

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

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

CLIENTE: RIVALDO JEONNE DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00758

CONTA: 000000044528-6

---

Nr. da Autenticação B53F9FE01E4C5479

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180453639      **Cidade:** Caicó      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RIVALDO JEONNE DOS SANTOS      **Data do acidente:** 18/06/2018      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 27/05/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO FÉMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA PRESENCIAL DE 25/10/2018 - DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** VÍTIMA PERICIADA EM 25/10/2018 APÓS FEITA REANÁLISE, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180453639      **Cidade:** Caicó      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RIVALDO JEONNE DOS SANTOS      **Data do acidente:** 18/06/2018      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 22/10/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO FÉMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCALARRECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180453639      **Cidade:** Caicó      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RIVALDO JEONNE DOS SANTOS      **Data do acidente:** 18/06/2018      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** VITIMA SOFREU ACIDENTE DE MOTO EM 18/06/2018, TEVE FRATURA EXPOSTA GRAVE COM PERDA ÓSSEA NA EXTREMIDADE DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** DEFICIT FUNCIONAL INTENSO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** FOI TRATADO CIRURGICAMENTE COM COLOCAÇÃO DE PLACAS E PARAFUSOS PARA FIXAÇÃO DOS FRAGMENTOS ÓSSEOS FRATURADOS APRESENTANDO COMO EVENTUAIS COMPLICAÇÕES BLOQUEIO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO, ACENTUADO ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM TORNO DE 12 CM., DIMINUIÇÃO DA FORÇA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. ENCONTRA-SE DE ALTA DESDE 20/10/2018. HIPOTROFIA DIFUSA ,DEFORMIDADE DO JOELHO ESQUERDO COM ACENTUADO EDEMA, ACENTUADO ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, BLOQUEIO TOTAL DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO, ACENTUADA DIMINUIÇÃO DA FORÇA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, SÓ DEAMBULA COM AUXILIO DE DUAS MOLETAS.COM GRAVE DEFICIT E IMPOTÊNCIA FUNCIONAL DO REFERIDO MEMBRO. ACENTUADO ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM TORNO DE 12 CM.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 25/10/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** \* REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

**Médico examinador:** SILVIO SANTOS

**CRM do médico:** 757RN

**UF do CRM do médico:** RN

## 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 intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
		Total	52,5 %	R\$ 7.087,50

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180453639**

Nome do(a) Examinado(a): **RIVALDO JEONNE DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA PEDRO CELESTINO DA COSTA nº 23 - SAMANAL - CAICO/RN**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 002004511 - SSP**

Data e local do acidente: **18/06/2018 CAICO/RN**

Data e local do exame: **25/10/2018 CAICO/RN**

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**vítima sofreu acidente de moto em 18/06/2018, teve fratura exposta grave com perda óssea na extremidade distal do fêmur esquerdo.**

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**foi tratado cirurgicamente com colocação de placas e parafusos para fixação dos fragmentos ósseos fraturados apresentando como eventuais complicações bloqueio dos movimentos do joelho esquerdo, acentuado encurtamento do membro inferior esquerdo em torno de 12 Cm., diminuição da força no membro inferior esquerdo. encontra-se de alta desde 20/10/2018.**

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**hipotrofia difusa ,deformidade do joelho esquerdo com acentuado edema, acentuado encurtamento do membro inferior esquerdo, bloqueio total dos movimentos do joelho esquerdo, acentuada diminuição da força no membro inferior esquerdo, só deambula com auxílio de duas moletas.com grave deficit e impotência funcional do referido membro. acentuado encurtamento do membro inferior esquerdo em torno de 12 Cm**

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM       NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM       NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**deficit funcional intenso no membro inferior esquerdo**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

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

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

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

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

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

Região Corporal(Sequela): **MEMBRO INFERIOR ESQUERDO**

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

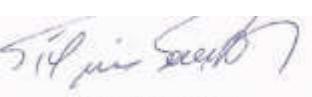
Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

**REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -**

**Médico Perito: SILVIO SANTOS CRM:757RN/RN**

  
**DR. SILVIO SANTOS**  
CRM-RN 757 - DTI 707  
CPF: 066.174.866-15

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206  
(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**
Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

785.266.634-53

Nome completo da vítima

Rivaldo Jeonne dos Santos

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	Rivaldo Jeonne dos Santos	CPF titular da conta	785.266.634-53	Profissão	Pescador
Endereço	Rua Pedro Celestino da Costa	Número	23	Complemento	Casa
Bairro	Samaral	Cidade	Caicó	Estado	RN
Email	emmanoela@hotmail.com.br	CEP	59300-000	Telefone (DDD)	(83) 9 9655-9484

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR    | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00       | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |  |

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

 BRADESCO (237)    BANCO DO BRASIL (001)    ITAÚ (341)

 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0758		44.528	6

(Informar dígito se existir)

 **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO	Name	NRO.	
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V

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

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Caicó - RN, 13 de Setembro de 2018

Local e Data

Rivaldo Jeonne dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA MILITAR  
COMANDO DE PÓLICIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

# BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

## B O A T

01057

### 1 - LOCAL E DATA

Local RN - 288 Bairro ZONA RURAL  
Cidade/UF CAICÓ/RN P. Ref. GALVÃO JEFERSON CARNABUA  
Data 18/10/2018 Hora do acidente 08:00 Hora do registro 08:30 Dia da semana SEGUNDA-FEIRA

### 2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- Colisão Frontal  - Colisão Lateral  - Capotamento  - Atropelamento  
 - Colisão Posterior  - Colisão Transversal  - Choque  - Outro(s)

### 3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi OKC 6908 Cidade SÃO JOSÉ DO SERIDÓ UF RN  
Marca/Mod. HONDA CG 150 FAN FSI Cor VERMELHA Ano 2013 / 2013  
Proprietário FRANCISCO NETO DA SILVA N° de Ocupantes 01  
Condutor FERNANDO CESAR DOS SANTOS Data de Nasc. 29/10/1997  
Endereço R DALVA CIRNE N° 069 Fone \_\_\_\_\_  
Bairro CENTRO Cidade SÃO JOSÉ DO SERIDÓ UF RN  
CPF N° 100.303.664.66 CNH N° 06592494330 Validade 12/10/2020 Categoria AB  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

### 4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi MYB 3385 Cidade CAICÓ UF RN  
Marca/Mod. YAMAHA / YBR 125E Cor AZUL Ano 2001 / 2001  
Proprietário RIVALDO JEONNE DOS SANTOS N° de Ocupantes 03  
Condutor RIVALDO JEONNE DOS SANTOS Data de Nasc. 07/03/1969  
Endereço R. JORNALISTA PEDRO CELESTINO FILHO N° 023 Fone (54) 99609 0997  
Bairro JALVIANO SANTOS Cidade CAICÓ UF RN  
CPF N° 785.266.634.53 CNH N° 51/CNH Validade / / Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

### 5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Proprietário \_\_\_\_\_ N° de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF N° \_\_\_\_\_ CNH N° \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

### 6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Proprietário \_\_\_\_\_ N° de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF N° \_\_\_\_\_ CNH N° \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

## 7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

Sobre V1 - Em que Rua/Av. Transitava? RH-288  
Em que sentido? São José do Seridó / Cícico Em que faixa? Única

Versão do condutor

---

---

---

---

---

Assinatura do Condutor do V1

Sobre V2 - Em que Rua/Av. Transitava? RH-288  
Em que sentido? Cícico / São José do Seridó Em que faixa? Única

Versão do condutor

---

---

---

---

---

Assinatura do Condutor do V2

Sobre V3 - Em que Rua/Av. Transitava?  
Em que sentido? \_\_\_\_\_ Em que faixa? \_\_\_\_\_

Versão do condutor

---

---

---

---

---

Assinatura do Condutor do V3

Sobre V4 - Em que Rua/Av. Transitava?  
Em que sentido? \_\_\_\_\_ Em que faixa? \_\_\_\_\_

Versão do condutor

---

---

---

---

---

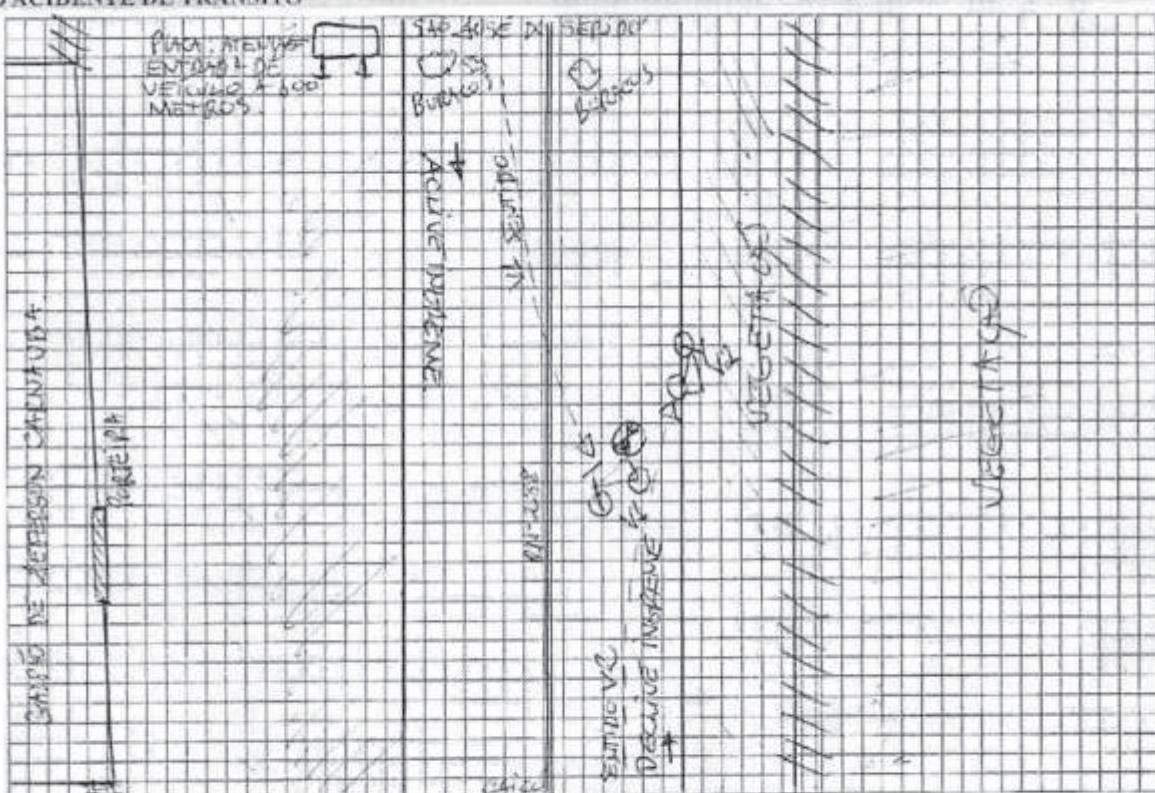
Assinatura do Condutor do V4

#### 8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./ Tempo	Tipo da Pista	Caract./ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecedo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input checked="" type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Inexistente
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input checked="" type="checkbox"/> Active Ingreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite e/ Illuminação	<input type="checkbox"/> Nebulosa	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Active Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Illuminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra	<input checked="" type="checkbox"/> Declive Ingreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input checked="" type="checkbox"/> Linha <u>DURA CEGONZA</u>
<input type="checkbox"/> Illuminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlamada	<input type="checkbox"/> Placa(s)
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input checked="" type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. _____ KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

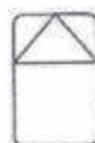
#### 9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

-  ÁRVORE
-  VESTIGIOS
-  SEMÁFORO
-  PEDESTRE
-  BICICLETA OU MOTO
-  CARRO DE PEQUENO PORTO
-  CAMINHÃO OU ÔNIBUS
-  CARRETA



#### 10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1 PARTE DA FRENTE  
COMPLETA



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 2 PARTE DA FRENTE  
COMPLETA



AVARIAS DO VEÍCULO 4



11 -  Vítima: condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
 Passageiro de  V1  V2  V3  V4  Conduzido para: HOSP. REGIONAL

Presenciou:  Testemunha  Fato  Registro

Nome: FERNANDO CESAR DOS SANTOS  
 RG N°: 3046908  
 Endereço: R. DALVA CIEVE  
 Bairro: CENTRO  
 Versão:

Órgão Expedidor: SSP/PRN Data de Nascimento: 29/105/1997  
 Cidade: São José do Seridó Fone: \_\_\_\_\_  
 UF: RN

Assinatura \_\_\_\_\_ Hora: 10:00

12 -  Vítima: condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
 Passageiro de  V1  V2  V3  V4  Conduzido para: HOSP. REGIONAL

Presenciou:  Testemunha  Fato  Registro

Nome: MIVALDO LEONNE DOS SANTOS  
 RG N°: 002.104.513  
 Endereço: R. JORNALISTA PEDRO CELESTINO FILHO  
 Bairro: SALVIANO SANTOS  
 Versão:

Órgão Expedidor: SSP/PRN Data de Nascimento: 07/103/1969  
 Cidade: Caicó N°: 023 Fone: (84) 99609 0977  
 UF: RN

Assinatura \_\_\_\_\_ Hora: 10:30

13 -  Vítima: condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
 Passageiro de  V1  V2  V3  V4  Conduzido para: \_\_\_\_\_

Presenciou:  Testemunha  Fato  Registro

Nome: \_\_\_\_\_  
 RG N°: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: / /  
 Bairro: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_  
 Versão: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

14 -  Vítima: condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
 Passageiro de  V1  V2  V3  V4  Conduzido para: \_\_\_\_\_

Presenciou:  Testemunha  Fato  Registro

Nome: \_\_\_\_\_  
 RG N°: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: / /  
 Bairro: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_  
 Versão: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO**

Placa: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Marca/Modelo: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_ RG N°: \_\_\_\_\_ Órgão Exp: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

**16 - IMAGENS / FOTOS**  SIM  NÃO **AUTUAÇÃO**  SIM  NÃO AIT N°: A-18130224 CÓD/DESD: 5030/0

**17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO**

AMBOS OS CONDUTORES FORAM SOCORRIDOS PELO SAMU E CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL REGIONAL. O CONDUTOR DO V1 FOI ENCAMINHADO PARA A UTI EM ESTADO GRAVE E POR ISSO NÃO FOI POSSÍVEL COLOCAR A SUA VERSTO. O CONDUTOR DO V2 FOI ENCAMINHADO PARA A UMA DE CIRURGIAS E TAMBÉM NÃO FOI POSSÍVEL COLOCAR A SUA VERSTO. O CONDUTOR DO V1 ESTÁ COM A DOCUMENTAÇÃO CAO EM DIA, CNH E CRLV. O CONDUTOR DO V2 QUE POSSUI CNH E, FOI AUTUADO NO ART 362 I DO CTB. O V1 FOI ENTREGUE A UM FAMILIAR DO CONDUTOR. O V2 FICOU NO GAIPO DE JEFERSON CARVALHO. A VÍA NÃO POSSUI ACOSTAMENTO, A VÍA ESTÁ COM BURacos. O FATO FOI REGISTRADO NA 3<sup>ª</sup> DRP NO "BO" N° 2038329000588

Nome Completo do Agente: Cláudio ROBERTO DANTAS  
 POSTO/GRAD.: 2<sup>º</sup> SGT PM N°: 0557 Viatura: DRE-302 Subunid.: 3<sup>º</sup> BOP/3<sup>º</sup> DP/RE  
 Local e Data: Caicó, 18 de JUNHO de 2018 Assinatura do Agente de Trânsito



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAICÓ

SAMU METROPOLITANO

### DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o usuário dos serviços de saúde Rivaldo Jerome dos Santos, 49 anos, foi atendido pela equipe do serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU-192-RN da cidade de Caicó –RN no dia 18.06.18 às 08:14 horas, no endereço RN 388 caicó 1509 José, paciente vítima de colisão frontal moto x moto.

A presente declaração expressa a verdade

Caicó-RN 19 de julho de 2018

 Victor Medeiros de Araujo Xavier  
Coren-RN 432299  
Enfermeiro

Jardênia Azevedo da Silva Noronha  
Coordenadora da base descentralizada do SAMU metropolitano em Caicó/RN  
COREN-RN 264.657

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### 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<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 EMMANOELA S.P.V. DE SOUZA ARAÚJO inscrito (a) no CPF 029.848.084 / 01, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rivaldo Jeonne dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 785.266.634/53, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidus da Vítima Rivaldo Jeonne dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 785.266.634/53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO-ME Renda: RECUSO-ME e apresento os documentos comprobatórios: RG, CPF, TITULO ELEITORAL, CERTIDÃO DE CASAMENTO, CARTEIRA DE TRABALHO.

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 <b>RUA TITICO GOMES</b>		Número <b>405</b>	Complemento <b>Casa</b>
Bairro <b>BELO HORIZONTE</b>	Cidade <b>PATOS</b>	Estado <b>PARAIBA</b>	CEP <b>58700-000</b>
Email <b>emmanoela@hotmail.com.br</b>	Telefone comercial(DDD) <b>(83) 3421-8003</b>	Telefone celular (DDD) <b>(83) 9 9655-9484 (87) 9. 9999-9976</b>	

Caicó - RN , 13 de Setembro de 2018

Local e Data



Assinatura do Declarante

## **BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA**

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO	<i>Rivaldo Beonne dos Santos</i>	DATA <i>18.06.18</i>	HORA DA ENTRADA <i>09:08</i>	Nº ATENDIMENTO <i>26</i>							
<b>CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>											
Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviaturas e de forma legível.											
NOME <i>RIVALDO BEONNE dos SANTOS</i>	DATA DE NASCIMENTO <i>07/03/69</i>	IDADE <i>49</i>	SEXO <i>M</i>								
CPF <i>185 966 634-53</i>	RG <i>2004511</i>	DATA DE EXPEDIÇÃO <i>29/11/2008</i>									
NATURALIDADE <i>Cario</i>	ESTADO CIVIL <i>S</i>	PROFISSÃO <i>Pescador</i>	CARTÃO SUS <i>40840214400079-7</i>								
NOME DA MÃE <i>M. de Lourdes Santos</i>	NOME DO PAI <i>Jocá dos Santos</i>										
ENDEREÇO <i>JORNALISTA Pedro C. Filho 23</i>	BAIRRO <i>SANTANA TANOS</i>										
CIDADE/ESTADO <i>CARIO</i>	TELEFONE DE CONTATO <i>96090997</i>			RAÇA/COR <i>B</i>							
<b>CAMPO 2 - SINAIS VITAIS</b>											
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde.											
PA	mmhg	FC	bpm	FR	irpm	TEMP. AXILAR	°C	SpO2	%	Glicemia	mg/dl
					<b>CAMPO 3 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO</b>						
					Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista						
<i>Confere com o Origi-nal Salvador - RN, 04/04/2018 Assinatura</i>											
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO					ESCORE DE GLASGOW						

**CAMPO 4 – EXAMES COMPLEMENTARES**

Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista

BSP - ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN

**CAMPO 6 – CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE**  
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de enfermagem.

#### MOTIVO DA SAÍDA

- ALTA MÉDICA
  - EVASÃO
  - RECUA DO TRATAMENTO
  - ÓBITO

#### **PRÁTICA/TRANSFERÊNCIA**

#### **UNIDADE DE DESTINO:**

**DATA:** / /      **HORA DA SAÍDA:** \_\_\_\_\_



Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Seridó

Estrada do Perímetro Irrigado Sabugí, s/n – Bairro Paulo VI – Caicó (RN) – CEP: 59.300-000

CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0\*\*84) 3421-9630, e 9628

### LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ	2. CNES: 6.778.580	
3. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ	4. CNES: 6.778.580	
5. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NOME: Rivaldo Jeomme dos Santos	6. Nº DO PRONTUÁRIO 025-646	
7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 1087025770007917	8. DATA DE NASC. 07/10/1960	9. SEXO MASC. <input checked="" type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/>
9. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL maria de baixades de medeiros	10. DDD 84	11. TELEFONE DE CONTATO 99609-0997
12. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Pedro Celestino Filho 23	13. SALVIA MO GANTAS	14. COD. IBGE MUNICÍPIO RN
15. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Caicó	16. UF RN	17. CEP 59.300-000

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

#### 7. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

Ac no fo. hiperexp. com perda de peso. Lembranças de ferida pleilar e

#### 8. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

Re

#### 9. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

10. DIAGNÓSTICO INICIAL: Fractura pleilar S 423	21. CID 10 PRINCIPAL: T 423	22. CID 10 SECUNDÁRIO:	23. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
--	--------------------------------	------------------------	-------------------------------

### PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Fractura pleilar	25. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0408050519		
6. CLÍNICA	27. CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28. DOCUMENTOS ( ) CNS ( ) CPF	29. Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROP/SOLIC./ASSIST.

30. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST.	31. DATA DA SOLICITAÇÃO -18/6/18	32. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)
----------------------------------	-------------------------------------	---

Rivaldo Santos Filho  
Traumatologista  
08/06/18

33. ( ) ACID. DE TRANSITO	36. CNPJ DA SEGURADORA	38. SÉRIE
4. ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO	39. CNPJ DA EMPRESA	40. CNAE DA EMPRESA
5. ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO		41. CBOR

#### 2. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTONOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

33. NOME DO PROF. AUTORIZADOR	44. COD. ORGÃO EMISSOR	49. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR
5. DOCUMENTOS ( ) CNS ( ) CPF	46. Nº DOC. (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR	
7. DATA DA AUTORIZAÇÃO	48. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)	

Livro da geografia dos Santos

## LAUDO DE ANESTESIA

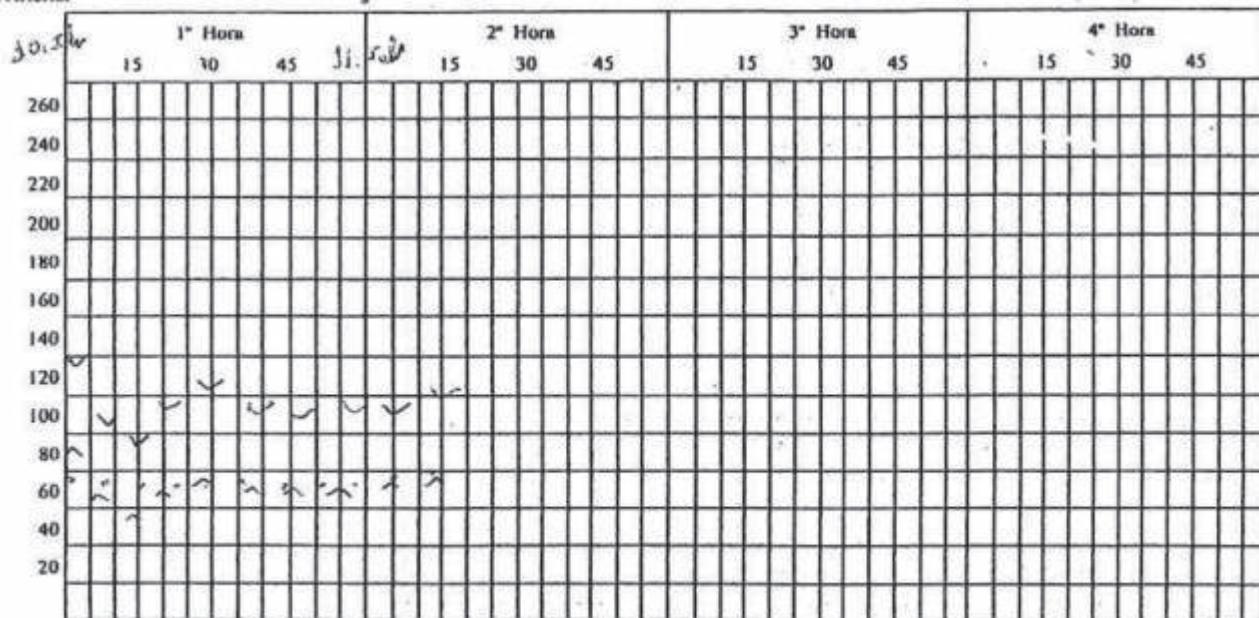
Data

Inicio

Término
$\frac{1}{3}x^2 + 1 \frac{1}{3}x^2$

Duração  
01/12/00

### 150 Arterial



de Anestesia	Agenie	Volume
organometal	Art. Pneu m hirnventil L.S. / agenie Inhalat. 15%, higer Konzent. wegen O <sub>2</sub> O <sub>2</sub>	5-5,2 - 3500 ml

**Dra. Ricardo Macêdo de Oliveira**  
Médico  
CRM-RN 4760



## EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:	Nº de Registro	Data Admissão
Rivaldo geomone das Santas	02564618	06/18

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CLINICAS
18/06/18	10:45	Deix entende, na S.O. consciente e quieto, vítima de acidente automobilístico, com ferir exposta de ferir aberto, sangue redondo, ósso colocado fixador externo losq agress ferida e com fratura à clínica extremitade. <u>ENTERMO:</u> O referido paciente agente e consciente pelo corpo. Arimotomia 193.835-RN	
19/06/18	6:00	PA 140 x 100mm Hg	Tec Sandra Coren 450528
19/06/18	10:00	Paciente evolui em EGR, consciente, orientado, eupneico em O <sub>2</sub> ambiente, hipertensão, com pressão em MIE com curativo, hematomas e escoriações pelo corpo. Sem pressor. dieta líquida. Eliminação vesical presente e intestino ausente (src). Segue hospitalizado pela ortopedia e nos cuidados da equipe de enfermagem.	Ana Carolina Souza Enfermeira COREN/RN 103.721
19/06/18	11:20	Realizado troca de curativo em MIE, feita limpeza com 3FO 97% e elaborado óleo de glicerol. Enviamento para unha plásticas. Dr. Sílio pediu para realizar novo curativo quanto-ponto (21/06) e retirada de drenos quanto ou recta.	Ana Carolina Souza Enfermeira COREN/RN 103.721
20/06/18	12:20	Paciente em EGR, consciente orientado, sono com dificuldade, pele e mucosas ressecadas, higiene preservada, higiene oral aceita. Dermatômica, respiratória, pulso tihis com ritmo suspeito, rítmocardiograma normal. Exame físico: exponível toracica bilateral, o ausculta pulmonar MV+, o ausculta cardíaca SVF 2T. A inspeção abdominal globozo, RH+, sem tempones, e palpou apêndice.	

20/06/18- 15:00 PA: 120 X 90 -

PMED

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	CIENTE
		Eliminação vesical presente e intestinal ausente a 2 dias. Coluna MNSS distal (++) e MSD (+). Cirurgia no MSE. AVP em MSD. Aparições SSVV com os seguintes parametros: FR=16 bpm; FC=75 bpm; $T=36,4^{\circ}\text{C}$ . <span style="float: right;">11</span>	Dr. Eng. Gobriller
21-06-18	5:00	PA: 116x111.	
22-06-18	06:00	PP 3340x90mm 14g	Téc. Getricle
24-06-18	5:00	PA: 140x90 mm Hg.	J. V. M. M. A.
25-06-18	8:30	Paciente no momento EGR, em Os Ambientes, pulos e mucosas normorruados, higiene prefechada, sono profundo, dieta oral aceita. Normotônico, eupneico, pulso cheio, com ritmo regular, normocordado. Ao exame físico: expansão torácica, a auscultação pulmonar UV+, a auscultação cardíaca R1P2T. A inspeção abdominal plana, RHA+, dor macia, a palpação leve. Eliminação vesical e intestinal presentes. AVP no MSE, aparições SSVV: FR=14 bpm; FC=71 bpm; $T=36,0^{\circ}\text{C}$ . <span style="float: right;">Dr. Eng. Gobriller</span>	
27/06/18	10hs	Paciente evolui em EGR, consciente, orientado, restrito ao leito. Higienização para. Náuseas leves, realizou cirurgia em fárm. Higiene rotidária eupneica. Aceita dieta. Melhora plena, flácido e instável. Eliminações urinárias e vesicais presentes (1) <span style="float: right;">folha 666785</span>	
30-06-18	17hs	Paciente evolui em EGR, consciente, orientado, restrito ao leito, higiene prefechada, dieta bem aceita, constipado, medicado, eupneico, não reage queixas, animações normais, segue aos cuidados da equipe. <span style="float: right;">THAYNE MANGANA DE LUCENA ET. termometra DIREN/RN 250688</span>	
01-07-18		transferido PI Nafef.	



## PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA  
ORTOPEDIAREGULAÇÃO  
WALFREDO GURGEL

ENFERMARIA N°	LEITO	PRONTUÁRIO	
		161733	
DATA	HORA	CATEGORIA	GRH
07.07	10:53		
PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO		
RIVALDO JEONNE DOS SANTOS	07/03/1969		
ESTADO CIVIL	PROFISSAO		
SOLTEIRA	PESCADOR		
ENDEREÇO (RUA, N°)			
RUA PEDRO CELESTINO DA COSTA /23			
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF	CEP
CAICO	SEMANA I	RN	5930000
LOCAL DE TRABALHO	TELEFONE		
FILIAÇÃO			
MARIA DE LURDES MWEDEIRO	JOÃO DOS SANTOS		
RESPONSÁVEL	TELEFONE		
FILHA ( MURIELE	996090997		
ENDERECO			
O MESMO			

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO  
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSÃO

ALTA 13.08

OBITO

## HISTÓRIA CLÍNICA

Prof. Dr. Odontológico A. Lacerda  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Paraná/RN  
10/07/2011

10/07/2011



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

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

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515168

**Identificação do Paciente**

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

RIVALDO JEONNE DOS SANTOS

161733

7- CARTÃO NACIONAL SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

10- RACA/COR

000 0708 7021 0797

07/03/1969

MASCULINO

PARDA

11- NOME DA MÃE

12- TELEFONE DE CONTATO

MARIA DE LURDES MWEDEIRO

996090997

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

FILHA ( MURIELE

15- ENDEREÇO (RUA, N°)

RUA PEDRO CELESTINO DA COSTA /23

16- MUNICÍPIO

17- BAIRRO

18- UF

19- CEP

CAICO

SEMANA I

RN

5930000

**Justificativa de Internação**

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente motociclistico + lesões abducentes à fratura no corpo da crista esterçal do fêmur. Esse paciente descreve dor intensa no joelho e dificuldade de mobilidade para deslocamento fixo articulado.

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

Vítima de acidente

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

EC + EF + X

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura do fêmur

E

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CODIGO DO PROCEDIMENTO

Internato

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNACAO

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Dra. Edimara M. Dantas CRM-94

Oncopedia - Hospital de Clínicas

36- ( ) AC. TRÂNSITO

37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO

38- ( ) ACI. TRABALHO TRAJETO

39- ( ) VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

40- ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NAO SEGURADO

41- SERIE

42- ( ) CNPJ DA SEGURODORA

43- ( ) CNPJ DA EMPRESA

44- ( ) CBOR

45- ( ) CNAE DA EMPRESA

46- ( ) N.º DO BILHETE

47- ( ) N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR

48- ( ) N.º DO DOCUMENTO

49- ( ) N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

50- ( ) CNS ( ) CPF

51- ( ) DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Hospital Deoclécio M. Lucena

CONFERE COM O ORIGINAL

Pantamirim/RN

108571



TEL GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA  
PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº

M 1061

NOME: RIVALDO JEONNE DOS SANTOS

IDADE: 07/03/1969

COR: M

ESTADO CIVIL:

SOLT.

NATURALIDADE: PASSA F. FICA PROFISSÃO: PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO: R. PEDRO C. DA COSTA 73 BAIRRO: SAMANAU

CIDADE: ENICÓ DATA: 07/07/18 HORA: 08:46

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM  REGULAR  COM DISPNEIA  CHOCADO  COMATOSO   
C/ HEMORRAGIA  EM CONVULSÃO  POLITRAUMATIZADO  AGITADO  OUTROS

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO

SIM

NÃO

PUPILAS,	A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)	B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	C) PRESSÃO ARTERIAL
----------	-----------------------------------	----------------------------	---------------------

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	T.A.
-------	------------	-------	------

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

O paciente apresenta um foleamento de fratura do punho e t

EXAME FÍSICO

Hospital Deoclécio M. Lucena  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Parnamirim/RN

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fractura do punho t

## EXAMES COMPLEMENTARES

X do feim e

Dr. Edimar M. Dantas  
CRM - 942  
Ortopedia-Traumatologia

Ass. do Responsável

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

## CONDUTA

Interne para o ferir

Dr. Edimar M. Dantas  
CRM - 942  
Ortopedia-Traumatologia

Ass. do Responsável

## DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL  HORA _____ HS	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE  Ortopedia	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____ / _____ / _____  HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR  DATA _____ / _____ / _____	DECISÃO MÉDICA  Dr. Edimar M. Dantas CRM - 942 Ortopedia-Traumatologia	A REVELIA <input type="checkbox"/>  HORA _____  HORA _____
ÓBITO _____ / _____ / _____		
ENTREGUE	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>
		I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
MÉDICO (Carimbo)		CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)

Nome do paciente

Russo Leônidas dos Santos

Nº prontuário

Data operação

09/08/81

Enf.

Leito

Operador

Heráclito Nobrega

1º auxiliar

Cassius Magno  
 Augusto

2º auxiliar

Adele

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Adele

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

FRACTURA DE FÉMUR  
 ESQUERDA

Tipo de operação

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO  
 CRM INTERNA COM ENXERTO OSSSEU

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

#### Descrição da Operação

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

PACIENTE FOB ANESTESIA ASSASSA  
 CAMPO, INCISÃO EM CRISTA ILIACA DIREITA.  
 DISSECÇÃO, RETISSION ENEVETO OSSO, SUTURADO POR PLAVOS, CURATIVO.

LOCIAÇÃO FACE LATERAL DA COXA  
 GOMESA, DISSECÇÃO, LIMPEZA DA FIBRAOSA  
 RESOLÃO, FIO GUIA, FAZENDO OMECTHE-  
 DO, PRÉCIO DESLIZANTE, PLACA AVOLADA  
 DE PARAFUSOS CORTICOS, 02 PARAFUSOS  
 ESPAÇADAS, CONTAPINÓ, COLOCADO QU-  
 ADRO DE ILÍACO, SUTURADO POR PLAVOS  
 CURATIVO.

Hospital Deodálio M. Lucena

CONFERE COM O ORIGINAL  
 Parauapebas / PA

Dra. Cleide Magno P. do Carmo  
 Cirurgiões - Traumatologia  
 Pediatria - Traumatologia  
 CRM 2106 - TEOT 5981  
 CRF 188 304 804-44

# Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital	+DML				Enfermaria	Leito	Nº prontuário																																																																																																																																																																																																																																																																
Name	LIRNDO G. DOT SPW TOJ				Idade		Sexo																																																																																																																																																																																																																																																																
Data	09/08/18	Pressão arterial	P脉	Respiração	Temperatura	Peso		Outros																																																																																																																																																																																																																																																															
Tipo sanguíneo	Hematíes	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia																																																																																																																																																																																																																																																																		
	Urina																																																																																																																																																																																																																																																																						
Ap. respiratório					Asma NEA	Bronquite																																																																																																																																																																																																																																																																	
Ap. circulatório					Eletrocardiograma																																																																																																																																																																																																																																																																		
Ap. digestivo		NPN	Dentes	Pescoço	Ap. urinário																																																																																																																																																																																																																																																																		
Estado mental		Orientado	Ataracicos	Corticoides	Alergia NEA	Hipotensores																																																																																																																																																																																																																																																																	
Diagnóstico pré-operatório					Estado físico		Risco																																																																																																																																																																																																																																																																
Anestesias anteriores																																																																																																																																																																																																																																																																							
Medicação pré-anestésica					Aplicada às		Efeito																																																																																																																																																																																																																																																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">Agentes Anestésicos</td> <td style="width: 10%;">O<sub>2</sub></td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td>Liquidos</td> <td></td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Oper.</td> <td>260</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td>250</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Anest.</td> <td>240</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td>230</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">O Resp:</td> <td>220</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td>210</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">P Pulso</td> <td>200</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td>190</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">SIMBOLOS</td> <td>180</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td>170</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">E</td> <td>160</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td>150</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">ANOTACOES</td> <td>140</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td>130</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">POSICAO</td> <td>120</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td>110</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Agentes</td> <td>100</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td>90</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Técnica</td> <td>80</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td>70</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Operação</td> <td>60</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td>50</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Cirurgiões</td> <td>40</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td>30</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Anestesistas</td> <td>20</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td colspan="7"></td> </tr> </table>									Agentes Anestésicos	O <sub>2</sub>																Liquidos																	Oper.	260								250								Anest.	240								230								O Resp:	220								210								P Pulso	200								190								SIMBOLOS	180								170								E	160								150								ANOTACOES	140								130								POSICAO	120								110								Agentes	100								90								Técnica	80								70								Operação	60								50								Cirurgiões	40								30								Anestesistas	20								10							
Agentes Anestésicos	O <sub>2</sub>																																																																																																																																																																																																																																																																						
Liquidos																																																																																																																																																																																																																																																																							
Oper.	260																																																																																																																																																																																																																																																																						
	250																																																																																																																																																																																																																																																																						
Anest.	240																																																																																																																																																																																																																																																																						
	230																																																																																																																																																																																																																																																																						
O Resp:	220																																																																																																																																																																																																																																																																						
	210																																																																																																																																																																																																																																																																						
P Pulso	200																																																																																																																																																																																																																																																																						
	190																																																																																																																																																																																																																																																																						
SIMBOLOS	180																																																																																																																																																																																																																																																																						
	170																																																																																																																																																																																																																																																																						
E	160																																																																																																																																																																																																																																																																						
	150																																																																																																																																																																																																																																																																						
ANOTACOES	140																																																																																																																																																																																																																																																																						
	130																																																																																																																																																																																																																																																																						
POSICAO	120																																																																																																																																																																																																																																																																						
	110																																																																																																																																																																																																																																																																						
Agentes	100																																																																																																																																																																																																																																																																						
	90																																																																																																																																																																																																																																																																						
Técnica	80																																																																																																																																																																																																																																																																						
	70																																																																																																																																																																																																																																																																						
Operação	60																																																																																																																																																																																																																																																																						
	50																																																																																																																																																																																																																																																																						
Cirurgiões	40																																																																																																																																																																																																																																																																						
	30																																																																																																																																																																																																																																																																						
Anestesistas	20																																																																																																																																																																																																																																																																						
	10																																																																																																																																																																																																																																																																						
<p style="text-align: right;">PREOPERATOR - 200mg TOXICAN - 40mg; MELATONINA - 10mg; FEVERAQUIL BUPIVACAÍNA PEJADA - 10ml; MOLFINA - 0,1mg; LEOFILIN - 1g (bol); DIPICOXA - 1 FACILIAZESTETRAD + SEBACIN FRATIVAS PE FEMUR DR. MARCOS / DR. CARLOS DR. ADLER</p>																																																																																																																																																																																																																																																																							
<p style="text-align: right;">Dr. Adler F. Malha Anestesiologista CRM-RN 5432</p>																																																																																																																																																																																																																																																																							
Observações																																																																																																																																																																																																																																																																							
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias					Perda sanguínea																																																																																																																																																																																																																																																																		



1094

Pr Ruvaldo Júnior dos Santos  
Lendo Mestrado

Possui ótimo d. Thomas c/1  
peito de ferro erguido dintel  
c/peito ouro d. aparelhamento  
10 cm rendo indústria portaria  
o uso de fio de ferro tipo  
Zig-zag q/ isolamento definitivo,  
e fio de ferro. Ér material não  
desprendível nem amassável

03/09/2011

Dr. Fabio Roberto A Lima  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-RN 7038  
CRM-PB 21404



P/ RIVALDO JEONNE DOS SANTOS

**LAUDO MÉDICO**

PACIENTE SUPRACITADO VITIMA DE TRAUMA GRAVE APRESENTANDO FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO COM PERDA ÓSSEA DE APROXIMADAMENTE 10 CENTÍMETROS NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXADOR EXTERNO PARA TRANSPORTE ÓSSEO. SOLICITO AFASTAMENTO DO TRABALHO PELO PERÍODO DE 120 (CENTO E VINTE) DIAS.

CID S72

Dr. Fábio Roberto A. Lima  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM/RN 7056  
CRM/PE 24404

NATAL, 05/07/2018



## DECLARAÇÃO DE COMPARCIMENTO

Declaro que a Sr. (a) Rivaldo Jeanne dos Santos, Rg 002.009.511  
esteve nesta unidade hospitalar no dia 01-07-18 até 07-07-18 para o fim de: internar  
para realizar procedimento cirúrgico  
de fratura de femur. Procedimento  
não foi realizado e o paciente saiu  
de alta com indicação de liberar.

Natal (RN), 30/08/18

Jessica Alexandre de Araújo  
Assistente Social  
CRESS/RN 4624

Assistente Social



INSTITUTO DE ORTOPEDIA • REUMATOLOGIA • ACUPUNTURA MÉDICA

#### ESPECIALIDADES MÉDICAS

- ORTOPEDIA
- CIRURGIA DO JOELHO
- ARTROSCOPIA
- ACUPUNTURA
- REUMATOLOGIA
- RAIOS X
- TERAPIA POR ONDAS DE CHOQUE

#### CENTRO DE REABILITAÇÃO FÍSICA

- FISIOTERAPIA
- PISCINAS TÉRMICAS
- HIDROTERAPIA ESPECIALIZADA
- HIDROGINÁSTICA
- RECONDICIONAMENTO FÍSICO PARA ATLETAS
- PILATES
- MUSCULAÇÃO SUPERVISIONADA PARA TERCEIRA IDADE E ADULTOS
- NATAÇÃO INFANTIL
- NATAÇÃO BABY
- NATAÇÃO ADULTO
- ERGOESPIROMETRIA (VO<sub>2</sub>)

#### ATENDIMENTO PARA GRUPOS ESPECIAIS:

- GESTANTES
- TERCEIRA IDADE
- DOENÇAS REUMÁTICAS
- PATOLOGIAS DO JOELHO



Dr. Fábio da Moura Spá  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 6119

Dra. Gertrudes M<sup>a</sup> Medeiros Nóbrega e Souza

CRM 5471

ACUPUNTURA / REUMATOLOGIA

- Especialista em Acupuntura pela AMB e CMBA
- Especialista em Reumatologia pela AMB e SBR
- Membro Titular da Associação Médica Brasileira de Acupuntura - AMBA
- Membro Titular do Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura - CMBA

Dr. Lúcio César de Oliveira e Souza

CRM 5470 / TEOT 7309

- Especialista em Ortopedia e Traumatologia pela AMB e SBOT
- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Tornozelo e do Pé
- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Artroscopia - Cirurgia do Joelho
- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho - SBCJ

Boas mãos

Declaro para o Dr. Dr. Ronaldo Jesus  
que o Sr. Ronaldo Jesus  
nos dias de ontem no  
Hospital Regional do Sertão  
em 18 de junho de 2018  
número de paciente de n.º  
apresentou fratura exposta  
do fêmur esquerdo com  
perda óssea importante.  
foi feito enxerto  
em emergência e posteriormente  
uma cirurgia de frágil  
definitiva. Atualmente o paciente  
encontra-se grave no membro  
inferior esquerdo em relação  
ao qual tem perda de 50%  
do comprimento do membro inferior  
esquerdo como resultado da  
CID: 522.3 Tf3.1 10/06/2018



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

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

SAÚDE

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

RIVALDO JEONNE DOS SANTOS

151733

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

10- RACIAZ

000 0708 7021 0797

07/03/1969

MASCULINO

PARDA

11- NOME DA MÃE

MARIA DE LURDES MWEDEIRO

12- TELEFONE DE CONTATO

996090997

13- NOME DO RESPONSÁVEL

FILHA ( MURIELE

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA PEDRO CELESTINO DA COSTA /23

17- BAIRRO

18- UF

19- CEP

CAICO

16- MUNICÍPIO

RN

5930000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Zacuti com pseudoartrose  
femur e  
Gefornato a perna de do parab

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

emergencia

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

Re

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUNDO

26- CID 10 CÁSIS ASSOCIADOS

Pseudoartrose femur

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Traf emergencia

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

27819

31- DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Rogério Santos

Osteoartrose e Traumatologista

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

CAMPANHA - SBUT 1341

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

40- N° DO BILHETE

41- SÉRIE

36- ( ) AC. TRÂNSITO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNPJ DA EMPRESA

44- CBOR

37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO

38- ( ) ACI. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISOR

52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

HRDML / SESAP  
CONFERIÇÃO ORIGINAL  
PARAGUASSU-RN  
Mat.

LLW



## PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA ORTOPEDIA	REGULAÇÃO RETORNO	OBS
ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO 161733
DATA 27/08/2018	HORA 8:54	CATEGORIA GIH
PACIENTE RIVALDO JEONNE DOS SANTOS		DATA DE NASCIMENTO 07/03/1969
ESTADO CIVIL SOLTEIRA		PROFISSÃO PESCADOR
ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA PEDRO CELESTINO DA COSTA /23		
MUNICÍPIO CAICO	BAIRRO SALVIANO SANTOS	UF RN CEP 5930000
LOCAL DE TRABALHO		TELEFONE
FILIAÇÃO MARIA DE LURDES MWEDEIRO		JOAO DOS SANTOS
RESPONSÁVEL FILHA ( MURIELE		TELEFONE 996090997
ENDEREÇO O MESMO		
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO		
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO		
DATA DE ADMISSÃO	ALTA 13/09/18	OBITO
HISTÓRIA CLÍNICA		
<i>[Handwritten signatures and notes, including "HRDML - SESAP", "CONFERIDO ORIGINAL", and a large blue signature]</i>		



Nome do paciente

Ricardo Leonne

Data operação

15/05/2019

Enf.

Leito

Operador

D. Wenceslau P. / Edimar Dantas

1º auxiliar

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesiista

Preparação para operação

Tipos de anestesia

Tipos de operação

Diagnóstico das operações

Observações

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

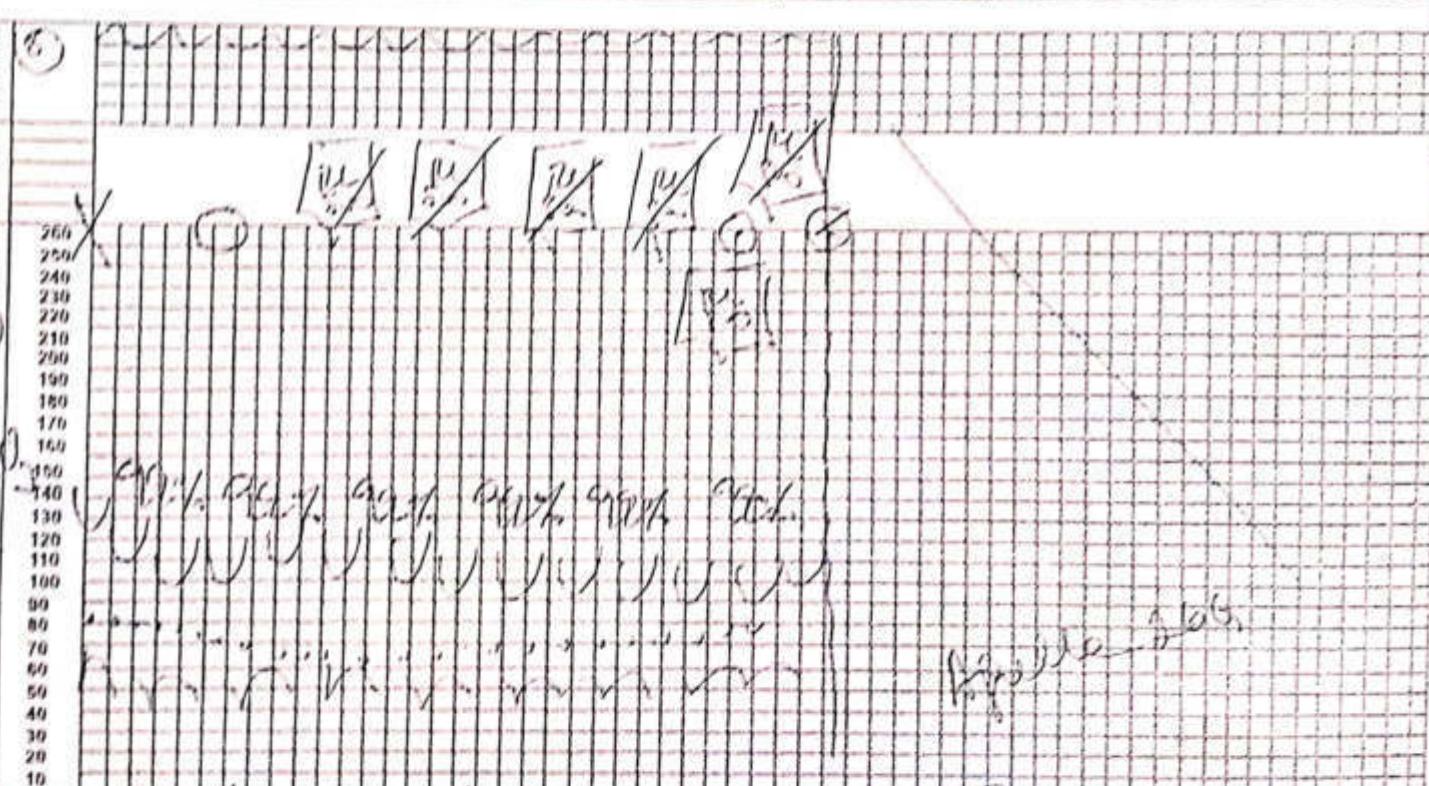
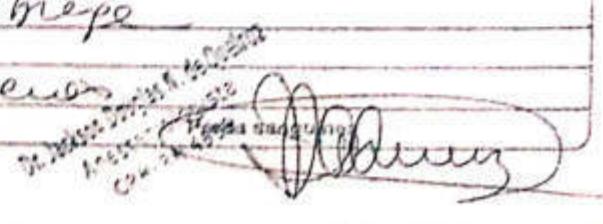
Intervenção de ferimento fratura do punho distal

Retirada de redução da fratura do punho distal

Tipo de anestesia

Observações

# Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital					Enfermagem	Lacto	Nº procedimento	
Hora						Idade	Sexo	Cod.
Data 11/01/19	Pronostico vitalício	Pulso	Inspiração	Temperatura	Peso 70Kg	70L	Centro	
Tipo sanguíneo	Hematídeo	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	HbG			
	Urina							
Ap. respiratório	Respiração				Fuma	Sangria		
Ap. circulatório	PDP em J.C.				Eletrocardiograma			
Ap. digestivo	B.D.N		Doradis	Passagem	Ap. urinário			
Estado mental	Consciente		Ataracadas	Confusas	Alegría 195.00	Hipotensivas		
Diagnóstico pré-operatório					Estarreias Pecas II	Física		
Anestesia anterior								
Medicação pré-anestésica					Aplicada às	Efeto		
								
Posição	Sagital							
Seg	260	250	240	230	220	210	200	
Min	190	180	170	160	150	140	130	
Sec	120	110	100	90	80	70	60	
Min	50	40	30	20	10			
SÍMBOLOS	Reflexos 3-0	Mescalina 20mg	Nescafeína 200mg	Transtuzumab 1g				
ANOTAÇÕES	Midazolam 7,5mg	Propofol 100mg	Metformina 1000mg	Endovenosa 2ml				
POSIÇÃO	Platôanal 30°			Duração 30				
Agentes	Propofol 100mg							
Técnica	Preoperatório: laringoscopia + Sedação							
Operação	Intervento exploratório da bexiga de fêmea (F)							
Clínico	Dr. Edmara P.B. Marcella Moreira							
Anestesistas	Dra. Cecília Oliveira							
Observações	Preoperatório: 3 intercorrências							
Notas no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias								



# ATESTADO MÉDICO

Atesto para os fins que se fizerem necessários

que o (a) Sr (a) Ricardo Souza da Silva foi examinado

(a) nesta Unidade de Saúde às 8 horas.

Necessitando de 180 (cento e oitenta) dias de

afastamento do trabalho por motivo de moléstia classificada no C.I.D. com

nº 57d.4, a partir da presente data.

Parnamirim/RN

27/11/2013

Adailton  
Médico / CRM

Em tempo - Recente, resfriado  
ter ter apertando a face

Cicatriz - reduzir + fixar os ossos  
face + espuma + tratamento ortopédico

25/11/13 Dr. Edemar M. Dantas  
CRM-1012  
Medicina Traumatologia

Aicó-RN, 26/05/2020

A Seguradora Líder DPVAT

Eu Rivaldo Jeommo dos Santos, ept:<sup>785.266.631</sup>-<sub>53</sub>  
velho através dessa pedir, por gentileza, que o DPVAT  
revele minha situação, que se agravou bastante.  
Aos 53 anos, após o acidente, fiquei impossibili-  
tado de andar, definitivamente, sem o auxílio  
de muletas, pois fiquei com 9cm de diferen-  
ça de uma perna para outra, meu joelho não  
dobra mais, e a parti de baixo, depois do  
joelho até o pé não temos nenhum for-  
ça, sem falar, o quanto dói e inchia bas-  
tante, só alivia através de analgésicos.

Eu sou pescador, infelizmente não posso  
mais trabalhar...

Estou enviando fotos minhas, para que  
veja a minha verdadeira situação.  
Aguardo e agradeço a atenção.

Rivaldo Jeommo dos Santos



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - CAICÓ/RN  
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
AUTORIZAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS  
DE MÉDIA COMPLEXIDADE - APMC**

**APMC N°: 992020082636-0  
COMP.: 03/2020  
CV: 14941184**

### I - IDENTIFICAÇÃO

Paciente: RIVALDO JEONNE DOS SANTOS [ 79355 ]

Sexo: M Data Nasc.: 07/03/1969 (51)

Nome da Mae: MARIA DE LOURDES DE MEDEIROS

End. de Residência: RUA PEDRO CELESTINO FILHO, 23, SALVIANO SANTOS - CAICÓ ( 240200 ), CEP: 59300000

Referência: PRONT UHRS Nº 030432

Telefone: 9-9609-0997 - CELULAR - CONTATO: MESMO; 9-9633-0500 - CELULAR - CONTATO: FILHA

WhatsApp: 84996090997

CPF: 78526663453 - CNS: 708702177000797 - RG: 002004511

Obs: PRONT UHRS Nº 030432

### II - RESUMO CLÍNICO

Hist. Diagnóstica: PACIENTE VAI REALIZAR CONSULTA NO DEOCLECIO

### III - SOLICITAÇÃO

Procedimento: [ 0803010028 ] AJUDA DE CUSTO P/ ALIMENTACAO DE PACIENTE S/PERNOITE

Data Sol.: Prof. Solic.: IEDA MEDEIROS DE LUCENA [0000081207344400]

CNS: 980016276856601

17/03/2020 Unid. Solic.: SMS CAICO REGULACAO

CNES: 5683912

Data Req.: Prof. Req.: TFD - CENTRAL DE REGULAÇÃO CAICÓ [111404]

CNS:

17/03/2020 Mun. Solic.: CAICÓ [ 240200 ]

### IV - AUTORIZAÇÃO

Data Aut.: 17/03/2020 Prof. Aut.: TFD - CENTRAL DE REGULAÇÃO CAICÓ

CNS:

### V - ENCAMINHAMENTO/AGENDAMENTO

Encaminhado para Unidade: [ 9876543 ] KAKS MINHA CASA

Endereço: RUA SARGENTO OVIDIO, 974, BARRO VERMELHO - NATAL / RN

Telefone: (84) 99932-8327

Data do Exame: 18/03/2020 - Hora Agendada: 17:00

**NÃO PAGUE NENHUM VALOR POR ESTA GUIA.**

17/03/2020  
17/03/2020

- Radiografia Digital
- Densitometria Óssea
- Ressonância Magnética
- Ultrassonografia Geral e com Doppler
- Mamografia Digital
- Tomografia Computadorizada Multislice
- Diversas Especialidades



**INSTITUTO  
DE RADIOLOGIA  
DE CAICÓ**

RIVALDO JEONNE DOS SANTOS

CAICÓ – RN              DR.: MICHEL

21 11 2019              ESCANOMETRIA

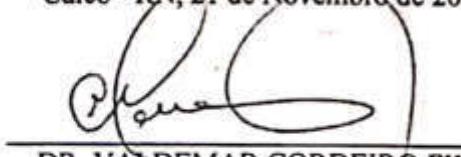
### **RAIOS-X DIGITAL COMPUTADORIZADO**

- O membro inferior esquerdo é menor que o seu oposto 9,0cm.
- Presença de placa e parafusos metálicos.
- Área de osteopenia no tornozelo esquerdo.

#### **MENSURAÇÃO**

- Segmento superior direito 18,9cm.
- Segmento inferior direito 13,2cm.
- Segmento superior esquerdo 10,5cm
- Segmento inferior esquerdo 12,6cm.

Caicó - RN, 21 de Novembro de 2019.

  
**DR. VALDEMAR CORDEIRO FILHO**  
 CPF: 043.991.374-87  
 CRM: 613/RN  
 Ass. Digitalizada



**INSTITUTO  
DE RADIOLOGIA  
DE CAICÓ**

 Rua Manoel Elpídio, s/n  
Penedo - Caicó/RN

 9.9200.0765

 84 3417.1252

 institutoderadiologia10@hotmail.com

**RECEITUÁRIO MÉDICO**

P/ Rivaldo Ferreira dos Santos.

Sd

40503

Esiometria de  
Membros inferiores.

Nr. Dismetria dos

MMS.

23  
11  
19

Dr. Lucílio Freire de Araújo  
Conselheiro - (Assessor Logista  
Unidade Operacional  
CNPJ 12.1653.10251)





Ministério da Fazenda  
Receita Federal  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
029.848.084-01

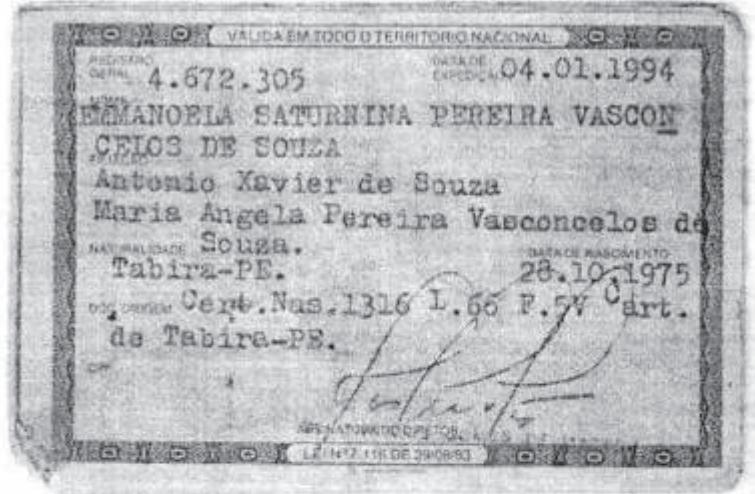
Nome  
EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS  
DE SOUZA ARAUJO

Nascimento  
28/10/1975

CASA ECONÔMICA FEDERAL	
INSCRIÇÃO DE PESSOAS	
Nome:	MTR DO TRABALHADOR
RAFAELA SATURNINA PEREIRA	
Nome de batismo:	
Sexo:	
CPF:	
RG:	
Endereço:	
CEP:	
UF:	
Número da Placa:	
Data de Cadastro:	
Data de Cadastro Atual:	

 <b>NOME DO ELEITOR</b> <b>EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA</b>	<b>TÍTULO ELEITORAL</b>		<b>IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA</b>	
	<b>DATA DE NASCIMENTO</b> <b>28/10/1975</b>	<b>N. INSCRIÇÃO</b> <b>0481 3125 0833</b>	<b>D.V.</b>	<b>ZONA</b> <b>050</b>
<b>MUNICÍPIO / UF</b> <b>TABIRA/PE</b>				<b>DATA DE EMISSÃO</b> <b>15/05/2013</b>
<b>ASSINATURA</b> 				

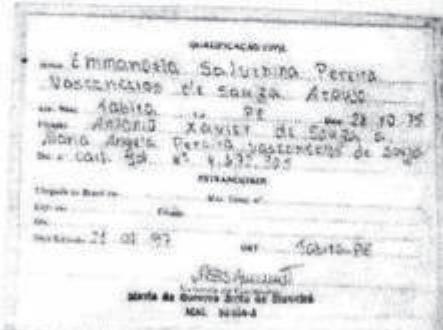
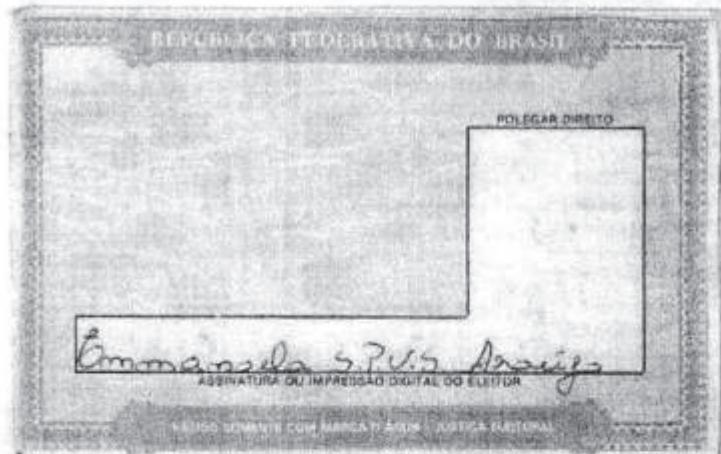




CÓDIGO DE CONTROLE  
06EA.5464.DC0C.B5A2



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
as 11:13:12 do dia 30/05/2017 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00  
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN-RN N° 013711118533  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: CÓD. RENAVAM: 00757897657 | TELÉFONE: \*\*\*\*\* | EXERCÍCIO: 2018

NOME:  
RIVALDO JEONNE DOS SANTOS

CNPJ / CNPJ:	PLACA:		
785.266.634-53	HYB3385		
PLACA ANT./UF:	CHASSI:		
HYB3385 /RN	9C6KED10010038060		
GRUPO DE IPVA:	DISTRIBUTIVO:		
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APPLICAVE	GASOLINA		
MARCA / MODELO:	ANO TAB. / ANO MOD.		
YAMAHA/YBR 125S	2001 / 2001		
CAP / PTO / DS:	CATEGORIA:		
0CV/124 CILINDRADAS	PARTICULAR		
COTA UNICA:	VEN. COTA UNICA:		
R\$ 0,00	07/06/2018		
P:	1º ISENTO		
V:	2º ISENTO		
A:	3º ISENTO		
PREMIO TARIFARIO (R\$):	CP (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$):	DATA DE PAGAMENTO:
*** LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO ***	*** CPVAT: PAGO ***		
OBSERVAÇÕES:			

MOTOR: 5388E-033494

DETACHAMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO  
PARA TRANSFERÊNCIA

DATA: 28/06/2018

CRÉDITO/IR:

Sidnei Bezerra de Oliveira  
Coordenador do Registro de Veículos  
DETTRAN - RN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, À PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN N° 013711118533 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA SEUS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2018 | DATA EMISSÃO: 18/06/2018

PLACA: HYB3385

VIA:	CNPJ / CNPJ:	PLACA:
2	785.266.634-53	HYB3385
RENAVAM:	MARCA / MODELO:	
00757897657	YAMAHA/YBR 125S	
ANO TAB. / CAT. TAB.:	CHASSI:	
2001 / 9	9C6KED10010038060	

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÉMIO (R\$):	DETACHAMENTO (R\$):	CUSTO DO GESSO (R\$):
CUSTO DO BILHETE (R\$):	(OF) (R\$):	VALOR DA PRESTADILHADA (R\$):
PAGAMENTO:		
<input type="checkbox"/> COTA UNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	<input type="checkbox"/> DATA DE OUTRAQUD

**SEGURADORA LIDER - DPVAT**

CPMPZ 09.348.000/0001-64