

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

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR 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

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR 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 ESCLARECER 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

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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

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 AUXÍLIO 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 déficit e impotência funcional do referido membro. acentuado encurtamento do membro inferior esquerdo em torno de 12 Cm

IV. Nexa 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: 757RN/RN
CPF: 056.179.888-15

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 Jeanne dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

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

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ 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)		(Informar dígito se existir)	

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO
AGÊNCIA NRO.	D/V
CONTA NRO.	D/V
(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 Jeanne 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
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODoviÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 01057

1 - LOCAL E DATA

Local RN-288 Bairro ZONA RURAL
Cidade/UF CAICÓ/RN P. Ref. GABRIEL JEFFERSON CARNAUBA
Data 18/06/2018 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 SERIDO' UF RN
Marca/Mod. HONDA CG 150 FAN ESI Cor VERMELHA Ano 2013 / 2013
Proprietário FRANCISCO NETO DA SILVA N° de Ocupantes 01
Condutor FERNANDO CÉSAR DOS SANTOS Data de Nasc. 29/05/1997
Endereço R. DA LVA CIRNE N° 069 Fone _____
Bairro CENTRO Cidade SÃO JOSÉ DO SERIDO' UF RN
CPF N° 100.103.664.66 CNH N° 06592494330 Validade 12/08/2020 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 148 125E Cor AZUL Ano 2001 / 2001
Proprietário RIVALDO JEFFERSON DOS SANTOS N° de Ocupantes 01
Condutor RIVALDO JEFFERSON 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° 31CNH Validade 1 / 1 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? RN-288

Em que sentido? SÃO JOSÉ DO SERIDÓ / CAICÓ

Em que faixa? ÚNICA

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V1 _____

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? RN-288

Em que sentido? CAICÓ / 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"/> Amanhecendo	<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 Íngreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulina	<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/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outras _____	<input type="checkbox"/> Terra	<input checked="" type="checkbox"/> Declive Íngreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input checked="" type="checkbox"/> Linha <u>DURA CONCRETO</u>
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente	_____	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<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

VESTÍGIOS

SEMÁFORO

PEDESTRE

BICICLETA OU MOTO

CARRO DE PEQUENO PORTE

CAMINHÃO OU ÔNIBUS

CARRETA

10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1 PARTE DA FRENTE
COMPLETA



AVARIAS DO VEÍCULO 2 PARTE DA FRENTE
COMPLETA



AVARIAS DO VEÍCULO 3



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 Órgão Expedidor SSPIRN Data de Nascimento 29/05/1997
Endereço R. DALVA CIRVE N° 069 Fone _____
Bairro CENTRO Cidade SÃO JOSÉ DO SERIDO UF PA
Versão _____

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 RIVALDO LEONNE DOS SANTOS
RG N° 002.004.513 Órgão Expedidor SSPIRN Data de Nascimento 07/03/1969
Endereço R. JORNALISTA PEDRO CELESTINO FILHO N° 023 Fone (84) 99609 0997
Bairro SALVIANO SANTOS Cidade CAICO UF RN
Versão _____

Assinatura _____ Hora 10:10

13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
Nome _____
RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

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° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

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 9530/0

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 COLHER A SUA VERSÃO. O CONDUTOR DO V2 FOI ENCAMINHADO PARA A CASA DE CURSOS E TAMBÉM NÃO FOI POSSÍVEL COLHER A SUA VERSÃO. O CONDUTOR DO V1 ESTÁ COM A DOCUMENTAÇÃO EM DIA, CNH E CRLV. O CONDUTOR DO V2, QUE POSSUI CNH E, FOI AUTUADO NO ART 302 DO CTB. O V1 FOI ENTREGUE A UM FAMILIAR DO CONDUTOR. O V2 FICOU NO GALPÃO DE ACESSO À CARNAUBA. A VIA NÃO POSSUI ATOSTAMENTO, A VIA ESTÁ COM DEGRADOS. O FATO FOI REGISTRADO NA 3ª DRP NO "BU" Nº 12018329000588

Nome Completo do Agente CLÁUDIO ROBERTO DANTAS
POSTO/GRAD.: 2º SGT PM N° 0857 Viatura DRE-302 Subunid.: 1ª DRP 3ª DRP
Local e Data CAICO, 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 Jonne 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 288 Caicó São 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 Araújo Xavier
Coren-RN 432299
Enfermeiro

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

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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu 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 Jonne dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 785.266.634 / 53, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Rivaldo Jonne 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, TÍTULO 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		Número	Complemento
RUA TITICO GOMES		405	Casa
Bairro	Cidade	Estado	CEP
BELO HORIZONTE	PATOS	PARAIBA	58700-000
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
emmanoela@hotmail.com.br	(83) 3421-8003	(83) 9 9655-9484 (87) 9. 9999-9976	

Caicó-RN, 13 de Setembro de 2018

Local e Data



Assinatura do Declarante



Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Seridó

Estrada do Perímetro Irrigado Sabugá, 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: <i>Reinaldo Jeomne dos Santos</i>	6. Nº DO PRONTUÁRIO <i>025.646</i>

7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>101817102117171010071970710311960</i>	8. DATA DE NASC. <i>07/10/31/1960</i>	9. SEXO MASC. <input checked="" type="checkbox"/> FEM. ()
10. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>maria de laurdes de medeiros</i>	11. TELEFONE DE CONTATO <i>84 99609-0997</i>	
12. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <i>Pedro Celestino Filho 23. Salvia no Santos</i>		
13. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Caico</i>	14. COD. IBGE MUNICÍPIO	15. UF <i>RN</i>
		16. CEP <i>59.300-000</i>

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

7. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: <i>Ac no to. Perda de peso e não tem E lesão na pele e</i>

8. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: <i>Re</i>
--

9. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):			
10. DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Leishmaniose</i>	21. CID 10 PRINCIPAL: <i>S 723</i>	22. CID 10 SECUNDÁRIO:	23. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Tratamento de Leishmaniose</i>	25. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>0408050519</i>		
6. CLÍNICA	27. CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28. DOCUMENTOS () CNS () CPF	29. Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLIC./ASSIST.
10. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST.	31. DATA DA SOLICITAÇÃO <i>15/16/18</i>	32. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO) <i>Reinaldo Santos Filho</i>	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

3. () 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 () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		

AUTORIZAÇÃO

3. 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)	

Livapalo Jeanne dos Santos

LAUDO DE ANESTESIA

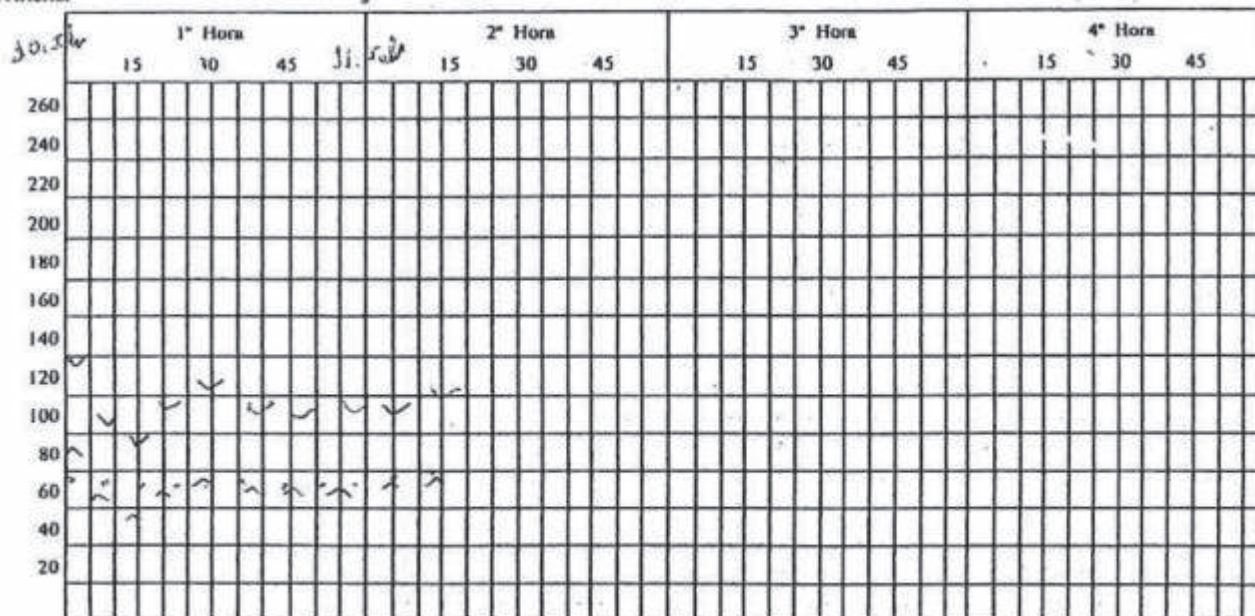
Data
31/06/18

Início
10:50h

Término
11:20h

Duração
01:20h

Isão Arterial



de Anestesia	Agente	Volume
anestesia	AA. Puro e na concentração 1:1 / agulha	
	Injeção 1% bupivacaína 0.5ml	500ml - 1000ml

	Medicamentos Utilizados na Sala e Outras Observações	Anestesia
do 1º	(1) Morfina 0.1 15mg	
	(2) Dipriva 9mg	
	(3) Alfentanil 2mg	
	(4) Hidrocodona 250mg	
	(5) Plavix 10mg	
	(6) Dipriva 1mg	

Dr. Ricardo Marcelo de Oliveira
Médico
CRM-RN 4760



Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugá, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

EVOLUÇÃO

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

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
18/06/18	10:45	Paciente internado na S.O. consciente e orientado, vítima de acidente automobilístico, com fratura exposta do fêmur esquerdo, após realização de osteotomia, colocados fixadores externos logo após realização e lavagem da ferida cirúrgica. Em tempo: O repouso relativo e presente e confortável pelo corpo. Anamnese 193.835-RN	
19.06.18	6:00	PA 140 x 100 mm Hg	Pai Santa Cora 450528
19.06.18	10:00	Paciente evolui em EGR, consciente, orientado, eupneico em O ₂ ambiente, hipertensos, com fixação em MIE com curativo, hematoma e excorizações pelo corpo. Sono preservado. Idéia dieta. Eliminação vesical presente e intestinal ausente (SRC). Segue hospitalizado pela ortopedia e as cuidados da equipe de enfermagem.	Ana Carina Silvestre Enfermeira COREN/RN 103.722
19.06.18	11:30	Realizado troca de curativo em MIE, feita limpeza com SFO, 0,7% e lavado o local de gesso. Enxerto com soro fisiológico. Dr. Silvio pediu para desligar novo curativo quinta-feira (21.06) e retirada de gesso quinta ou sexta.	Ana Carina Silvestre Enfermeira COREN/RN 103.722
20.06.18	12:20	Paciente em EGR, consciente orientado, sono com dificuldade, pele e mucosas normocrômicas, higiene preservada, dieta oral acuta. Dermatômica, leucêmicas, pulso cheio com ritmo regular, normocárdico. do exame físico: exposição torácica bilateral, a ausculta pulmonar MV+, a ausculta cardíaca BVP 2T. A inspeção abdominal globoso, RH+, sem timpânico, a palpacao flácida.	

20.06.18 - 15:00 PA: 120 x 90 -

mae

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	CIENTE
		Eliminação vesical presente e intestinal ausente a 2 dias. Bolma mass distal (++) e MSD (+). Curvatura no MTE. AVP em MSD. Afundado SSVU com os seguintes achados: FR=16 rpm; FC=75 bpm; T=36,4°C.	
21.06.18	5:00	PA: 116 X 11.	Dr. Enf. Epbrille
22.06.18	06:00	PR 3340 x 90 mm 14g	Téc. Getrycle
24.06.18	5:00	PA: 140 X 90 mm 14g.	Dr. Enf. Epbrille
25.06.18	8:30	Paciente no momento EGR, em O ₂ ambiente, pele e mucosas normocoradas, higiene precária, sono prejudicado, dieta oral aceita. Normotérmico, eupneico, pulso cheio, com ritmo regular, normocárdico. Ao exame físico: expansão torácica, a ausculta pulmonar RV+, a ausculta cardíaca BVP 2T. A inspeção abdominal plana, RHA+, sem maciço, a palpação fletida. Eliminação vesical e intestinal presentes. AVP no MSE, afundado SSVU: FR=14 rpm; FC=71 bpm; T=36,0°C.	Dr. Enf. Epbrille
27.06.18	10h	Paciente evolui em EGR, consciente, orientado, restrito ao leito. Higiene adequada para Natal para Medizar Liturgia em fê-mur. Higiene rotatória eupneica. Aceita dieta. Mobim plano, flácido e instável. Eliminação intestinal e vesical presentes (IC).	Dr. Enf. Epbrille
30.06.18	17 hrs	Paciente evolui em EGR, consciente, orientado, restrito ao leito, higiene prejudicada, dieta bem aceita, normotérmico, normocorado, eupneico, não repne queixas, eliminações normais, segue aos cuidados da equipe.	Thayne M. de Lucena Enfermeira COREN/RN 299088
01.07.18		Transferido Pl Natal.	



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA ORTOPEDIA		REGULAÇÃO WALFREDO GURGEL	
ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO 161733	
DATA 27.07	HORA 10:53	CATEGORIA	GRH
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 SEMANA I	UF RN	CEP 5930000
LOCAL DE TRABALHO		TELEFONE	
FILIAÇÃO MARIA DE LURDES MWEDEIRO		JOÃO DOS SANTOS	
RESPONSÁVEL FILHA (MURIELE		TELEFONE 996090997	
ENDEREÇO O MESMO			
DIAGNOSTICO PROVISÓRIO <i>Infecção febris e 1º período de febre</i>			
DIAGNOSTICO DEFINITIVO			

DATA DE ADMISSÃO

ALTA

13.08

OBITO

HISTORIA CLINICA

Hospital Dr. Lucena
CONFERE COM O ORIGINAL
Panamirim/RN
198521



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

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

2- CNES

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

RIVALDO JEONNE DOS SANTOS

8- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

161733

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

000 0708 7021 0797

8- DATA DE NASCIMENTO

07/03/1969

9- SEXO

MASCULINO

10- RAÇA/COR

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

16- MUNICÍPIO

CAICO

17- BAIRRO

SEMANA I

18- UF

RN

19- CEP

5930000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente com motocicleta
fi + hipofosfor. apresentando-se a fratura do corpo da
fíbula e do fêmur. Ex. Bacia fechada de
fractura de fêmur no 1/3 superior de fratura de
fíbula, fratura de tibia e tórax. Art. Siles.

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

necessite tratamento cirúrgico

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

EC + EF + RX

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura do fêmur E.

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

tratamento cirúrgico

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

() CNS () CPF

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

38- () ACI. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Hospital Deoclécio M. Lucena

CONFERE COM O ORIGINAL

Panamirim/RN

108571

50.5: 708708774000797 MIR RET-ORT.



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

49

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 275 M. 1061

NOME: RIVALDO JEONNE DOS SANTOS

IDADE: 07/03/1969 COR: SEXO: M ESTADO CIVIL: SOLT.

NATURALIDADE: CASSAREICA PROFISSÃO: PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO: R. PEDRO C. DA COSTA, 73 BAIRRO: SAMANA

CIDADE: PARICÓ DATA: 27/07/18 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
----------	-----------------------------------	----------------------------	---------------------

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

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

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)
Periclitando um futeleto de
fratura do fêmur tº.

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 fratura do fêmur tº

EXAMES COMPLEMENTARES

Rx do fêmur 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

Intervenir para o fêmur

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

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

☐ FICOU NO LOCAL

HORA _____ HS

☒ INTERNADO NO SERVIÇO DE

Ortopedia

☐ REMOVIDO EM ____/____/____

HORA _____

PARA _____

RETIROU-SE POR

DECISÃO MÉDICA ☐A REVELIA ☐

DATA ____/____/____

HORA _____

ÓBITO ____/____/____

HORA _____

ENTREGUE

À FAMÍLIA ☐S.V.O. ☐I.T.E.P. ☐

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



Hospital

Nome do paciente

RINALDO LEONARDO DOS SANTOS

Nº prontuário

Data operação

09/08/80

Enf

Leito

Operador

MARCELO VOBREGA

1º auxiliar

CARLOS MAGNO

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

AUGUSTO

Anestesista

AOLÉ

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

FRACTURA DE FÊMUR ESQUERDA

Tipo de operação

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO INTERNA COM CORRETO OSSEO

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 SOB ANESTESIA, ASSESSIA CALPOS, INCISÃO EM CRISTA ILÍACA DIREITA. DISSECAÇÃO, RETIRADO CORRETO OSSEO, SUTURADO POR PLAVOS, CURATIVO.

INCISÃO FACE LATERAL DA COXA ESQUERDA, DISSECAÇÃO, LIGATURA DA FIBROSE RESOLUÇÃO, FIM GUIA, FAZENDO O MARCHA-DO PREÇO DESLIZANTE, PLACA ANGULAR DE PARAFUSOS CORTICIS, 02 PARAFUSOS ESPONJOSOS, CONTRAPINHO, COLOCAÇÃO EXATO DE ILÍACO, SUTURADO POR PLAVOS CURATIVO.

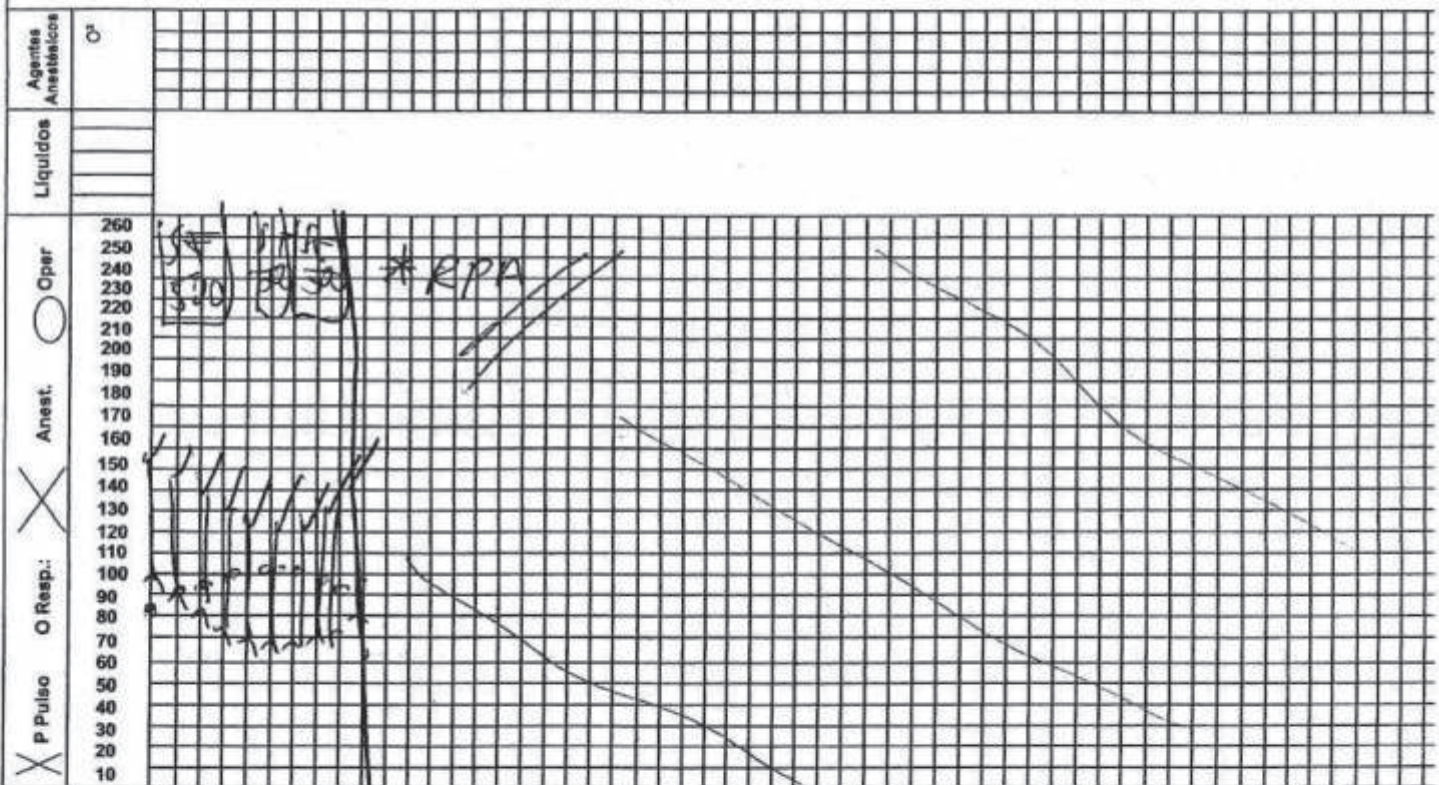
Hospital Deoclécio M. Lucena

CONFERE COM O ORIGINAL
Panamirim/RN

Dr. Carlos Magno P. do Carmo
Ortopedista - Traumatologia
Pneumologia
CRM 2196 - TEOT 5981
GRF: 188.304.804-44

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital HDM				Enfermaria	Leito	Nº prontuário	
Nome LIVINO G. GONÇALVES				Idade	Sexo	Cor	
Data 09/08/18	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros	
Tipo sanguíneo	Hematias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia		
	Urina						
Ap. respiratório NPN					Asma NEGA	Bronquite	
Ap. circulatório NPN					Eletrocardiograma		
Ap. digestivo NPN			Dentes	Pescoço	Ap. urinário		
Estado mental ORIENTADO			Ataracicos	Corticoides	Alergia NEGA	Hipotensores	
Diagnóstico pré-operatório					Estado físico	Risco	
Anestesias anteriores							
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito		



SIMBOLOS	
E	
ANOTAÇÕES	Preopar - 200mg
POSIÇÃO	DOH
Agentes	BUPIVACAÍNA 0.5% - 200mg; FENILTOÍNA - 100mg; KETAN - 10mg; FENILTOÍNA - 100mg; KETAN - 10mg; FENILTOÍNA - 100mg; KETAN - 10mg
Técnica	RAÍDUA E TETRA - 1 + 2
Operação	FRATURAS DE FÊMUR
Cirurgiões	DR. MARCELO / DR. CARLOS
Anestesistas	DR. ADLER
Observações	
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias	

Dr. Adler F. Maia
Anestesiologista
CRM-RN 5432

Perda sanguínea

P/ Ruelda Joana dos Santos
União Médica

Paciente vítima de trauma c/
 fratura de fêmur esquerda distal
 c/ perda óssea de aproximadamente
 10 cm sendo indicada a fixação
 o uso de fixação externa tipo
 Ilizarov p/ tratamento definitivo
 de fratura. O material não é
 disponibilizado nesta unidade hospitalar

03/04/11

Dr. Fábio Roberto A Lima
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM-RN 7038
 CRM-PE 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 7026
CRM PE 24404

NATAL, 05/07/2018



DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro que a Sr. (a) Rivaldo Gomes dos
Santos, Rg 002.004.511
esteve nesta unidade hospitalar no dia 01-07-18 até
07-07-18 para o fim de: internar
para realizar procedimento cirurgico
de fratura de fêmur. Procedimento
não foi realizado e o paciente saiu
de alta com indicação de Ilizarov.

Natal (RN), 30/08/18


Jéssica Alexandre de Araújo
Assistente Social
CRESS/RN 4624

Assistente Social

MAIOR

INSTITUTO DE ORTOPIEDIA • REUMATOLOGIA • ACUPUNTURA MÉDICA

Dra. Gertrudes Mª 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

ESPECIALIDADES MÉDICAS

- ORTOPIEDIA
- 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 (VO₂)

ATENDIMENTO PARA GRUPOS ESPECIAIS:

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

ACADEMIA DE MUSCULAÇÃO
VO2
ACADEMIA FITNESS

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

[Assinatura]

Laudo médico

Declaro para a vida
fins que o Sr. Ronaldo Jesus
da Silva deu entrada no
Hospital Regional do Sertão
em 18 de junho de 2018
relatando a ocorrência de uma
quedada fazendo expor a
do fêmur esquerdo com
fratura óssea imponente.
Foi tratado cirurgicamente
na emergência e posteriormente
com uma cirurgia de fixação
definitiva. Atualmente possui
encurtamento grave do membro
inferior esquerdo em relação
ao outro com perda de 50%
da função do membro inferior
esquerdo como sequelas definitivas
CID: 572.3 T93.1 10/10/2018



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA		REGULAÇÃO	OBS
ORTOPEDIA		RETORNO	
ENFERMARIA Nº	LEITO		PRONTUÁRIO 161733
DATA	HORA	CATEGORIA	GIH
27/08/2018	8:54		
PACIENTE			DATA DE NASCIMENTO
RIVALDO JEONNE DOS SANTOS			07/03/1969
ESTADO CIVIL		PROFISSÃO	
SOLTEIRA		PESCADOR	
ENDEREÇO (RUA, Nº)			
RUA PEDRO CELESTINO DA COSTA /23			
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF	CEP
CAICO	SALVIANO SANTOS	RN	5930000
LOCAL DE TRABALHO			TELEFONE
FILIAÇÃO			
MARIA DE LURDES MWEDEIRO		JOAO DOS SANTOS	
RESPONSÁVEL			TELEFONE
FILHA (MURIELE			996090997
ENDEREÇO			
O MESMO			
DIAGNOSTICO PROVISÓRIO			
DIAGNOSTICO DEFINITIVO			

DATA DE ADMISSÃO

ALTA

13/09/19

ÓBITO

HISTORIA CLINICA

HRDML - SESAP
CONFERTIDO ORIGINAL
Pamamir
19/09/19



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA 05 Nº 014. 01

NOME: RICARDO LEONARDO DOS SANTOS
IDADE: 03/03/16 COR: Px/Br SEXO: M ESTADO CIVIL: Solteiro
NATURALIDADE: Pernambuco PROFISSÃO: Estudante PROCEDÊNCIA:
ENDEREÇO: Rua de São João BAIRRO: Parque
CIDADE: Recife DATA: 27/08/16 HORA: 06:15

Assinatura de Regulação
HRDML / SESAP
AUTORIZADO

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) Paciente com pseudoartrose
femur E.

EXAME FÍSICO

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

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	ESCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL Pseudoartrose femur E.

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Endereço		Lado		Nº procedência	
Nome				Idade		Sexo	
Data 31/01/49		Procedência arterial		Pulso		Respiração	
Tipo sanguíneo		Hemoglobina		Hematócrito		Temperatura	
						Pressão 20/15	
						Frequência	
Ap. respiratória				Aorta		Surgimento	
Ap. circulatória				Eletrcardiograma			
Ap. digestiva		Dentes		Pescoço		Ap. urínaria	
Estado mental		Atividade		Glicemia		Hipoparatiroidismo	
Diagnóstico pré-operatório				Estado físico		Fígado	
Anestesia anterior							
Medicação pré-anestésica				Aplicada em		Efeito	

Agitation
Liquor

Pulse Rate

Time

260
250
240
230
220
210
200
190
180
170
160
150
140
130
120
110
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Agitation
Liquor

SÍMBOLOS	Cefalo tino 2g	Nesclavo preso 20mg	Narcomin 1g
E	Midazolam 7,5mg	Artina — 200mg	Endamulon 2mg
ANOTAÇÕES			
POSIÇÃO	Pentanol 20mg		Dipriva 2g
Agentes	Penicilina 5mg		
Técnica	Anestesia lombar (L1 + L2) + Sedação		
Operação	Procedimento cirúrgico de bexiga de fôrm (F)		
Cirurgião	Dr. Edmar / Dr. Marcelo Nobrega		
Anestesiista	Dr. Frederico		
Observações	Procedimento de internação		
Anotar 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 Coura 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 S72.4, a partir da presente data.

Parnamirim/RN

27/IX/1985

[Assinatura]
Médico / CRM

Em tempo - Decisão, respeito
Por ter efetuado a placa
Cintura - pedras + fixação com
placa + parafusos + êxito certo
do ilíaco 25/IX/1985

Dr. Edemar M. Dantas
CRM-522
Ortopedia-Traumatologia

CAICÓ-RN, 26/05/2020

A Seguradora Líder DPVAT

Eu Rivaldo Jeomel dos Santos, CPF: 785.266.674-53
venho através dessa pedir, por gentileza, que o DPVAT
revise 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 parte de baixo, depois do
joelho até o pé não tenho nenhuma for-
ça, sem falar, o quanto dói e incha bas-
tante, só alivia através de analgésicos.

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

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

Rivaldo Jeomel 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 Nas.: 07/03/1969 (51)

Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES DE MEDEIROS

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

Referência: PRONT UHRS N° 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 N° 030432

II - RESUMO CLÍNICO

Hist. Diagnóstico: PACIENTE VAI REALIZAR CONSULTA NO DEOCLECIO

III - SOLICITAÇÃO

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

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

CNS: 980016276856601

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

CNES: 5683912

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

CNS.:

17/03/2020 Mun. Sol.: CAICÓ [240200]

IV - AUTORIZAÇÃO

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

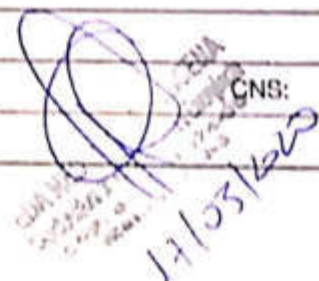
V - ENCAMINHAMENTO/AGENDAMENTO

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


CNS:
17/03/2020

NÃO PAGUE NENHUM VALOR POR ESTA GUIA.

RIVALDO JEONNE DOS SANTOS

CAICÓ – RN DR.: MICHEL

21 11 2019 ESCANOMETRIA

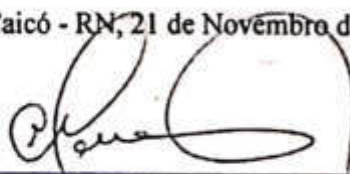
RAIOS-X DIGITAL COMPUTADORIZADO

- 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 Elpidio, s/n
Penedo - Caicó/RN

 **9.9200.0765**

 **84 3417.1252**

 institutocleradiologia10@hotmail.com

RECEITUÁRIO MÉDICO

Dr. Rivaldo Gomes dos
Santos.

Sd
40503
Escometria de
Membros inferiores.

Hd: Dismetria dos
MMII.

23
11
19

Dr. Rivaldo Gomes dos Santos
Ortopedista e Traumatologista
CRM 1124 - RPA 15751



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 4.672.305 DATA DE
EXPIRAÇÃO 04.01.1994

EMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCON
CELOS DE SOUZA

Antonio Xavier de Souza
Maria Angela Pereira Vasconcelos de
Souza.

NAT. BRASILEIRA DATA DE NASCIMENTO
Tabira-PE. 28.10.1975


DO. CENSO Cent. Nas. 1316 L. 65 P. 5V Cart.
de Tabira-PE.

CPF

ASS. MANOEL DE OLIVEIRA

LEI Nº 11.111 DE 1966

CÓDIGO DE CONTROLE
06EA.5464.DC0C.B5A2



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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

Emmanuela S.P.V.S. Araújo

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Emmanuela Saturnina Pereira
Vasconcelos de Souza Araújo

Ass. Tabira-PE Data 28.10.75

Filho Antonio Xavier de Souza S.

Maria Angela Pereira Vasconcelos de Souza

Do. C. 1316 L. 65 P. 5V

ESTRANGEIRO

Trabalha no Brasil ou não Não

Estado de Tabira-PE

Data de Nascimento 28.10.75

Ass. Tabira-PE

Ass. Manóel de Oliveira

Carta de Registro Geral de Eleitor

RGAL 06EA-4

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES				SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT			
DETRAN - RN		Nº 013711118533		RN Nº 013711118533		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO							
VIA	COD. RENAVAM	PLATEA	EXERCÍCIO	VIA	RENAM	MANCA / MODELO	DATA EMISSÃO
1	00757897657	*****	2018	1	00757897657	YAMAHA/YBR 125S	18/06/2018
NOME				ESTÉ É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204			
RIVALDO JECONE DOS SANTOS							
CPF / CNPJ		PLACA		CPF / CNPJ		PLACA	
785.266.634-53		MYB3385		785.266.634-53		MYB3385	
PLACA ANT. / UF		CHASSI		PLACA		CHASSI	
MYB3385 / RN		9C6KE010010038060					
CORPORE TIPO		COMBUSTÍVEL		CORPORE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NÃO APLICAVE		GASOLINA					
MARCA / MODELO		ANO FAB.		MARCA / MODELO		ANO FAB.	
YAMAHA/YBR 125S		2001		YAMAHA/YBR 125S		2001	
CNPJ / POT / CIL		CATEGORIA		CNPJ / POT / CIL		CATEGORIA	
0CV/124 CILINDRADAS		PARTICULAR		0CV/124 CILINDRADAS		PARTICULAR	
COTA ÚNICA		VENO / COTAS		COTA ÚNICA		VENO / COTAS	
R\$ 0.00		07/06/2018		R\$ 0.00		07/06/2018	
PARCELAMENTO / COTAS		VENO / COTAS		PARCELAMENTO / COTAS		VENO / COTAS	
R\$ *****		3º		R\$ *****		3º	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		PRÊMIO TOTAL (R\$)		PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		PRÊMIO TOTAL (R\$)	
*** LICENCIAMENTO DETRAN / TA30 ***		DPVAT: 2200		*** LICENCIAMENTO DETRAN / TA30 ***		DPVAT: 2200	
OBSERVAÇÕES				OBSERVAÇÕES			
PAGAMENTO DE PORTE OBRIGATORIO NÃO VALIDO PARA TRANSPARENCIA				PAGAMENTO DE PORTE OBRIGATORIO NÃO VALIDO PARA TRANSPARENCIA			
CARTÃO/TX		DATA		CARTÃO/TX		DATA	
Sidercio Soares de Silva Coordenador de Registro de Veículos DETRAN - RN		18/06/2018		Sidercio Soares de Silva Coordenador de Registro de Veículos DETRAN - RN		18/06/2018	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT				SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 09.348.808/0001-94				CNPJ 09.348.808/0001-94			