

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: 15/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO MARIA MACEDO DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02010

CONTA: 000000026227-9

Nr. da Autenticação 17D7AA2AD7FC087B

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200138956 **Cidade:** São Gonçalo do Amarante **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO MARIA MACEDO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 03/01/2020 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (P9 E P27).
ALTA.

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: RELATÓRIO MÉDICO - P1

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

Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200138956

Vítima: JOAO MARIA MACEDO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 03/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO MARIA MACEDO DO NASCIMENTO

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: JOAO MARIA MACEDO DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002010

Conta: 000000026227-9

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0108521/20

Vítima: JOAO MARIA MACEDO DO NASCIMENTO

CPF: 033.430.714-71

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/01/2020

Titular do CPF: JOAO MARIA MACEDO DO NASCIMENTO

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA : 061.089.354-80

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

JOAO MARIA MACEDO DO NASCIMENTO : 033.430.714-71

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/04/2020
Nome: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA
CPF: 061.089.354-80

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/04/2020
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

THIARA VIRGINIA DA HORA

YASIN ENFOCO
O TEXTO DO NACIONAL
1760741813

PROMISSA PLACER 20
1760741813

NOME	
MARCOS DE BERNARDO DE SOUZA	
RG 6734 BAP BR	
DATA NASCIM 29/04/1982	
NOME DO PAI	
JOSÉ BERNARDO DE SOUZA	
MATER JOSÉ DE LIMA	
PROFISSÃO	AGD
ESTADO CIVIL	CAT. FISC
0234978188	BR/04/2004
OBSERVAÇÕES	
MARCOS DE BERNARDO DE SOUZA	
NATAL, RN	
DATA EXPIRAÇÃO 29/04/2018	
1760741813	
201804131813	
RIO GRANDE DO NORTE	

**CLÍNICA****OITAVA ROSADO**# *horda horda* ## *João Manoel Macedo do Nascimento 43 anos*# *Doença de Kienbock: 03/01/2010*# *Kienbock nota como que unthos em
pollicis e polius de om do pmo
direto. Audis erupus*# *Struente usen dor e pndiflexão
de polio e touzils duto em 30%.*# *Alto Vento*# *793*Dr. Tiago Andrade Rodrigues
Ortopedia e Traumatologia
CREMER 6224

Dr(a):

*13/03/2010*MOSSORÓ:
Rua Juvenal Lammartine, 119
Centro
Fones: (84) 3315-8909 / 3315-8931
☎ 9.8865-6069BARAUNA:
Rua Espírito Santo, 514
CentroSERRA DO MEL:
R. São Sebastião, 1000, 2011
Vila Brasil
Fone: (84) 9.8782-0474ASSÚ:
Av. Senador Nêsc Corrêa, 1504
CentroPARNAMIRIM
Av. Beia Parnamirim, 883
Vila NovaNATAL:
Av. Presidente Médice, 256
Igapo - Zona Norte



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 476 /2020

Admissão: 03/01/2020 13:16:52

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 158672 - JOAO MARIA MACEDO DO NASCIMENTO (43 a 4 m 3 d)

Nascimento: 13/11/1976 Natural: JOAO CAMARA.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 704202749245481

CPF: 08343071471

Prof: ABASTECEDOR

Mãe: ALUIZIA ANUNCIADA DO NASCIMENTO

Pai:

Logradouro: NOSSA SENHORA APARECIDA, 58

CEP: 59295844

Bairro: GOLANDIM

Cidade: SAO GONCALO DO
AMARANTE

Telefone: 84 .987302432

Compl:

Motivo: MOTO X CARRO - COLISÃO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

Tipo: REFERENCIADO

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS: SAMU RN

Classificação: 03/01/2020 13:03:51

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISÃO CARRO /MOTO COM FRATURA DE TORNOZELO DIR+ ESCORIAÇÕES

Hora: ____:

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: 03/01/2020 15:30:31 - INTERNADO

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID



Paciente: 158672 - JOAO MARIA MACEDO DO NASCIMENTO

FIA: 4-366/2020

Idade: 43 ano(s) 4 mes(es) e 3 dia(s)

Prescrição Nº: 14

Hospital / Unidade: WG - OBS II

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 1192615

Peso:

Data Internação: 11/01/2020 02:07

Início Validade: 23/01/2020 20:25 até 24/01/2020 18:59

Quarto / Leito: 2 - 950

Médico Resp.: 279-RODRIGO JOSE FERNANDES CA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

23/01/2020 20:26:05 - FRATURA FECHADA DE TÍBIA DIREITA
SEM SINAIS DE INFECÇÃO
SEM QUEIXAS ÁLGICAS IMPORTANTES E AFEBRIL
PELE ÍNTEGRA. AGUARDA TRANSFERÊNCIA.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

1 - LIVRE

MEDICAMENTO

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

2 - DIPIRONA, SODICA (500 MG/ML 20 ML GOTAS)

40 GTS VO 8h/8h

3 - TRAMADOL 50MG

1 COM VO 8h/8h

4 - RANITIDINA 150 MG

1 COM VO 12h/12h

5 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML
S/N vômitos/na

1 AMP IV 8h/8h

CUIDADOS

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

6 - CURATIVO DIÁRIO

Obs.: MANTER TALA

7 - SSVV + COGG

FERNANDO SERGIO DE MACEDO CALDAS
CRM-2779/RN



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



Paciente: 158672 JOAO MARIA MACEDO DO NASCIMENTO

Nascimento: 13/11/1976 Idade: 43 ano(s) 4 mes(es) 3 Natural: RN JOAO CAMARA

Sexo: Masculino

CNS: 704202749245481 CPF: 03343071471

Cor: PARDA

Prof: ABASTECEDOR

Mãe: ALUIZIA ANUNCIADA DO NASCIMENTO

Pai:

Endereço: RUA NOSSA SENHORA APARECIDA, 58 - GOLANDIM - SAO GONCALO DO AMARANTE

Cidade: RN SAO GONCALO DO AMARANTE

CEP: 59295-844 Telefone: (84) 987302432

BOLETIM Nº: 476/2020

Sala Inicial: **POLITRAUMA**

- **AMARELO - 60 Min**

Triagem: 03/01/2020 13:03

Admissão: 03/01/2020 13:16

Boletim: 03/01/2020 14:41

Motivo: MOTO X CARRO - COLISÃO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

Queixa: COLISÃO CARRO /MOTO COM FRATURA DE TORNOZELO DIR+ ESCORIAÇÕES

Observação: SAMU RN

HISTÓRIA CLÍNICA

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

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

PACIENTE REFERE ACIDENTE DE MOTOXCARRO HA + - 4 HORAS, QUEIXA DE DOR NO OMBRO DIREITO E PERNA DIREITA

Alergia: NEGA

Medicação em uso: NEGA

EXAME FÍSICO

ESTAVEL

BACIA ESTAVEL

DOR A PALPAÇÃO DA PERNA E OMBRO DIREITO

Solicito exames :

32021013 - OMBRO AP, PERFIL DE ESCAPULA E AXILAR DIREITO - RX

Profissional: WILSON ALVES DE SOUZA JUNIOR

CRM: RN 7970

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

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

Médico:

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou _____

CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **158672 JOAO MARIA MACEDO DO NASCIMENTO**

Prontuário: 1192615

CNS: 704202749245481

Nascimento: 13/11/1976

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: ALUIZIA ANUNCIADA DO NASCIMENTO

Pai: _____

Endereço: RUA NOSSA SENHORA APARECIDA, 58 - GOLANDIM - SAO GONCALO DO AMARAN

Fone: 987302432 /

Município: SAO GONCALO DO AMAR/ Código Municipal IBGE: _____

241200 UF: RN

CEP: 59295-844

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo Nº 1313 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

ACIDENTE DE MOTO EM 06 JAN 2020. COM FRAT FECHADA DE TÍBIA, TRANSF EM 08 JAN PARA A PPG, APRESNTOU
FLICTENA DE 01 CM NA PERNA E RETORNOU,
TTO CLÍNICO COM AI,

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
NECESSITA CIRURGIA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RX

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

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

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

TIBIA DIAFISE, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

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

Profissional Solicitante / Assistente:

CLAUDIO JOSE POLEY GUZZO

CRM: 3047 / RN

Data da Solicitação 11/01/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____ Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____ CBO: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

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

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Admissão de Interr. nento Hospitalar

Nº FIA: 366 /2020

Prontuário: 1192615

Paciente: 158672 - JOAO MARIA MACEDO DO NASCIMENTO

Cartão SUS: 704202749245481

CPF: 03343071471

Dt Nasc: 13/11/1976

Idade: 43 anos 1 mes 28 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: ALUIZIA ANUNCIADA DO NASCIMENTO

Nome do pai:

Rua/Av: SAGRADA FAMILIA

Complemento:

Nº: 58

Bairro: NOSSA SENHORA DA
APRESENTA CAO

CEP: 59291201

Cidade: NATAL

Telefone: 84 987302432 84 987302432

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1024

Responsável: JOAO MARIA MACEDO DO NASCIMENTO -

Usuário: SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS

Admissão: 11/01/2020 02:07:32

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNOSTICO INICIAL: S82.2 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

408050500 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

NATAL, 11 de Janeiro de 2020.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

Xc Roy 27 01 2020



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



Paciente: **158672 JOAO MARIA MACEDO DO NASCIMENTO**

Nascimento: 13/11/1976 Idade: 43 ano(s) 1 mes(es) 2 Natural: RN JOAO CAMARA

Sexo: Masculino

CNS: 704202749245481 CPF: 03343071471

Cor: PARDA

Prof: ABASTECEDOR

Mãe: ALUIZIA ANUNCIADA DO NASCIMENTO

Pai:

Endereço: RUA SAGRADA FAMILIA, 58 - NOSSA SENHORA DA APRESENTA CAO - NATAL

Cidade: RN NATAL

CEP: 59291-201 Telefone: (84) 987302432

BOLETIM Nº: **1909/2020**

Sala Inicial: **ORTOPEDIA, CONSULT - VERDE - 120 Min**

Triagem: 10/01/2020 23:27

Admissão: 10/01/2020 23:37

Boletim: 11/01/2020 02:00

Motivo: CARRO X MOTO

Origem: AMBUL. OUTRA

Queixa: PACIENTE RETORNA DA CLINICA PAULO GURGEL POR FALTA DE CONDIÇÕES PARA CIRURGIA EM PERNA DIREITA

Observação:

HISTÓRIA CLÍNICA

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

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

PCT COM FX DE PERNA DIR FOI TRANSFERIDO PARA A PG, MAS ESTÁ COM FLETCENAS EM PERNA E SEM CONDIÇÕES DE PARTES MOLES PARA CIRURGIA. FOI DEVOLVIDO.

Alergia: N

Medicação em uso: N

EXAME FÍSICO

VER ACIMA

Solicito exames :

Profissional: AMARO ALVES DE SOUZA JÚNIOR

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

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

Médico:

CRM: RN 5439

Dr. Amaro Souza Junior
CRM/RN 5045 9817-1/2019

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 366 /2020

Prontuário: 1192615

Paciente: 158672 - JOAO MARIA MACEDO DO NASCIMENTO
Cartão SUS: 704202749245481
Idade: 43 anos 1 mes 28 dias Sexo: M Etnia: PARDA
Nome da mãe: ALUIZIA ANUNCIADA DO NASCIMENTO
Nome do pai:
Rua/Av: SAGRADA FAMILIA
Complemento:

CPF: 03343071471

Dt Nasc: 13/11/1976

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nº: 58

Bairro: NOSSA SENHORA DA
APRESENTA CAO

CEP: 59291201

Cidade: NATAL

Telefone: 84 987302432 84 987302432

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1024

Responsável: JOAO MARIA MACEDO DO NASCIMENTO -

Usuário: SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS

Admissão: 11/01/2020 02:07:32	Alta:	Óbito:	Dias de permanência:
-------------------------------	-------	--------	----------------------

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.2 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
408050500 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

NATAL, 11 de Janeiro de 2020.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



Nome

João Maria M. Nto

Leito:

Idade:

Nº Registro:

158672

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSÃOIS

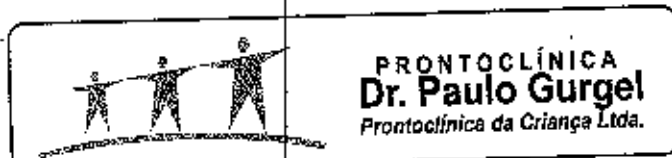
Data:

Hora:

Fratura fechada fêmur em 06/11/2020
Estava internado no UG, foi transferido
para a ATO e retornou devido a uma fratura
de osso na perna

internado p/ ATO + ATO.
sem sinais infecciosos

Assinado por: [Assinatura]
Data: [Data]



PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel
Prontoclínica da Criança Ltda.

PLA AO 24 HORAS

CIRURGIAS - CLÍNICO GERAL
PEDIATRIA - ORTOPEDIA
LABORATÓRIO DE ANÁLISES
PRONTO-SOCORRO - RAIO-X
ULTRASSONOGRAFIA

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

Do AMW G

Paciente João possui quadro
ASSUMPTO de perda
de consciência de volta a
origem por falta de condições
de manter mais uma cirurgia
definitiva em Perna Direita
(P. c. t. m. n.)

||

Natal, 20/07/2020

20:00h

Raulino Ribeiro de Medeiros Junior
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Mão
CRM 22.242/2017 - RGO 150.000



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



Paciente: **158672 JOAO MARIA MACEDO DO NASCIMENTO**

Nascimento: 13/11/1976 Idade: 43 ano(s) 1 mes(es) 2 Natural: RN JOAO CAMARA

Sexo: Masculino

CNS: 704202749245481 CPF: 03343071471

Cor: PARDA

Prof: ABASTECEDOR

Mãe: ALUIZIA ANUNCIADA DO NASCIMENTO

Pai:

Endereço: RUA SAGRADA FAMILIA, 58 - NOSSA SENHORA DA APRESENTA CAO - NATAL

CEP: 59291-201 Telefone: (84) 987302432

Cidade: RN NATAL

BOLETIM Nº: **1909/2020**

Sala Inicial: **ORTOPEDIA, CONSULT - VERDE - 120 Min**

Triagem: 10/01/2020 23:27

Admissão: 10/01/2020 23:37

Boletim: 11/01/2020 02:00

Motivo: CARRO X MOTO

Origem: AMBUL. OUTRA

Queixa: PACIENTE RETORNA DA CLINICA PAULO GURGEL POR FALTA DE CONDIÇÕES PARA CIRURGIA EM PERNA DIREITA

Observação:

HISTÓRIA CLÍNICA

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

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

PCT COM FX DE PERNA DIR FOI TRANSFERIDO PARA A PG, MAS ESTÁ COM FLICTENAS EM PERNA E SEM CONDIÇÕES DE PARTES MOLES PARA CIRURGIA. FOI DEVOLVIDO.

Alergia: N

Medicação em uso: N

EXAME FÍSICO

VER ACIMA

Solicito exames :

Profissional: AMARO ALVES DE SOUZA JÚNIOR

CRM: RN 5439

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

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

Médico:

Dr. Ricardo José F. Gomes

CRM/RN 8046 RBO-11-07

REGISTRO DE INTERNAMENTO

Nº AIH: _____ Nº ATENDIMENTO: 503953 DATA: 23/01/2020
TIPO DE INTERNAMENTO: _____ HORA: _____
ACOMODAÇÃO: ENFERMARIA LEITO: 1 ANDAR 2018 CONVENIO: SUS
MATRÍCULA: 704202749245481 VALIDADE: _____
Criado por: Oneide Maria Araujo Fonseca em 23/01/2020 19:51

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

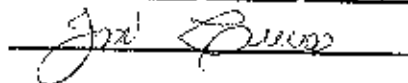
NOME: JOAO MARIA MACEDO DO NASCIMENTO SEXO: Masculino
DATA DE NASCIMENTO: 13/11/1976 RG: 1703653 CPF: _____
FILIAÇÃO MÃE: ALUIZIA ANUNCIADA M DO NASCIMENTO
FILIAÇÃO PAI: GENESIO CIPRIANO DO NASCIMENTO
ENDEREÇO: Rua Nossa Senhora Aparecida Nº 327
BAIRRO: Golandim CIDADE: SÃO GONÇALO DO AMARANTE
ESTADO: RN CEP: 59295-844
FONE: (84) 98729-2797 FONE: (84) 98619-2311

SUMÁRIO DE ALTA

TIPO DE ALTA: () MÉDICA () ADMINISTRATIVA () A PEDIDO () EVASÃO () ÓBITO
DATA: _____ HORA: _____ ASS. RESPONSÁVEL DO SETOR: _____

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA
CNPJ: 09.417.742/0001-91
Confere com o Original!
Data: 18 / 02 / 2020



CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME JOES MARIANO MACEDO D. VASB Nº REGISTRO 503953

Data Nascimento 13/11/74 IDADE 43 Sexo M LEITO: 201B Data de Admissão 24/01/2020

MÉDICO: DR. GENTIL

ADMISSÃO DO CENTRO CIRURGICO

JEJUM COMPLETO INCLUINDO AGUA? () Não (X) Sim início 22:00 PESO: 62 Kg Altura: _____ cm

RETIRADA DE PRÓTESES/ORTESE/ADORNOS: (X) SIM () NÃO

ALERGIAS: (X) NÃO () SIM: NEGA.

DOENÇAS PREGRESSAS: () DM () HAS () TABAGISMO () HIV () Hep B () Hep C () Arritmias () DPOC () AVC ()
Marcapasso () Outros: _____ Medicamentos de uso frequente: _____

Consentimento Cirúrgico Preenchido () Não (X) Sim

Exames: (X) Labor () Raio x () USG () JTC () RNM () Risco cirúrgico Outros: _____

Encaminhado: () Deambulando () Cadeira de Rodas (X) Maca () consciente () Inconsciente () Orientado ()
Desorientado

Anotações de Enfermagem: _____

Conferido informação acima por: R. Souza Admitido na sala: C20 Hora 10:50

ETAPA 1: PRÉ-INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta Fratura Tibio Peronea

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO: (X) Limpa () Contaminada () Potencialmente Contaminada () Infectada

1. Equipe completa presente (X) Sim () Não
2. Paciente com identificação e cirurgia confirmada (X)
3. Termo de consentimento (X) Cirúrgico () hemoterápico () não, caso não esteja assinado contatar o médico.
4. Local da intervenção marcado corretamente () sim () não () não aplicável
5. Bisturi elétrico disponível e testado ()
6. Aparelho de Anestesia ()
7. Equipamento de Vídeo ()
8. Monitor Multi-Parâmetro ()

9. Saída de: Oxigênio ☒ Ar Comprimido ☒ Vácuo ☒
 10. Aspirador cirúrgico disponível e testado ☒
 11. Mesa cirúrgica testada ☒
 12. Hemoderivados solicitados e reservados () sim () Não ☒ Não aplicável
 13. Paciente tem alergia conhecida () sim ☒ não
 14. Aparelho de anestesia testado ☒ sim () não
 15. Esterilizações dos instrumentais com indicadores ☒ sim () não

ETAPA II: PRÉ-INCISÃO

16. Confirma nome do paciente, local da intervenção e cirurgia proposta ☒
 17. Confirma preparo da pele com clorexidine Degermante e tópica ☒ Sim () não
 18. Confirmar antibiótico profilático administrado ☒ sim () não aplicável
 19. Paciente em posição adequada ☒ sim () não

EQUIPE DE ENFERMAGEM

20. Confirmar se a disponibilidade dos materiais e equipamentos solicitados para cirurgia ☒
 20. Confirmar com a equipe médica se os exames necessários estão disponível ☒
 21. Confirma bisturi elétrico e placas instalados corretamente ()

INTRA-OPERATORIO

Posicionamento: Dorsal ☒ Lateral direita () Lateral esquerda () Posição Ginecológica ()
 () Decúbito Proclive () Decúbito Ventral

Monitorização cardíaca: ☒ sim () não PNI/Manguito em: MDR Placa neutra: Local: _____

Passado faixa de smarch: Não () sim, em: MDR - Início _____ Termina _____

Soluções Antissépticas Usadas no Campo Operatório: ☒ Clorex degermante () Clorex aquoso
☒ Clorex Alcoolica () PVPI degermante
 () PVPI tintura ☒ Olepal 70%

Infusões: SF0,9% 500 + 250 ml R.Lactato: _____ ml Simples 500 ml SG5% _____ ml

Drenos: () Penrose nº _____ () Porto-vac nº _____ () Tórax nº _____

Sinais vitais: PA 116/80 mmHg FC: 81 bpm Sat: 97 % T: _____ °C Hora: 11:38

Anestesia: Início _____ Termina _____ () Geral Inalatório () Geral Venosa () Sedação () Local
 () Peridural ☒ Raquí () Bloqueio: _____

IOT: ☒ Não () sim - Cânula nº _____ IOT aramado: ☒ não () sim nº _____

AVP: () não ☒ sim MSF Jelco nº 20 por Sto. Phayone

Cateter O2: ☒ Não () sim SNG: ☒ NÃO () SIM Nº _____ SVD: ☒ NÃO () SIM Nº _____

Ferida operatória: Curativo campo 1 balco

Cultura: _____ Anát. Patológico: () Não () Sim _____ Unid _____

Material Explantado: _____

Conferido: Pauliana Teixeira da Silva Intercorrência _____

ETAPA III: ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

Confirmar se a contagem de compressas, instrumentais e agulhas foi realizada ☒ sim () não

Caso a cirurgia realizada não tenha sido a proposta, _____

Medicações administradas (anotar horários) 11:30 - ceftriaxona 1g, Dipirona 5g, Timolol 40mg, Quetiapril 10mg, Dexametasona 10mg

CANTIDOR
 dipirona
 não acidificada
 1g - 200
 19 OUT 2021 A

INTIDOR
 dipirona
 acidificada
 1g - 200
 19 OUT 2021 A

ceftriaxona dissódica hemieptidratada
 Medicamento genérico
 Lei nº 8.767, de 1993
 1000 mg
 São Farmacêutica S.A.

VENHA POR PRESCRIÇÃO MÉDICA USO RESTRITO A HOSPITAIS
 S/C: CRO 701 6309
 96 Injetável
 Via de adm.: Intravenosa
 Reg. Nº 1.1637.0136

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser aproveitada, para evitar muitos desastres.

Só o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você foi acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" perturbem para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro "seu imediato", se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém, mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e dos seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela distração.

Leia e reflicta sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o número dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 26.298

Série 00014-RN



João Maria Macedo dos Anjos
ASSINATURA DO PORTADOR

Nome: Enzo Maria Rozado do Nascimento f

Lee. Name: João Cajuana - RN Date: 13/11/1976
 Filiação: Genesio Cipriano do Nascimento e
 Aluizina Amarelada M do Nascimento
 Doc. nº: C. ID. 1703653 SSP - RN

Chegada ao Brasil em: Dia: Ident. nº:
 Exp. em: Estado:
 Obs.:
 Data Emissão: 05.06.96 Data: Natal-RN

6
DIRETOR
Gestor Administrativo
Técnico em Contabilidade
Mar. 2025



ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE.

	Name
	Doc.
	Name
	Doc.
	Name
	Doc.
	Name
	Est. Civil
	Name
	Doc.
	Nascimento



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 028230/2020

Data/Hora Início do Registro: 16/03/2020 15:26
Delegado de Polícia: Alzira Veiga de Medeiros

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Fim: 16/03/2020 16:18

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos

Data/Hora do Fato: 03/01/2020 11:25

Local do Fato

Município: São Gonçalo do Amarante (RN)

Bairro: Cidade das Rosas

Logradouro: Avenida das Tulipas

Nº: 58

Ponto de Referência: Próximo a Empresa Polpa Potiguar

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO
AUTOMOTOR (ART. 303 CAPUT DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)

Melo(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOÃO MARIA MSACEDO DO NASCIMENTO (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 13/11/1976

Idade: 43 anos

Naturalidade: RN - João Câmara

Profissão: Abastecedor de Linha de

Escolaridade: Ensino Médio Incompleto

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Aluizia Anunciada do Nascimento

Nome do Pai: Genésio Cipriano do Nascimento

Em Serviço: Sim

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 033.430.714-71

RG - Carteira de Identidade: 1.703.653

Endereço

Município: São Gonçalo do Amarante - RN

Logradouro: Rua Nossa Sra Aparecida

Bairro: Amarante

Telefone: (84) 98729-2797 (Celular)

Nº: 327

CEP: 59.295-844

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade:

Endereço

Município: Natal - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Descrição MARCA HONDA/MODELO CG 125 CARGO ESD

Placa OWC9187

Número do Motor JC41E5E000163

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 053.655.394-78

Renavam 01016603395

Número do Chassi 9C2JC4150ER000163



Delegado de Polícia Civil: Alzira Veiga de Medeiros
Impresso por: Luiz Antonio Pereira Dos Santos
Data de Impressão: 16/03/2020 16:18
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 026230/2020

Ano/Modelo Fabricação 2014/2014	Cor BRANCA
UF Veículo Rio Grande do Norte	Município Veículo São Gonçalo do Amarante
Marca/Modelo HONDA/CG 125 CARGO ESD	Modelo HONDA/CG 125 CARGO ESD
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido, Meio Empregado	Última Atualização Denatran 10/09/2014
Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Descrição AUTOMÓVEL DE PASSEIO	Cor PRATA
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido, Meio Empregado	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

PARA FINS DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, O COMUNICANTE/VÍTIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA ESPECIALIZADA PARA RELATAR: QUE TINHA SAÍDO DO LOCAL DE TRABALHO NO SUPER MERCADO CIDADE DAS ROSAS, LOCALIZADO NO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE/RN, ONDE TRABALHA NA FUNÇÃO DE ABASTECEDOR; QUE VIAJAVIA DE GARUPA NA MOTOCICLETA CONDUZIDA POR SEU IRMÃO RAFAEL MACEDO DO NASCIMENTO, COM CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO, REGISTRO Nº 05892180679, QUANDO UM AUTOMÓVEL NÃO IDENTIFICADO FEZ UM CRUZAMENTO DE FORMA IMPRUDENTE, SEM DAR NENHUM TIPO DE SINALIZAÇÃO, CUJO AUTOMÓVEL COLIDIU BRUSCAMENTE NA PARTE TRASEIRA DA MOTOCICLETA, CHEGANDO A BATER NA PERNA DIREITA DA VÍTIMA, TENDO O CONDUTOR DA MOTOCICLETA SE DESEQUILIBRADO, EM SEGUIDA, AMBOS CAÍDOS NO ASFALTO; QUE O CONDUTOR DO AUTOMÓVEL EVADIU-SE DO LOCAL DO ACIDENTE; QUE DEVIDO A BATIDA NA PERNA, A VÍTIMA SOFREU FRATURA INTERNA DA TÍBIA DA PERNA DIREITA, E ESCORIAÇÕES NOS MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES; QUE FOI ATENDIDO PELO SERVIÇO SAMU 192 RN, SOB O Nº DE OCORRÊNCIA 195200/1; QUE, EM SEGUIDA, FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL WILFREDO GURGEL, CONFORME BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 476/2020, ONDE RECEBEU OS PROCEDIMENTOS MÉDICOS DE URGÊNCIA, ONDE PERMANECERU INTERNADO POR 21 DIAS; QUE A VÍTIMA FOI REMOVIDA PARA A PLANTOCLINICA DR. PAULO GURGEL, ONDE FOI SUBMETIDO A UMA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA. NADA MAIS DISSE.

ASSINATURAS

Luiz Antonio Pereira Dos Santos

Agente de Polícia
Matrícula 75.428-5

Responsável pelo Atendimento

João Maria Macêdo do Nascimento
(Vítima)

"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 delibrei, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200138956

Vítima: JOAO MARIA MACEDO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 03/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO MARIA MACEDO DO NASCIMENTO

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, contatos 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