



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.



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 01/12/2020 15:10:00
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012011510003760000060735517>
Número do documento: 2012011510003760000060735517

Num. 63362282 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 01/12/2020 15:10:13
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012011510113750000060735524>
Número do documento: 2012011510113750000060735524

Num. 63362290 - Pág. 1

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.

Pag. 00821/00822 - carta 01 - INVALIDEZ

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 n° 16003428



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 01/12/2020 15:10:13
<https://pje.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012011510113750000060735524>
Número do documento: 2012011510113750000060735524

Núm. 63362290 - Pág. 3



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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.



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:
030.240.474-74 Domílio Macêdo dos Souza

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

5 - Nome completo:	Domílio Macêdo dos Souza	6 - CPF:	030.240.474-74
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
RBC Informar	AU. ANTONIO SANTUARO DA COMARCA	360	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Centro	JOOO CRUZ	PR	59550-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): controleseguros04@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:

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Nordeste

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

AGÊNCIA: CONTA: 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Sim Não 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não
teve filhos? Vivos: Falecidos: nasцturo (vai nascer)? Vivos: Falecidos: teve irmãos? Vivos: Falecidos: pais/avôs vivos?

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

34
Impressão
digital da
víma 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

X Domílio Macêdo dos Souza

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 da 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



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 01/12/2020 15:10:13
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012011510113750000060735524>
Número do documento: 2012011510113750000060735524

Num. 63362290 - Pág. 6



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO 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 mesmos já haviam sido socorridos e encaminhados.



Documento assinado eletronicamente por MARCELO BEZERRA, matrícula 1970218, Policial Rodoviário Federal, em 05/05/2020, conforme horário oficial da 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



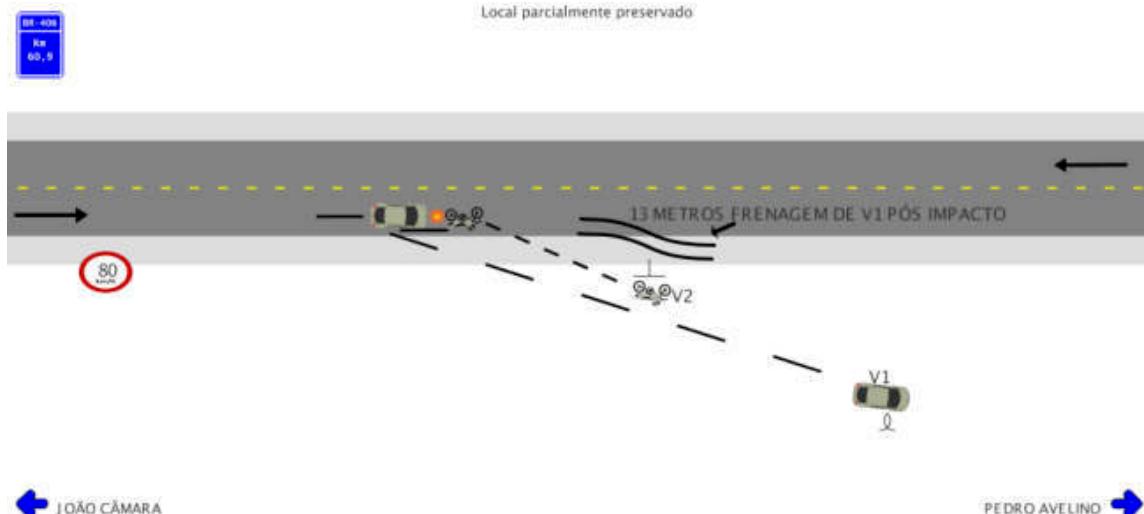


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO 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 da 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
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO 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

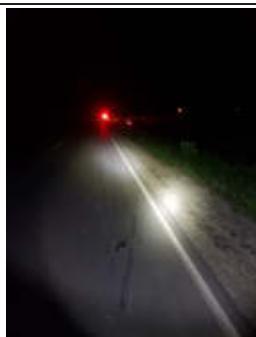
V1 - Encaminhamento

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 da 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
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO 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 da 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
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 20021233B01

V1 - Imagens Obrigatórias

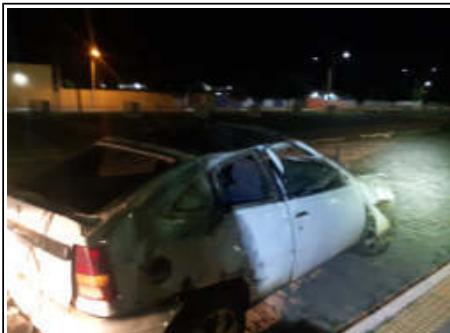


IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por MARCELO BEZERRA, matrícula 1970218, Policial Rodoviário Federal, em 05/05/2020, conforme horário oficial da 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
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 20021233B01



V1 - Proprietário

Nome: THIAGO MARQUES PINHEIRO
Email:
Endereço: MOSSORÓ-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 Primeira habilitação: 09/06/1992 Nº Registro: 01882594567
UF: RN Vencimento da habilitação: 10/07/2022 Motorista profissional: Não
Observações CNH: A

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Visíveis sinais de embriaguez: 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 JANDAIRA E ENCAMINHADO PARA HOSPITAL EM JOÃO CÂMARA/RN

V2 - VEÍCULO 2 - MXS3313 - MOTOCICLETA

V2 - Informações

Placa: MXS3313 Marca/modelo: HONDA/CG 125 FAN Renavam: 00912159863
Ano fabricação: 2007 Chassi: 9C2JC30707R103350 Tipo de veículo: Motocicleta
Espécie: Passageiro Categoria: Particular Cor: Preta
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

V2 - Encaminhamento



Documento assinado eletronicamente por MARCELO BEZERRA, matrícula 1970218, Policial Rodoviário Federal, em 05/05/2020, conforme horário oficial da 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
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO 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 da 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
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO 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 da 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
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 20021233B01



V2 - Proprietário

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

CPF/CNPJ: 702.982.544-68
Telefone:

V2C - CONDUTOR DE V2 - DAMIAO MACENA DE SOUZA

V2C - Informações

Nome: DAMIAO MACENA DE SOUZA Data de Nascimento: 05/04/1981
CPF: 010.240.474-74 Sexo: Masculino
Estado físico: Lesões Graves Morreu após remoção: Não
Usava capacete: Ignorado

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: Primeira habilitação: Nº Registro:
UF: Vencimento da habilitação: Motorista profissional: Não
Observações CNH:

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Visíveis sinais de embriaguez: 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 JANDAIRA 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 da 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





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:
030-240-474-74 Domingo Maceno dos 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:	Domingo Maceno dos Souza	6 - CPF:	030-240-474-74
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
R66 Informer	AV. ANTONIO SENGLARDO DA CAMPINA	360	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
centro	José Bonifácio	BA	59550-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 84 2226-5669		
centroseguros04@outlook.com			

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Nordeste

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

AGÊNCIA: CONTA: 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 na 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 03/08/2020

X Domingo Maceno dos Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

assinatura do Representante Legal (se houver)

11 V002/2019



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 01/12/2020 15:10:13
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012011510113750000060735524>
Número do documento: 2012011510113750000060735524

Num. 63362290 - Pág. 18



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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Francisco Olívio da Nascimento Filho inscrito

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

Domílio Macêdo da Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 010.240.474 / 74, do

sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Domílio Macêdo da 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	CEP: 59141-085
E-mail: CENTRALSEGUROS04@OUTLOOK.COM		Tel. (DDD): (084) 2226-5669	

Local e Data: Parnamirim, 03/10/2020

Francisco Olívio da N. Filho

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017



controle nro. +07 - 4096-5100 - 2230
Nº: M.º Billete de Souza RG:00.085.257



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SÉCRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 48 ed. 0130-1

NOME: Danielle Mariana de Souza

IDADE: 05-04-1986 GÊNERO: Feminino SEXO: M ESTADO CIVIL: Casado

NATURALIDADE: Pernambuco PROFISSÃO: Agricultor PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO: Veronico Ribeiro 180 BAIRRO: Centro

CIDADE: João Pessoa 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. 36,8 RESPIRAÇÃO 16 PULSO 80

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

EXAME FÍSICO

HRDML / SESAP
CONFERI C/ O ORIGINAL
Parnamirim-RN. 30/05/20
Mat. 010127-9

Rebento

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

OBS: NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS NO ATO DE ...





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 DEOCLEIO MARQUES DE LUCENA	2-CNES 3515168		
3-ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLEIO MARQUES DE LUCENA		4-CNES 3515168		
Identificação do Paciente				
5-PACIENTE DAMIAO MASCENA DE SOUZA	6-NÚMERO DO PRONTUÁRIO 169481			
7-CARTÃO NACIONAL/SUS 701 4096 5100 2130	8- DATA DE NASCIMENTO 05/04/1991	9-SEXO MASCULINO		
11-NOME DA MÃE MARIA ELIETE DE SOUZA	12-TELEFONE DE CONTATO 991301541			
13-NOME DO RESPONSÁVEL FRANCISCA MASCENA / IRMA	14-TELEFONE DE CONTATO			
15-ENDEREÇO (RUA, N°) R JERONCIO RIBEIRO 20	16-MUNICÍPIO JOAO CAMARA	17-BAIRRO CENTRO	18-UF RN	19-CEP 59550000
Justificativa de Internação				

20-PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Trauma ósseo direto e frágil seguido com dor, edema e deformidade.

21-CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de cirurgia.

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

Anamnese + Ex. fys + RX

23-DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura vértebra cervical (E)	24-CID 10 PRINCIPAL Fratura vértebra cervical (E)	25-CID 10 SECUND.	26-CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tobamento cirúrgico da Fratura da vértebra	Procedimento Solicitado		
28-CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
29-CLÍNICA Ortho	30-CARATÉR DA INTERNAÇÃO Urgência	31-DOCUMENTO () CNS () CPF	32-Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
33-NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Lívia de Souza Costa	34- DATA DA SOLICITAÇÃO 13/05/2020	35-ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) CRM 69054 ENT 1522	36-CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
38-() AC. TRÂNSITO	Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)	37-() AC. TRABALHO TÍPICO	38-CNPJ DA SEGURADORA
39-() ACI: TRABALHO TRAJETO	39-CNPJ DA EMPRESA	40-Nº DO BILHETE	41-SÉRIE
42-CNPJ DA EMPRESA	43-CNAE DA EMPRESA	44- CBO	45-VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO EMPREGADOR AUTÔNOMO DESEMPREGADO APOSENTADO NÃO SEGURO

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
Paraná - RN, 10/06/2020

Mat. 219427-9
Natal



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA ORTOPEDIA	REGULAÇÃO NAO REGULADO	OBS
ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO
CATEGORIA	GIH	169481
PACIENTE		HORA
DAMIAO MASCENA DE SOUZA		17:00
ESTADO CIVIL		DATA DE NASCIMENTO
CASADO		05/04/1981
ENDEREÇO (RUA, Nº)	PROFISSAO	
R JERONCIO RIBEIRO 20	AGRICULTOR	
MUNICÍPIO	BAIRRO	CEP
JOAO CAMARA	CENTRO	RN 59550000
LOCAL DE TRABALHO		TELEFONE
FILIAÇÃO		
MARIA ELIETE DE SOUZA	NAO DECLARADO	
RESPONSÁVEL		TELEFONE
FRANCISCA MASCENA / IRMA		991301541
ENDERECO		
010240474-74		

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

Fratura de 2º grau do úmero direito com deslocamento e desestabilização da articulação

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Fratura de 2º grau

DATA DE ADMISSÃO	ALTA	ÓBITO
14/05/2020		
HISTÓRIA CLÍNICA		
<i>Pronto com trauma L.S.direito em momento não especificado. Pode ser de origem traumática ou de natureza patológica. O paciente é portador de fratura de 2º grau do úmero direito.</i>		
<i>Dr. Wellington Costa Ortopedista e Traumatologista CRM-PB 0115733</i>		

HRDML / SESAP
CONFERI C/ O ORIGINAL
Parnamirim-RN. 10/05/20
Mat. 2194029



Hospital

Nº de paciente	Vaníció Meira da Silveira			Nº protocolo
Data operação	Ent.	Lado		
Operador	Stavros Kav Volum	1º auxiliar	Anastomose Lateral	
2º auxiliar	3º auxiliar	Instrumentador		
Anestesista	Paulo Duarte	Bloqueio do Plexo Brachial		
Diagnóstico pré-operatório Prativera draf. nissma				
Tipo de operação				
Diagnóstico pós-operatório				
Relatório imediato ao patologista				
Exame radiológico no ato				
Acidente durante a operação				

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- Desb. devido sob ambiulic
- Aspirar e contumprir MSG. Cunhos estériles
- Cúmo proximal + distal biscoamento placas 4,5 mm estérile + ou perfurada
- Reduções feitas indiretamente
- Fixar placas pela técnica minima
- Inj. local
- Cirurgia escopica com boa reflujo da arteria
- Cirurgia escopica com uso profissional
- Pedante placas, cerca 50's + trigo.
- Ao CRPA sob anestesia geral

HRDML / SESAP

CONFERIDO ORIGINAL

Parnamirim-RN

10/06/20

Mat. 2194279

Stanislaw Kavim
Ortopedia e Traumatologia
do Ombro e Cotovelo
10 FCB / 4465





ANEXO DO BOLETIM DE SALA

Relatório para cobrança de óteses, próteses e materiais especiais em traumato-ortopedia (OPME)
FICHA I - MEMBROS SUPERIORES E CINTURA ESCAPULAR

Paciente: Dominguo Macuna de Souza data: 27/05
Circulante de sala: Kerlycia Valinim Assinatura: Kerlycia

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

- () 0702030627 - parafuso canulado 3,5 mm;
- () 0702030630 - placa 1/3 tubular 3,5 mm (inclui parafusos);
- () 0702030699 - placa de compressão dinâmica 3,5 mm (inclui parafusos);
- () 0702030629 - 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 (0408020354)

- () 0702030295 - componente úmeral cimentado / fixação biológica;
- () 0702030333 - fio tipo Steinman roxeado;
- () 0702030635 - parafuso canulado 4,5 mm;
- () 0702030929 - placa de reconstrução 3,5 mm (inclui parafusos);
- () 0702031380 - cimento e/ou antibiótico;
- () 0702030465 - haste de Ender;
- () 0702030627 - parafuso canulado 3,5 mm;
- () 0702030630 - 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;
- () 0702030638 - haste intramedular bloqueada do 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);

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;
- () 0702030953 - 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 semilunar 2,7 mm (inclui parafusos);
- () 0702050782 - fio tipo Steinman liso;

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

- () 0702030630 - 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 semilunar 2,7 mm (inclui parafusos);
- () 0702050792 - fio tipo Steinman liso;

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Demílio Matheus de Souza Idade: 38 D/N: 05 / 04 / 81
 Pront: 189481 Município: João Pimenta Procedência: () Interno () Externo
 Data da cirurgia: 14 / 05 / 2020 Hora Admissão: Bloco: _____ Sala: _____ Hora Saída: _____ Peso: _____
 Alergias: () Não () Sim Nuga 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): Hugos Instrumentador (a): elenilde Circulante: poliaway

Cirurgia: Interv. # de úmido "E" Especialidade: Ortopédico Sala: 01
 Hora Início: 17:45 Hora Término: 18:50 Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
 1º Cirurgião: Stauvise Aux.: Alex Residente: —

Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: _____ () Bloqueio () Raquidiana Ag.nº: _____ () Peridural () Cateter () s/cateter
 Ag.nº: _____ Cateter nº: _____ Início: _____ Garrote: () Smarch () Pneumático Início: 17:30 Término: 18:50
 Anestesiologista: Fábio Matos

Folha de MMSS + Lexitrix de
pele com IMA II

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

SINAIS VITAIS	Inicio	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>95</u>	<u>94</u>	<u>95</u>	Bpm
Pulso	<u>95</u>	<u>94</u>	<u>95</u>	Bpm
Oximetria	<u>95</u>	<u>92</u>	<u>98</u>	%
Capnografia				%
PA	<u>145/75</u>	<u>145/75</u>	<u>145/81</u>	mmHg

ACCESSO VENOSO	
<input type="checkbox"/>	Punção Arterial
<input checked="" type="checkbox"/>	Punção Venosa Periférica <u>p/ enxerto</u>
<input type="checkbox"/>	Punção Venosa Central
<input type="checkbox"/>	Dissecção venosa
Local: <u>MIE</u>	
Cateter: <u>Jelco 20</u>	

SONDAGEM GÁSTRICA	
SNG nº	
Retorno:	

CATETERISMO VESICAL	
SVF nº	SVA nº
Diurese:	

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)	

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Cabeça	<input type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Ventral	<input type="checkbox"/> Pescoco	<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Fletidos
<input type="checkbox"/> Litotómica	<input type="checkbox"/> Lombar	<input type="checkbox"/> MMII
<input type="checkbox"/> Trendlenburg	<input checked="" type="checkbox"/> Iliaco	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Canivela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Proclive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
(<input type="checkbox"/>) Sim	(<input type="checkbox"/>) Não
(<input type="checkbox"/>) Metal	(<input type="checkbox"/>) Descartável
Local: <u>MIE</u>	

DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA
(<input type="checkbox"/>) Sim	(<input type="checkbox"/>) Não
(<input type="checkbox"/>) Não	(<input type="checkbox"/>) Sim
Local: <u>MSE</u>	Solução: <u>elox</u>
	Local: _____

IMPLANTE CIRÚRGICO	
DRNOS:	HRDML / SESAP
Teia:	CONFERITO / ORIGINAL
Cateter:	Parmamirim-RN: <u>1000cc</u>
Ostomia:	Mat: <u>219279</u>
Fio de KC:	DCP
Placa - Tipo:	Recortável <u>4x5-12 furos</u>
Outros:	

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO	
Caixa cirúrgica:	<u>Bás + perf 4x5</u>
Vai.: <u>2005/2020</u>	Quant. Material: <u>OK</u>

Contagem de gaze e compressa: () Não () Sim





ANEXO DO BOLETIM DE SALA

Relatório para cobrança de órteses, próteses e materiais especiais em traumato-ortopedia (OPME)
FICHA I – MEMBROS SUPERIORES E CINTURA ESCAPULAR

Paciente: Damião Maceno da Silva

Data: 14/10/20

Circular de sala: polvacuny

Assinatura: [Assinatura]

Tratamento cirúrgico de fratura / lesão fissária 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);
- 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)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 0702030295 - componente úmeral cimentado / fixação biológica; | <input type="checkbox"/> 0702030465 - haste de Ender; |
| <input type="checkbox"/> 0702030333 - fio tipo Steinman rosqueado; | <input type="checkbox"/> 0702030627 - parafuso canulado 3,5 mm; |
| <input type="checkbox"/> 0702030635 - parafuso canulado 4,5 mm; | <input type="checkbox"/> 0702030830 - placa 1/3 tubular 3,5 mm (inclui parafusos); |
| <input type="checkbox"/> 0702030929 - placa de reconstrução 3,5 mm (inclui parafusos); | <input type="checkbox"/> 0702031054 - placa ponte 3,5 mm (inclui parafusos); |
| <input type="checkbox"/> 0702031380 - cimento si/antibiótico; | |

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);
- 0702031062 - placa ponte 4,5 mm (inclui parafuso);

4 rotulas: 28,30,30

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

- 0702030376 - fixador externo cf sistema de pequenos fragmentos cf sistema de correção angular;
- 0702030414 - fixador externo p/ punho;
- 0702030953 - 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) (0408020428)

- 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);
- 0702050792 - 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);
- 0702050792 - fio tipo Steinman liso;

HRDML / SESAP
CONFERI C/ O ORIGINAL
Parnamirim-RN.

*2006/20
Mat. 2191279
ND/Seap*



RAMÔNIO 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	anestesia
Diagnóstico pré-operatório	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ÚMERO DISTAL DIREITO	
Tipo de operação		
Diagnóstico pós-operatório		
Relatório imediato do patologista		
Exame radiológico no ato		
Acidente durante a operação	NOTA OPERATORIA	

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO VENTRAL SOB ANESTESIA
Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras

2. ESVAZIAMENTO E GARROTEAMENTO DE MSF

3. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA + CAMPOS ESTEREIS

4. INCISÃO POSTERIOR DO COTOVÉLO DIREITO + DIVULSAÇÃO
POR PLANOS + DISSECÇÃO DO NERVO ULNAR

5. REDUÇÃO DE FRATURA DE ÚMERO DISTAL DIREITO E
POSITIONADO DUAS PLACAS ORTOGONIAIS, 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 Pereira de Araujo,
Ortopedista e Traumatologista,
Ortopedia Oncológica
CRM 4423 / TEOF 10753

HRDML / SESAP
CONFERIDO ORIGINAL
Paramirim-RN

2020/20
Mat. 219232-9
M. A. S. Dutra

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Daniela mariana de Souza Idade: 39 D/N: 05/04/21
 Pront.: 13032000 Município: Paraná Procedência: () Interno () Externo
 Data da cirurgia: 13/04/2021 Hora Admissão: Bloco: 400 Sala: 03 Hora Saída: Peso:
 Alergias: Não () Sim negro Comorbidades: () HAS () DM () Outras:
 Uso de medicações: () Não () Sim metformina Jejum: () Não () Sim 22:00
 SSW Admissão: PA: mmHg Pulsos: bpm FL: rpm FC: rpm SpO₂: % T: °C

Enfermeiro(a): Thiána Balito Instrumentador (a): Sayonara Circulante: Manília
 Cirurgia: Debridamento de tecidos (E, D) Especialidade: Ortopedia Sala: 03
 Hora Início: 15:00 Hora Término: 15:35 Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
 1º Cirurgião: Dra. Cárcia Augusto Residente:
 Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: () Bloqueio Requidiana Ag. n° 25 () Peridural () c/cateter () s/cateter
 Ag. n° Cateter n° Início: 14:45 Garrote: () Smarch () Pneumático Início: Término:
 Anestesiologista: Dra. Paula Duarte

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

SINAIS VITAIS	Início	Melh.	Fim	Unid.
FC	102	95	91	Bpm
Pulso	101	94	90	Bpm
Oximetria	100	100	100	%
Capnografia	—	—	—	%
PA	76/41	76/41	76/41	mmHg

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

SONDAGEM GÁSTRICA	
SNG n°	
Retorno:	
CATETERISMO VESICAL	
SVF n°	SVA n°
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)	

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

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO		
(<input type="checkbox"/>) Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	(<input type="checkbox"/>) Metal (<input type="checkbox"/>) Descartável
Local:		
DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA	
(<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não	(<input type="checkbox"/>) Sim (<input checked="" type="checkbox"/> Não	
Local: <u>MMI</u>	Solução: <u>Clor. Deg</u>	Local: —

IMPLANTE CIRÚRGICO		
Drenos:		
Tela:	HRDML / SESAP	
Cateter:	CONFERR C/ O ORIGINAL	
Ostomia:	Parnamirim RN	
Fio de KC:	<u>JO 06/2021</u>	<u>Mat. 219407-9</u>
Placa - Tipo:		Parafuso - tipo: <u>J20</u>
Outros:		

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO		
Caixa cirúrgica: <u>bórica</u>	Quant. Material: <u>36</u>	
Val.: <u>09/08/2020</u>	Contagem de gaze e compressa: (<input type="checkbox"/>) Não (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim	



Tenomiorrafia (0408060460)	
() 0702030023 - âncora;	() 0702030031 - arruela denteadas;
() 0702030694 - parafuso cortical 3,5 mm;	() 0702030724 - parafuso esponjoso 4,0 mm;
Tratamento cirúrgico de fratura lesão fisária distal de fibla (0408050608)	() 0702030724 - parafuso esponjoso 4,0 mm () 0702030635 - parafuso canula
() 0702030325 - fio olivado p/ fixador externo;	() 0702030384 - fixador externo circular / semicircular;
() 0702030392 - fixador externo híbrido;	() 0702030408 - fixador externo linear;
() 0702030627 - parafuso canulado 3,5 mm;	() 0702030643 - parafuso canulado 7,0 mm;
() 0702030694 - parafuso cortical 3,5 mm;	() 0702030708 - parafuso cortical 4,5 mm
() 0702030805 - pino de shantz;	() 0702030970 - placa em l 4,5 mm (incluso parafusos);
() 0702031003 - placa em t 4,5 mm (incluso parafusos);	() 0702031020 - placa em trevo 4,5 mm (incluso parafusos);
() 0702031054 - placa ponte 3,5 mm (incluso parafusos);	() 0702031088 - placa semitubular 3,5 mm (incluso parafusos);
Reconstrução osteoplástica do quadril (0408040181)	
() 0702030023 - âncora; () 0702030694 - parafuso cortical 3,5 mm;	() 0702030724 - parafuso esponjoso 4,0 mm;
Tenoplastia ou enxerto de tendão único (0408060476)	
() 0702030023 - âncoras;	() 0702031232 - prótese tendinosa de silicone;
Tratamento cirúrgico de pseudartrose / retardado de consolidação / perda óssea da diáfise tibial (0408050981)	() 0702030805 - pino de shantz;
() 0702030325 - fio olivado p/ fixador externo;	() 0702030350 - fixador externo c/ sistema de alongamento monofocal;
() 0702030384 - fixador externo circular / semicircular;	() 0702030408 - fixador externo linear;
() 0702030548 - haste intramedular flexível p/ uso infantil;	() 0702030520 - haste intramedular bloqueada de tibia (incluso parafusos);
() 0702030422 - fixador externo tipo plataforma - sistema de alongamento / transplanta óssea;	
() 0702030902 - placa de compressão dinâmica 4,5 mm estreita (incluso parafusos);	
Tratamento cirúrgico de associação fratura / luxação / fratura-luxação / disjunção do anel pélvico (0408040284)	() 0702030430 - fixador pélvico;
() 0415020034 - outros procedimentos com cirurgias seqüenciais;	() 0702030408 - fixador externo linear;
() 0702030643 - parafuso canulado 7,0 mm;	() 0702030694 - parafuso cortical 3,5 mm;
() 0702030889 - placa de compressão dinâmica 3,5 mm (incluso parafusos);	() 0702030902 - placa de compressão dinâmica 4,5 mm estreita (incluso parafusos);
() 0702030929 - placa de reconstrução 3,5 mm (incluso parafusos);	() 0702030937 - placa de reconstrução de 4,5 mm (incluso parafusos);
Tratamento cirúrgico de fratura do sacro (0408040300)	
() 0702030096 - barra sacral;	() 0702030430 - fixador pélvico;
() 0702030929 - placa de reconstrução 3,5 mm (incluso parafusos);	() 0702030937 - placa de reconstrução de 4,5 mm (incluso parafusos);
() 0702030802 - placa de compressão dinâmica 4,5 mm estreita (incluso parafusos);	() 0702030643 - parafuso canulado 7,0 mm;
Artrodeses de articulações sacroiliacas (0408040033)	
() 0702030066 - barra sacral;	() 0702030543 - parafuso canulado 7,0 mm;
() 0702030929 - placa de reconstrução 3,5 mm (incluso parafusos);	() 0702030537 - placa de reconstrução de 4,5 mm (incluso parafusos);
Artroplastia de quadril (não convencional) (0408040041)	
() 0702030082 - cimento c/ antibiótico;	() 0702031178 - próteseconvencional articulada proximal de membro inferior;
() 0702031380 - cimento s/ antibiótico;	
Artroplastia parcial de quadril (0408040050)	
() 0702030074 - centralizador para componente femoral cimentado modular;	() 0702031380 - cimento c/ antibiótico;
() 0702030120 - componente céfálico / polietileno / metal p/ hemiarthroplastia bipolar / metálico p/ hemiarthroplastia monopolar;	
() 0702030163 - componente femoral cimentado modular primário;	() 0702030210 - componente femoral não cimentado modular primário;
() 0702031224 - prótese parcial de quadril cimentada monobloco (tipo Thompson);	() 0702031259 - restritor de cimento femoral/umeral;
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 c/ antibiótico;
() 0702030139 - componente céfálico p/ artroplastia total do quadril;	() 0702030644 - parafuso cortical 3,5 mm;
() 0702030171 - componente femoral modular de revisão cimentada p/ enxerto impactado;	() 0702030163 - componente femoral cimentado modular p/ revisão de fixação biológica;
() 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 (0408040078)	
() 0702030074 - centralizador para componente femoral cimentado modular;	() 0702030082 - cimento c/ antibiótico;
() 0702030090 - componente acetabular de polietileno cimentado primário / revisão;	() 0702030317 - dispositivo anti-protrusão c/ orifícios p/ parafuso;
() 0702030104 - componente acetabular metálico de fixação biológica primária / revisão;	() 0702030767 - parafuso p/ componente acetabular;
() 0702030139 - componente céfálico p/ artroplastia total do quadril;	() 0702031283 - tela de reconstrução acetabular;
() 0702030198 - componente femoral modular de revisão cimentada p/ enxerto impactado;	() 0702031380 - cimento c/ antibiótico;
() 0702030201 - componente femoral modular de revisão cimentada p/ revisão total;	
() 0702030597 - componente acetabular de polietileno p/ componente metálico primário / de revisão de fixação biológica;	
() 0702031178 - próteseconvencional articulada proximal de membro inferior;	
() 0702031259 - restritor de cimento femoral/umeral;	
() 0702031281 - tela de reconstrução femoral;	
Artroplastia total primária do quadril não cimentada / híbrida (0408040092)	
() 0702030082 - cimento c/ antibiótico;	() 070203104 - componente acetabular metálico de fixação biológica primária / re
() 0702030138 - componente céfálico 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 c/ 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 (sinfise) (0408050489)	
() 0702030481 - haste femoral curta c/ bloqueio céfálico (incluso parafusos);	() 0702030813 - placa c/ parafuso deslizante de 135 ou 150 graus;
Tratamento cirúrgico de fratura do acetáculo (0408040297)	
() 0702030040 - arruela lisa;	() 0702030543 - 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 (incluso parafusos);	() 0702030929 - placa de reconstrução 3,5 mm (incluso parafusos);

HRML / SESAP
CONFERI C/ O ORIGINAL
Parnamirim-RN. 10/09/2020
Mat. 219487-9



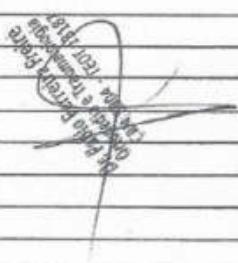
Hospital

Nome do paciente	Jávor Mocca de Sanga			Nº prontuário
Data operação	11/05/2020	Enf.	Lelto	
Operador	Dr. Carlos Augusto.		1º auxiliar	R. Fabio Freire.
2º auxiliar		3º auxiliar		Instrumentador
Anestesiota	Dr. Paulo Duarte	Tipo de anestesia		
Diagnóstico pré-operatório	Infecção aguda de jelhos (1) e (2)			
Tipo da operação	Desbridamento cirúrgico.			
Diagnóstico pós-operatório				
Relatório imediato do patologista				
Exame radiológico no ato				
Acidente durante a operação				

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1) Fazente na direção dorsal, nos margens
- 2) Sutura na região anterior do joelhos (1) e (2)
- 3) Desbridamento vigoroso
- 4) Lâmina de cunha
- 5) Sutura no plano



HRDML / SESAP
CONFERI C/ O ORIGINAL
Parnamirim-RN
Mat. 201201151021





RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

NOME: Domingos Motaes de Souza LEITO: 23 ENF: C01

~~HDRML / SESAP~~
CONFERI C / O ORIGINAL
Parnamirim-RN 10/06/2024

Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 01/12/2020 15:10:13
<https://pjef1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012011510113750000060735524>
Número do documento: 2012011510113750000060735524

Num. 63362290 - Pág. 31



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 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

Mãe: MARIA ELIETE DE SOUZA Prof:

Logradouro: GERONCIO RIBEIRO, 80 Pai:

CEP: 59550000 Bairro: CENTRO

Telefone: 84 91473354 Compl:

Sexo: M Cor: PARDA

Cidade: JOAO CAMARA

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

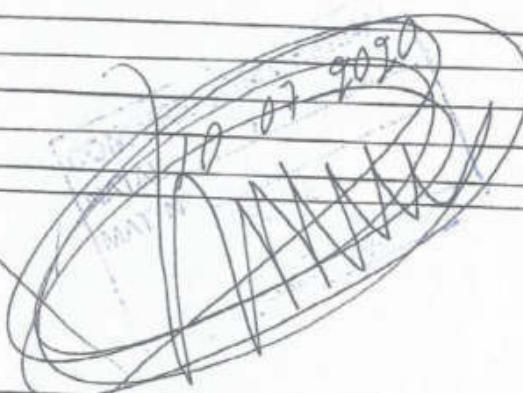
Queixas: TC DO COTOVELO DIREITO
Hora: _____



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.



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

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012011510113750000060735524>

Número do documento: 2012011510113750000060735524

Num. 63362290 - Pág. 32



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	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários	
						IV	Continuo
1 - LIVRE							
SOLUÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários	
2 - SOLUÇÃO DE a - SORO FISIOLOGICO CLOR. DE SODIO 0,9% 500 ML SIST. F - Tempo: 11904,76h	1.500	BOLS	IV	Continuo	21gota/min		
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários	
3 - DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2 ML Obs.: +18 ml de ABD	1	AMP	IV	6h/6h			
4 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML S/N em caso de vômitos Obs.: +18 ml de ABD	1	AMP	IV	6h/6h			
5 - RANITIDINA 25MG/ML - 2 ML Obs.: + 18ml de ABD	1	AMP	IV	12h/12h			
6 - TRAMADOL 50MG/ML - 2ML	1	AMP	IV	6h/6h			
7 - OXACILINA 500MG (1FA+5ML ABD) - D1/5	4	FA	IV	6h/6h			
CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários	
8 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS							
9 - CURATIVO DIARIO							

GENTIL FERNANDES DE ARAÚJO FILHO

CRM-5647/RN



Item não necessário. Item em negrito e sublinhado é de Alto Risco

10/07/2020 11:26

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

<https://pjef1.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012011510113750000060735524>

Número do documento: 2012011510113750000060735524

Num. 63362290 - Pág. 33

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

PARE007_R - Evolução do Paciente

Período 01/05/2020 22:40à10/07/2020 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



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 01/12/2020 15:10:13
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012011510113750000060735524>
Número do documento: 2012011510113750000060735524

Num. 63362290 - Pág. 34

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

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou _____

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **172326 DAMIAO MACENA DE SOUZA**

CNS: 701409651002130

Nascimento: 05/04/1981

Sexo: Masculino

Prontuário: 1196512

Mãe: MARIA ELIETE DE SOUZA

Pal:

Cor: PARDA

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

Fone: 91473354 /

Município: JOAO CAMARA

Código Municipal IBGE:

240580 UF: RN

CEP: 59550-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 15932 / 2020

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

paciente vítima de acidente moto carro apresentando fratura do úmero diafisaria esquerda, fratura do úmero distal direita e mão direita

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

procedimento cirúrgico

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

hc e rx

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S42.3 FRATURA DA DIAFISE DO UMERO*408020393.TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERO

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

UMERO DIAFISARIA;3 COTOVELO, FX;1

MAO, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

 Faz Antibiototerapia Diabetes Hipertensão Obesidade Lesão por pressão Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assitente:

GENTIL FERNANDES DE ARAÚJO FILHO

CRM: 5647 / RN

Data da Solicitação 02/05/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS) Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____ Série: _____

 Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

 Acidente de Trabalho TrajetôVínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador: _____

Orgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

Data da Autorização: ____/____/____

Assinatura/Carimbo: _____





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

Pal:

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

Cidade: RN JOAO CAMARA

CEP: 59550-000 Telefone: (84) 91473354

BOLETIM N°: 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 Nâc

paciente vítima de acidente moto carro apresentando fratura do úmero diafisaria esquerda, fratura do úmero 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/IEP; ()Transferido para: _____

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

Médico:





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 UMERO DIREITO E ESQUERDO, MÃO DIREITA E FIBULA ESQUERDA
 ESCORIAÇÃO EM MEMBROS INFERIORES E SUTURA EM Perna ESQUERA
 TOSSE E EXPECTORAÇÃO
 PARECER DA TORÁCICA -> RELATO DE FRATURA DE COSTELA E HEMOTÓRAX NO B.A. DO PS -> ALTA DA TORACICA
 SOLICITADO EXAMES LABORATORIAIS
 OBS ACOMPANHATE POUCO COLABORATIVA, NOS ENSINA QUE NA ALEMANHA, ONDE ELA MOROU POR 30 ANOS, É MELHOR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
NUTRIÇÃO						
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 SODIO 0,9% 500 ML SIST. F	2	BOLS	IV	24h/24h		18
7 - DIPIRONA, SODICA (500 MG/ML 20 ML GOTAS)	40	GTS	VO	6h/6h		00 06 12 18
8 - TRAMADOL 50MG	1	COM	VO	8h/8h		22 06 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

Relatório Médico

- Pauci Dámin Macone
d Socje fsi submetid
e exame d ostossintx
d estudo (1) e uner
(2) em mai d 2020.

No momt, realyens
fisioterapeu, s/presc d
alte.

- CSD = SSZ + SLZ

10/07/2020

Drt. Diana Górcas Cruz
Ortopedista e Traumatologa
Ortopedista e Traumatologa
Ortopedista e Traumatologa
Ortopedista e Traumatologa

controle nro. +07 - 4096-5100 - 2230
Nº: M.º Billete de Souza RG:00.085.257



CPF

0240.474.74

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SÉCRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 48

ed. 0130-1

NOME: Danielle Mariana de Souza

IDADE: 05-04-1986 GÊNERO: Feminino SEXO: M ESTADO CIVIL: Casado

NATURALIDADE: Pernambuco PROFISSÃO: Agricultor PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO: Veronico Ribeiro 180 BAIRRO: Centro

CIDADE: João Pessoa 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. 37,0 RESPIRAÇÃO 16 PULSO 120

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

EXAME FÍSICO

HRDML / SESAP
CONFERI C/ O ORIGINAL
Parnamirim-RN. 30/05/20
Mat. 010127-9

Rebento

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

OBS: NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS NO ATO DE ...





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 DEOCLEIO MARQUES DE LUCENA	2-CNES 3515168		
3-ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLEIO MARQUES DE LUCENA		4-CNES 3515168		
Identificação do Paciente				
5-PACIENTE DAMIAO MASCENA DE SOUZA	6-NÚMERO DO PRONTUÁRIO 169481			
7-CARTÃO NACIONAL/SUS 701 4096 5100 2130	8- DATA DE NASCIMENTO 05/04/1991	9-SEXO MASCULINO		
10-RAÇA/COR				
11-NOME DA MÃE MARIA ELIETE DE SOUZA	12-TELEFONE DE CONTATO 991301541			
13-NOME DO RESPONSÁVEL FRANCISCA MASCENA / IRMA	14-TELEFONE DE CONTATO			
15-ENDEREÇO (RUA, N°) R JERONCIO RIBEIRO 20	16-MUNICÍPIO JOAO CAMARA	17-BAIRRO CENTRO	18-UF RN	19-CEP 59550000
Justificativa de Internação				

20-PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Trauma ósseo direto e friso agudo com dor, edema e deformidade.

21-CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessário de cirurgia.

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

Anamnese + Ex. fys + RX

23-DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura referida à ferida (E)	24-CID 10 PRINCIPAL Fratura referida à ferida (E)	25-CID 10 SECUND.	26-CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tobronto cirúrgico da ferida da unha	Procedimento Solicitado		
28-CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
29-CLÍNICA Ortho	30-CARATÉR DA INTERNAÇÃO Urgência	31-DOCUMENTO () CNS () CPF	32-Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
33-NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Lívia de Souza Cunha	34- DATA DA SOLICITAÇÃO 13/05/2020	35-ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) CRM 69054 ENT 1522	36-CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
38-() AC. TRÂNSITO	Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)	37-() AC. TRABALHO TÍPICO	38-CNPJ DA SEGURADORA
39-() ACI: TRABALHO TRAJETO	39-CNPJ DA EMPRESA	40-Nº DO BILHETE	41-SÉRIE
42-CNPJ DA EMPRESA	43-CNAE DA EMPRESA	44-CBOR	
45-VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			

EMPREGADO EMPREGADOR AUTÔNOMO DESEMPREGADO APOSENTADO NÃO SEGURO

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
Paraná - RN

Mat. 219427-9
Natal



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA ORTOPEDIA	REGULAÇÃO NAO REGULADO	OBS
ENFERMARIA N°	LEITO	PRONTUÁRIO
CATEGORIA	GIH	169481
PACIENTE		HORA
DAMIAO MASCENA DE SOUZA		17:00
ESTADO CIVIL		DATA DE NASCIMENTO
CASADO		05/04/1981
ENDEREÇO (RUA, N°)	PROFISSAO	
R JERONCIO RIBEIRO 20	AGRICULTOR	
MUNICÍPIO	BAIRRO	CEP
JOAO CAMARA	CENTRO	RN 59550000
LOCAL DE TRABALHO		TELEFONE
FILIAÇÃO		
MARIA ELIETE DE SOUZA	NAO DECLARADO	
RESPONSÁVEL		TELEFONE
FRANCISCA MASCENA / IRMA		991301541
ENDERECO		
010240474-74		

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

*Fratura de 2º grau do úmero direito com deslocamento e desestabilização da articulação.
comprimento fêmur maior que o humero (6 cm) e um desvio de 10 mm.*

DATA DE ADMISSÃO

14/05/2020

ALTA

ÓBITO

HISTÓRIA CLÍNICA

*Pronto com trauma cr. distal em membro superior
apresenta fêmur maior que o humero (6 cm) e um desvio de 10 mm.*

*Dr. Wellington Costa
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB 0115733*

HRDML / SESAP
CONFERI C/ O ORIGINAL
Parnamirim-RN. *10/05/20*
Mat. *2194029*



Hospital

Nº de paciente	Vanícius Meira da Silveira			Nº protocolo
Data operação	Ent.	Lado		
Operador	Stavros Paul Volim	1º auxiliar	Anastomose curva	
2º auxiliar	3º auxiliar	Instrumentador		
Anestesista	Paulo Duarte	Resequido do Plexo Brachial		
Diagnóstico pré-operatório Prativera draf. rimma				
Tipo de operação				
Diagnóstico pós-operatório drenado				
Relatório imediato ao patologista				
Exame radiológico no ato				
Acidente durante a operação				

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- Desb. devido sob ambiulic
- Aspirar e contumprir MSG. Cunhos estériles
- Cúros proximal e distal hescamente placas 4,5 mm estériles + ou perfuradas
- Reduções feitas gradativamente
- Fixar placas pela técnica minima
- Infusiva
- Cirurgia escópica com boa retroflexão da bexiga
- Cirurgia escópica com uso de endobag
- Pedante placas, cerca 50's + trajes.
- Ao CRPA sob anestesia geral

HRDML / SESAP

CONFERIDO ORIGINAL

Parnamirim-RN

10/06/20

Mat. 2194279

00

00

00

00

00

00

00

00

Stanislaw Kallm
Ortopedia e Traumatologia
do Ombro e Cotovelo
01 FCB / 4465



DAMIAO 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	anestesia
Diagnóstico pré-operatório	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ÚMERO DISTAL DIREITO	
Tipo de operação		
Diagnóstico pós-operatório		
Relatório imediato do patologista		
Exame radiológico no ato		
Acidente durante a operação	NOTA OPERATORIA	

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO VENTRAL SOB ANESTESIA
Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras

2. ESVAZIAMENTO E GARROTEAMENTO DE MSF

3. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA + CAMPOS ESTEREIS

4. INCISÃO POSTERIOR DO COTOVÉLO DIREITO + DIVULSAÇÃO
POR PLANOS + DISSECÇÃO DO NERVO ULNAR

5. REDUÇÃO DE FRATURA DE ÚMERO DISTAL DIREITO E
POSITIONADO DUAS PLACAS ORTOGONIAIS, 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 Pereira de Araújo
Ortopedista e Traumatologista
Ortopedia Oncológica
CRM 4423 / TEOF 1075

HRDML / SESAP
CONFERIDO ORIGINAL
Paramirim-RN

2020/20
Mat. 219232-9
M. A. D. Autog.



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Daniela mariana de Souza Idade: 39 D/N: 05/04/21
 Pront.: 13032000 Município: Paraná Procedência: () Interno () Externo
 Data da cirurgia: 13/04/2021 Hora Admissão: Bloco: 400 Sala: 03 Hora Saída: Peso:
 Alergias: Não () Sim negro Comorbidades: () HAS () DM () Outras:
 Uso de medicações: () Não () Sim metformina Jejum: () Não () Sim 22:00
 SSW Admissão: PA: mmHg Pulsos: bpm FL: rpm FC: rpm SpO₂: % T: °C

Enfermeiro(a): Thiána Balito Instrumentador (a): Sayonara Circulante: Manília
 Cirurgia: Debridamento de tecidos (E, D) Especialidade: Ortopedia Sala: 03
 Hora Início: 15:00 Hora Término: 15:35 Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
 1º Cirurgião: Dra. Cárcia Augusto Residente:
 Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: () Bloqueio Requidiana Ag. n° 25 () Peridural () c/cateter () s/cateter
 Ag. n° Cateter n° Início: 14:45 Garrote: () Smarch () Pneumático Início: Término:
 Anestesiologista: Dra. Paula Duarte

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

SINAIS VITAIS	Início	Melh.	Fim	Unid.
FC	102	95	91	Bpm
Pulso	101	94	90	Bpm
Oximetria	100	100	100	%
Capnografia	—	—	—	%
PA	76/41	76/41	76/41	mmHg

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

SONDAGEM GÁSTRICA	
SNG n°	
Retorno:	
CATETERISMO VESICAL	
SVF n°	SVA n°
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)	

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

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO		
(<input type="checkbox"/>) Sim	(<input checked="" type="checkbox"/>) Não	(<input type="checkbox"/>) Metal
Local:		
DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA	
(<input type="checkbox"/>) Sim	(<input checked="" type="checkbox"/>) Não	(<input type="checkbox"/>) Sim
Local:	<u>MMI</u>	<u>Clav. Deg</u>
Solução:		Local:

IMPLANTE CIRÚRGICO		
Drenos:		
Tela:	HRDML / SESAP	
Cateter:	CONFERR C/ O ORIGINAL	
Ostomia:	Parnamirim RN	
Fio de KC:	Mat. 21947-9	
Placa - Tipo:	Parafuso - tipo:	
Outros:		

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO		
Caixa cirúrgica:	<u>bórica</u>	Quant. Material: <u>36</u>
Val.:	<u>09/08/2020</u>	Contagem de gaze e compressa: (<input type="checkbox"/>) Não (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim





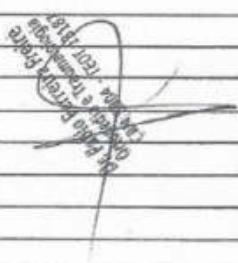
Hospital

Nome do paciente	Jávor Mocca de Sanga			Nº prontuário
Data operação	11/05/2020	Enf.	Lelto	
Operador	Dr. Carlos Augusto.		1º auxiliar	R. Fabio Freire.
2º auxiliar		3º auxiliar		Instrumentador
Anestesiota	Dr. Paulo Duarte	Tipo de anestesia		
Diagnóstico pré-operatório	Infecção aguda e pélvica (1) e (2)			
Tipo da operação	Desbridamento cirúrgico.			
Diagnóstico pós-operatório				
Relatório imediato do patologista				
Exame radiológico no ato				
Acidente durante a operação				

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1) Fazente na direção dorsal, nos tecidos
- 2) Sutura na região anterior do abdômen (1) e (2)
- 3) Desbridamento vigoroso
- 4) Lâmina de cotonete
- 5) Sutura no plano



HRDML / SESAP
CONFIRA O ORIGINAL
Pernamirim-RN
Mat. 201201151021





RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

NOME: Domingos Motaes de Souza LEITO: 23 ENF: C01

~~HDRML / SESAP~~
CONFERI C / O ORIGINAL
Parnamirim-RN 10/06/2024

Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 01/12/2020 15:10:13
<https://pjef.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012011510113750000060735524>
Número do documento: 2012011510113750000060735524

Num. 63362290 - Pág. 46

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

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou _____

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **172326 DAMIAO MACENA DE SOUZA**

Prontuário: 1196512

CNS: 701409651002130

Nascimento: 05/04/1981

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA ELIETE DE SOUZA

Pal:

Fone: 91473354 /

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

CEP: 59550-000

Município: JOAO CAMARA

Código Municipal IBGE:

240580 UF: RN

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 15932 / 2020

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

paciente vítima de acidente moto carro apresentando fratura do úmero diafisaria esquerda, fratura do úmero distal direita e mão direita

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

procedimento cirúrgico

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

hc e rx

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S42.3 FRATURA DA DIAFISE DO UMERO*408020393.TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERO

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

UMERO DIAFISARIA;3 COTOVELO, FX;1

MAO, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

 Faz Antibioticoterapia Diabetes Hipertensão Obesidade Lesão por pressão Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assitente:

GENTIL FERNANDES DE ARAÚJO FILHO

CRM: 5647 / RN

Data da Solicitação 02/05/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS) Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____ Série: _____

 Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

 Acidente de Trabalho TrajetôVínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador: _____

Orgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

Data da Autorização: ____/____/____

Assinatura/Carimbo: _____





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

Pal:

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

Cidade: RN JOAO CAMARA

CEP: 59550-000 Telefone: (84) 91473354

BOLETIM N°: 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 Nâc

paciente vítima de acidente moto carro apresentando fratura do úmero diafisaria esquerda, fratura do úmero 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/IEP; ()Transferido para: _____

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

Médico:





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 UMERO DIREITO E ESQUERDO, MÃO DIREITA E FIBULA ESQUERDA
 ESCORIAÇÃO EM MEMBROS INFERIORES E SUTURA EM Perna ESQUERA
 TOSSE E EXPECTORAÇÃO
 PARECER DA TORÁCICA -> RELATO DE FRATURA DE COSTELA E HEMOTÓRAX NO B.A. DO PS -> ALTA DA TORACICA
 SOLICITADO EXAMES LABORATORIAIS
 OBS ACOMPANHATE POUCO COLABORATIVA, NOS ENSINA QUE NA ALEMANHA, ONDE ELA MOROU POR 30 ANOS, É MELHOR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
NUTRIÇÃO						
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 SODIO 0,9% 500 ML SIST. F	2	BOLS	IV	24h/24h		18
7 - DIPIRONA, SODICA (500 MG/ML 20 ML GOTAS)	40	GTS	VO	6h/6h		00 06 12 18
8 - TRAMADOL 50MG	1	COM	VO	8h/8h		22 06 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

Relatório Médico

- Pauci Dámin Macone
d Socje fsi submetid
e exame d ostossintx
d estudo (1) e uner
(2) em mai d 2020.

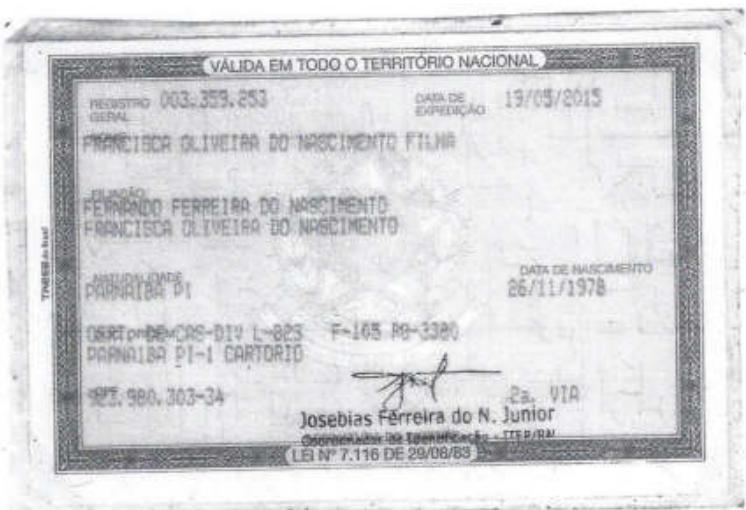
No momt, realyens
fisioterapeu, s/presc d
alte.

- CSD = SSZ + SLZ

10/07/2020

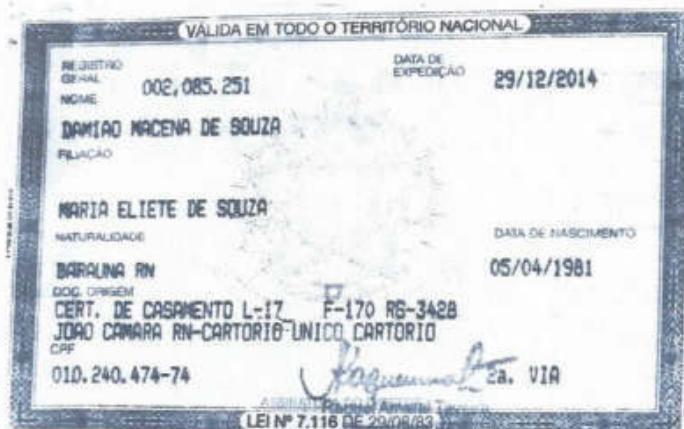
Drt. Diana Górcas Cruz
Ortopedista e Traumatologa
Ortopedista e Traumatologa
Ortopedista e Traumatologa
Ortopedista e Traumatologa





Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 01/12/2020 15:10:13
<https://pjef1.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012011510113750000060735524>
Número do documento: 2012011510113750000060735524

Num. 63362290 - Pág. 51



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 01/12/2020 15:10:13
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012011510113750000060735524>
Número do documento: 2012011510113750000060735524

Num. 63362290 - Pág. 52

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 Lider 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/05/2020

Titular do CPF: DAMIAO MACENA DE SOUZA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

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: GERCA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA

GERCA LOURENCO DA SILVA



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 01/12/2020 15:10:13
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012011510113750000060735524>
Número do documento: 2012011510113750000060735524

Num. 63362290 - Pág. 54

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



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=2012011510140300000060735531>
Número do documento: 2012011510140300000060735531

Num. 63362297 - Pág. 1

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



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas 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 complicações.

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

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível 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, nº1º 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)

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(*):

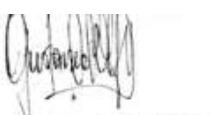
Total = "100% da IS"

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

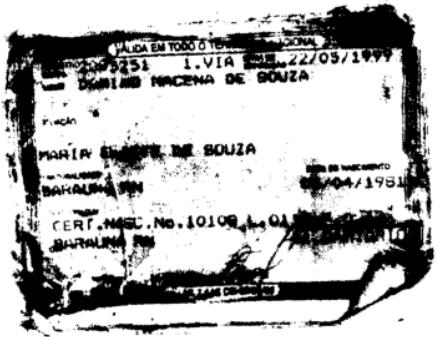

Dr. Gustavo Adolfo P. da Silva Jr.
Médico - Perito
CRMCE - 6302

Assinatura do perito Examinador - CRM



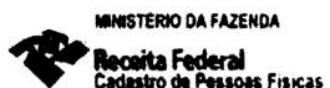
Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 01/12/2020 15:10:15
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012011510140300000060735531>
Número do documento: 2012011510140300000060735531

Num. 63362297 - Pág. 4



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. 5



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
010.240.474-74

Nome
DAMIAO MACENA DE SOUSA

Nascimento
05/04/1981

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



PACIENTE	DAMIAO MACENA DE SOUZA			Documentação médica Hospitalar
DATA DE ENTRADA	10/09/2014 HORA 08:18 N° BAA 29358			
IDADE	33	SEXO	M	ETNIA Pardo
CPF	010.240.474-74	RG	2.085.251	CARTÃO SUS 126967916450005 ESTADO CÍVIL 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 GERÔNCIO RIBEIRO N° 80			
COMPLEMENTO				
CEP	59550-000			
ORIGEM	Ambulância - Interior MOTIVO Acidente de Trânsito / Moto - Animal			
ACID. DE TRABALHO	Não	USUÁRIO	Francisco	

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente vítima de colisão moto - Animal (zorra) ficou com ferimentos há aproximadamente 04 horas no município de Guamaré. Refere não ter sido socorrido de imediato. Outra vez se deu em ótimo dia e horário suficiente escurto.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vias aéreas livres. Sem concussão (paciente chegou com dor cervical)
- B Espícuo PV (+), bilateral, sem náuseas, bradipneia, SIRA, FR: 21 ipm
- C Peso: 65kg. P.R.: 2T, BNF, SI: sopro. FC: 79 bp -
- D Orientado, Glasgow 15
- E Presença de escoriações em MSE, desco. MSE é ótimo, intacto

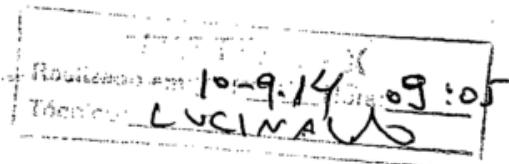
OUTRAS OBSERVAÇÕES

ASSOCIAÇÃO: Encarceramento, fíbris, hemotórax, inspeção tópica, peritônio, sem sintomas de irritação peritoneal.

MHI: sem fratura exposta ou deslocada. Presença de escoriações

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

DIAGNÓSTICO INICIAL	CID
Por reumatologista	



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE Paciente intérino de acidente de moto apresentando lesões em membros inferiores e pernas.

EXAME FÍSICO

Exames complementares:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)*******LABORATÓRIO**

Luzes vermelhas
Clorofila e goma

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

Curativo

Verde escura - palmar

Típica

Forte R

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Palmar (15)

Dr. Kleidson Bastos
ORTOPEDISTA
CRM 4421 Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: Ortopedista 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
Médico (Carimbo)
ORTOPEDISTA
CRM 4421

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 <i>Paciente intérino de acidente de moto apresentando dor em membros e pulso.</i>	
EXAME FÍSICO <i>Escorregue</i>	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA <i>Fratura de Galeos</i>	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***	
LABORATÓRIO <i>Exames Acumulados</i> OUTROS <i>Clínica</i>	
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) <i>Curativo</i> <i>Tubar exalo - palmar</i> <i>Vipona</i> <i>Foto</i>	
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM <i></i>	
<i>Assinatura e Carimbo do Responsável</i> <i>Dr. Kleidson Bastos ORTOPEDISTA CRM 4422</i> <i>Assinatura e carimbo do responsável</i>	
DESTINO DO PACIENTE: <input type="text"/> Nº do Boletim de Atendimento: <input type="text"/>	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: <input type="text"/> DATA: / / HORA: <input type="text"/>	
SAÍDA: <input type="text"/> DATA: / / HORA: <input type="text"/>	
Decisão Médica <input type="checkbox"/> Á Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para: <input type="text"/>	
ÓBITO: <input type="text"/> DATA: / / HORA: <input type="text"/>	
Entregue à família <input type="checkbox"/> com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.D. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	
<i>Dr. Kleidson Bastos Médico (Carimbo) ORTOPEDISTA CRM 4422</i>	
<i>DEPARTAMENTOS DE BIMESTRAL DIAVAT TEPICOCG CONTEN</i> <i>Destaca nessa lista e entregar ao paciente após a sua liberação</i>	
DESTINO DO PACIENTE: <input type="text"/> Nº do Boletim de Atendimento: <input type="text"/>	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: <input type="text"/> DATA: / / HORA: <input type="text"/> SAÍDA: <input type="text"/> DATA: / / HORA: <input type="text"/>	
<i>Gente Segura SIA. 300 POALS AV. Carlos Lacerda</i>	

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Cód: 114269034

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PROTOCOLO			
<i>Daniela Moreira de Souza</i>		6 - Nº DO PROTOCOLO		
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO	FEMININO
J2696791645D005	05/04/1981		1	2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO			
<i>Maria Eliete de Souza</i>	3262-3806			
12 - DEREÇO (RUA, N°)	9194-9280			
Rua Jerônimo Ribeiro - 80				
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP	
<i>João Câmara</i>	<i>Centro</i>	<i>RN</i>		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	<i>Presente infecção de crescimento de osteoartrite apresentando dor em punho e ombro</i>		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)	<i>Px</i>		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
<i>Fratura de S52-S543-1</i>	<i>S52-S543-1</i>		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
			<i>Dr. Kleosar Bastos</i>
			ORTOPEDISTA
			31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL		42 - CID SECUNDÁRIO	
		43 - ()	44 - () GRAVE
			45 - () GRAVISSIMA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	
48 - CNS / CPF	52	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	<i>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTROLE DE RISCOS 07 OUT 2014</i>

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

*Gente Seguradora S/A.
Av. Carlos Gomes, 380 - POAIS*





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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 GERÔNICO 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 TRÂNSFERIDO PARA O HOSPITAL WALFREDO GURGEL EM NATAL, NADA MAIS DISSE..

07 OUT 2014

Gente Seguradora S/A.
Av. Carlos Gomes, 350 - POA/RS

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: ENCAMINHADO AO CARTÓRIO

Assinatura da Declarante

15 de SETEMBRO de 2014

APC NETO, Mat. 203.999-0

15 de SETEMBRO de 2014





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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, Daniela Helena de Souza, PORTADOR(A) DO RG Nº 2.05.251 EXPEDIDO POR SSP-RN EM 27/05/39 E CPF 010040479-04 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO Recepcionista, E RENDA MENSAL DE R\$ Recebido, NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Daniela Helena 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 (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 DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Mossoró - RN DATA 23/09/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) Daniela Helena de Souza

Gente Seguradora SIA
Av. Gomes Carneiro, 150 - Centro
Av. Gomes Carneiro, 150 - Centro

! 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

