



Número: **0803838-11.2020.8.20.5101**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara da Comarca de Caicó**

Última distribuição : **03/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.330,21**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
RIVALDO JEONNE DOS SANTOS (AUTOR)	ANTONIO MARCOS COSTA DE OLIVEIRA (ADVOGADO) Fábio Leite Dantas (ADVOGADO)
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)	LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)
Yasuda Marítima Seguros S/A (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65493 633	17/02/2021 14:03	JUNTADA DE PROCESSO ADMINISTRATIVO	Petição
65493 634	17/02/2021 14:03	2782548_JUNTADA_DE_DOCS_02	Documento de Comprovação
65493 636	17/02/2021 14:03	2782548_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_02	Documento de Comprovação

Petição e documentos anexos.



Assinado eletronicamente por: ODETE CLARA COSTA PIMENTA NETA - 17/02/2021 14:03:43
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021714034308800000062713935>
Número do documento: 21021714034308800000062713935

Num. 65493633 - Pág. 1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAICO/RN

Processo n.º 08038381120208205101

YASUDA MARITIMA SEGUROS E SAUDE, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **RIVALDO JEONNE DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo completo pertinente ao processo em comento, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, haja vista o correto pagamento realizado em seara administrativa.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAICO, 12 de fevereiro de 2021.

**LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA
11929 - OAB/RN**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ODETE CLARA COSTA PIMENTA NETA - 17/02/2021 14:03:43
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102171403432050000062713936>
Número do documento: 2102171403432050000062713936

Num. 65493634 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: ODETE CLARA COSTA PIMENTA NETA - 17/02/2021 14:03:43
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021714034343600000062713938>
Número do documento: 21021714034343600000062713938

Num. 65493636 - Pág. 1

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
Vítima: RIVALDO JEONNE DOS SANTOS **Data do acidente:** 18/06/2018
Natureza: Invalidez Permanente
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 FÉMUR 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 DÉFICIT 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.

vitima 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%

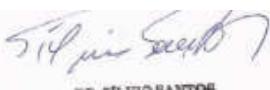
Região Corporal(Sequela):

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**


SILVIO SANTOS
CRM-RN 757
CREFITO 15
CPF: 054.174.866-18

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





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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 Lider – 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. **0758** D/V **44.528** D/V
(Informar dígito se existir)

■ CONTA CORRENTE (todos os bancos):

BANCO Nome _____ 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 Lider 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 POLÍCIA 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. GALPÃO JEFERSON CARNABU
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 SÉRIO 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 CESAR DOS SANTOS Data de Nasc. 29/05/1997
Endereço R DALVA CIRNE N° 064 Fone _____
Bairro CENTRO Cidade SÃO JOSÉ DO SÉRIO UF RN
CPF N° 400.303.664.66 CNH N° 065924974330 Validade 32/10/2020 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 01
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° 785.366.634.53 CNH N° 31/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? 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

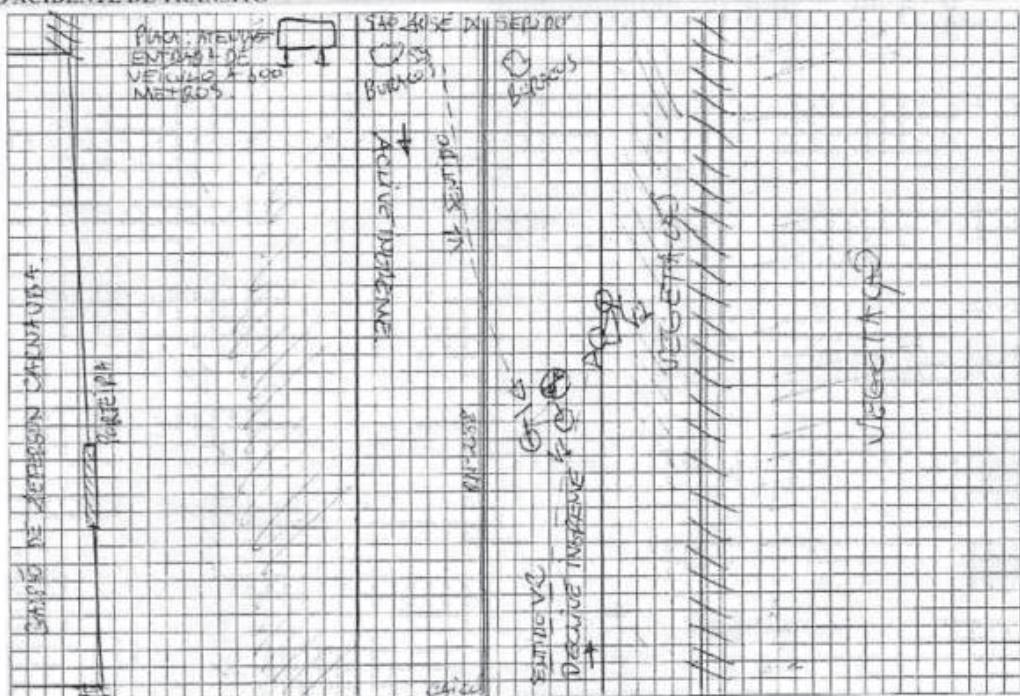


8 - CONDIÇÕES DA VIA

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"/> Anitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input checked="" type="checkbox"/> Aclive Ingreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite e Iluminação	<input type="checkbox"/> Neblina	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Aclive 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 Ingreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input checked="" type="checkbox"/> Linha DURA CENTRAL
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente			<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"/> Retorno	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> Entrancamento	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/>	

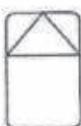
9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

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

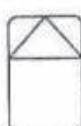


10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1 PARTE DA FRENTE COMPLETA



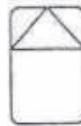
AVARIAS DO VEÍCULO 3



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 Órgão Expedidor SSP/RN Data de Nascimento 29/05/1997
 Endereço R. DALVA PIENE nº 069 Fone _____
 Bairro CENTRO Cidade SÃO JOSE DO SERIDÓ UF RN
 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 NIVALDO LEONNE DOS SANTOS
 RG N° 002.004.513 Órgão Expedidor SSP/RN Data de Nascimento 07/03/1967
 Endereço R. JORNALISTA PEDRO CELESTINO FILHO nº 023 Fone (84) 99609-0997
 Bairro SALVIANO SANTOS Cidade CAICÓ UF RR
 Versão _____

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° _____ Data de Nascimento _____ / /
 Endereço _____ Nº _____ 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 _____ Nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
 15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO
 Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
 Nome _____ RG N° _____ Órgão Exp. _____
 Endereço _____ Nº _____
 Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16 - IMAGENS / FOTOS SIM NÃO AUTUAÇÃO SIM NÃO AIT N° A-18130224 CÓD/DESD 0630/0

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 URGÊNCIA ESTADUAL BRANCA E POR ISSO NÃO FOI POSSÍVEL COLETAR A SUA VERSÃO. O CONDUTOR DO V2 FOI ENCAMINHADO PARA A UMA DE GUARAPARI E TAMBÉM NÃO FOI POSSÍVEL COLETAR A SUA VERSÃO. O CONDUTOR DO V1 ESTÁ COM A DOCUMENTAÇÃO EM DIA, CNH E CRIV. O CONDUTOR DO V2, WHO POSSUI CNH E, FOI AUTUADO NO ART 261 I DO CTB. O V1 FOI ENTREGUE A UM FAMILIAR DO CONDUTOR. O V2 FICOU NO GALPÃO DE AGRICULTURA CARNAUBA. A VIA NÃO POSSUÍ A COSTURA, A VIA ESTA COM BURacos. O FATO FOI REGISTRADO NA 3ª DRP NO "BO" N° 12038329000588

Nome Completo do Agente Cláudio Roberto Dalmas
 POSTO/GRAD.: 2º SGT PM N° 0557 Viatura 02E-302 Subunid.: 1º BOP/2º 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 genne des frontes, 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 192º gese, 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





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 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 nº 9.613/98.

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

Caicó - RN , 13 de Setembro de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ODETE CLARA COSTA PIMENTA NETA - 17/02/2021 14:03:43
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021714034343600000062713938>
Número do documento: 21021714034343600000062713938

Num. 65493636 - Pág. 12

ENTREGA DE PROJETOS INVESTIMENTO NA OBRA - URGENTE
Entrada do Perimetral Irrigado - Salugi, S/N - Paulo VI - Cachoeiro
CEP.: 59.100-100 - Telefax: (84) 3421-9628
CNPJ: (ME): 08.241.754/0135-57

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO		<i>6105</i>	DATA <i>18.06.18</i>		HORA DA ENTRADA <i>09:08</i>		Nº ATENDIMENTO <i>246</i>				
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE											
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>185 266 634-53</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>408402144000794</i>						
NOME DA MÃE <i>Maria de Lourdes Santos</i>			NOME DO PAI <i>Jacó dos Santos</i>								
ENDEREÇO <i>500 Rua da Boa Vista, Centro, Salvador, Bahia</i>			BAIRRO <i>Salvador, Bahia</i>								
CIDADE/ESTADO <i>BAHIA</i>			TELEFONE DE CONTATO <i>96090997</i>				RAÇA/COR <i>B</i>				
CAMPO 2 - SINAIS VITAIS											
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde											
PA	mmhg	FC	bpm	FR	irpm	TEMP. AXILAR	°C	SpO2	%	Glicemia	mg/dl
CAMPO 3 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO											
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista											
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO <i>Contar com o Origi-al 04/12/18</i>				ESCORE DE GLASGOW <i>15</i>							

CAMPO 4 – EXAMES COMPLEMENTARES Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
AL DE PRAIA ENFERMEIRA GESTANTE DE 36 SEMANAS	
CAMPO 5 – PRESCRIÇÃO MÉDICA Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
200ml de leite + 100g EV (9:17) / R est com col AREP R yorex R pulmone AREP R queidit AREP	
 Patricia Borges Dutra Médica CRM 8496	
MÉDICO PLANTONISTA/CRM	
CAMPO 6 – CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de enfermagem	
MOTIVO DA SAÍDA <input type="checkbox"/> ALTA MÉDICA <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> RECUSA DO TRATAMENTO <input type="checkbox"/> ÓBITO	REMOÇÃO/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: Rervaldo Jeomme dos Santos	6. Nº DO PRONTUÁRIO 025-646
7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 10870217700017970710311960	8. DATA DE NASC. MASC. () FEM. ()
9. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL maria de baixides de medeiros	10. DDD 84
11. TELEFONE DE CONTATO 99609-0997	12. ENDERECO (RUA, Nº, BAIRRO) Pedro Celentino Filho 23. Salriamo Santos
13. MUNICIPIO DE RESIDENCIA Caicó	14. COD. IBGE MUNICÍPIO 15. UF RN
	16. CEP 59.300-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

7. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

Ac no fo. histerpes. Compendo e reo-femur e
lesão ferida pleura e

8. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

Rl

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

10. DIAGNÓSTICO INICIAL tbc na pelve e na bexiga	21. CID 10 PRINCIPAL: Tecopatia peritoneal e s 723	22. CID 10 SECUNDÁRIO:	23. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
---	---	------------------------	-------------------------------

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tbc na bexiga e na pelve	25. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0408050519		
6. CLÍNICA	27. CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28. DOCUMENTOS () CNS () CPF	29. Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF.SOLIC./ASSIST.
0. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST.	31. DATA DA SOLICITAÇÃO -18/6/08	32. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)	33. SÉRIE 0408060476

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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 () AUTONOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

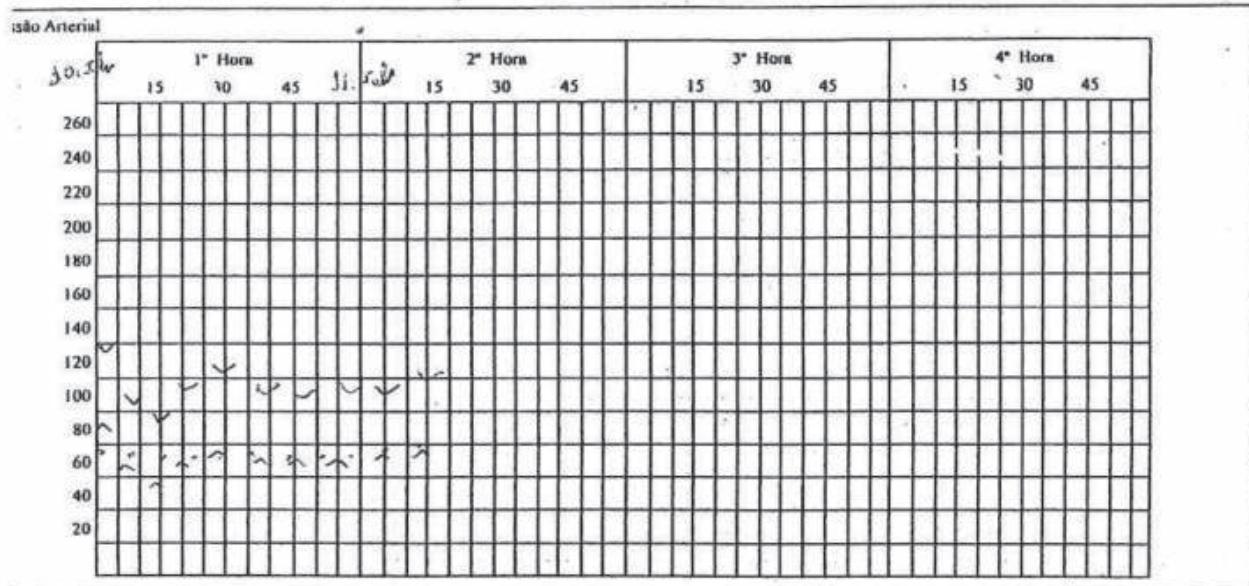
3. NOME DO PROF. AUTORIZADOR	44. COD. ORGÃO EMISSOR	49. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR
5. DOCUMENTOS () CNS () CPF	46. Nº DOC. (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR	
7. DATA DA AUTORIZAÇÃO	48. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)	



Livaldo Ferreira dos Santos

LAUDO DE ANESTESIA

Data	Inicio	Término	Duração
18/10/18	30/5/18	31/1/18	01/12/10 am



de Anestesia	Agente	Volume
organometal	AN. Pessoal na hemicôndilo L2-L4 / agulha Injeto 150, liquido de gato: sangue 0+0	500ml - 350ml

	Medicamentos Utilizados na Sala e Outras Observações	Anestesia
10:50h	(1) Morfina 0,5g	gr.mg
	(2) Diazepam	0,5mg
	(3) Cefazolin	2g
	(4) Metoclopramida	3,75mg
	(5) Piritetol	10mg
	(6) Dexameta	1g

SRAF {84} 3417-2206

Circuito





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

EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:		Nº de Registro	Data Admissão
Rivaldo Jeomone das Santas		02564618	06/18
DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
18/06/18	10:45	Deu entrada na S.O. consciente e orientado, vítima de acidente automobilístico, com fratura exposta do fêmur esquerdo, seguido realizados osteosíntese fixadora extensão logo após fechamento com bedas de clínica emergência. Em tempo: O referido paciente é queixista de dor no lado esquerdo. Aferição 193.835-RN	
19-06-18	6:00	PA 140 x 100mm Hg	Tec Sandra laren 450528
19-06-18	10:00	Paciente evolui em FGR, consciente, orientado, eupneico em O ₂ ambiente, hipertensão, com pressão armada com MIE com curativo, hematoma e escoriações pelo corpo. Semas preservados. Aceita dieta. Eliminação vesical presente e intestino ausente (SSC). Segue hospitalizado pela ortopedia e os cuidados da equipe de <i>Ana Carolina Souza</i> Enfermeira COREN/RN 10.710	
19-06-18	11:30	Realizada troca de curativo em MIE, feita limpeza com SF 0,9% e elaborado óleo de glicerol. Exame com rúbrica eletrônica. De si há pedido para realizar novo curativo punha - feita (21-06) e retirada de duração quinto dia certo.	<i>Ana Carolina Souza</i> Enfermeira COREN/RN 10.710
20-06-18	12:20	Paciente em FGR, consciente orientado, sono com dificuldade, pele e mucosas normocolorada, higiene preservada, fluxo oral aceitável. Dermatológica, tópica pulso cheio com ritmo regular, nemorcardiograma. Ao exame físico: exponível toracica bilateral, o ausculta pulmonar HV+, o ausculta cardíaca JVF 2T. A inspeção abdominal glabra, RH+, sem timpanites, a palpação afébrido.	
20-06-18	15:00	PA: 120 X 90 -	<i>JM</i>



DATA	HORA	EVOLUÇÃO	CIENTE
		<p>Eliminação vesical presente e intestinal ausente a 2 dias.</p> <p>Colena MSE distal (++) e MSD (+).</p> <p>Curvatura no MSE. AVP em MSD.</p> <p>Afuriados SSVV com os seguintes achados: FR = 16 bpm; FC = 75 bpm; T = 36,4°C.</p>	
21-06-18	5:00	PA: 116x111.	Dr. Enf. Gabrielle
22-06-18	06:00	PP 3340 x 90 mm 14g	Téc. Gettysde JF/maia
24-06-18	5:00	PA: 140 x 90 mm 14g.	
25-06-18	8:30	<p>Paciente no momento EGR, em Q2 ambiente, pele e mucosas normo- rudas, higiene adequada, sono profun- do, dieta ótima aceita. Peso lítimico, eupneico, pulso cheio, com ritmo regular, normocárdia.</p> <p>No exame físico: expansão torácica, a auscultação pulmonar UV+, a auscultação cardíaca BUPAT. A inspeção abdominal plana, RHT+, bem macia, a palpação levemente.</p> <p>Eliminação vesical e intestinal presentes. AVP no MSE, afuriados os SSVV: FR = 14 bpm; FC = 71 bpm; T = 36,0°C.</p>	Dr. Enf. Gabrielle
27/06/18	10h	<p>Paciente evolui em EGR, consciente, orientado, restrito ao leito. Higiene adequada. Temperatura 36,5°C. Peso: 66kg. Medicos: Cirurgia em férias. Higiene rotinária. Eupneico. Aceita dieta. Moltas fezes, flácida e instável. Eliminações urinárias e vesicais presentes (10). Folia</p>	
30.06.18	17 hrs	<p>Paciente evolui em EGR, consciente, orientado, restrito ao leito, higiene adequada, dieta bem aceita, anermose, molar comorado, eupneico, mas repre queixas, eliminações normais, segue aos cuidados da equipe.</p>	THAYNE MACHANIA DE LUCENA Est. farmacêutica DIRETOR 280663
01.07.18		transferido PI Naf.	





PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA ORTOPEDIA		REGULAÇÃO WALFREDO GURGEL	
ENFERMARIA Nº:	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		
ENDEREÇO			
O MESMO			

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO
frene feins e 7 feris de celestino
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSÃO	ALTA 13.08	OBITO
HISTÓRIA CLÍNICA		
<i>Hospital Odontológico A. Lacerda CONFERE COM O ORIGINAL Panamá/RN</i>		
<i>10/05/21</i>		





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
HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES
3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE
RIVALDO JEONNE DOS SANTOS

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO
161733

7- CARTAO NACIONAL SUS
000 0708 7021 0797

8- DATA DE NASCIMENTO
07/03/1969

9- SEXO
MASCULINO

10- RACA/COR
PARDA

11- NOME DA MAE
MARIA DE LURDES MWEDEIRO

12- TELEFONE DE CONTATO
996090997

13- NOME DO RESPONSÁVEL
FILHA (MURIELE

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDERECO (RUA, Nº)
RUA PEDRO CELESTINO DA COSTA /23

16- MUNICIPIO
CAICO

17- BAIRRO
SEMANA 1

18- UF
RN

19- CEP
5930000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente motociclistico + lesão abducenta da fratura no corpo da esquerda efeito do ferimento. Esse paciente já realizou exames de ressonância nuclear magnética e CT scan.

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO
paciente ferido e fratura de tibia.

paciente ferido e fratura de tibia.

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

ECG + EF + X

23- DIAGNOSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

fratura do fêmur E.

Procedimento Solicitado

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internamento clínico

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNACAO

() CNS () CPF

Dr. Edimar M. Dantas

CPA-94

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

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- () AC. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

Autorização

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

Hospital Deoclécio M. Lucena

48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

CONFERE COM O ORIGINAL

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Pamamirim/RN

1-8571





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA N° 1061

NOME: RIVALDO JEONNE DOS SANTOS

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

NATURALIDADE: GASSA FICA PROFISSÃO: PROCEDÊNCIA:

ENDERECO: R. PEDRO E. DA COSTA, 23 BAIRRO: S. M. MANAU

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

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	COM DISPNEIA <input type="checkbox"/>	CHOCADO <input type="checkbox"/>	COMATOSO <input type="checkbox"/>
C/ HEMORRAGIA <input type="checkbox"/>	EM CONVULSÃO <input type="checkbox"/>	POLITRAUMATIZADO <input type="checkbox"/>	AGITADO <input type="checkbox"/>	OUTROS <input type="checkbox"/>

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
----------------------------	------------------------------	------------------------------

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)

Seguiu um fumante de
fumar do fumo era.

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 úmero t



EXAMES COMPLEMENTARES

X do ferim

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

Intervir 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 <i>Ortopedia</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM / / HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA / / ÓBITO / / ENTREGUE	DECISÃO MÉDICA <i>Dr. Edimar M. Dantas</i> CRM - 942 Ortopedia-Traumatologia	A REVELIA <input type="checkbox"/> HORA _____ HORA _____
À FAMÍLIA <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>		

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)





Hospital

Nome do paciente

Russo Leônio dos Santos

Nº prontuário

Data operação

09/08/81

Enf.

Leito

Operador

Marciano Vobrega

1º auxiliar

Russo Leônio

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Augusto

Anestesista

Adele

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Fratura de Fêmur Esquerdo

Tipo de operação

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO
COM INTERNA CALL EXTERNO OSSÉO

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, ASSESSADA
CAMPUS, INGRESSOU EM CRISTA ILIACA DIREITA.
DISSECÇÃO, RETIROS CORRETOS OSSÉOS, SUL-
TURADO POR PLAVOS, CURATIVO.

LOCIAÇÃO FACE LATERAL DA COXA
CONVERSA, DISSOCIAÇÃO, LIMPIDAS DA FIBRA OSS
RESSECÃO, FIO GUIA, FAZENDO CIRCUNFERENCIA
DO PREGO DESLIZANTE, PLACA ARCO-
OLIC PARAFUSOS CORTICOS, 02 PARAFUSOS
ESPAÇADAS, CONTRAPINO, COLOCADO QU-
ADRATO DE LIÁCO, SUTURADO POR PLAVOS
CURATIVO.

Assinado por Dr. LUCAS

CONFIRME COM O ORIGINAL
Parauapebas/RN

Dr. Odete Clara Pimenta P. do Carmo
Dra. Odete Clara Pimenta P. do Carmo
CRM 2106 - TEOT 5861
CRF 188.304.804-44



Assinado eletronicamente por: ODETE CLARA COSTA PIMENTA NETA - 17/02/2021 14:03:43

<https://pje1.g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021714034343600000062713938>

Número do documento: 21021714034343600000062713938

Num. 65493636 - Pág. 22

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital	+DML			Enfermaria	Leito	Nº prontuário																																																																																											
Nome	LIVIANO G. DOT SANTOS			Idade	Sexo	Cor																																																																																											
Data	09/08/18	Pressão arterial	P脉搏	Respiração	Temperatura	Peso	Outros																																																																																										
Tipo sanguíneo	Hematíias	Hemoglobina	Hematocrito	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																																																																																												
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">Agentes Anestésicos</td> <td>O</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Líquidos</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Oper.</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Anest.</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">O Респ.:</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">P Pulso</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td colspan="7"></td> </tr> </table> 								Agentes Anestésicos	O														Líquidos															Oper.															Anest.															O Респ.:															P Pulso														
Agentes Anestésicos	O																																																																																																
Líquidos																																																																																																	
Oper.																																																																																																	
Anest.																																																																																																	
O Респ.:																																																																																																	
P Pulso																																																																																																	
SÍMBOLOS																																																																																																	
E	PROPOFOL-200mg																																																																																																
ANOTAÇÕES	TOXICAN-40mg; MILAKON-15mg; FEVERAN-																																																																																																
POSIÇÃO	DOH																																																																																																
Agentes	BUPIVACANA PEJADA-20ml; MOLF. NAL-0,5mg; LEFTIN-10ml; DIPICOVA-																																																																																																
Técnica	FALCIA ESTERNA + REBAIXA																																																																																																
Operação	FRATURA DE FEMUR																																																																																																
Cirurgiões	DR. MARCELO / DR. CAVEND																																																																																																
Anestesistas	DR. ADLER																																																																																																
Observações																																																																																																	

Dr Adler F. Malha
Anestesiologista
CRM-RN 5432





Pr Ruyardo Júnior dos Santos
Endereço:

Possui ótimo d.
físico de júnior erguido dntel
c/ perda leve de approximadamente
10 cm rendo indúndas patentes
o uso de fenda externa tipo
Zig-zag q/ isolamento definitivo,
de fisiq. Et material não
desprendível nenhuma corptela

03/09/2011

Dr. Fábio Roberto A. Lima
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RN 7038
CRM-PE 21404

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Fone: (84) 3133-4200 - CEP 59022-020 - Tirol - Natal/RN





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 7086
CRM PE 21404

NATAL, 05/07/2018





DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

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 iloscio.

Natal (RN), 30/08/18



Jessica Alexandre de Araújo
Assistente Social
CRESS/RN 4624

Assistente Social

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol - Natal/RN - CEP: 59022-020
Fone: (84) 3133.4200 - Serviço Social: (84) 3133.4210



Assinado eletronicamente por: ODETE CLARA COSTA PIMENTA NETA - 17/02/2021 14:03:43
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021714034343600000062713938>
Número do documento: 21021714034343600000062713938

Num. 65493636 - Pág. 26



INSTITUTO DE ORTOPEDIA • REUMATOLOGIA • ACUPUNTURA MÉDICA

Dra. Gertrudes M^a 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

- 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 (VO₂)

ATENDIMENTO PARA GRUPOS ESPECIAIS:

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

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

ACADEMIA DE MUSCULAÇÃO
VO2
ACADEMYFITNESS

Rua Nilo Peçanha, 636 - Prata - C. Grande - PB - 83 3341.4976 | 3341.8700 | [f @MAIORCG](https://www.facebook.com/maiorcg) | [\(83\) 99144.7644](https://www.instagram.com/maiorcg/) | [@maiorcg](https://www.twitter.com/maiorcg)

Scanned by CamScanner





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

Setor 50

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DE OCÉLIO 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- PÁGINA

000 0708 7021 0797

07/03/1969

MASCULINO

PÁGINA

11- NOME DA MÃE

12- FONE DE CONTATO

MARIA DE LURDES MWEDEIRO

996090997

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- FONE DE CONTATO

FILHA (MURIEL)

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA PEDRO CELESTINO DA COSTA /23

16- MUNICÍPIO

17- BAIRRO

18- UF

19- CEP

CAICO

SALVIANO SANTOS

RN

5930000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Zacutis com pseudoartrose
fécies sanguíneas
Doloroso a pressão da dor nas costas

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

emergência

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 CÓDIGO ASSOCIADO

Pseudoartrose fecur 13

Procedimento Solicitado

27- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Traft emergencia

28- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

27819

Rogério Santos

() CNS () CPF

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

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

CARMEN TIZI - SBOT 1341

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

35- CNPJ DA SEGURADORA

40- N° DO BILHETE

41- SÉRIE

36- () AC. TRÂNSITO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

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 I SESAP
CONFERIDO ORIGINAL
Paraná - RJ - Mat.
Ley

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ODETE CLARA COSTA PIMENTA NETA - 17/02/2021 14:03:43

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021714034343600000062713938

Número do documento: 21021714034343600000062713938

Num. 65493636 - Pág. 28



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA 05 N° 012 - 01

SO
MATERIAL DE REGISTRO
MR / HOMO
AUTORIZADO

NOME: JOVEM JOAQUIM DOS SANTOS
IDADE: 03/03/19 COR: PELE SEXO: M ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NATURALIDADE: PAULISTA PROFISSÃO: ESTUDANTE PROCEDÊNCIA:
ENDERECO: RUA: 0100 ALTO VELHO BAIRRO: GRANJA
CIDADE: GRANJA (RN) DATA: 27/02/11 HORA: 06:15

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 TA

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA): *Facult com pseudarthrose*
femur e.

EXAME FÍSICO

HRDML / SESAP
CONFERI C/ O ORIGINAL
Paranámirim-RN
RC Mat
JAN

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura exposta femur. 5





Hospital

Nº protocolo

Nome do paciente

Renafalo Jeanine

Data operação

11/11/2019

Enf.

Leito

Operador

Dr. Edimaci M. Dentas

2º auxiliar

3º auxiliar

Anestesiista

Instrumentador

Anestesia por inalação

Típico de anestesia

Diagnóstico da operação

Int. Cirurgia de

Ressecção do ferro, fratura do ferro distal

Int. Cirurgia de Ressecção do ferro distal

Diagnóstico das operações

O mês

Relatório imediato do patologista

Exame radiográfico no ato

Acidente durante a operação

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Abri ressecção cruríca, anterofle-
nária da pele os ilhos, retira-se de
cuxim. Ceu aberto. Sutura per ilios e levantado.
Ingresse da pele os fios de fivrocártore.
Retirada da fixação e perfuro. Detire
di tecido tecidual. Retira e
fixar o fio de fivrocártore.
Sutura per ilios. Cauda

1	CIRURGIAS MÚLTIPLAS
	(0415010012)
1	POLTRAUMATIZADO
	(0415030013)
1	PROC. CLÍNICO
1	PROC. CIRÚRGICO
0405050624	
1	CBO. 225225
3	CBO. 225270
4	DIAS
	CID 5-724

Dr. Edimaci M. Dentas
CRM-242
Médico Traumatologista

HRDML / SESAP
CONFERIDO ORIGINAL
Pamaministr. Mat.



Assinado eletronicamente por: ODETE CLARA COSTA PIMENTA NETA - 17/02/2021 14:03:43

<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021714034343600000062713938>

Número do documento: 21021714034343600000062713938

Num. 65493636 - Pág. 31

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermagem	Telha	Nº protocolo		
Hora			Idade	Sexo		
Dia	Pronto-sala	P脉	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
11/01/19	Histórias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Altura	
		Urina				
Ap. respiratória	Frequência				Arena	SpO ₂
Ap. circulatória	PCP em J.C.					Electrocardiograma
Ap. digestiva	H.D.N	Bentos	Passage		Ap. urinária	
Estado mental	Consciente	Ataractos	Gestões		Alucin.	Hipotensão
Diagnóstico pré-operatório					Estag. Nivel	Índice
Anestesias adjuvantes						
Medicação pré-anestesia					Aplicada às	Efeitos
Líquidos administrados	(C)					
Líquidos						
Oxigênia	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					
SÍMBOLOS	Reflexo liso 3g	Reservado para 20ml	Amoxicilina 1g			
E	Midazolam 0,5mg	Urgente — 100ml	Endometriose 2ml			
ANOTAÇÕES			Dipena 3g			
POSIÇÃO	Platamil 20mg					
Agentes	Permeabilizante					
Técnica	Posicionamento lombares (L1-L5) + Sedação					
Operação	Retiramento de gordura do báion da ferida (E)					
Cirurgião	Dra. Edilma P. D. Marcel Nobreza					
Anestesiistas	Dra. Gleicelene Góes					
Observações	Reavivamento de intercorrências					
	Alerta no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias					

Scanned by CamScanner





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os fins que se fizerem necessários,

que o (a) Sr. (a) Ricardo Souza da Costa foi examinado
(a) nesta Unidade de Saúde às 8 horas.

Necessitando de 180 (Centos 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.

Pammirim/RN 27/02/2023

Ricardo

Médico / CRM

Em tempo - Recente, resfriado
Foi fotografado a face

Cinco - dedos + fixas com
placa + fixas + tixots entre
do ilaco 25/02/2023

Dr. Edemar M. Dantas
CRM-1992
Média-Traumatologia

Scanned by CamScanner



Aicó-RN, 26/05/2020

A Seguradora báder DPVAT

Ou Rivaldo Jeomme dos Santos, ept:^{785.266.634}
₋₅₃
velho através dessa pedir, por gentileza, que o DPVAT
respeite 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 9 em de diferen-
cia de uma perna para outra, meu joelho me
doloria mais, e a partir de baixo, depois do
joelho até o pé não tinha nenhum for-
ça, sem falar, o quanto dói e inchava bas-
tante, só alivia através de analgésicos.

Ou sou pescador, infelizmente eu não posso
mais trabalhar...

Estou encanando fotos minhas, para que
vocês vejam a minha verdadeira situação.
Aguardo e agradeço a atenção.

Rivaldo Jeomme dos Santos





**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - CAICÓ/RN
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAUDE
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
 Endr. de Residência: RUA PEDRO CELESTINO FILHO, 23, SALVIANO SANTOS - CAICÓ (240200), CEP.: 69300000
 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: 980016276056601
17/03/2020 Unid. Solic: SMS CAICO REGULACAO	CNES: 5683012
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

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.

- 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

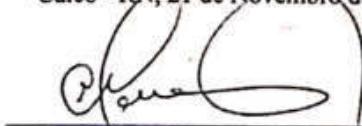
RAIOS-X DIGITAL COMPUTADORIZADO

- 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. VADEMAR 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

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ODETE CLARA COSTA PIMENTA NETA - 17/02/2021 14:03:43
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021714034343600000062713938>
 Número do documento: 21021714034343600000062713938

Num. 65493636 - Pág. 36



Secretaria de Saúde Pública
Hospital Deoclécio M. Lucena

RECEITUÁRIO MÉDICO

P/ Rivaldo Gonçalves
Santos.

Sr 40503
Eslinometria de

Membros inferiores.

Nr: Eslinometria dos
membros.

23
11
19

Dr. Valdir Freire da Silva
Cirurgião-Dentista
Ortopedista - Traumatologista
Unidade Odontológica
CPH 1762 - 10251

Digitalizado com CamScanner



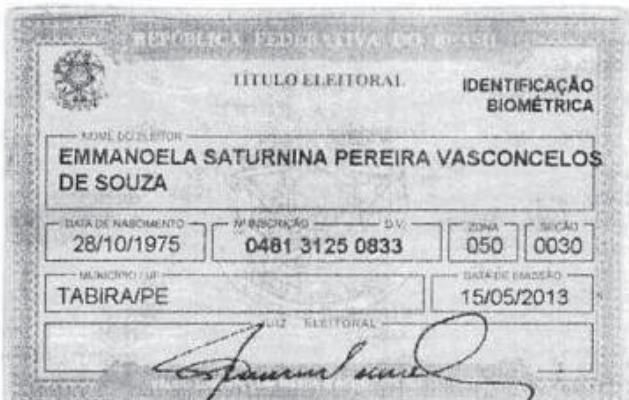
Assinado eletronicamente por: ODETE CLARA COSTA PIMENTA NETA - 17/02/2021 14:03:43
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021714034343600000062713938>
Número do documento: 21021714034343600000062713938

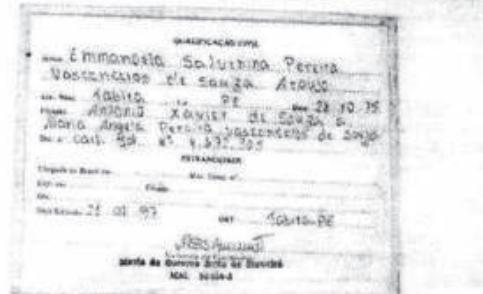
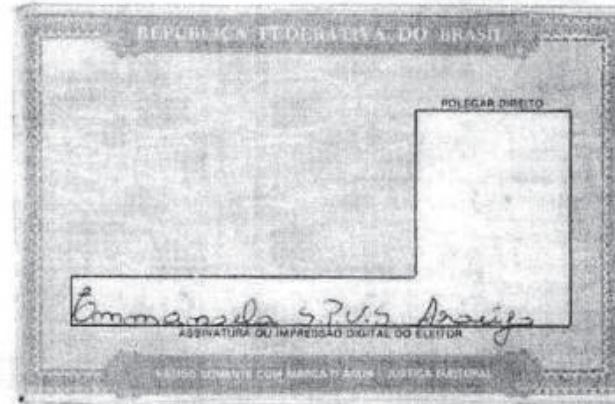
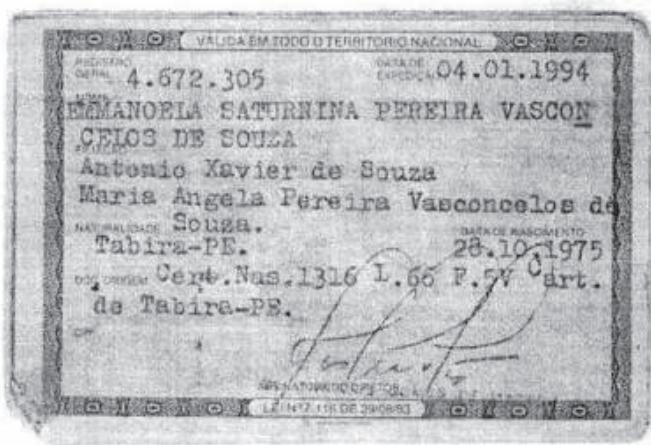
Num. 65493636 - Pág. 37



Assinado eletronicamente por: ODETE CLARA COSTA PIMENTA NETA - 17/02/2021 14:03:43
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021714034343600000062713938>
Número do documento: 21021714034343600000062713938

Num. 65493636 - Pág. 38





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETAN - RN			
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA:	CÓD. RENAVAM:	PLACA:	EXPIRAÇÃO:
2	00757837657	NYB3385	2018
NOME:			
RIVALDO JEONNE DOS SANTOS			
CPF / CNPJ:		PLACA:	
785.266.634-83		NYB3385	
PLACA ANTO:		CLASSE:	
NYB3385 /RN		306KED100100358060	
CORPO / TIPO:		COMBUSTIVEL:	
PASSEIROS/MOTOCICLETA/NAO APPLICATE		GASOLINA	
MARCA / MODELO:		ANO FAB. / ANO MOD.	
YAMAHA/YBR 125S		2001	
CAP / POTTOL:		CATEGORIA:	
OCV/124 CILINDRADAS		PARTICULAR	
COTA UNICA:		VENO / COTA UNICA:	
I	R\$ 0,00	07/06/2018	1º ISENTO
P			2º ISENTO
V	FUNDAÇÃO, PARCELAMENTO / COTAS		3º ISENTO
A	009806 3X	RE *****	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) — (OF. IPB) — PRÉMIO TOTAL (R\$) — DATA PAGAMENTO			
*** LICENCIAMENTO DEPART. 2020 *** DPVAT 2020			
NOTA: DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO NÃO VÁLIDO PARA TRANSFÉRENCIA			
CARICO/TO:		DATA:	
		18/06/2018	
Sistema Eletrônico de Águas Seguradora do Brasil e das Voluntárias			
DETAN - RN			

CONTRAN

SISTEMA INTEGRADO DE TRÂNSITO

SEGURADO OBRIGATÓRIO PE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 013711118533 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

ESTE 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

VIA:	CRF / CNPJ:	PLACA:
2	785.266.634-83	NYB3385
RENAVAM:	MARCA / MODELO:	
00757837657	YAMAHA/YBR 125S	
ANO FAB.:	CLASSE:	
2001	306KED100100358060	
PRÉMIO TARIFÁRIO		
PFV (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO DOCUMENTO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	(OF. IPB)	VALOR DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO (R\$)
COTA UNICA	PAGAMENTO:	DATA DE OUTAQUA:

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.340.808/0001-64



Assinado eletronicamente por: ODETE CLARA COSTA PIMENTA NETA - 17/02/2021 14:03:43
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021714034343600000062713938>
Número do documento: 21021714034343600000062713938

Num. 65493636 - Pág. 41