

BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

23/10/2012

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

6.750,00

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

CLIENTE: FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03226-3

CONTA: 000001006298-5

Nr. Autenticação

BRADESCO231020120500000000023703226000001006298675000 PAGO

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2012480632**Cidade:** Mossoró**Natureza:** Invalidez**Vítima:** FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO**Data do acidente:** 16/07/2012**Emissor do parecer:** GALDINO LEONARDO**Seguradora:** FEDERAL DE SEGUROS S/A**Prestadora:** SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.**CRM do médico:** 6299

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA EM REGIÃO ORBITAL E MAXILAR DO LADO ESQUERDO, COM COLOCAÇÃO DE PLATINA**Descrição do exame médico pericial:** REFERE DIMINUIÇÃO DA SENSIBILIDADE LOCAL E CEFALÉIAS ESPORÁDICAS.**Resultados terapêuticos:****Sequelas permanentes:** DEBILIDADE PERMANENTE DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS POR PARESTESIA FACIAL E CEFALÉIA**Sequelas :****Data da perícia:** 15/10/2012**Conduta mantida:** Não**Observações:** PACIENTE JÁ INDENIZADO EM SINISTRO ANTERIOR EM OUTRO SEGMENTO CORPORAL**Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** MATIAS DANTAS JALES JÚNIOR**UF do CRM do médico:** RN

## DANOS

## Dano

Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde 100 que haja comprometimento de função vital

## % Dimensão Graduação

1 50

**Valor avaliado:** 6.750,00



## **Avaliação para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes**

### **Informações do Acidente**

Sinistro: 2012480632

Nome da Vítima: FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO

Local: AVENIDA LESTE-OESTE, MOSSORÓ/RN

Data do Acidente: 16/07/2012

### **Resultado da avaliação apurada pelo Médico Examinador**

I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

( x ) Sim ( ) Não ( ) Prejudicado

Em caso de assinalar resposta como "não" ou "prejudicado" apresentar justificativas.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Só prosseguir no laudo em caso de resposta afirmativa no quesito**

II. Com base no quadro clínico atual do Examinado, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar.

TRAUMA MAXILO-FACIAL

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

PACIENTE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL DEVIDO À TRAUMA EM REGIÃO ORBITAL E MAXILAR DO LADO ESQUERDO, COM COLOCAÇÃO DE PLATINA.

III. Há indicação da Vítima ainda ter que realizar algum tratamento, incluindo medidas de reabilitação e/ou exames complementares para fins de diagnóstico ou de controle terapêutico?

a) Tratamentos ( ) Sim ( x ) Não

Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Exames Complementares ( ) Sim ( x ) Não

Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:

---

---

IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que o quadro cursa com:

☐ Disfunções apenas temporárias.

Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação e se há necessidade de uma avaliação complementar.

---

---

☒ Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas.

REFERE DIMINUIÇÃO DA SENSIBILIDADE LOCAL E CEFALÉIAS ESPORÁDICAS.

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de seu tratamento, faz-se necessária a realização de algum exame complementar?

☐ Sim ☒ Não

Em caso afirmativo informar qual(is) e seus prazos de controle.

---

---

Em caso de resposta "disfunções temporárias" do item IV ou de resposta "sim" ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Com base no exame médico se pode documentar:

☐ Total

(Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).

☒ Parcial

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima).

Em se tratando de enquadramento como "parcial" informar se o dano é "completo" ou "incompleto":

☐ Parcial Completo

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).

☒ Parcial Incompleto

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento

corporal da vítima).

Segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação modificada pelo artigo 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais compatíveis aos respectivos danos em apurados, em cada segmento corporal acometido, tantas quantas forem as seqüelas definitivas então identificadas.

1º Lesão

**Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital.**

Marque o percentual: ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( x ) 50% Médio ( ) 75% Grave

**Observação: Dependendo do tipo de lesão, da localização corporal, das perdas anatômicas e funcionais correspondentes, o enquadramento da(s) respectiva(s) seqüela(s) poderá ser desmembrado ou não, em um mesmo segmento corporal ou mais de um, sendo a decisão um critério de quem apura o dano com base em registros semiológicos que especifiquem e delimitem a amplitude das limitações físicas e/ou mentais presentes ao exame médico e então documentadas**

**Informações Complementares Apresentadas pelo médico Examinador ou Revisor**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Identificação do médico responsável pela avaliação.**

### **Identificação do Médico Examinador**

Nome do Médico: MATIAS DANTAS JALES JÚNIOR

Registro no CRM: 6299/RN

### **Local e Data do Exame**

Clínica Reabilitar (Mossoró/RN), 15/10/2012



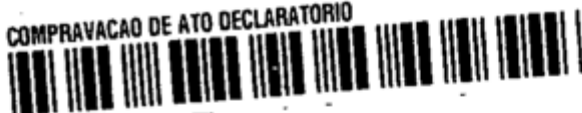
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
PRONTO SOCORRO VIGT- ROSADO NETO

Nº 2.368.773

## FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: Francisco Edinaldo Caspary Idade: 35A DN: 1 1  
Estado Civil: S( ) C( ) V( ) D( ) Profissão \_\_\_\_\_  
Rua, Av.: MICARDO GUILHERME DE LIMA Bairro: ACONDADO  
Fone: \_\_\_\_\_ Cidade: MOSSORÓ UF: RN  
Pai: \_\_\_\_\_ Mãe: \_\_\_\_\_  
Data: 16/07/12 Hora: 01:58

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATORIO



QUEIXA PRINCIPAL: ( ☒ ) Acidente de Trânsito ( ) Acidente de Trabalho ( ) Agressão

Prontuário nº 2368773

no dia 16/07/2012, o Hem. Gr. e H. e.  
o Dr. E. - us. e não há indicação  
de Perda de Consciência

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (HDA)

16/07/2012

FEDERAL SEGUROS S/A

27 SET. 2012

EXAME FÍSICO:

PA: 120 X 90 mmHg - FC 80 bpm - FP 12 ppm - FR 12 lpm - TEMP 36.6 °C - Peso 70 Kg

for bom campo visual

Arterial: 120/80 mmHg e 90 mmHg  
Coração: 80 bpm e 120 bpm

RECEBEMOS EM

25 SET. 2012

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (HID)

Doença de

Coração e H. e.  
Prontuário nº 2368773

FEDERAL SEGUROS S/A

EXAMES SOLICITADOS:

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ

19/07/2012

SAME / ARQUIVO



**FEDERAL SEGUROS S/A**

SERVIÇO NOTARIAL DE MOSSORÓ - RN  
Rua Cel. Vicentin Sabóia, 83-A-Centro  
Mossoró-RN - Tel. (84) 3316-1940  
validinmossoro@hotmail.com

# AUTENTICAÇÃO

Certifico, que a presente fotocópia é reprodução fiel do original, que me foi apresentado. O referido é verdade. Dou fé. Mossoró-RN.

17 SET. 2012

- ☐ Sérgio Luiz de Paiva - Notário
- ☐ Fabiana da Silva Atagalhães - Substituto
- ☐ Douglas Fontes de Melo/ Esc. Aut. Local

VÁLIDO SOMENTE COM O SELLO DE AUTENTICAÇÃO



472

## 5- VERSÕES DOS ENVOLVIDOS NO ACIDENTE DO TRÂNSITO

SOBRE V1: Onde transitava?		Avenida Jerônimo Dix-Neuf Rosado	
Em que sentido?	Centro UERN	Em que faixa?	Direita
Versão do condutor do V1:			
<p>"O condutor afirma que seguia conforme sentido e via já citado, que ao se aproximar da entrada da feira do bode que também dar acesso ao Bar das Almas, percebeu que uma motocicletas estava nesta estrada carroçal e que se aproximava da pista (leste oeste) que imaginou que ela iria parar e lhe dar a preferência, contudo ela invadiu a pista e colidiu frontalmente com sua motocicleta, afirma ainda que foi surpreendido e que tentou de todas as formas livrar e evitar o acidente." *****</p>			
Nome do Condutor V1		Jonar Ferreira dos Santos	

SOBRE V2: Onde transitava?		Avenida Jerônimo Dix-Neuf Rosado	
Em que sentido?	UERN Centro	Em que faixa?	*****
Versão do condutor do V2:			
<p>"O condutor afirma que no momento da colisão estava saindo do acesso ao Bar das Almas, parou o veículo, olhou para os lados, então prosseguiu, acontece que o condutor foi surpreendido por V-1, que segundo o mesmo transitava em alta velocidade, não havendo tempo de desviar para evitar a colisão." *****</p>			
Nome do Condutor V2		Francisco Erinaldo de Carvalho	

FEDERAL SEGUROS S/A  
27 SET. 2012

## 6- CONDIÇÕES DA VIA:

Luminosidade	Cond./tempo	Tipo de pista	Caract./pista	Cond./pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecer	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input checked="" type="checkbox"/> reta	<input checked="" type="checkbox"/> seca	<input type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> Pleno dia	<input type="checkbox"/> nublado	<input type="checkbox"/> paralelepípedo	<input type="checkbox"/> curva	<input type="checkbox"/> molhada	<input type="checkbox"/> Do PM
<input type="checkbox"/> Anoitecer	<input type="checkbox"/> chuva	<input type="checkbox"/> concreto	<input type="checkbox"/> Active suave	<input type="checkbox"/> inundada	<input type="checkbox"/> Semáforo
<input checked="" type="checkbox"/> Noite s/iluminação	<input type="checkbox"/> neblina	<input type="checkbox"/> cascalho	<input type="checkbox"/> Declive suave	<input type="checkbox"/> Poças d'água	<input type="checkbox"/> Faixa de pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/iluminação	<input type="checkbox"/> outro	<input type="checkbox"/> terra	<input type="checkbox"/> lombada	<input type="checkbox"/> oleosa	<input checked="" type="checkbox"/> Linha contínua
		<input type="checkbox"/> outro	<input type="checkbox"/> cruzamento	<input type="checkbox"/> enlameada	<input checked="" type="checkbox"/> Linha descontinua
			<input type="checkbox"/> rotatória	<input type="checkbox"/> Em obras	<input type="checkbox"/> Placa/advert.
			<input type="checkbox"/> retorno	<input type="checkbox"/> Com defeito	<input type="checkbox"/> Placa/regula
			<input type="checkbox"/> entroncamento	<input type="checkbox"/> Com areia	<input type="checkbox"/> Lombada
			<input checked="" type="checkbox"/> bifurcação	<input type="checkbox"/> outro ****	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. perm. Km/h
			<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outra

RECEBEMOS EM

25 SET. 2012

FEDERAL SEGUROS S/A

SP SECRETARIA DE JUSTIÇA DE RORAIMA - RJ  
Rua Cal. Vicente Saliva, 83-A, Centro  
Mossoró-RN - Tel. (84) 3316-1940  
vficiomossoro@hotmail.com

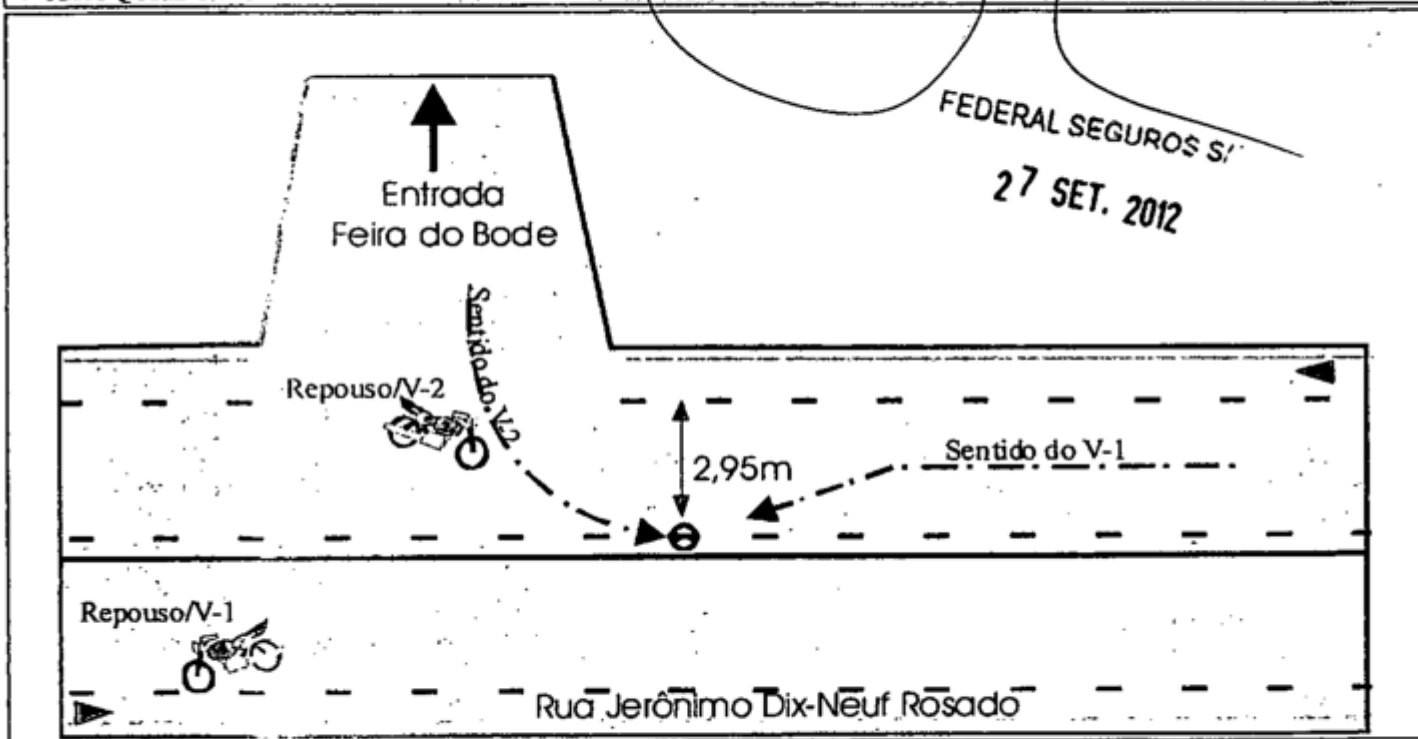
**AUTENTICAÇÃO**  
Certifico, que a presente fotocópia é a reprodução fiel do original, que me foi apresentado e o referido é verdade. Dou fé. Mossoró, 17 SET. 2012

☐ Sérgio Luiz de Paiva - Notário  
☐ Fabiana da Silva Alagoinhas - Su  
☐ Douglas Fontes de Melo Esc. Aut.  
VALIDO SOMENTE COM O CÍRCULO AUTENT.



472

**7- CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**8- AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO**

AVARIAS DO VEÍCULO 1	AVARIAS DO VEÍCULO 2
Para-lama dianteiro arranhado, carenagem do painel arranhada, carenagem lateral direita, sinaleira traseira direita, alça de apoio direito, protetor do escapamento, estribo e suporte traseiro direito, chassi e telescópios a verificar, roda dianteira amassada, retrovisor direito. ....	Retrovisor direito, roda dianteiro, farol, carenagem do farol, telescópios a verificar, carenagem frontal arranhada. ....
	03 <b>RECEBEMOS EM</b>

25 SET. 2012

03

FEDERAL SEGUROS S/A

FEDERAL SEGUROS S/A  
27 SET. 2012

SERVIÇO NOTARIAL DE MOSSORÓ - RN  
Rua Cel. Vicentin Salviola, 83-A-Centro  
Mossoró-RN - Tel. (84) 3316-1940  
voliclemossoro@hotmail.com

# AUTENTICAÇÃO

Certifico, que a presente fotocópia é a reprodução fiel do original, que me foi apresentado e o referente é verdadeiro. Mossoró-RN.

17 SET. 2012

- ☐ Sérgio Luiz de Paiva - Notário
- ☐ Fabiana da Silva Magalhães - Substituto
- ☐ Douglas Fontes de Melo/ Esc. Aut. 1000

VÁLIDO SOMENTE COM O SELLO DE AUTENTICIDADE



472

## 9 - ☐ VÍTIMAS ☐ TESTEMUNHAS

Nome:			
RG nº:	Órgão Expedidor:	Data de Nascimento:	
Endereço:	Nº	Bairro:	Fone:
Versão			
PREJUDICADO			
Assinatura:			Hora:

## 10 - ☐ VÍTIMAS ☐ TESTEMUNHAS

Nome:			
RG nº:	Órgão Expedidor:	Data de Nascimento:	
Endereço:	Nº	Bairro:	Fone:
Versão			
PREJUDICADO			
Assinatura:			Hora:

## 11 - SOCORRISTA

Placa	Cidade	UF	Marca/Modelo
Nome		RG	Órgão Exp.
Endereço			Nº
Fone	Cidade	PREJUDICADO	

## Observação do Agente de Trânsito e outras:

"Ao chegar ao local foi observado que os veículos encontravam-se no local de impacto foi feito a coleta dos dados e feito o teste de alcoolemia no condutor do V1, o V2 foi conduzido para o 2º DPRE e seu condutor foi socorrido pela viatura da SAMU para o hospital. não foi possível colher os dados do condutor do V2 no local".

Nome Completo do Agente de Trânsito que registrou o BOAT	Giancarlo Costa dos Santos						
Posto/Graduação	Sd	PM nº	06.358	Viatura	Delta Oscar	Unidade	2º DPRE

## Conclusão do Setor de Tráfego:

Verifica-se que após observarmos todos os instrumentos grafados neste BOAT, concluiu-se que de acordo com o Código de Trânsito Brasileiro, o condutor do V-2 infringiu o artigo 28 e 44 das Normas Gerais de Circulação - NGC. Lei 9.503/97.

Raimundo CLÉCIO Ferreira da Costa  
Mat. 14958-6 - Id. 8788  
PM/RN  
CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO

RECEBEMOS EM

Local e Data: Mossoró/RN, 08 de Agosto de 2012

25 SET. 2012

04

FEDERAL SEGUROS S/A



**FEDERAL DE SEGUROS S.A.**

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

\*1004039\*



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO**  
**SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT – Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_**

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 no recebimento da indenização no banco.

EU, FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO, PORTADOR (A) DO RG Nº:001.575.901, E CPF: 002.341.164-08. PROFISSÃO: TRATOTORISTA, RENDA MENSAL: 622,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO/ REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA: FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO, AUTORIZO A **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT** A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

( ) CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (QUALQUER BANCO)  
Nº DO BANCO:

Nº AGÊNCIA: (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)  
Nº CONTA:

( X ) CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA BANCO BRADESCO Nº BANCO 237  
Nº AGÊNCIA: 3226 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)  
Nº CONTA: 1006298-5

( ) CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA BANCO ITAÚ Nº BANCO 341  
Nº AGÊNCIA: (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)  
Nº CONTA :

( ) CRÉDITO EM CONTA CORRENTE BANCO BRASIL Nº BANCO 001  
Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)  
Nº CONTA

( ) CRÉDITO EM CONTA POUBANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL Nº BANCO 104  
Nº AGÊNCIA: (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)  
Nº CONTA:

LOCAL: MOSSORO / DATA: 05/09/2012

Francisco Erinaldo de Carvalho  
Assinatura do / do Beneficiário/ a

**RECEBEMOS EM**

25 SET. 2012

**FEDERAL SEGUROS S/A**

23

FEDERAL SEGUROS S/A

27 SET. 2012

FEDERAL SEGUROS S/A  
27 SET. 2012



**Bradesco**

**Dia & Noite**

BDN - BRADESCO DIA E NOITE  
EXTRATO CONTA POUPANCA

TERM.034712

FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO  
AGENCIA 3226 CONTA 1006298-5

09:53 HRS  
14/SET/2012

**RECEBEMOS EM**

25 SET. 2012

24

FEDERAL SEGUROS S/A

DISPONIVEL 10,18  
+ CONTA POUPANCA FACIL .... 10,18  
SD DEPOS ATE 3/5/12 ..... 0,00  
SD DEPOS A PARTIR 4/5/12 10,18  
= TOTAL DISPONIVEL ..... 10,18  
SALDO TOTAL ..... 10,18

MOVIMENTACAO CONTA POUPANCA  
----- AGOSTO/2012 -----  
DIA HISTORICO N.DOCTO VALOR  
SALDO ANTERIOR 10,13  
----- SETEMBRO/2012 -----  
03 RENDIMENTOS 0105124 0,05  
POUP FACIL-DEPOSITOS ATE 3/5/12 10,18  
SALDO TOTAL 10,18

Demonstrativo para simples conferencia.  
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.  
Fone Facil - 4002 0022/0800 570 0022.  
SAC Alo Bradesco - 0800 7048383.  
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 7220099.  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.  
Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,  
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.

SUS

Sistema  
Único de  
SaúdeMinistério  
da  
Saúde

CÃO

16.03.27

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H. F. V. Mossoró

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Francisco Simão da Costa

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

19/08/77

9 - SEXO

Masc. ☒Fem. ☐

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Mônica G. Lourenço G. Costa

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Carlos Guilherme G. Lima S/O, Aeroporto

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Mossoró

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PERÍCULO EM SUPERFÍCIE (E), AFINAMENTO PULSAR DO MALAR (E)

FEDERAL SEGUROS.

27 SET. 2012

RECEBEMOS EM

07

25 SET. 2012

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO + TT ESPECÍFICA

FEDERAL SEGUROS S/A

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

1.0 DE PACE

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA C7 (E)

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

( ) CNS

(X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

R67972404-20

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

16/08/12

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Tarcisio Maia

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS

( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

JAME MOSSORÓ 19/07/2012

JAME / ARQUIVO



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

NOME Francisco Ernaldo IDADE            Nº REG: 16.63.27  
SERVIÇO:            ENFª:            LEITO           

HISTÓRIA CLÍNICA

PACIENTE VÍTIMA DE ACID. DE TRANS. H.  
SICILIA, PORTADOR DE DOENÇA CR. DE INFLAM.  
SINISTRO. TUB. HEPATICA

RECEBEMOS EM

25 SET. 2012

FEDERAL SEGUROS S/A

08

FEDERAL SEGUROS S/A

27 SET. 2012

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTA CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORO 19/02/2012

JAME / ARQUIVO



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

16.63.27

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: FRANCISCO ERIVALDO CARVALHO

Idade: 65

Cor: \_\_\_\_\_

Sexo: M Est. Civil: \_\_\_\_\_ Prof.: \_\_\_\_\_ Natural: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Data: 18 / 07 / 12 Hora de Entrada: 9:15 Hs

FEDERAL SEGUROS S

27 SET. 2012

EVOLUÇÃO

Revisão feita de 170 e 16 indicações cirúrgicas  
relativas.

Classificação cirúrgica em tumor benigno, limitado e  
de fácil excisão por laparoscopia, sendo já realizado em regime  
ambulatorial, sem sinais de recorrência ou progressão.

Adelino Rocha Neto  
Cirurgião Geral  
CRM 10.123 - RN

Código

Prescrição

Aprazamento

(1) Dose de 100mg / 10ml

(2) 50mg 1000ml w

Se 3% 1000ml w

(3) 100mg 1000ml w 1064

(4) Talofol 40mg 1000ml w 1064

(5) 100mg 1000ml w 1064

(6) Anticóagulo de 100mg 1000ml w 1064

(7) 100mg 1000ml w 1064

10

RECEBEMOS EM

25 SET. 2012

Adelino Rocha Neto  
Cirurgião Geral  
CRM 10.123 - RN

FEDERAL SEGUROS S/A

Em tempo, 14:10h

Revisão realizada com os exames citados, sendo  
de fácil excisão, sem sinais de recorrência.

Verificação: Alta Hospitalar e encaminhamento  
para PAU Bom Jardim

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

CONFORME O ORIGINAL

MOSSORÓ 19/07/2012

Bino

Adelino Rocha Neto  
Cirurgião Geral  
CRM 10.123 - RN



CARDIODIAGNOSTICO LTDA  
HOSPITAL WILSON ROSADO  
RUA DR. JOAO MARCELINO N°429  
CEP: 59.611-200 - Fone: (84)3318-9000

1200099018 25/07/2012 20:50:16

# BOLETIM DE ADMISSÃO

AH 26120121431-C

Prontuario 00092231 Paciente FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO Nascimento 10/01/1977 35 A 6 M 15 D CNS 898002377242466 CPF 023.341.164-08  
Tipo Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo M Estado Civil Solteiro(a) Raça / Cor

Escolaridade: Profissão TRATORISTA

Mãe MARIA DE LOURDES DE CARVALHO

Pai ANTONIO FERNANDES DE CARVALHO

Endereço RUA RUA EDUARDO GUILHERME DE LIMA, 50, AEROPORTO - MOSSORO - RN, CEP:

Contatos Cel: (84) 9918.3232 Autorização

Plano - SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° Carteira

Validade

Caracter de Atendimento Eletivo Posto SUS Procedência NÃO INFORMADO Enfermaria 203

Especialidade BUCO-MAXILO

Leito 4.3.3

CID

S025 - Outras fraturas do crânio e dos ossos da face

CID Definitivo

EM CAUSAS DE MORTE

Motivo

Local

<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Removido	<input type="checkbox"/> -48 Horas
<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Pedido	<input type="checkbox"/> +48 Horas
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Evasão	<input type="checkbox"/> Óbito
<input type="checkbox"/> Piorado	<input type="checkbox"/> Inspecção	

Transferido:

EXAME

RECEBEMOS EM

25 SET. 2012

FEDERAL SEGUROS S/A

27 SET. 2012

FEDERAL SEGUROS S/A

JARBAS MIGUEL F MARIANO



**SUS** SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
MINISTÉRIO DE SAÚDE

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Maternidade L.T.A.

2 - CNES

2371207

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Maternidade L.T.A.

4 - CNES

2371207

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

FABIANO CAMILO DE CARVALHO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

319.110

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

81981010231942142101616

8 - DATA DE NASCIMENTO

10/01/92

9 - SEXO

Masc ☒ Fem ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARCO DE L. M. DE CARVALHO

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

8499345119

12 - ENDEREÇO (RUA Nº, BAIRRO)

RUA DA PRAÇA WILHEGUINS DE LIMA - 50 ADEOPOLIS

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

ADSSOL

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

PAW

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

ASS. METÓDICA E FÍSICA, A FUNDAMENTO EM  
ACCIAS DO PALE ZISOMÁTICO (C), PRINCIPAL  
EM TENDIMENTO DO M.I.C. E S.A. DE MANUTENÇÃO  
PERMANENTE ESSENCIAL  
FEDERAL SEGUROS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

27 SET. 2012

ASS. DE INFECÇÃO + TR. ESPECIALIZADO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

T.C. DE FALC

92

0415020034

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

EMATUM PAREDES DABITA NOS. 3

W12-9

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

RECONSTITUIÇÃO DE PAREDE DABITA + RECONSTITUIÇÃO DE PAREDE DABITA

25 - CLÍNICA

26 - CARTERA DE INTERNAÇÃO

27 - DOCUMENTO

28 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

SABAS MIGUEL F. MARINHO 24/01/12

Assinatura

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

FEDERAL SEGUROS S/A

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

44 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

45 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

241220181421-0

Maria da Rosa Mota  
AUTORIZAÇÃO  
DE 162.886.544-53 CNES 1699



# CARDIODIAGNÓSTICO LTDA. HOSPITAL WILSON ROSADO

C.N.P.J.: 35.650.324/0001-50  
Rua Dr. João Marcelino, 429  
Telefax: (84) 3317-3603  
Mossoró-RN - CEP: 59.611-200

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

Data: 26/07/12

Nome do Paciente: Francisco Grinaldo de Carvalho

Tipo de Cirurgia: Ressecção de parede orbitária (040504016-4)

Cirurgião (a): Dr.º Jonhas Rant. Silva Cavalcanti (040402047-3)

1º Auxiliar: Dr.º Rocha

2º Auxiliar: \_\_\_\_\_

Tipo de Anestesia: Geral

Anestesiologista: Dr.º Enock

Enfermeiro (a) do Setor: Margina

Instrumentadora: Uenias

Circulante: Erica / Uomuzza

Revisão das Compressas e Instrumentos: \_\_\_\_\_

Início: 13:25

Fim: 12:30

Duração: \_\_\_\_\_

RECEBEMOS EM

25 SET. 2012

FEDERAL SEGUROS S/A

FEDERAL SEGUROS S/A

27 SET. 2012

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

① Paciente em DDA e sob anestesia geral e TMT.

② Preparo labial do campo operatório + drenos com curativos.

③ Acesso parietal lateral e hemitomia, incisão orbitária alta e lateral, drenos subperiosteais, abordagem de futura parede lateral.

④ Acesso sublabial superior e hemitomia, incisão, drenos subperiosteais, abordagem de futura parede média de face.

⑤ Redução das fraturas sob visão direta.

⑥ Fixação das fraturas com sistema 1.5mm em titânio.

⑦ Tossile das F.O.s com SF 99%.

⑧ Drenos de hemitomia.

⑨ Sutura do plano profundo com nylon 3-0.

⑩ Sutura de pele com nylon 5-0.

⑪ Aspiração de vias aéreas superiores.

⑫ curativo.

Jarbas Miguel dos Santos  
ENDODONTIA  
Cirurgia Endodôntica  
Implantes Dentários  
CRO 12.123/12  
Cirurgião (a)



**CARDIODIAGNÓSTICO LTDA.  
HOSPITAL WILSON ROSADO**

CNPJ: 35.850.324/0001-50  
Rua Dr. João Marcelino, 429  
Telefax: (84) 3317-3603  
Mossoró/RN - CEP: 59.611-200

FEDERAL SEGUROS S/A  
27 SET. 2012

Nome: Francisco Brindes de Carvalho 35  
Reg. Geral: 92231 Convênio: SUS Unidade/Leito: 203-4  
Clínica: unidade BucoMax Data: 26/7/12

**EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA**

**APRAZAMENTO**

NOTA DE SAÍDA

Paciente acordado sob anestesia geral para  
Reintervenção cirúrgica à E. do maxilar com  
interconexões. Paciente segue à sala de Recupera-  
ção.

- ① Dieta zero
- ② SF 0.9% 1000ml EV  
SG 5% 1000ml EV
- ③ Cefalotina 1g + 4h EV 016h
- ④ Decadron 4mg EV 818h
- ⑤ Difenidramina 2mg + 8h EV 016h
- ⑥ Omeprazol 40mg EV ao dia
- ⑦ Doributo Elevado 45°
- ⑧ Proibido Doributo lateral E!
- ⑨ Comprimido de Gelo em face 03103h
- ⑩ SSN + CC66

*J. H. / 3192-RN*

EM TEMPERATURA

① D.E. + 0.1 LITRO D.E. - V.D.

② OX PÓS-OPERATÓRIO DE 01/07/12

Jarbas Miguel Feres Martins  
ENDODONTIA  
CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL  
IMPLANTES DENTÁRIOS  
CRO-RN 1099

Jarbas Miguel Feres Martins  
ENDODONTIA  
CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL  
IMPLANTES DENTÁRIOS  
CRO-RN 1099

**RECEBEMOS EM**

13 25 SET. 2012

FEDERAL SEGUROS S/A

13  
31  
41

13/09/12 18/09/12  
13/09/12 18/09/12  
13/09/12 18/09/12

16

15 18 21 24 06



# CARDIODIAGNÓSTICO LTDA. HOSPITAL WILSON ROSADO

CNPJ.: 35.650.324/0001-50  
Rua Dr. João Marcelino, 429  
Telefax: (84) 3317-3603  
Mossoró/RN - CEP: 59.611-200

Nome: FABRÍCIO EMERSON DE CARVALHO Idade: 35  
Reg. Geral: 92231 Convênio: SVS Unidade/Leito: 2034  
Clínica: QUIMICA FACIL Data: 23/07/12

## EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

## APRAZAMENTO

2º D.P.O.  
PAC. NO 2º D.P.O. DE TI CIRCULOP  
VE CONSTRUÇÃO DE PAREDES ARBITRÁRIAS  
EVOLVENDO SE TIS PATOLÓGICAMENTE, SI  
REVEIXA FLUIDOS, FREQUENTE, EDEMA  
PARTE COMPATÍVEL E PRODUTIVAMENTE  
E VASCULAR, RESERVA DE SON-  
NAMENTO ATIVO. OUTRA HOSPITALAR.

João Wilson

DOE TO LÍNGUA - V.D.

@ S.F. 0,97. FEDERAL | 24/08/12 MIN-EU  
S.O. S.O. 500 ml.

@ CE PAROTIDITIS + DO 6/62 EU.

@ DECAOMVYNA 8182 EU

@ D. PIRACI 2 ml + 880 6/62 EU

@ COME PRAZOL VOMF - 1 x 919 - EU.

@ DE CUBITO E L. V. 45°

@ CURVATURA GELODA EM PACE 03/12

@ X PDS - OPERATÓRIO.

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA POR:

M. S. V. X. E. C. L.

João Wilson

RECEBEMOS EM

25 SET. 2012

FEDERAL SEGUROS S/A

16

FEDERAL SEGUROS

27 SET. 2012

1016 2204  
1018 1802  
1016 2204  
016  
OK

João Wilson  
CIRURGIÃO  
DIPLOMA  
01/01/12



# CARDIODIAGNÓSTICO LTDA. HOSPITAL WILSON ROSADO

C.N.P.J.: 35.650.324/0001-50 - Rua Dr. João Marcelino, 429  
Telefax: (84) 3317-3603 - Mossoró/RN - CEP: 59.611-200

Paciente: Francisco Ernaldo de Carvalho Idade: 35 Registro: 3200099014

Setor: III Médico: Dr. Jorbas Miguel Enferm./Leito: 203-04

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
25/07	22:00h	Paciente admitido neste setor hospitalar procedente de sua residência a companhia de familiares e em cadeira de rodas do exame: consciente, orientado, apneúrico, respirando 02 ampiante. Sítio Nega PM e HAS e a urgência a medicação prescrita. Se interna para submeter um procedimento cirúrgico e segue aos cuidados da equipe de enfermagem.	RECEBEMOS EM 25 SET. 2012 18 FEDERAL SEGUROS S/A
27 SET. 2012	8:00h	Paciente consciente, orientado, apneúrico, ouveiro, normal, em AP, em dieta zero e sem a cirurgia, ficando sob os cuidados da equipe de enfermagem.	513142 Mª de Jesus
27 SET. 2012	09:44	Paciente transferido para o CC, consciente, orientado, em ventose perfusão. João Recebi paciente no CC e sendo da enfermeira submetido a cirurgia por Dr. Jorbas e enfermeira.	10634 Teresa Rê de
26.07.12	11:20	Início da anestesia geral. cl Drº Enoc, em seguida - pct foi entubado cl sucesso	243.313 Thalmar
26.07.12	11:25	Início do ato cirúrgico cl Drº Jorbas e auxiliar Drº -	SUZETE SILVA Téc. de Enfermagem CRM 27.11.12 VCM 384