1196512
Cor: PARDA
Fone: 91473354 /
CEP: 59550-000

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 15932 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:**

paciente vitima de acidente moto carro apresentando fratura do umero diafisara esquerda, fratura do umero distal direita e mão direita

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
procedimento cirurgico

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
hc e rx

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S42.3 FRATURA DA DIAFISE DO UMEMO*408020393. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMEMO

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

UMERO DIAFISARIA;3 COTOVELO, FX;1 MAO, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

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

Profissional Solicitante / Assistente:

GENTIL FERNANDES DE ARAÚJO FILHO

CRM: 5647 / RN

Data da Solicitação 02/05/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: Nº do bilhete: Série:
() Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: CNAE da Emp.: CBOR:
() Acidente de Trabalho Trajeto
Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: Órgão Emissor:

Data da Autorização: / / Assinatura/Carimbo:

Número da Autorização:





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL ESTADUAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



Paciente: **172326 DAMIAO MACENA DE SOUZA**

Nascimento: 05/04/1981 Idade: 39 ano(s) 3 mes(es) 5 Natural: RN BARAUNA

Sexo: Masculino

CNS: 701409651002130

CPF: 01024047474

Cor: PARDA

Prof:

Mãe: MARIA ELIETE DE SOUZA

Pai:

Endereço: RUA GERONCIO RIBEIRO, 80 - CENTRO - JOAO CAMARA

Cidade: RN JOAO CAMARA

CEP: 59550-000 Telefone: (84) 91473354

BOLETIM Nº: **20213/2020**

Sala Inicial: **POLITRAUMA**

Triagem:

Admissão: 01/05/2020 22:40

Boletim: 02/05/2020 00:07

Motivo: ACIDENTE DE TRANSITO - MOTO

Origem: AMBUL. SAMU RN

Queixa:

Observação:

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente alega acidente de trabalho? ☐ Sim ☐ Não Profissão e Empresa:

Notif. de viol. interpessoal/autoagressão: ☐ Sim ☐ Não

paciente vítima de acidente moto carro apresentando fratura do umero diafisara esquerda, fratura do umero distal direita e mão direita

Alergia:

Medicação em uso:

EXAME FÍSICO

deformidade em mmss

Solicito exames :



Profissional: GENTIL FERNANDES DE ARAÚJO FILHO

CRM: RN 5647

Saída: () Liberação Médica; () Revela; () Internação; () Óbito c/Declar; () Óbito SVO/ITEP; () Transferido para: _____

Data e Hora da Saída: ____/____/2019 ____:____

Médico:



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

PRMV015_R7 - Impressão da Prescrição Médica



90101172326

Página 1 de 1

10/07/2020 11:27

Paciente: 172326 - DAMIAO MACENA DE SOUZA

FIA: 4-4339/2020

Idade: 39 ano(s) 3 mes(es) e 5 dia(s)

Prescrição Nº: 6

Hospital / Unidade: WG - 4 ANDAR

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 1196512

Peso:

Data Internação: 02/05/2020 02:24

Início Validade: 06/05/2020 19:00 até 07/05/2020 18:59

Quarto / Leito: 15 - 448

Médico Resp.: 117-GENTIL FERNANDES DE ARAÚJO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

06/05/2020 16:01:00 - FRATURA UMEMO DIREITO E ESQUERDO, MÃO DIREITA E FIBULA ESQUERDA
ESCORIAÇÃO EM MEMBROS INFERIORES E SUTURA EM PERNA ESQUERDA
TOSSE E EXPECTORAÇÃO
PARECER DA TORÁCICA -> RELATO DE FRATURA DE COSTELA E HEMOTÓRAX NO B.A. DO PS -> ALTA DA
TORÁCICA
SOLICITADO EXAMES LABORATORIAIS
OBS ACOMPANHATE POUCO COLABORATIVA, NOS ENSINA QUE NA ALEMANHA, ONDE ELA MOROU POR 30
ANOS, É MELHOR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - LIVRE						
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - OMEPRAZOL 20 MG	1	CAP	VO	24h/24h		06
3 - FENOTEROL, BROMIDRATO 5MG/ML	8	GTS	INAL	6h/6h		00 06 12 18
4 - ENOXAPARINA 40MG/0,4 ML SC	1	SER	SC	24h/24h		18
5 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML S/N vômitos/na	1	AMP	IV	8h/8h		
6 - SORO FISIOLÓGICO CLOR. DE SÓDIO 0,9% 500 ML SIST. F	2	BOLS	IV	24h/24h		18
7 - DÍPIRONA, SÓDICA (500 MG/ML 20 ML GOTAS)	40	GTS	VO	6h/6h		00 06 12 18
8 - TRAMADOL 50MG	1	COM	VO	8h/8h		22 05 14
PROCEDIMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
9 - NEBULIZAÇÃO SIMPLES Obs.: SORO FISIOL E BEROEC GTS	1			6h/6h		00 06 12 18
CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
10 - SSVV + CCGG						
11 - CURATIVO Obs.: DIÁRIO						

AMARO ALVES DE SOUZA JÚNIOR
CRM-5439/RN

Obs.: (S) alterado - (S) sim/não - (S/N) se necessário. Item em negrito e sublinhado é de Alto Risco

10/07/2020 11:27



Secretaria de Saúde Pública
Hospital Deoclécio M. Lucena

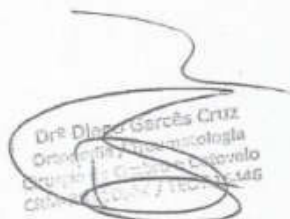
RECEITUÁRIO MÉDICO

Retenção Médica

- Paciente Dainéia Macene
d Souza foi submetida
a cirurgia de osteossíntese
do estômulo ② e ungue
③ em maio de 2020.

No momento, realizando
fisioterapia, s/presença de
alito.

- CID = S52 + S42


Dr. Diego Garcia Cruz
Ortodontia e Odontologia
Rua do Comércio, 146
Cidade de São Paulo, SP

10/07/2020





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO



Damiano Macena de Souza

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	002.085.251	DATA DE EXPEDIÇÃO	29/12/2014
NOME	DAMIÃO MACENA DE SOUZA		
RELACÃO	MARIA ELIETE DE SOUZA		
NATURALIDADE	BARALUNA RN	DATA DE NASCIMENTO	05/04/1981
DOC. ORIGEM	CERT. DE CASAMENTO L-17 F-170 RG-3428		
CPF	JOÃO CAMARA RN-CARTORIO-UNICO CARTORIO		
010.240.474-74	 2a. VIA		
LEI Nº 7.116 DE 29/09/83			



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

DAMIÃO MACENA DE SOUZA, brasileiro, casado, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 002.085.251, expedida pela SSP/RN, inscrito no CPF sob o nº 010.240.474-74, residente e domiciliado à avenida Antônio Severiano da Câmara, nº 360, Centro - João Câmara/RN, CEP: 59.550-000.

OUTORGADA:

FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA, brasileira, divorciada, profissional liberal, inscrita no CPF sob o nº 923.980.303-34, com o RG sob o nº 003.359.253 com escritório profissional à Rua Dr. Sadi Mendes, nº 1026, Santos Reis - Parnamirim/ RN, CEP 59.141.085, E-mail: franciscaseguros@hotmail.com

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder DPVAT e a Susep.

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

Parnamirim /RN, 03 de Agosto de 2020

Damião Macena de Souza
OUTORGANTE

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0215917/20

Vítima: DAMIAO MACENA DE SOUZA

CPF: 010.240.474-74

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 01/05/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DAMIAO MACENA DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA : 923.980.303-34

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

DAMIAO MACENA DE SOUZA : 010.240.474-74

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 03/08/2020
Nome: FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA
CPF: 923.980.303-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/08/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA

GERCIA LOURENCO DA SILVA



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: 30/10/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAMIAO MACENA DE SOUZA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00477-4

CONTA: 000000027392-9

Nr. da Autenticação 24ABC04B06E7E0DB



Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2014

Carta nº: 5594874

A/C: DAMIAO MACENA DE SOUZA

Sinistro: 2014859028
Vitima: DAMIAO MACENA DE SOUZA
Data Acidente: 15/09/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: DAMIAO MACENA DE SOUZA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000000477-4

Conta: 0000027392-9

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00301/00302 - carta_15R



00040151



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 2014859028 - 1
Nome do(a) Examinado(a): DAMIAO MACENA DE SOUZA
Endereço do(a) Examinado(a): RUA GERONCIO RIBEIRO nº 80 - CENTRO - BENTO FERNANDES/RN
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 2085251 - SSP
Data local do exame: 22/10/2014 NATAL/RN

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO TERÇO MÉDIO DISTAL DA DIÁFISE DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO (RÁDIO E ULNA)

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO- TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS DE PEQUENOS FRAGMENTOS. ALTA MÉDICA

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO- APRESENTA DEFORMIDADE ANATÔMICA EM VARO EM ANTEBRAÇO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DA FLEXÃO EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO EM GRAU MODERADO, MODERADA LIMITAÇÃO DA SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO E MODERADA PERDA DE FORÇA DE SUSTENTAÇÃO EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

☐ Total = "100% da IS"

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

Local e data de realização do exame médico legal:

RN - NATAL, 22/10/2014

Médico Perito: GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JUNIOR CRM: 6302


Dr. Gustavo Adolfo P. da Silva Jr.
Médico - Perito
CRM/CE - 6302

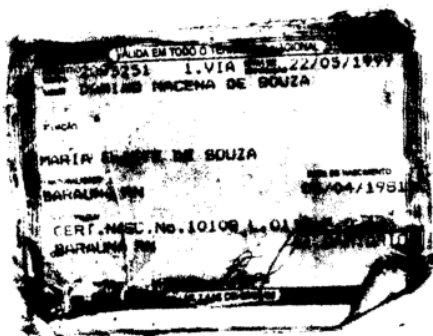


Assinatura do perito Examinador - CRM



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 01/12/2020 15:10:15
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120115101403000000060735531>
Número do documento: 20120115101403000000060735531

Num. 63362297 - Pág. 4





PACIENTE DAMIAO MACENA DE SOUZA
DATA DE ENTRADA 10/09/2014 **HORA** 08:18 **Nº BAA** 29358
IDADE 33 **SEXO** M **ETNIA** Pardo **CARTÃO SUS** 126967916450005
CPF 010.240.474-74 **RG** 2.085.251 **ESTADO CIVIL** Casado(a)
NOME DA MÃE MARIA ELIETE DE SOUZA
NOME DO PAI -
NASCIMENTO 05/04/1981 **NATURALIDADE** Baraúna-RN
TELEFONE (84) 3262-3806 **PROFISSÃO** Agricultor
RUA/AV. RUA GERONCIO RIBEIRO **Nº** 80
COMPLEMENTO - **BAIRRO** CENTRO
CEP 59550-000 **CIDADE** João Câmara-RN
ORIGEM Ambulância - Interior **MOTIVO** Acidente de Trânsito / Moto - Animal
ACID. DE TRABALHO Não **USUÁRIO** Francisco

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente vítima de acidente moto - animal (jumento) flutuante há aproximadamente 04 horas no município de Guanhães. Refere não ter sido socorrido de imediato. Outixa-se de dor em ombro direito e membro superior esquerdo.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vias aéreas patentes. Sem convulsões (paciente chegou com corse cervical)
 B Espmaco M (P), Búlbex, simétrico, brônquios, SIRA, FR: 24 ir
 C Pulso carotídeo: PCL, 2T, 2NF, 61 bpm, FC: 79 bpm
 D Orientado, Glasgow 15
 E Presença de escoriações em MSE, dorso, MEE e membro direito

OUTRAS OBSERVAÇÕES

no tórax em FIE
 Abdome: Enxerto, fúcido, normotenso, insensível à palpação, sem sinais de irritação peritonal.
 MMII: sem fratura exposta ou deformidades. Presença de escoriações

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL

DIAGNÓSTICO INICIAL

Poli traumatizado

CID

Realizado em 10-9-14 09:05
 Técnico LUCINALDO

ULTRASSONOGRAFIA
 Realizado em: 10/09/2014
 Téc. Enf.: [Assinatura]
 07 OUT 2014
 Gente Seguradora S/A
 Av. Carlos Gomes, 350 - POA/RN



FIQUE ATENTO À SITUAÇÃO DE ABUSO E MAUS TRATOS, EM ESPECIAL A CRIANÇAS, MULHERES E IDOSOS. DENUNCIE! PROCURE O SERVIÇO SOCIAL E NOTIFIQUE.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE Paciente vítima de acidente de moto apresentando dor em ombro D e punho D

EXAME FÍSICO Escaravado

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA Fratura de Galeazzi

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

LABORATÓRIO

1. Inverno Acarua
Clambrado Agua

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Curativo
Tala axila - palmar
Tala
A.R.

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Dr. Kleidson Bastos
ORTOPEDISTA
CRM 4423
Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

Ortopedia

DATA:

/ /

HORA:

SAÍDA:

DATA:

/ /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

/ /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Dr. Kleidson Bastos
ORTOPEDISTA
CRM 4423
Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

/ /

HORA:

SAÍDA:

DATA:

/ /

HORA:

À Revelia ☐

Transferido para:



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:	
ANAMNESE	Paciente vítima de acidente de moto apresentando dor em ombro D e punho D.
EXAME FÍSICO	Escarapela
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	Fratura de Galeazzi
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***	Laboratório Luseneo Arcanjo Cláudio Bastos
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
Curativo Tala axila - palmar Tapão A.R.	
Assinatura e Carimbo do Responsável	Dr. Kleudson Bastos ORTOPEDISTA CRM 4421
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"/>	
Dr. Kleudson Bastos Médico (Carimbo) ORTOPEDISTA CRM 4421	DEPARTAMENTO DE BINSTOR CIVIL VERIFICAR O CONTEÚDO Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação. OUT 2014 Gente Segura S/A Av. Calceadouro, 350 - POBRES
DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / / HORA:
NA:	DATA: / / HORA:



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

COD: 114269034

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <i>Damiano Moreira de Souza</i>		6 - Nº DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS <i>12696794645005</i>	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>05/04/1981</i>	9 - SEXO <i>MASCULINO</i>	10 - <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Maria Elite de Souza</i>		12 - TELEFONE DE CONTATO <i>3262-3806</i>	
13 - DEREÇO (RUA, Nº) <i>Rua Jerônimo Ribeiro - 80</i>		14 - 9194-9280	
15 - MUNICÍPIO <i>João Câmara</i>	16 - BAIRRO <i>Centro</i>	17 - UF <i>RN</i>	18 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Acidente de trânsito de moto apresentando dor em</i>	20 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>fratura de ombro</i>
---	---

21 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>RX</i>

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de ombro</i>	23 - CID INICIAL <i>S52.5</i>	24 - CID SECUNDÁRIO <i>S43.1</i>	25 - LAUDOS ASSOCIADOS
---	----------------------------------	-------------------------------------	------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO <i>Tratamento cirúrgico</i>	27 - LEITO / CLÍNICA	28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Dr. Nelson Bastos</i>
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>86.22</i>	31 - DT SOLICITAÇÃO <i>10/09/14</i>	32 - CNS / CPF	33 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	35 - CNPJ DA SEGURADORA	36 - Nº DO BILHETE	37 - BÔNUS
38 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ	40 -	41 -
42 - () ACID. TRABALHO TRAJETO	43 - CID PRINCIPAL	44 - DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
45 - CID SECUNDÁRIO	46 - () GRAVE	47 - () GRAVÍSSIMA	

AUTORIZAÇÃO

48 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	49 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
51 - DT AUTORIZ.	52 - DT AUTORIZ.	
53 - CNS / CPF	54 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	
55 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEG
DIRETORIA DE POLÍCIA DO INTERIOR - DF
DELEGACIA REGIONAL JOÃO CAMARA RN
TELEFONE 3262-4194



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 1556/2014

112886

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO
DATA E HORÁRIO DO FATO: 10/09/2014 ÀS 04H45MIN.
LOCAL DA OCORRÊNCIA: NA BR 406, ENTRE JANDAÍRA E BAIXA DO MEIO
DATA DO REGISTRO: 15/09/2014 ÀS 10H37MIN.

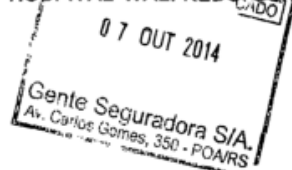
COMUNICANTE: DAMIÃO MACENA DE SOUZA
FILIAÇÃO: MARIA ELIETE DE SOUZA
ENDEREÇO: RUA GERÔNIO RIBEIRO, Nº 80, CENTRO, JOÃO CÂMARA/RN
DATA DE NASCIMENTO: 05/04/1981 SEXO: MASC. PROFISSÃO: AGRICULTOR
TELEFONE: (084) 3262-3806 NATURALIDADE: BARAÚNAS/RN ESTADO CIVIL: CASADO
DOCUMENTO: 2085251 SSP/RN

VÍTIMA: O MESMO
FILIAÇÃO:
ENDEREÇO:
DATA DE NASCIMENTO: SEXO: TELEFONE: (084) PROFISSÃO:
NATURALIDADE: ESTADO CIVIL:
DOCUMENTO:

ACUSADO:
ENDEREÇO:
REFERÊNCIA:

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA: O(A) COMUNICANTE INFORMA QUE NA DATA, HORA E LOCAL ACIMA CITADOS, QUE A VÍTIMA ESTAVA PILOTANDO, SUA MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESDI, PRETA, PLACA QJT-6241, 2012/2013, CHASSI Nº 9C2KC1680DR301486, RENAVAM Nº 00507849850, DE PROPRIEDADE DE FRANCISCO CANINDÉ DE SOUZA, QUE AO DESVIAR DE DOIS ANIMAIS QUE ESTAVAM NA PISTA DE SUA DIREÇÃO, UM CAMINHÃO FOCOU NA PISTA CONTRÁRIA EM LUZ ALTA EM SUA DIREÇÃO, DEIXANDO-O SEM VER COM CLAREZA, NO MOMENTO EM QUE COLIDIU, COM OUTRO ANIMAL QUE ESTAVA MAIS A FRENTE, CAINDO AO CHÃO, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES, PARA O PRONTO SOCORRO DE BAIXA DO MEIO E TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL WALFREDO GURGEL EM NATAL, NADA MAIS DISSE..

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: ENCAMINHADO AO CARTÓRIO



Damião Macena de Souza
Assinatura da Declarante
15 de SETEMBRO de 2014

APC NET, Mat. 203.999-0
15 de SETEMBRO de 2014





Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Dominio Moreira de Souza
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2.085.251 EXPEDIDO POR SP-RN EM 22/05/14
 CPF 0300240479-74 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Revisor
 E RENDA MENSAL DE R\$ R\$ 1.200,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Dominio M. de Souza, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

❗ Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos **não devem, de forma nenhuma**, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO 001 AGÊNCIA 0477-4 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 27.392-9

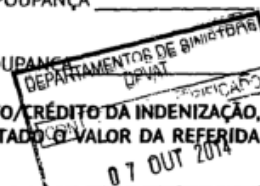
☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.



LOCAL maracó - RN DATA 23/09/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) X Dominio Moreira de Souza

Gente Seguradora S/A
 Av. Carreiras, 150 - 2º andar

❗ ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





0477-4

27392-9

