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, 28 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200308233 **Vítima: THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO**

Data do Acidente: 05/07/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ERIC TORQUATO NOGUEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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, 22 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200359036 **Vítima: THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO**

Data do Acidente: 05/07/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ERIC TORQUATO NOGUEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R$ 2.362,50

Recebedor: **THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO**
Valor: **R$ 2.362,50**
Banco: **104**
Agência: **000002044**
Conta: **0000098268-4**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguradora LÍDER

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:
	703.383.044-01	THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:	6 - CPF:
THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO	703.383.044-01

7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Garçom	Travessa Mirim	40	

11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Felipe Camarão	Natal	RN	59074-135

15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):
	84 98710-6879

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 2044 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 98268 4 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

MORTE

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

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

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34

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

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

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Natal, 13 de agosto de 2020

Thallys Sidney Dias Souto

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019


CAIXA
POUPANÇA
5067 2251 6433 3801
7/24
THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO
2044 013 00098288-4
elo

Fls: 1
Visto:

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00046120/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/08/2020 12:52:02 Data/Hora Fim: 13/08/2020 12:52:02
Delegado de Polícia: Alzira Veiga de Medeiros

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos

Data/Hora do Fato: 05/07/2020 19:07 (Hora Aproximada)

Local do Fato

Município: Natal (RN)
Bairro: Lagoa Nova
Logradouro: Av. Cap. Mor Gouveia
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 DA LEI 9.503/1997 - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Social: ANDRE
Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (ENVOLVIDO , SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino

Nome Civil: THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO (VÍTIMA , COMUNICANTE)
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 15/06/1997 Idade 23
Profissão: Garçom
Estado Civil:Solteiro(a)
Nome da Mãe: Telma Dias Souto Nome do Pai: Silas de Oliveira Souto

Documento(s)

RG: 003446161
CPF: 703.383.044-01

Endereço

Telefone: (84) 98710-6879 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo **Subgrupo** Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Descrição Ford Ka, da cor vermelha (não identificado) **Veículo Adulterado?** Não
Situação Meio Empregado, Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

Grupo Veículo **Subgrupo** Motocicleta/Motonata
CPF/CNPJ do Proprietário 098.922.114-80 **Placa** MYI9457
Renavam 00807779458 **Número do Motor** MC35E-3132302
Número do Chassi 9C2MC35003R132302 **Ano/Modelo Fabricação** 2003/2003

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00046120/2020

Cor PRETA
UF Veículo RN
Marca/Modelo HONDA/CBX 250 TWISTER
Veículo Adulterado? Não
Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 23/03/2020
Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Thallys Sidney Dias Souto	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Para fins do seguro DPVAT, o comunicante compareceu nesta unidade especializada, para informar que na data, horário e local supra, estava conduzindo a motocicleta relacionada, ocasião na qual se envolveu em uma colisão CARRO X MOTO. Lesionado após o acidente, foi socorrido pelo SAMU para o Pronto Socorro Clovis Sarinho, conforme documentação anexa. Informa ainda, que a condutor do automóvel envolvido, prestou assistência ao comunicante no momento do acidente. Nada mais informou.

ASSINATURAS

Raymond Rausly da Costa Cabral
Agente de Polícia
Matrícula 157374-8
Responsável pelo Atendimento

Thallys Sidney Dias Souto
Vítima, Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Seguradora LÍDER

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: 703.383.044-01

4 - Nome completo da vítima: THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO

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

5 - Nome completo: THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO

6 - CPF: 703.383.044-01

7 - Profissão: Garçom

8 - Endereço: Travessa Mirim

9 - Número: 40

10 - Complemento:

11 - Bairro: Felipe Camarão

12 - Cidade: Natal

13 - Estado: RN

14 - CEP: 59074-135

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD): 84 98710-6879

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2044 ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: 98268 4 (informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34

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

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

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Natal, 13 de agosto de 2020

Thallys Sidney Dias Souto

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Seguradora LÍDER

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: 703.383.044-01

4 - Nome completo da vítima: THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO

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

5 - Nome completo: THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO

6 - CPF: 703.383.044-01

7 - Profissão: Garçom

8 - Endereço: Travessa Mirim

9 - Número: 40

10 - Complemento:

11 - Bairro: Felipe Camarão

12 - Cidade: Natal

13 - Estado: RN

14 - CEP: 59074-135

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD): 84 98710-6879

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2044 ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: 98268 4 (informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34

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

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

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Natal, 13 de agosto de 2020

Thallys Sidney Dias Souto

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **Thallys Sidney Dias Souto,** foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 05/07/2020, aproximadamente às 10h07min, na Avenida Capitão-Mor Gouveia, Lagoa Nova, nesta Cidade. **Sob nº de ocorrência 348265/1**, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 30 de julho de 2020.

CLAUDIO AUGUSTO CÂMARA DE MACEDO
Coord. Geral do Serviço de Transporte Sanitário Municipal e SAMU 192 Natal
Matrícula 72.468-1

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 348265/1 Data: 05/07/2020

CHAMADO

TARM: VICTORIE LALANDE GOMES DE ASSUNÇÃO

Rádio Operador: BRUNO AUGUSTO ARAÚJO ALVES

Equipe Enfermagem Cena: COMUNICADOR

VTR: USB 23 (BASE DESCENTRALIZADA LEIDE MORAIS)

Médico Regulação: THAISA GEOVANINE DE CARVALHO FIGUEIRA

Médico Cena: THAISA GEOVANINE DE CARVALHO FIGUEIRA

Usuário Pós-Cena:

Equipe VTR: JONELCLEISON DE MACEDO SÁ ALVES - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
MYCARLA MENDES GOMES - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

REGULAÇÃO MEDICA TROTE INFORMAÇÃO ENGANO TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: HENRIQUE **Telefone:** (84) 99957-9540

Nome do Paciente:
THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO

Data de Nascimento: / / **Idade:** 23 ANO(S) **Sexo:** MASCULINO

Coordenadas Informadas

Latitude: -5.8232923 **Longitude:** -35.2251497

Endereço: AVENIDA CAPITÃO-MOR GOUVEIA **Nº:** VP

Bairro: LAGOA NOVA **Outro Bairro:**

Referência/Complemento: PX CRUZ SAO JOSE /// PX AO ARENA DAS DUNAS

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Queixa Primária: ACIDENTE CARRO X MOTO

Quem Solicitou: Transeunte **Distância do paciente:** Com o Paciente **Local:** Via Pública

Histórico Regulação Médica:

05/07/2020 10:08:25 - **Dr(a). THAISA GEOVANINE DE CARVALHO FIGUEIRA**
APH: TRAUMA / **HD:** ACIDENTE AUTO X MOTO
REGULAÇÃO: COLISAO CARRO X MOTO 01 VITIMA CONSCIENTE,COM PROVAVEL FRATURA EM PERNA
AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB
PRIORIDADE: VERMELHO
CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 2
POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apoio:

OBSERVAÇÕES

Data: 05/07/2020 10:09:21 Usuário: (TARM) VICTORIE LALANDE GOMES DE ASSUNÇÃO
Observação: PX AO CRUZAMENTO DA RUA SAO JOSE

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado: 05/07/2020 10:07:18	**Regulação Médica:** 05/07/2020 10:08:25	**Solicitação VTR:** 05/07/2020 10:12:15	**Saída VTR:** 05/07/2020 10:12:18	**Chegada Local:** 05/07/2020 10:30:04
Saída Local: 05/07/2020 11:05:15	**Chegada Destino:** 05/07/2020 11:05:20	**Liberação Destino:** 05/07/2020 11:33:17	**Liberação VTR:** 05/07/2020 11:33:19	

Observação do Apoio:

CONVÊNIO MÉDICO PARTICULAR

Paciente possui convênio médico particular?*
Sim Não Não informado

CONDUTA

Conduta VTR Remoção

Conduta Médico Regulador:
05/07/2020 10:57:54 - THAISA GEOVANINE DE CARVALHO FIGUEIRA
AVP COM RL
IMOB CONF PROTOCOLO E MID AFETADO

Conduta Equipe de Enfermagem:
05/07/2020 11:00:07 - COMUNICADOR
TARM CAROLINE: DRº CALIANDRE DO POLITRAUMA DO HOSPITAL WALFREDO GURGEL, CONFIRMA A CHEGADA DO PACIENTE.

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga

Estabelecimento: NATAL - HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Vaga Negada - Motivo: -- SELECIONE --

H. ligação ao serv prop.: 11:00

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

Vaga Negada Vaga Zero

Motivo da entrada:

Ass:

PERTENCES

Nome receptor: **Cargo receptor:**

Descrição dos pertences: **Local deixado pertences:** **Data:** / / :

Ass:

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: 16/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02044

CONTA: 000000098268-4

Nr. da Autenticação C7592F2E32A041ED

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

COSERN
www.cosern.com.br

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

DADOS DO CLIENTE
RIC TORQUATO NOGUEIRA
CPF: 061.387.934-12

DATA DE VENCIMENTO
26/08/2020

TOTAL A PAGAR (R$)
131,39

DATA DA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
13/08/2020
DATA DA APRESENTAÇÃO
17/08/2020
NÚMERO DA NOTA FISCAL
046694173
Série: U

CONTA CONTRATO
7015510778
Nº DO CLIENTE
3011433242
Nº DA INSTALAÇÃO
2055828

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DOM JOSE TOMAZ 773 SL-1504
EDIFICIO SFAX
IROLJAREA URBANA
59022-250 NATAL RN

CLASSIFICAÇÃO
B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Monofásico

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

RESERVADO AO FISCO
287E.BB46.7105.2451.5EA0.7580.DCE8.A112

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO(R$)	VALOR(R$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	171,0000000	0,36942653	63,17
Consumo Ativo(kWh)-TE	171,0000000	0,32125015	54,93
Contrib. Ilum. Pública Municipal			13,29

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,27753000
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,24117000

HISTÓRICO DO CONSUMO

	kWh
AGO 20	171
JUL 20	93
JUN 20	38
MAI 20	30
ABR 20	109
MAR 20	219
FEV 20	245
JAN 20	203
DEZ 19	248
NOV 19	244
OUT 19	70
SET 19	
AGO 19	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R$	39,89	33,78%
Transmissão	R$	5,46	4,62%
Distribuição (Cosern)	R$	29,57	25,04%
Perdas de Energia	R$	7,46	6,32%
Encargos Setoriais	R$	6,30	5,33%
Tributos	R$	29,42	24,91%
Total	R$	118,10	100%

TOTAL DA FATURA 131,39

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CALCULO	ICMS %	ICMS VALOR DO IMPOSTO	PIS BASE DE CALCULO	PIS %	PIS VALOR DO IMPOSTO	COFINS BASE DE CALCULO	COFINS %	COFINS VALOR DO IMPOSTO
118,10	18,00	21,25	118,10	1,34	1,58	118,10	6,69	5,71

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
10077803	CAT	14/07/2020	23.587,00	13/08/2020	23.758,00	30	1,00000		171,00

DATA PREVISTA DA PRÓXIMA LEITURA: 14/09/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	LIMITE ANUAL	LIMITE TRIM.	LIMITE ANUAL
		jun/2020			
DIC-Nº de horas sem Energia	CENTRO	0,0000	4,83	9,67	19,34
FIC-Nº de vezes sem Energia		0,0000	3,11	6,22	12,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,0000	2,69	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico		Limite DICRI: 12,22			

EUSD-Valor de Encargo de uso do sistema de distribuição = R$ 47,42

Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Consumidor é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagamento em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
Consumidor é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

ESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R$)	VENCIMENTO
7015510778	08/2020	131,39	26/08/2020

83600000017 31390638467 8 01551077820 6 05694517733 7

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Seguradora LÍDER

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 **(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)**

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2]**.

[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 ERIC TORQUATO NOGUEIRA inscrito (a) no CPF/CNPJ 061.387.934-12, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO**, inscrito(a) no CPF sob o Nº 703.383.044-01, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima **THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO**, inscrito (a) no CPF sob o Nº 703.383.044-01, 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 Dom José Tomaz		Número: 773	Complemento: Ed. Sfax – apto 1504
Bairro: Tirol	Cidade: Natal	Estado: RN	CEP: 59022-250
Email: tpv@tpvadvocacia.com.br	Telefone comercial: (84) 3301-5336	Telefone celular (DDD): (84) 98711-5930	

Natal/RN, 17 de agosto de 2020

Assinatura do Declarante

DLORL.001 V001/2017

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

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 28586 /2020
Admissão: 05/07/2020 11:35:06

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

Paciente: 172478 - THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO (23 a 1 m 18 d)
Nascimento: 15/06/1997 Natural: ARES,BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: 700002495328606 CPF: 70338304401 Prof: GARCON
Mãe: TELMA DIAS SOUTO Pai:
Logradouro: MIRIM, 40
CEP: 59074135 Bairro: FELIPE CAMARÃO Cidade: NATAL
Telefone: 84 987546209 Comol:

Motivo: ACIDENTE DE TRANSITO - MOTO Tipo: REFERENCIADO
Origem: [illegible] SAMU NATAL *Empresa:

Fluxograma: Descrição cadeira:
OBS: [illegible] NATAL Classificação: 05/07/2020 11:24:24

HO[illegible]	[illegible]	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISÃO MOTO/CARRO - REFERE LOMBALGIA+FRATURA EXPOSTA EM MID
Hora:

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 24/07/2020

*Saída: [illegible] 12:54:52 - [illegible]
DIA: [illegible] INICIAL [illegible]

*Gerado [illegible] MARIA PEREIRA [illegible] Impresso em 03 de Agosto de 2020

DIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

TCE ?

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA FCE [illegible] +

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

FNAT

LABORATÓRIO

DOMA + FNAT [illegible]

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

① Dipirona 2ml (1 AMP) EV

② Voltaren 75mg IM.

③ Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV

ENC ⓟ SUTURA CABEÇA

ENC CURATIVO CIRÚRGICO

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

[illegible]

AO NEUROCIRURGIA

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE: Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: ORTOPEDIA DATA: / / HORA:

SAÍDA: DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:

ÓBITO: DATA: / / HORA:

Entregue à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P. ☐

Marcos M. Brandão
Ortopedia
CRM 36412

Médico (Carimbo)

Destacar nesta linha e entregar à paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE: Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: 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. ☐

CONFORME O ORIGINAL

ALGORITMO PI SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1 - AVALIA A RESPONSIVIDADE DA VÍTIMA 2 - PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (USE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAIS) E PEÇA UM DESFIBRILADOR(DEA). 3 - ABARA VIA AÉREA, 4 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR). 5 - 15 APNÉIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MÁSCARA RA). 6 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMORAL (BRAQUIAL EM LACTENTES) 7 - SE PULSO AUSENTE, INICIE COMPRESSÃO TORÁCICA (15:2 (PROPORÇÃO 30:2) ATÉ A CHEGADA DO DEA. 8 - DEA DISPONÍVEL: AVALIE O RITMO. 9 - RITMO CHOCÁVEL: APLIQUE 1 CHOQUE 360 J SWJ PI DEA BRASILCOR. 10 - RITMO NÃO CHOCÁVEL, REINICIE RCP (30:2). 11 - AVALIE QUANDO A CADA 5 CICLOS. 12 - PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MEXA. 13 - COLOQUE-A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

FRAT Fee EIP FRANA

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

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

FRAT GLAUCOMA

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

VAT OU cujo IM

Cirurgia plástica
CRM/RS 14179

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FRA
Dia de hoje
SCG 15;
Eo 14,0
Fee Pupilas E isocóricas

Cg: TC Crânio
Avisar Dr. TC

Dr. [illegible]
Neurocirurgião
CRM/RS 5879

Assinatura e Carimbo do Responsá

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA DE GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Por exemplo: pede o examinador que a pessoa abra os olhos, se ela for capaz, ela não é 3.)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientada (Responde corretamente e apropriadamente as perguntas sobre seu nome, idade, endereço, onde se encontra, data e hora)	5
Confusa (Responde as perguntas corretamente, mas de maneira desorientada e confusa)	4
Palavras inapropriadas (Não consegue, mas sim tenta, manter a conversa)	3
Sons ininteligíveis. (Consegue emitir sílabas ou palavras)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz aquilo que lhe é pedido que faça a examinadora)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada inespecífica a dor.	4
Padrão flexor (Decorticação).	3
Padrão extensor à dor (Descerebração).	2

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS"		
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO*	
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15	=4
	9-12	=3
	6-8	=2
	4-5	=1
	3	=0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-29	=4
	>29	=3
	6-9	=2
	1-5	=1
	0	=0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>89	=4
	76-89	=3
	50-75	=2
	1-49	=1
	0	=0

"Escala de Trauma Revisada (RTS): Uma análise de adequação para pacientes de Trauma Isolado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.J. Copes, et al. A revision of the Trauma score. J. Trauma 29(9), 1989, 1989.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2003)*

03 - 08 graves (não existindo de intubação imediata);
09 - 12 moderado;
13 - 15 leve.

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

** A escala precisa ser aplicada a pacientes conscientes e que colaborem pelo menos a 3 itens, na Escala Qualitativa pode ser se o paciente que classifique o traumatismo de acordo com os seguintes adjetivos:

SEM COR.	LEVE	Moderado	Intenso	P
0	1	2	3	

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

RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

Nome:

Leito: | Idade: | Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data: Hora:

06/07/20

NC

TCE leve

Queda de moto de 4 m, capacete, perda

de consciência

TC cerebral

LIBERADO P/ NC

Dr. Wladimir de Oliveira Melo
Neurocirurgião
CRM/RN 5505

09/07/2020 CARDIOLOGIA

PCR com história de hipertensão e diabetes com TCE. Foi solicitado TC de controle (não realizada), pois não conseguimos levar com UTI.

Solicito avaliação da cardiologia, obrigado e atenciosamente

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde e no desenvolvimento dos valores éticos e humanísticos.

EXAME FISICO (SEGUNDARIO)

A

B

C

D

E

A(ALERGIAS)

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
Rx de tórax ap	
Rx de crânio ap	
Rx de coluna lombar ap	OUTROS
Rx de perna d ap	

CONDUTA PRIMARIA(MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
TRAUMA RTO cor 1.	(2) Rx de coluna lo
PRS: Consciente (x) Afeta	pro-Salva: Sem de
Apresenta 02 vias (x) Acom	ção de protuzão
Ventilando 75 c/ AMBU (x)	Sem obstrução.
Acima	
Rx de tórax: Sem alteração	
Fratura bimalleolar	
Fx da clavícula E.	(3) Alto do braço Bord
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁ

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: Ortopedia	HORA: 11:40	DATA: 05/07/20
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3: Neuro Cir	HORA:	DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLINICA: DATA / / HORA

SAIDA: ( ) DECISÃO MEDICA ( ) REVELIA ( ) TRANSFERIDO PARA:

OBITO: DATA / / HORA

ENTREGUE À FAMILIA ( ) COM ATESTADO ( ) S.V.O ( ) IML

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 PACIENTE

Nome: [illegible] THALLYS SYDNEY DIAS SOUTO — Prontuário: 1198404
CNS: 700002952[illegible] — Nascimento: 15/06/1997 — Sexo: Masculino — Cor: PARDA
Mãe: TELMA DIAS SOUTO — Pai:
Endereço: TRAVESSA MIRIM, 40 - FELIPE CAMARÃO - NATAL — Fone: 987546209 /
Município: NATAL — Código Municipal IBGE: 240810 — UF: RN — CEP: 59074-135

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA — Laudo Nº 2[illegible]21 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

[illegible] SINTOMAS CLINICOS:
VITIMA [illegible] ACIDENTE DE MOTO CARRO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
O QUADRO CLÍNICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RAIO X DA PERNA

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:
S82.2 [illegible] DA DIÁFISE DA TÍBIA*408050500.TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Precisa de regulação ortopédica **externa após tratamento inicial?**
TIBIA DIAFISE, [illegible]
Informações [illegible] sobre as condições do paciente: — Faz Antibioticoterapia
[ ] Diabetes [ ] Hipertensão [ ] Obesidade [✓] Lesão por pressão [ ] Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:
MARCONI MEDEIROS BRANDAO — CRM: 3642 / RN — Data da Solicitação 05/07/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

( ) Acidente de Trabalho — CNPJ da Seguradora: _____ Nº do Informe: _____ Série: _____
( ) Acidente de Trabalho Típico — CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Empr.: _____ CBOR: _____
( ) Acidente de Trabalho Trajeto
Vínculo [illegible] Previdência: ( )Empregado ( )Empregador ( )Autônomo ( )Desempregado ( )Aposentado ( )Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Número da Autorização:

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____
Data da Autorização: _____ Assinatura, Carimbo: _____

FICHA: 5393 / 2020 **Paciente:** THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO
SUS **Categoria:** GRATUITO
1 ANDAR **Quarto / Leito:** 5 / 416
Tipo de 4 **Prontuário:** 1198404 **Data Agendamento:** 05/07/2020 15:15

Cirurgia: TTO CIR FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
Data Realização: 05/07/2020 14:30 **Potencial de Contaminação:** Contaminada
Cirurgião: GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS
Anestesista: MEDICO PLANTONISTA
Tipo Anestesia: RAQUE
Instrumentador: ANA CLEIDE - Hospital
Equipe:

Data do Relatório: 03/07/2020 13:46 **Profissional:**

Relat

1- PACIENTE EM DDH, SOB RAQUIANESTESIA
2- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
3- CAMPEAMENTO ESTERIL
4- REALIZADA IRRIGAÇÃO COPIOSA DE ENXAGUE COM 4-7 LITROS DE SF 0,9%
5- REALIZADO DESBRIDAMENTO MECANICO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
6- REALIZADO REDUÇÃO DE FRATURA E POSICIONADO FIXADOR EXTERNO DE TIBIA D FEITA
7- SUTURA POR PLANOS
8- CURATIVO ESTERIL
9- [illegible]
10-FIM

CONFERE COM ORIGINAL

Paciente: 172478 - THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO
Atendimento: 4-6393/2020
Idade: 23 ano(s) 1 mes(es) e 18 dia(s)
Prescrição Nº: 4
Hospital / Unidade: WG - 4 ANDAR
Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 1198404 **Peso:**
Data Internação: 05/07/2020 12:54
Início Validade: 08/07/2020 15:03 até 09/07/2020 18:59
Quarto / Leito: 5 - 416
Médico Resp.: 208-MARCONI MEDEIROS BRANDAO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

08/07/2020 15:05:23 - 3º DIA FRATURA DE TIBIA DIR
PACIENTE EVOLUI COM QUEIXAS DE NAUSEAS E CEFALEIA, SEM OUTRAS QUEIXAS.
RX FRATURA DE DIAFISE TIBIA DIREITA ALINHADA.
CONDUTA: MANTIDA. ALTA PROGRAMADA PARA AMANHA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - LIVRE						

MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML . S/N se nauseas ou vomitos . Diluição: 10 ml SHD	1	AMP	IV	[illegible]		
3 - DIPIRONA SÓDICA (500 MG/ML - 20 ML GOTAS)	40	GTS	VO	6h/6h		18:00 06:00 12:00 18
4 - ENOXAPARINA SÓDICA (40 MG)	1	SER	SC	24h/24h		18:00
5 - OMEPRAZOL 20 MG	2	CAP	VO	24h/24h		06

CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
6 - (A) CURATIVO DIARIO (na prescrição 00004 alterada)						
7 - CLEAR PULMONAR + SINAIS VITAIS						
8 -						

GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS
CRM-478 I/RN

RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PUBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
DIREÇÃO GERAL
COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

gistro:

s

CONFORME RESOLUÇÃO Nº 1638/2002 DO CFM O PRONTUARIO É UM DOCUMENTO E TODOS OS PROFISSINAIS SÃO RESPONSAVEIS POR ELE. O PRONTUARIO DEVE CONTER:

Identificação do Paciente	Todos os profissionais
Letra Legível	
Identificação do profissional (carimbo ou número do conselho de classe legíveis)	
Historia Clínica	Médicos
Hipótese Diagnostica	
Evolução Diária com data e hora	
Diagnostico Definitivo	
No ato da Internação preenchimento e assinatura de AIH	

CONFERE COM ORIGINAL

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

Nome: Thalys S. dny dos santos Leito: 203
Registro: 452 dny Idade: 03 anos Data: 05/07/2020
Diagnóstico: Debridado cirurgico de fratura exposta no MID
Dias de Internação:

SINAIS VITAIS							CONTROLE HÍDRICO												CUIDADOS ESPECIAIS								
							LÍQUIDO INFUNDIDO						LÍQUIDO ELIMINADO														
HORA	TA	FR	FC	TEMP	PVC	SAT O2	"DIAL"	SNG SNL	SORO	HEP	SNG DENAL	SONDA INF.	DIURESE	FEZES	SUCO GAST.	DRENO	VÔMITO		HGT	Hidral.	PIO	Via Deplumi	Via Ord	Topoterapia	Lab. Laboratório	Assistência	HORA
7:00																											7:00
8:00																											8:00
9:00																											9:00
10:00																											10:00
11:00																											11:00
12:00																											12:00
SUB-TOTAL																			BALANÇO PARCIAL:								
13:00																											13:00
14:00																											14:00
15:00	100/60		80			100%																					15:00
16:00																											16:00
17:00																											17:00
18:00																											18:00
SUB-TOTAL																			BALANÇO PARCIAL:								
19:00					14H																						19:00
20:00	124	18	66	36,4	82	97%																					20:00
21:00	69																										21:00
22:00																											22:00
23:00																											23:00
24:00																											24:00
01:00																											01:00
02:00																											02:00
03:00																											03:00
04:00																											04:00
05:00																											05:00
06:00																											06:00
SUB-TOTAL																			BALANÇO PARCIAL:								
																			BALANÇO TOTAL								

OBS.:

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

TURNO	ABERT. OLHOS	RESP. MOTORA	RESP. VERBAL	PONTOS 3 - 15	PUPILAS TAM	PUPILAS SIMETRIA	PUPILAS REAÇÃO A LUZ
M							
T							
N							

ABERTURA OLHOS	GRAU	RESPOSTA MOTORA	GRAU	RESPOSTA VERBAL	GRAU	DROGAS	DIAS
ABERTURA ESPONTÂNEA	4	OBEDECER ORDEM VERBAL	6	CONVERSA DESORIENTADO	5		
ORDEM VERBAL	3	LOCALIZA A DOR	5	CONVERSA DESORDENADO	4		
DOR	2	FLEXÃO A DOR	4	LINGUAGEM INADEQUADO	3		
		DESCORTICADA	3	PALAVRAS INTELIGÍVEIS	2		
SEM RESPOSTA	1	DESCEREBRADO	2	SEM RESPOSTA	1		
		SEM RESPOSTA A DOR	1				

PROCEDIMENTOS INVASIVOS	DIAS		DIAS
INTRACATH		DISSEC. VEM	
VEIA PERIF.		ENTUBAÇÃO	
DRENO TORÁCICO		TRAQUEOSTOMIA	
SNG / SNE		SONDA VESICAL	
MARCA PASSO PROV.			

EXAMES REALIZADOS	HORA	EXAMES REALIZADOS	HORA	CONTROLES	HORA	ANTIMICROBIANOS	DIAS
RAIOS X		ANGIOGRAFIA		TROCA DE SV			
PUNÇÃO LOMBAR		EDA		TROCA DE SNG			
ULTRASONOGRAFIA		LABORATORIAIS		TROCA DE EQUIPO			
ECG		GASOMETRIA		TROCA DE FRASCO ASP.			
ECO				TROCA DE CIRC. RESP.		N P T	
TC				TROCA DE LÁTEX			

REGISTROS DE ENFERMAGEM

MANHÃ	TARDE	NOITE
	[illegible]	[illegible]

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

TURNO	ABERT. OLHOS	RESP. MOTORA	RESP. VERBAL	PONTOS 3 - 15	PUPILAS TAM	PUPILAS SIMETRIA	PUPILAS REAÇÃO À LUZ
M							
T							
N							

ABERTURA OLHOS	GRAU	RESPOSTA MOTORA	GRAU	RESPOSTA VERBAL	GRAU	DROGAS	DIAS
ABRE ESPONTÂNEA	4	OBEDECE A ORDEM VERBAL	6	CONVERSA ORIENTADO	5		
ORDEM VERBAL	3	LOCALIZA A DOR	5	CONVERSA DESORIENTADO	4		
DOR	2	FLEXÃO A DOR	4	LINGUAGEM INADEQUADA	3		
		DESCORTICADA	3	SONS INTELIGÍVEIS	2		
SEM RESPOSTA	1	DESCEREBRADO	2	SEM RESPOSTA	1		
		SEM RESPOSTA A DOR	1				

PROCEDIMENTOS	DIAS		DIAS	EXAMES REALIZADOS	HORA	EXAMES REALIZADOS	HORA	CONTROLES	HORA	ANTIMICROBIANOS	DIAS
INVASIVOS				RAIOS X		ANGIOGRAFIA		TROCA DE SV			
INTRACATH		DISSEC. VEM		PUNÇÃO LOMBAR		EDA		TROCA DE SNG			
VEIA PERIF.		ENTUBAÇÃO		ULTRASONOGRAFIA		LABORATORIAIS		TROCA DE EQUIPO			
DRENO TORÁCICO		TRAQUEOSTOMA		ECG		GASIOMETRIA		TROCA DE FRASCO ASP.			
SNG / GNE		SONDA VESICAL		ECO				TROCA DE CURC. RESP.		NPT	
MARCA PASSO PROV.				TC				TROCA DE LÁTEX			

REGISTROS DE ENFERMAGEM

MANHÃ	TARDE	NOITE
	[illegible]	[illegible]

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

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

Nome: Thalys Sidney Lima Souza Leito: 703
Registro: 6393 Idade: 23 a Data: 06/07/2020
Diagnóstico: D Zika D
Dias de Internação:

SINAIS VITAIS							CONTROLE HÍDRICO												CUIDADOS ESPECIAIS								
							LÍQUIDO INFUNDIDO						LÍQUIDO ELIMINADO														
HORA	TA	FR	FC	TEMP	PVC	SAT O2	DIEZ	SOR SNF	SOMI	NEO	SÂNG PERIF.	HEMOD INT.	DRENOS	FÉZES	SUCO GAST.	DIURE	VÔMITO		SNE	Hidrat.	VO2	Fr. Cardiaca	Fr. Resp.	Temperatura	Dieta	Mobilização	Aspiração	HORA
7:00																												7:00
8:00	120/84		62	36,1		100%																						8:00
9:00																												9:00
10:00																												10:00
11:00																												11:00
12:00																												12:00
SUB-TOTAL																			BALANÇO PARCIAL:									
13:00																												13:00
14:00																												14:00
15:00																												15:00
16:00																												16:00
17:00																												17:00
18:00																												18:00
SUB-TOTAL																			BALANÇO PARCIAL:									
19:00																												19:00
20:00	128/75		76	36,5		100%																						20:00
21:00																												21:00
22:00																												22:00
23:00																												23:00
24:00																												24:00
01:00																												01:00
02:00																												02:00
03:00																												03:00
04:00																												04:00
05:00																												05:00
06:00																												06:00
SUB-TOTAL																			BALANÇO PARCIAL:									
OBS.:																			BALANÇO TOTAL									

TURNO	ABERT. OLHOS	RESP. MOTORA	RESP. VERBAL	PONTOS 3-15	PUPILAS TAM	PUPILAS SIMETRIA	PUPILAS REAÇÃO À LUZ
M							
T							
N							

ABERTURA OLHOS		RESPOSTA MOTORA		RESPOSTA VERBAL			
ESPONTÂNEA	4	OBEDECER ORDEM VERBAL	6	CONVERSA ORIENTADO	5		
ORDEM VERBAL	3	LOCALIZA A DOR	5	CONVERSA DESORIENTADO	4		
DOR	2	FLEXÃO À DOR	4	LINGUAGEM INADEQUADO	3		
		DESCORTICAGEM	3	SONS INTELIGÍVEIS	2		
SEM RESPOSTA	1	DESCEREBRADO	2	SEM RESPOSTA	1		
		SEM RESPOSTA À DOR	1				

PROCEDIMENTOS	DIAS		DIAS
INVASIVOS			
INTRACATH		DISSEC. VEM	
VEIA PERIF.		ENTUBAÇÃO	
DRENO TORÁCICO		TRAQUEOSTOMA	
SNG / SNE		SONDA VESICAL	
MARCA PASSO PROV.			

EXAMES REALIZADOS	HORA	EXAMES REALIZADOS	HORA
RAIOS X		ANGIOGRAFIA	
PUNÇÃO LOMBAR		EDA	
ULTRASONOGRAFIA		LABORATORIAIS	
ECG		GASOMETRIA	
ECO			
TC			

CONTROLES	HORA	ANTIMICROBIANOS	DIAS
TROCA DE SV			
TROCA DE SNG			
TROCA DE EQUIPO			
TROCA DE FRASCO ASP.			
TROCA DE CIRC. RESP.		N.P.T	
TROCA DE LÁTEX			

REGISTROS DE ENFERMAGEM

MANHÃ	TARDE	NOITE
[illegible]	[illegible]	[illegible]

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Admissão de Internamento Hospitalar

N° FIA: **6393 /2020**	Prontuário: 1198404

Paciente: **172478 - THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO**
Cartão SUS: 700002495328606 CPF: 70338304401 Dt Nasc: 15/06/1997
Idade: 23 anos 20 dias Sexo: M. Etnia: PARDA Estado Civil: NÃO INFORMADO
Nome da mãe: TELMA DIAS SOUTO
Nome do pai:
Rua/Av: MIRIM N°:40
Complemento: Bairro: FELIPE CAMARÃO
CEP: 59074135 Cidade: NATAL
Telefone: 84 987546209 84 987546209
Especialidade: ORTOPEDICA Unidade: PS - ORTOPEDIA Leito: 1002
Responsável: THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO -
Usuário: UZIMAR PEREIRA VALE

Admissão: 05/07/2020 12:54:53	Alta:	Óbito:	Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.2 - FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA
408050500 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

09 JUL 2020 ORTOPEDIA

PAC. COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM (D) PERNA (D) QUE ACARRETOU EM FRATURA DE OSSOS DA PERNA (D), TENDO SIDO SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE FIX. EXTERNO CIRÚRGICO (BOM ALINHAMENTO).

CONDUTA: ALTA HOSPITALAR
ANLG E ANTIBIÓTICO PARA CASA.
ATM (60)
ORIENTADO.
AO AMBULATORIO

CONFERE COM ORIGINAL
ASSINATURA

GEAN GUERRERO R. DANTAS
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM - 4781 TEOT 11044
CPF 703.425.4.453

NATAL, 05 de Julho de 2020.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

PRMV015_R7 - **Impressão da Prescrição Médica**

‰†zÉIC!18n†Š
‰†zÉIC!18n†Š
90101172478

05/07/2020 15:51

Paciente: 172478 - THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO
FIA: 4-6393/2020
Idade: 23 ano(s) 0 mes(es) e 20 dia(s)
Prescrição Nº: 1
Hospital / Unidade: WG - RPA
Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 1198404 **Peso:**
Data Internação: 05/07/2020 12:54
Início Validade: 05/07/2020 15:47 até 05/07/2020 18:59
Quarto / Leito: 1 - ~~218~~ 703
Médico Resp.: 206-MARCONI MEDEIROS BRANDAO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

05/07/2020 15:49:12 - POI
PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTOx CARRO COM TRAUMA EM PERNA DIREITA QUE RESULTOU EM FRATURA EXPOSTA(GI) DE TIBIA DIREITA, SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE URGENCIA.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
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	Contínuo	21gote/min	

MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
3 - CEFALOTINA 1G (1FA+10ML ABD) - D1/5 . Obs.: Iniciado em: / /2019 . Diluição: 100ml SF0,9%	1	FA	IV	6h/6h		15:47
4 - DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2 ML . Obs.: +18 ml de ABD . Diluição: 8 ml ABD	1	AMP	IV	6h/6h		15:47
5 - **TRAMADOL 50MG/ML - 2ML** **. S/N em caso de dor** **. Obs.: +100 ml de SF0,9%**	1	AMP	IV	12h/12h		
6 - OMEPRAZOL 40 MG (1FA+10ML DIL.) FALTA	1	FR	IV	24h/24h		15:47
7 - BROMOPRIDA 5MG/ML FALTA . S/N náuseas/vômitos . Diluição: 15ml SF0,9%	1	AMP	IV	8h/8h		
8 - DICLOFENACO DE SODIO 50 MG	1	COM	VO	8h/8h		15:47

CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
9 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS						
10 - CURATIVO DIARIO						

GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS
CRM-4781/RN

Paciente: 172478 - THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO
FIA: 4-6393/2020
Idade: 23 ano(s) 0 mes(es) e 20 dia(s)
Prescrição Nº: 1
Hospital / Unidade: WG - RPA
Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 1198404 **Peso:**
Data Internação: 05/07/2020 12:54
Início Validade: 05/07/2020 15:47 até 05/07/2020 18:59
Quarto / Leito: 1 ~~248~~ 203
Médico Resp.: 206-MARCONI MEDEIROS BRANDAC

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

05/07/2020 15:49:12 - POI
PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTOx CARRO COM TRAUMA EM PERNA DIREITA QUE RESULTOU EM FRATURA EXPOSTA(GI) DE TIBIA DIREITA, SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE URGENCIA.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - LIVRE	NUTRIDOST.					

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	21gote/min	

MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
3 - CEFALOTINA 1G (1FA+10ML ABD) - D1/5 . Obs.: Iniciado em: / /2019 . Diluição: 100ml SF0,9%	1	FA	IV	6h/6h		15:47
4 - DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2 ML . Obs.: +18 ml de ABD . Diluição: 8 ml ABD	1	AMP	IV	6h/6h		15:47
5 - **TRAMADOL 50MG/ML - 2ML** **. S/N em caso de dor** **. Obs.: +100 ml de SF0,9%**	1	AMP	IV	12h/12h	S/N	
6 - OMEPRAZOL 40 MG (1FA+10ML DIL.)	1	FR	IV	24h/24h		15:47
7 - BROMOPRIDA 5MG/ML . S/N náuseas\vômitos . Diluição: 15ml SF0,9%	1	AMP	IV	8h/8h	S/N	
8 - DICLOFENACO DE SODIO 50 MG	1	COM	VO	8h/8h		15:47

CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
9 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS					M	T N
10 - CURATIVO DIARIO					MATUTINO	

GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS
CRM-4781/RN

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

PRMV015_R7 - **Impressão da Prescrição Médica**

90/01172478

08/07/2020 15:05

Paciente: 172478 - THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO
FIA: 4-6393/2020
Idade: 23 ano(s) 0 mes(es) e 23 dia(s)
Prescrição Nº: 4
Hospital / Unidade: WG - 4 ANDAR
Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 1198404 **Peso:**
Data Internação: 05/07/2020 12:54
Início Validade: 08/07/2020 15:03 até 09/07/2020 18:59
Quarto / Leito: 5 - 416
Médico Resp.: 206-MARCONI MEDEIROS BRANDAO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

08/07/2020 15:05:23 - 3º DPO FRATURA DE TIBIA DIR
PACIENTE EVOLUI COM QUEIXAS DE NAUSEAS E CEFALEIA, SEM OUTRAS QUEIXAS.
RX FRATURA DE DIAFISE TIBIA DIREITA ALINHADA.
CONDUTA: MANTIDA, ALTA PROGRAMADA PARA AMANHA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - LIVRE						

MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML . S/N se nauseas ou vomitos . Diluição: 18ml ABD	1	AMP	IV	8h/8h		SN
3 - DIPIRONA, SODICA (500 MG/ML 20 ML GOTAS)	40	GTS	VO	6h/6h		18 00 06 12
4 - ENOXAPARINA 40MG/0,4 ML SC	1	SER	SC	24h/24h		18
5 - OMEPRAZOL 20 MG	2	CAP	VO	24h/24h		06

CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
6 - (A) CURATIVO DIARIO (da prescrição 00004 alterada)					M	
7 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS				M —	T —	C
8 - CURATIVO					M	

09/07/2020
ALTA MEDICA

DR. GEAN GUARNIERE R. DANTAS
ESPECIALIDADE TRAUMATOLOGIA
CRM - 4781 TEOT 1104
CPF: 703.425.474-53

GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS
CRM-4781/RN

09/07/2020 - 08:45h
Paciente c/ queixa de vertigem
sem dores
Com pedido de exame de retalho
Dos Reumatologia
Pc de caso novo
c/ Alta do HC

Claudio S. Costa
NEUROCIRURGIÃO
CRM-RN 1425

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

Paciente: **172478 THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO**
Nascimento: 15/06/1997 Idade: 23 ano(s) 1 mes(es) 2 Natural: RN ARES Sexo: Masculino
CNS: 700002495328606 CPF: 70338304401 Cor: SEM INFORMACAO Prof: GARCON
Mãe: TELMA DIAS SOUTO Pai: SILAS DE OLIVEIRA SOUTO
Endereço: TRAVESSA MIRIM, 40 - FELIPE CAMARÃO - NATAL
Cidade: RN NATAL CEP: 59074-135 Telefone: (84) 987546209

BOLETIM Nº: **34551/2020** Sala Inicial: **ORTOPEDIA, EGRESSOS - VERDE - 120 Min**
Triagem: 13/08/2020 07:42 Admissão: 13/08/2020 07:50 Boletim: 13/08/2020 07:56
Motivo: RETORNO Origem: FAMILIA
Queixa: RETORNO PARA AVALIAR CIRURGIA EM MID
Observação: AUTORIZADO POR DR GEAN

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente alega acidente de trabalho? ◯ Sim ◯ Não Profissão e Empresa:
Notif. de viol. interpessoal/autoagressão: ◯ Sim ◯ Não
PACIENTE RETORNA PARA AVALIAÇÃO DE TRATAMENTO DE FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA COM FIXADOR EXTERNO LINEAR HA 38 DIAS.

Alergia: NEGA
Medicação em uso: AINH

EXAME FÍSICO

FIXADOR EXTERNO LINEAR

Solicito exames :
32020117 - PERNA AP E PERFIL DIREITO - RX

DR. GEAN GUARNIERE R. DANTAS
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 4781 / TEOT 11044
CPF 703.425.474-53

Profissional: GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS CRM: RN 4781
Saída: ( )Liberação Médica; ( )Revela; ( )Internação; ( )Óbito c/Declar; ( )Óbito SVO/ITEP; ( )Transferido para:_____
Data e Hora da Saída:___/___/2019 ___:___ Médico:_____

RAIOS-X
Atendido em: 13/8/20 Hora: 10

SUS Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

(NIR) SEGURADO - 7 meses PLANO DO CRIANÇA PLANO GERAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **172478 THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO** Prontuário: 1198404

CNS: 700002495328606 Nascimento: 15/06/1997 Sexo: Masculino Cor: SEM INFORMACAO

Mãe: TELMA DIAS SOUTO Pai: SILAS DE OLIVEIRA SOUTO

Endereço: TRAVESSA MIRIM, 40 - FELIPE CAMARÃO - NATAL Fone: 987546209 /

Município: NATAL Código Municipal IBGE: 240810 UF: RN CEP: 59074-135

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 29003 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

PACIENTE NECESSTIA DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO E OSTECTOMIA , EVOLUE COM OSTEOLISE EM TRAJETO DE PINO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

CIRURGIA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

EX FISICO E RX

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.2 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA*408050500.TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

TIBIA DIAFISE, FX;2

Hausemann Morais
Ortopedista
CRM 5314 - SBOT 12213

Informações importantes sobre as condições do paciente:

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

Profissional Solicitante / Assitente:

HAUSEMANN HELIO GABARO LOPES DE MORAIS CRM: 5314 / RN Data da Solicitação 13/08/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

( ) Acidente de Trabalho
( ) Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Seguradora: _____ Nº do bilhete: _____ Série: _____
( ) Acidente de Trabalho Trajeto CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Orgão Emissor: _____ **Número da Autorização:**

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

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

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 28586 /2020
Admissão: 05/07/2020 11:35:06

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

Paciente: 172478 - THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO (23 a 1 m 18 d)
Nascimento: 15/06/1997 Natural: ARES,BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: 700002495328606 CPF: 70338304401 Prof: GARCON
Mãe: TELMA DIAS SOUTO Pai:
Logradouro: MIRIM, 40
CEP: 59074135 Bairro: FELIPE CAMARÃO Cidade: NATAL
Telefone: 84 987546209 Comol:

Motivo: ACIDENTE DE TRANSITO - MOTO Tipo: REFERENCIADO
Origem: [illegible] SAMU NATAL *Empresa:

Fluxograma: Descrição cadeira:
OBS: [illegible] NATAL Classificação: 05/07/2020 11:24:24

HO[illegible]	[illegible]	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISÃO MOTO/CARRO - REFERE LOMBALGIA+FRATURA EXPOSTA EM MID
Hora:

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 24/07/2020

*Saída: [illegible] 12:54:52 - [illegible]
DIA: [illegible] INICIAL [illegible]

*Gerado [illegible] MARIA PEREIRA [illegible] Impresso em 03 de Agosto de 2020

DIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

TCE ?

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA FCE [illegible] +

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

FNAT

LABORATÓRIO

DOMA + FNAT [illegible]

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

① Dipirona 2ml (1 AMP) EV

② Voltaren 75mg IM.

③ Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV

ENC ⓟ SUTURA CABEÇA

ENC CURATIVO CIRÚRGICO

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

[illegible]

AO NEUROCIRURGIA

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE: Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: ORTOPEDIA DATA: / / HORA:

SAÍDA: DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:

ÓBITO: DATA: / / HORA:

Entregue à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P. ☐

Marcos M. Brandão
Ortopedia
CRM 36412

Médico (Carimbo)

Destacar nesta linha e entregar à paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE: Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: 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. ☐

CONFORME O ORIGINAL

ALGORITMO PI SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1 - AVALIA A RESPONSIVIDADE DA VÍTIMA 2 - PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (USE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAIS) E PEÇA UM DESFIBRILADOR(DEA). 3 - ABARA VIA AÉREA, 4 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR). 5 - 15 APNÉIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MÁSCARA RA). 6 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMORAL (BRAQUIAL EM LACTENTES) 7 - SE PULSO AUSENTE, INICIE COMPRESSÃO TORÁCICA (15:2 (PROPORÇÃO 30:2) ATÉ A CHEGADA DO DEA. 8 - DEA DISPONÍVEL: AVALIE O RITMO. 9 - RITMO CHOCÁVEL: APLIQUE 1 CHOQUE 360 J SWJ PI DEA BRASILCOR. 10 - RITMO NÃO CHOCÁVEL, REINICIE RCP (30:2). 11 - AVALIE QUANDO A CADA 5 CICLOS. 12 - PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MEXA. 13 - COLOQUE-A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

FRAT Fee EIP FRANA

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

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

FRAT GLAUCOMA

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

VAT OU cujo IM

Cirurgia plástica
CRM/RS 14179

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FRA
Dia de hoje
SCG 15;
Eo 14,0
Fee Pupilas E isocóricas

Cg: TC Crânio
Avisar Dr. TC

Dr. [illegible]
Neurocirurgião
CRM/RS 5879

Assinatura e Carimbo do Responsá

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA DE GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Por exemplo: pede o examinador que a pessoa abra os olhos, se ela for capaz, ela não é 3.)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientada (Responde corretamente e apropriadamente as perguntas sobre seu nome, idade, endereço, onde se encontra, data e hora)	5
Confusa (Responde as perguntas corretamente, mas de maneira desorientada e confusa)	4
Palavras inapropriadas (Não consegue, mas sim tenta, manter a conversa)	3
Sons ininteligíveis. (Consegue emitir sílabas ou palavras)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz aquilo que lhe é pedido que faça a examinadora)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada inespecífica a dor.	4
Padrão flexor (Decorticação).	3
Padrão extensor à dor (Descerebração).	2

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS"		
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO*	
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15	=4
	9-12	=3
	6-8	=2
	4-5	=1
	3	=0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-29	=4
	>29	=3
	6-9	=2
	1-5	=1
	0	=0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>89	=4
	76-89	=3
	50-75	=2
	1-49	=1
	0	=0

"Escala de Trauma Revisada (RTS): Uma análise de adequação para pacientes de Trauma Isolado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.J. Copes, et al. A revision of the Trauma score. J. Trauma 29(9), 1989, 1989.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2003)*

03 - 08 graves (não existindo de intubação imediata);
09 - 12 moderado;
13 - 15 leve.

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

** A escala precisa ser aplicada a pacientes conscientes e que colaborem pelo menos a 3 itens, na Escala Qualitativa pode ser se o paciente que classifique o traumatismo de acordo com os seguintes adjetivos:

SEM COR.	LEVE	Moderado	Intenso	P
0	1	2	3	

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

RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

Nome:

Leito: | Idade: | Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data: Hora:

06/07/20

NC

TCE leve

Queda de moto de 4 m, capacete, perda

de consciência

TC cerebral

LIBERADO P/ NC

Dr. Wladimir de Oliveira Melo
Neurocirurgião
CRM/RN 5505

09/07/2020 CARDIOLOGIA

PCR com história de hipertensão e diabetes com TCE. Foi solicitado TC de controle (não realizada), pois não conseguimos levar com UTI.

Solicito avaliação da cardiologia, obrigado e atenciosamente

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde e no desenvolvimento dos valores éticos e humanísticos.

EXAME FISICO (SEGUNDARIO)

A

B

C

D

E

A(ALERGIAS)

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
Rx de tórax ap	
Rx de crânio ap	
Rx de coluna lombar ap	OUTROS
Rx de perna d ap	

CONDUTA PRIMARIA(MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
TRAUMA RTO cor 1.	(2) Rx de coluna lo
PRS: Consciente (x) Afeta	pro-Salva: Sem de
Apresenta 02 vias (x) Acom	ção de protuzão
Ventilando 75 c/ AMBU (x)	Sem obstrução.
Acima	
Rx de tórax: Sem alteração	
Fratura bimalleolar	
Fx da clavícula E.	(3) Alto do braço Bord
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁ

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: Ortopedia	HORA: 11:40	DATA: 05/07/20
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3: Neuro Cir	HORA:	DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLINICA: DATA / / HORA

SAIDA: ( ) DECISÃO MEDICA ( ) REVELIA ( ) TRANSFERIDO PARA:

OBITO: DATA / / HORA

ENTREGUE À FAMILIA ( ) COM ATESTADO ( ) S.V.O ( ) IML

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 PACIENTE

Nome: [illegible] THALLYS SYDNEY DIAS SOUTO — Prontuário: 1198404
CNS: 700002952[illegible] — Nascimento: 15/06/1997 — Sexo: Masculino — Cor: PARDA
Mãe: TELMA DIAS SOUTO — Pai:
Endereço: TRAVESSA MIRIM, 40 - FELIPE CAMARÃO - NATAL — Fone: 987546209 /
Município: NATAL — Código Municipal IBGE: 240810 — UF: RN — CEP: 59074-135

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA — Laudo Nº 2[illegible]21 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

[illegible] SINTOMAS CLINICOS:
VITIMA [illegible] ACIDENTE DE MOTO CARRO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
O QUADRO CLÍNICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RAIO X DA PERNA

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:
S82.2 [illegible] DA DIÁFISE DA TÍBIA*408050500.TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Precisa de regulação ortopédica **externa após tratamento inicial?**
TIBIA DIAFISE, [illegible]
Informações [illegible] sobre as condições do paciente: — Faz Antibioticoterapia
[ ] Diabetes [ ] Hipertensão [ ] Obesidade [✓] Lesão por pressão [ ] Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:
MARCONI MEDEIROS BRANDAO — CRM: 3642 / RN — Data da Solicitação 05/07/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

( ) Acidente de Trabalho — CNPJ da Seguradora: _____ Nº do Informe: _____ Série: _____
( ) Acidente de Trabalho Típico — CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Empr.: _____ CBOR: _____
( ) Acidente de Trabalho Trajeto
Vínculo [illegible] Previdência: ( )Empregado ( )Empregador ( )Autônomo ( )Desempregado ( )Aposentado ( )Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Número da Autorização:

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____
Data da Autorização: _____ Assinatura, Carimbo: _____

FICHA: 5393 / 2020 **Paciente:** THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO
SUS **Categoria:** GRATUITO
1 ANDAR **Quarto / Leito:** 5 / 416
Tipo de 4 **Prontuário:** 1198404 **Data Agendamento:** 05/07/2020 15:15

Cirurgia: TTO CIR FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
Data Realização: 05/07/2020 14:30 **Potencial de Contaminação:** Contaminada
Cirurgião: GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS
Anestesista: MEDICO PLANTONISTA
Tipo Anestesia: RAQUE
Instrumentador: ANA CLEIDE - Hospital
Equipe:

Data do Relatório: 03/07/2020 13:46 **Profissional:**

Relat

1- PACIENTE EM DDH, SOB RAQUIANESTESIA
2- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
3- CAMPEAMENTO ESTERIL
4- REALIZADA IRRIGAÇÃO COPIOSA DE ENXAGUE COM 4-7 LITROS DE SF 0,9%
5- REALIZADO DESBRIDAMENTO MECANICO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
6- REALIZADO REDUÇÃO DE FRATURA E POSICIONADO FIXADOR EXTERNO DE TIBIA D FEITA
7- SUTURA POR PLANOS
8- CURATIVO ESTERIL
9- [illegible]
10-FIM

CONFERE COM ORIGINAL

Paciente: 172478 - THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO
Atendimento: 4-6393/2020
Idade: 23 ano(s) 1 mes(es) e 18 dia(s)
Prescrição Nº: 4
Hospital / Unidade: WG - 4 ANDAR
Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 1198404 **Peso:**
Data Internação: 05/07/2020 12:54
Início Validade: 08/07/2020 15:03 até 09/07/2020 18:59
Quarto / Leito: 5 - 416
Médico Resp.: 208-MARCONI MEDEIROS BRANDAO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

08/07/2020 15:05:23 - 3º DIA FRATURA DE TIBIA DIR
PACIENTE EVOLUI COM QUEIXAS DE NAUSEAS E CEFALEIA, SEM OUTRAS QUEIXAS.
RX FRATURA DE DIAFISE TIBIA DIREITA ALINHADA.
CONDUTA: MANTIDA. ALTA PROGRAMADA PARA AMANHA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - LIVRE						

MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML . S/N se nauseas ou vomitos . Diluição: 10 ml SHD	1	AMP	IV	[illegible]		
3 - DIPIRONA SÓDICA (500 MG/ML - 20 ML GOTAS)	40	GTS	VO	6h/6h		18:00 06:00 12:00 18
4 - ENOXAPARINA SÓDICA (40 MG)	1	SER	SC	24h/24h		18:00
5 - OMEPRAZOL 20 MG	2	CAP	VO	24h/24h		06

CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
6 - (A) CURATIVO DIARIO (na prescrição 00004 alterada)						
7 - CLEAR PULMONAR + SINAIS VITAIS						
8 -						

GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS
CRM-478 I/RN

RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PUBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
DIREÇÃO GERAL
COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

gistro:

s

CONFORME RESOLUÇÃO Nº 1638/2002 DO CFM O PRONTUARIO É UM DOCUMENTO E TODOS OS PROFISSINAIS SÃO RESPONSAVEIS POR ELE. O PRONTUARIO DEVE CONTER:

Identificação do Paciente	Todos os profissionais
Letra Legível	
Identificação do profissional (carimbo ou número do conselho de classe legíveis)	
Historia Clínica	Médicos
Hipótese Diagnostica	
Evolução Diária com data e hora	
Diagnostico Definitivo	
No ato da Internação preenchimento e assinatura de AIH	

CONFERE COM ORIGINAL

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

Nome: Thalys S. dny dos santos Leito: 203
Registro: 452 dny Idade: 03 anos Data: 05/07/2020
Diagnóstico: Debridado cirurgico de fratura exposta no MID
Dias de Internação:

SINAIS VITAIS							CONTROLE HÍDRICO												CUIDADOS ESPECIAIS								
							LÍQUIDO INFUNDIDO						LÍQUIDO ELIMINADO														
HORA	TA	FR	FC	TEMP	PVC	SAT O2	"DIAL"	SNG SNL	SORO	HEP	SNG DENAL	SONDA INF.	DIURESE	FEZES	SUCO GAST.	DRENO	VÔMITO		HGT	Hidral.	PIO	Via Deplumi	Via Ord	Topoterapia	Lab. Laboratório	Assistência	HORA
7:00																											7:00
8:00																											8:00
9:00																											9:00
10:00																											10:00
11:00																											11:00
12:00																											12:00
SUB-TOTAL																			BALANÇO PARCIAL:								
13:00																											13:00
14:00																											14:00
15:00	100/60		80			100%																					15:00
16:00																											16:00
17:00																											17:00
18:00																											18:00
SUB-TOTAL																			BALANÇO PARCIAL:								
19:00					14H																						19:00
20:00	124	18	66	36,4	82	97%																					20:00
21:00	69																										21:00
22:00																											22:00
23:00																											23:00
24:00																											24:00
01:00																											01:00
02:00																											02:00
03:00																											03:00
04:00																											04:00
05:00																											05:00
06:00																											06:00
SUB-TOTAL																			BALANÇO PARCIAL:								
																			BALANÇO TOTAL								

OBS.:

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

TURNO	ABERT. OLHOS	RESP. MOTORA	RESP. VERBAL	PONTOS 3 - 15	PUPILAS TAM	PUPILAS SIMETRIA	PUPILAS REAÇÃO A LUZ
M							
T							
N							

ABERTURA OLHOS	GRAU	RESPOSTA MOTORA	GRAU	RESPOSTA VERBAL	GRAU	DROGAS	DIAS
ABERTURA ESPONTÂNEA	4	OBEDECER ORDEM VERBAL	6	CONVERSA DESORIENTADO	5		
ORDEM VERBAL	3	LOCALIZA A DOR	5	CONVERSA DESORDENADO	4		
DOR	2	FLEXÃO A DOR	4	LINGUAGEM INADEQUADO	3		
		DESCORTICADA	3	PALAVRAS INTELIGÍVEIS	2		
SEM RESPOSTA	1	DESCEREBRADO	2	SEM RESPOSTA	1		
		SEM RESPOSTA A DOR	1				

PROCEDIMENTOS INVASIVOS	DIAS		DIAS
INTRACATH		DISSEC. VEM	
VEIA PERIF.		ENTUBAÇÃO	
DRENO TORÁCICO		TRAQUEOSTOMIA	
SNG / SNE		SONDA VESICAL	
MARCA PASSO PROV.			

EXAMES REALIZADOS	HORA	EXAMES REALIZADOS	HORA	CONTROLES	HORA	ANTIMICROBIANOS	DIAS
RAIOS X		ANGIOGRAFIA		TROCA DE SV			
PUNÇÃO LOMBAR		EDA		TROCA DE SNG			
ULTRASONOGRAFIA		LABORATORIAIS		TROCA DE EQUIPO			
ECG		GASOMETRIA		TROCA DE FRASCO ASP.			
ECO				TROCA DE CIRC. RESP.		N P T	
TC				TROCA DE LÁTEX			

REGISTROS DE ENFERMAGEM

MANHÃ	TARDE	NOITE
	[illegible]	[illegible]

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

TURNO	ABERT. OLHOS	RESP. MOTORA	RESP. VERBAL	PONTOS 3 - 15	PUPILAS TAM	PUPILAS SIMETRIA	PUPILAS REAÇÃO À LUZ
M							
T							
N							

ABERTURA OLHOS	GRAU	RESPOSTA MOTORA	GRAU	RESPOSTA VERBAL	GRAU	DROGAS	DIAS
ABRE ESPONTÂNEA	4	OBEDECE A ORDEM VERBAL	6	CONVERSA ORIENTADO	5		
ORDEM VERBAL	3	LOCALIZA A DOR	5	CONVERSA DESORIENTADO	4		
DOR	2	FLEXÃO A DOR	4	LINGUAGEM INADEQUADA	3		
		DESCORTICADA	3	SONS INTELIGÍVEIS	2		
SEM RESPOSTA	1	DESCEREBRADO	2	SEM RESPOSTA	1		
		SEM RESPOSTA A DOR	1				

PROCEDIMENTOS	DIAS		DIAS	EXAMES REALIZADOS	HORA	EXAMES REALIZADOS	HORA	CONTROLES	HORA	ANTIMICROBIANOS	DIAS
INVASIVOS				RAIOS X		ANGIOGRAFIA		TROCA DE SV			
INTRACATH		DISSEC. VEM		PUNÇÃO LOMBAR		EDA		TROCA DE SNG			
VEIA PERIF.		ENTUBAÇÃO		ULTRASONOGRAFIA		LABORATORIAIS		TROCA DE EQUIPO			
DRENO TORÁCICO		TRAQUEOSTOMA		ECG		GASIOMETRIA		TROCA DE FRASCO ASP.			
SNG / GNE		SONDA VESICAL		ECO				TROCA DE CURC. RESP.		NPT	
MARCA PASSO PROV.				TC				TROCA DE LÁTEX			

REGISTROS DE ENFERMAGEM

MANHÃ	TARDE	NOITE
	[illegible]	[illegible]

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

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

Nome: Thalys Sidney Lima Souza Leito: 703
Registro: 6393 Idade: 23 a Data: 06/07/2020
Diagnóstico: D Zika D
Dias de Internação:

SINAIS VITAIS							CONTROLE HÍDRICO												CUIDADOS ESPECIAIS								
							LÍQUIDO INFUNDIDO						LÍQUIDO ELIMINADO														
HORA	TA	FR	FC	TEMP	PVC	SAT O2	DIEZ	SOR SNF	SOMI	NEO	SÂNG PERIF.	HEMOD INT.	DRENOS	FÉZES	SUCO GAST.	DIURE	VÔMITO		SNE	Hidrat.	VO2	Fr. Cardiaca	Fr. Resp.	Temperatura	Dieta	Mobilização	Aspiração	HORA
7:00																												7:00
8:00	120/84		62	36,1		100%																						8:00
9:00																												9:00
10:00																												10:00
11:00																												11:00
12:00																												12:00
SUB-TOTAL																			BALANÇO PARCIAL:									
13:00																												13:00
14:00																												14:00
15:00																												15:00
16:00																												16:00
17:00																												17:00
18:00																												18:00
SUB-TOTAL																			BALANÇO PARCIAL:									
19:00																												19:00
20:00	128/75		76	36,5		100%																						20:00
21:00																												21:00
22:00																												22:00
23:00																												23:00
24:00																												24:00
01:00																												01:00
02:00																												02:00
03:00																												03:00
04:00																												04:00
05:00																												05:00
06:00																												06:00
SUB-TOTAL																			BALANÇO PARCIAL:									
OBS.:																			BALANÇO TOTAL									

TURNO	ABERT. OLHOS	RESP. MOTORA	RESP. VERBAL	PONTOS 3-15	PUPILAS TAM	PUPILAS SIMETRIA	PUPILAS REAÇÃO À LUZ
M							
T							
N							

ABERTURA OLHOS		RESPOSTA MOTORA		RESPOSTA VERBAL			
ESPONTÂNEA	4	OBEDECER ORDEM VERBAL	6	CONVERSA ORIENTADO	5		
ORDEM VERBAL	3	LOCALIZA A DOR	5	CONVERSA DESORIENTADO	4		
DOR	2	FLEXÃO À DOR	4	LINGUAGEM INADEQUADO	3		
		DESCORTICAGEM	3	SONS INTELIGÍVEIS	2		
SEM RESPOSTA	1	DESCEREBRADO	2	SEM RESPOSTA	1		
		SEM RESPOSTA À DOR	1				

PROCEDIMENTOS	DIAS		DIAS
INVASIVOS			
INTRACATH		DISSEC. VEM	
VEIA PERIF.		ENTUBAÇÃO	
DRENO TORÁCICO		TRAQUEOSTOMA	
SNG / SNE		SONDA VESICAL	
MARCA PASSO PROV.			

EXAMES REALIZADOS	HORA	EXAMES REALIZADOS	HORA
RAIOS X		ANGIOGRAFIA	
PUNÇÃO LOMBAR		EDA	
ULTRASONOGRAFIA		LABORATORIAIS	
ECG		GASOMETRIA	
ECO			
TC			

CONTROLES	HORA	ANTIMICROBIANOS	DIAS
TROCA DE SV			
TROCA DE SNG			
TROCA DE EQUIPO			
TROCA DE FRASCO ASP.			
TROCA DE CIRC. RESP.		N.P.T	
TROCA DE LÁTEX			

REGISTROS DE ENFERMAGEM

MANHÃ	TARDE	NOITE
[illegible]	[illegible]	[illegible]

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Admissão de Internamento Hospitalar

N° FIA: **6393 /2020**	Prontuário: 1198404

Paciente: **172478 - THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO**
Cartão SUS: 700002495328606 CPF: 70338304401 Dt Nasc: 15/06/1997
Idade: 23 anos 20 dias Sexo: M. Etnia: PARDA Estado Civil: NÃO INFORMADO
Nome da mãe: TELMA DIAS SOUTO
Nome do pai:
Rua/Av: MIRIM N°:40
Complemento: Bairro: FELIPE CAMARÃO
CEP: 59074135 Cidade: NATAL
Telefone: 84 987546209 84 987546209
Especialidade: ORTOPEDICA Unidade: PS - ORTOPEDIA Leito: 1002
Responsável: THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO -
Usuário: UZIMAR PEREIRA VALE

Admissão: 05/07/2020 12:54:53	Alta:	Óbito:	Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.2 - FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA
408050500 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

09 JUL 2020 ORTOPEDIA

PAC. COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM (D) PERNA (D) QUE ACARRETOU EM FRATURA DE OSSOS DA PERNA (D), TENDO SIDO SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE FIX. EXTERNO CIRÚRGICO (BOM ALINHAMENTO).

CONDUTA: ALTA HOSPITALAR
ANLG E ANTIBIÓTICO PARA CASA.
ATM (60)
ORIENTADO.
AO AMBULATORIO

CONFERE COM ORIGINAL
ASSINATURA

GEAN GUERRERO R. DANTAS
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM - 4781 TEOT 11044
CPF 703.425.4.453

NATAL, 05 de Julho de 2020.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

PRMV015_R7 - **Impressão da Prescrição Médica**

‰†zÉIC!18n†Š
‰†zÉIC!18n†Š
90101172478

05/07/2020 15:51

Paciente: 172478 - THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO
FIA: 4-6393/2020
Idade: 23 ano(s) 0 mes(es) e 20 dia(s)
Prescrição Nº: 1
Hospital / Unidade: WG - RPA
Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 1198404 **Peso:**
Data Internação: 05/07/2020 12:54
Início Validade: 05/07/2020 15:47 até 05/07/2020 18:59
Quarto / Leito: 1 - ~~218~~ 703
Médico Resp.: 206-MARCONI MEDEIROS BRANDAO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

05/07/2020 15:49:12 - POI
PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTOx CARRO COM TRAUMA EM PERNA DIREITA QUE RESULTOU EM FRATURA EXPOSTA(GI) DE TIBIA DIREITA, SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE URGENCIA.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
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	Contínuo	21gote/min	

MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
3 - CEFALOTINA 1G (1FA+10ML ABD) - D1/5 . Obs.: Iniciado em: / /2019 . Diluição: 100ml SF0,9%	1	FA	IV	6h/6h		15:47
4 - DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2 ML . Obs.: +18 ml de ABD . Diluição: 8 ml ABD	1	AMP	IV	6h/6h		15:47
5 - **TRAMADOL 50MG/ML - 2ML** **. S/N em caso de dor** **. Obs.: +100 ml de SF0,9%**	1	AMP	IV	12h/12h		
6 - OMEPRAZOL 40 MG (1FA+10ML DIL.) FALTA	1	FR	IV	24h/24h		15:47
7 - BROMOPRIDA 5MG/ML FALTA . S/N náuseas/vômitos . Diluição: 15ml SF0,9%	1	AMP	IV	8h/8h		
8 - DICLOFENACO DE SODIO 50 MG	1	COM	VO	8h/8h		15:47

CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
9 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS						
10 - CURATIVO DIARIO						

GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS
CRM-4781/RN

Paciente: 172478 - THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO
FIA: 4-6393/2020
Idade: 23 ano(s) 0 mes(es) e 20 dia(s)
Prescrição Nº: 1
Hospital / Unidade: WG - RPA
Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 1198404 **Peso:**
Data Internação: 05/07/2020 12:54
Início Validade: 05/07/2020 15:47 até 05/07/2020 18:59
Quarto / Leito: 1 ~~248~~ 203
Médico Resp.: 206-MARCONI MEDEIROS BRANDAC

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

05/07/2020 15:49:12 - POI
PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTOx CARRO COM TRAUMA EM PERNA DIREITA QUE RESULTOU EM FRATURA EXPOSTA(GI) DE TIBIA DIREITA, SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE URGENCIA.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - LIVRE	NUTRIDOST.					

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	21gote/min	

MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
3 - CEFALOTINA 1G (1FA+10ML ABD) - D1/5 . Obs.: Iniciado em: / /2019 . Diluição: 100ml SF0,9%	1	FA	IV	6h/6h		15:47
4 - DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2 ML . Obs.: +18 ml de ABD . Diluição: 8 ml ABD	1	AMP	IV	6h/6h		15:47
5 - **TRAMADOL 50MG/ML - 2ML** **. S/N em caso de dor** **. Obs.: +100 ml de SF0,9%**	1	AMP	IV	12h/12h	S/N	
6 - OMEPRAZOL 40 MG (1FA+10ML DIL.)	1	FR	IV	24h/24h		15:47
7 - BROMOPRIDA 5MG/ML . S/N náuseas\vômitos . Diluição: 15ml SF0,9%	1	AMP	IV	8h/8h	S/N	
8 - DICLOFENACO DE SODIO 50 MG	1	COM	VO	8h/8h		15:47

CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
9 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS					M	T N
10 - CURATIVO DIARIO					MATUTINO	

GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS
CRM-4781/RN

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

PRMV015_R7 - **Impressão da Prescrição Médica**

90/01172478

08/07/2020 15:05

Paciente: 172478 - THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO
FIA: 4-6393/2020
Idade: 23 ano(s) 0 mes(es) e 23 dia(s)
Prescrição Nº: 4
Hospital / Unidade: WG - 4 ANDAR
Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 1198404 **Peso:**
Data Internação: 05/07/2020 12:54
Início Validade: 08/07/2020 15:03 até 09/07/2020 18:59
Quarto / Leito: 5 - 416
Médico Resp.: 206-MARCONI MEDEIROS BRANDAO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

08/07/2020 15:05:23 - 3º DPO FRATURA DE TIBIA DIR
PACIENTE EVOLUI COM QUEIXAS DE NAUSEAS E CEFALEIA, SEM OUTRAS QUEIXAS.
RX FRATURA DE DIAFISE TIBIA DIREITA ALINHADA.
CONDUTA: MANTIDA, ALTA PROGRAMADA PARA AMANHA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - LIVRE						

MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML . S/N se nauseas ou vomitos . Diluição: 18ml ABD	1	AMP	IV	8h/8h		SN
3 - DIPIRONA, SODICA (500 MG/ML 20 ML GOTAS)	40	GTS	VO	6h/6h		18 00 06 12
4 - ENOXAPARINA 40MG/0,4 ML SC	1	SER	SC	24h/24h		18
5 - OMEPRAZOL 20 MG	2	CAP	VO	24h/24h		06

CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
6 - (A) CURATIVO DIARIO (da prescrição 00004 alterada)					M	
7 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS				M —	T —	C
8 - CURATIVO					M	

09/07/2020
ALTA MEDICA

DR. GEAN GUARNIERE R. DANTAS
ESPECIALIDADE TRAUMATOLOGIA
CRM - 4781 TEOT 1104
CPF: 703.425.474-53

GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS
CRM-4781/RN

09/07/2020 - 08:45h
Paciente c/ queixa de vertigem
sem dores
Com pedido de exame de retalho
Dos Reumatologia
Pc de caso novo
c/ Alta do HC

Claudio S. Costa
NEUROCIRURGIÃO
CRM-RN 1425

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

Paciente: **172478 THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO**
Nascimento: 15/06/1997 Idade: 23 ano(s) 1 mes(es) 2 Natural: RN ARES Sexo: Masculino
CNS: 700002495328606 CPF: 70338304401 Cor: SEM INFORMACAO Prof: GARCON
Mãe: TELMA DIAS SOUTO Pai: SILAS DE OLIVEIRA SOUTO
Endereço: TRAVESSA MIRIM, 40 - FELIPE CAMARÃO - NATAL
Cidade: RN NATAL CEP: 59074-135 Telefone: (84) 987546209

BOLETIM Nº: **34551/2020** Sala Inicial: **ORTOPEDIA, EGRESSOS - VERDE - 120 Min**
Triagem: 13/08/2020 07:42 Admissão: 13/08/2020 07:50 Boletim: 13/08/2020 07:56
Motivo: RETORNO Origem: FAMILIA
Queixa: RETORNO PARA AVALIAR CIRURGIA EM MID
Observação: AUTORIZADO POR DR GEAN

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente alega acidente de trabalho? ◯ Sim ◯ Não Profissão e Empresa:
Notif. de viol. interpessoal/autoagressão: ◯ Sim ◯ Não
PACIENTE RETORNA PARA AVALIAÇÃO DE TRATAMENTO DE FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA COM FIXADOR EXTERNO LINEAR HA 38 DIAS.

Alergia: NEGA
Medicação em uso: AINH

EXAME FÍSICO

FIXADOR EXTERNO LINEAR

Solicito exames :
32020117 - PERNA AP E PERFIL DIREITO - RX

DR. GEAN GUARNIERE R. DANTAS
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 4781 / TEOT 11044
CPF 703.425.474-53

Profissional: GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS CRM: RN 4781
Saída: ( )Liberação Médica; ( )Revela; ( )Internação; ( )Óbito c/Declar; ( )Óbito SVO/ITEP; ( )Transferido para:_____
Data e Hora da Saída:___/___/2019 ___:___ Médico:_____

RAIOS-X
Atendido em: 13/8/20 Hora: 10

SUS Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

(NIR) SEGURADO - 7 meses PLANO DO CRIANÇA PLANO GERAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **172478 THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO** Prontuário: 1198404

CNS: 700002495328606 Nascimento: 15/06/1997 Sexo: Masculino Cor: SEM INFORMACAO

Mãe: TELMA DIAS SOUTO Pai: SILAS DE OLIVEIRA SOUTO

Endereço: TRAVESSA MIRIM, 40 - FELIPE CAMARÃO - NATAL Fone: 987546209 /

Município: NATAL Código Municipal IBGE: 240810 UF: RN CEP: 59074-135

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 29003 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

PACIENTE NECESSTIA DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO E OSTECTOMIA , EVOLUE COM OSTEOLISE EM TRAJETO DE PINO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

CIRURGIA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

EX FISICO E RX

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.2 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA*408050500.TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

TIBIA DIAFISE, FX;2

Hausemann Morais
Ortopedista
CRM 5314 - SBOT 12213

Informações importantes sobre as condições do paciente:

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

Profissional Solicitante / Assitente:

HAUSEMANN HELIO GABARO LOPES DE MORAIS CRM: 5314 / RN Data da Solicitação 13/08/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

( ) Acidente de Trabalho
( ) Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Seguradora: _____ Nº do bilhete: _____ Série: _____
( ) Acidente de Trabalho Trajeto CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Orgão Emissor: _____ **Número da Autorização:**

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

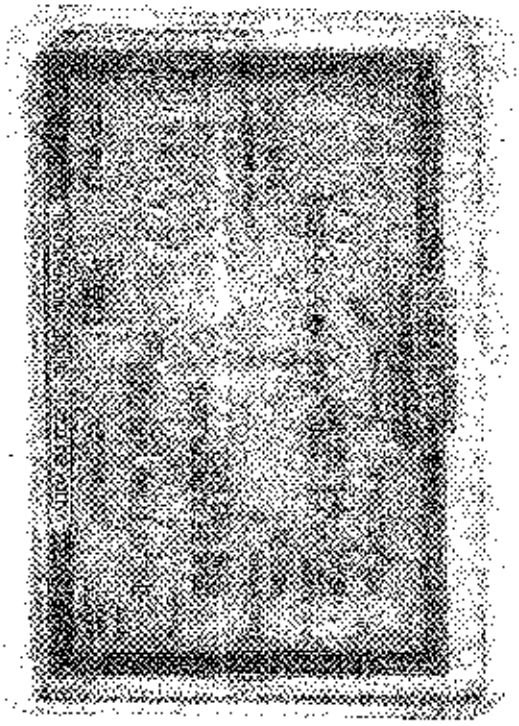
PROIBIDO PLASTIFICAR

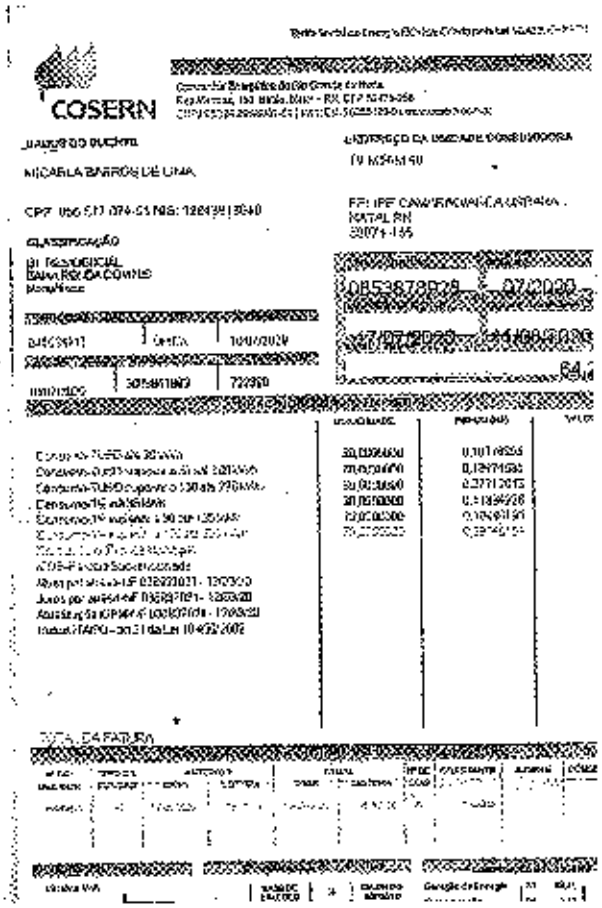
148502286

VÁLIDO EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

148502286

RIO GRANDE DO NORTE





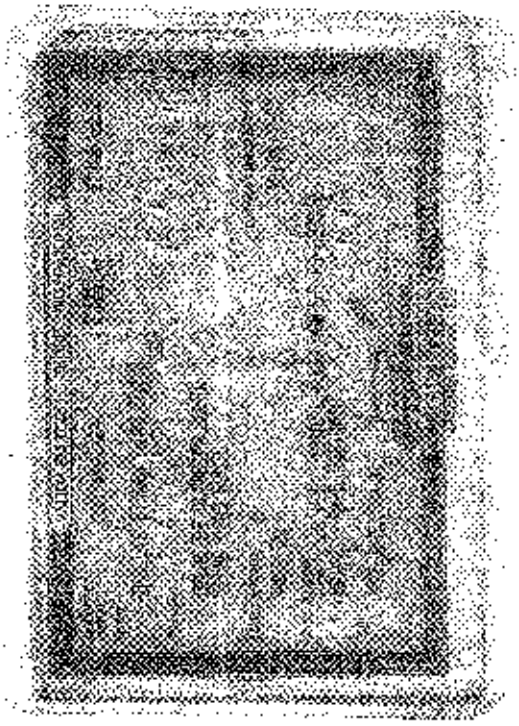
COSERN

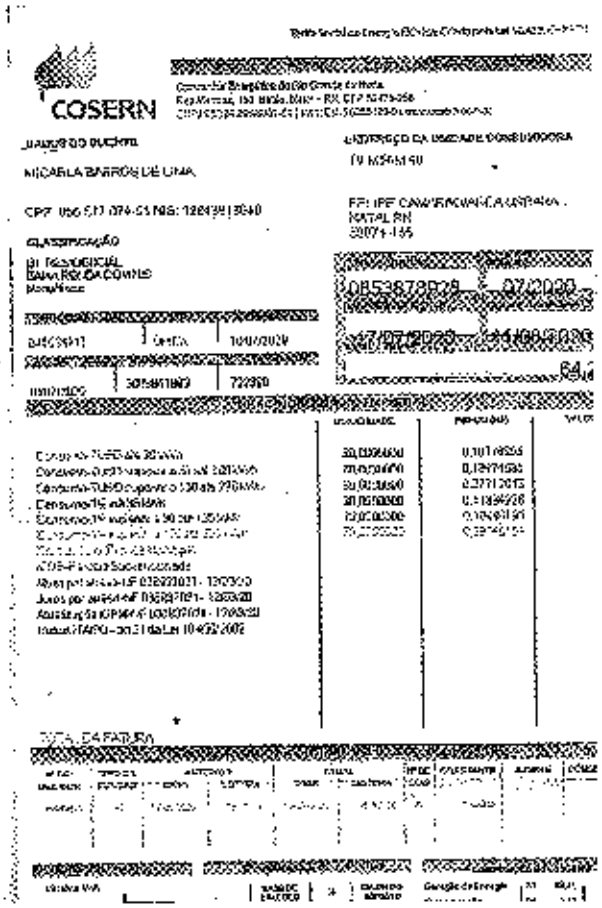
NICARLA BARROS DE LIMA

CPF: 060.537.074-55 NIS: 1284391 9640

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COMUM





COSERN

NICARLA BARROS DE LIMA

CPF: 060.537.074-55 NIS: 1284391 9640

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COMUM

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO, brasileiro, solteiro, garçom, inscrito no CPF/MF sob o nº 703.383.044-01, portador da cédula de identidade nº 3.446.161 SSP/RN, residente e domiciliado na Travessa Mirim, nº 40, Felipe Camarão, CEP: 59074-135, Natal/RN.

OUTORGADO: ERIC TORQUATO NOGUEIRA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o número 11760, portador do CPF/MF nº 061.387.934-12, RG nº 3393071 – SSP/RN, com endereço profissional situado à Rua Dom José Tomaz, 773 (Edifício Sfax – sala 1504), Tirol, CEP 59022-250, Natal/RN.

DATA DO ACIDENTE: 05/07/2020

COBERTURA: INVALIDEZ

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

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

Natal/RN, 13 de agosto de 2020.

Thallys Sidney Dias Souto

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO, brasileiro, solteiro, garçom, inscrito no CPF/MF sob o nº 703.383.044-01, portador da cédula de identidade nº 3.446.161 SSP/RN, residente e domiciliado na Travessa Mirim, nº 40, Felipe Camarão, CEP: 59074-135, Natal/RN.

OUTORGADO: ERIC TORQUATO NOGUEIRA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o número 11760, portador do CPF/MF nº 061.387.934-12, RG nº 3393071 – SSP/RN, com endereço profissional situado à Rua Dom José Tomaz, 773 (Edifício Sfax – sala 1504), Tirol, CEP 59022-250, Natal/RN.

DATA DO ACIDENTE: 05/07/2020

COBERTURA: INVALIDEZ

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

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

Natal/RN, 13 de agosto de 2020.

Thallys Sidney Dias Souto

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242011/20

Vítima: THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO

Data do acidente: 05/07/2020

CPF: 703.383.044-01

CPF de: Próprio

Titular do CPF: THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ERIC TORQUATO NOGUEIRA : 061.387.934-12

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

THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO : 703.383.044-01

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 27/08/2020	Data do cadastramento: 27/08/2020
Nome: ERIC TORQUATO NOGUEIRA	Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 061.387.934-12	CPF: 021.292.004-94
ERIC TORQUATO NOGUEIRA	GERCIA LOURENCO DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200359036 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO **Data do acidente:** 05/07/2020 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P6,7,20

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**