



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
65493633	17/02/2021 14:03	<a href="#">JUNTADA DE PROCESSO ADMINISTRATIVO</a>	Petição
65493634	17/02/2021 14:03	<a href="#">2782548_JUNTADA_DE_DOCS_02</a>	Documento de Comprovação
65493636	17/02/2021 14:03	<a href="#">2782548_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_02</a>	Documento de Comprovação

Petição e documentos anexos.





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª 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**



# 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 muletas 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

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

☐ Sem sequela permanente

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: 056.179.988-15

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 Jeanne dos Santos

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

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

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ 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

Nº.

0758

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

Nº.

44.528

(Informar dígito se existir)

D/V

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

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº.

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

Nº.

(Informar dígito se existir)

D/V

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

FAPPF.001 V001/2017





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. SAULO JEFFERSON CARVALHO  
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 SERIDÓ 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. DALVA CIRNE N° 069 Fone \_\_\_\_\_  
Bairro CENTRO Cidade SÃO JOSÉ DO SERIDÓ UF RN  
CPF N° 100.103.664.66 CNH N° 06592494330 Validade 12/05/2020 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 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° 31 CNH 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 / CHICO Em que faixa? ÚNICA

Versão do condutor \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do Condutor do V1 \_\_\_\_\_

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

Em que sentido? CHICO / 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

<b>Luminosidade</b>	<b>Cond./ Tempo</b>	<b>Tipo da Pista</b>	<b>Caract. Pista</b>	<b>Cond. Pista</b>	<b>Sinalização</b>
<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 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"/> Active Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Terra	<input checked="" type="checkbox"/> Declive Ingreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input checked="" type="checkbox"/> Linha Dupla Central
<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"/> Entroncamento		<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 PORTE

CAMINHÃO OU ÔNIBUS

CARRETA

## 10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1 PARTES DA FRENTE  
COMPLETA



AVARIAS DO VEÍCULO 2 PARTES 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: ☐ Fato ☐ Registro  
Nome FERNANDO CESAR DOS SANTOS  
RG N° 3046908 Órgão Expedidor SSPIRN Data de Nascimento 24/05/1997  
Endereço R. DALVA CIRVE N° 069 Fone \_\_\_\_\_  
Bairro CENTRO Cidade SÃO JOSÉ DO SERIDÓ UF BA  
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: ☐ Fato ☐ Registro  
Nome RIVALDO AEDNE DOS SANTOS  
RG N° 002.004.513 Órgão Expedidor SSPIRN Data de Nascimento 07/03/1967  
Endereço R. JORNALISTA PEDRO CELESTINO FILHO N° 023 Fone (84) 99609 0997  
Bairro SALVIANO SANTOS Cidade CAICO UF BA  
Versão \_\_\_\_\_

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

13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre  
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: \_\_\_\_\_ Presenciou: ☐ 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: ☐ 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 9030/0

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

AMIGOS DOS 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 SALA DE CIRURGIA 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 NÃO POSSUI CNH E FOI AUTUADO NO ART 307 I DO CTB. O V1 FOI ENTREGUE A UM FAMILIAR DO CONDUTOR. O V2 FICOU NO GALPÃO DE JEEPSEN CARNAUBÁ. A VIA NÃO POSSUI DOCUMENTAÇÃO, A VIA ESTÁ COM DORCADO. O FATO FOI REGISTRADO NA 3ª DEP NO "BO" Nº 12038329000588

Nome Completo do Agente CLÁUDIO ROBERTO DANTAS  
POSTO/GRAD.: 2º SGT PM N° 0557 Viatura DRE-302 Subunid.: 1ª DEPARTAMENTO DE PREVENÇÃO  
Local e Data CAICO, 18 de JUNHO de 2018

Assinatura do Agente de Trânsito \_\_\_\_\_



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o usuário dos serviços de saúde Rivaldo Jérome 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 788 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 Araujo Xavier  
Coren-RN 432299  
Enfermeiro

Jardênia Azevedo da Silva Noronha

Coordenadora da base descentralizada do SAMU metropolitano em Caicó/RN

COREN-RN 264.657





**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu EMMANOELA S. P. V. DE SOUZA ARAÚJO inscrito (a) no CPF 029.848.084 / 01, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rivaldo 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 <b>RUA TITICO GOMES</b>		Número <b>405</b>	Complemento <b>Casa</b>
Bairro <b>BELO HORIZONTE</b>	Cidade <b>PATOS</b>	Estado <b>PARAIBA</b>	CEP <b>58700-000</b>
Email <b>emmanoela@hotmail.com.br</b>	Telefone comercial(DDD) <b>(83) 3421-8003</b>		Telefone celular (DDD) <b>(83) 9 9655-9484 (87) 9. 9999-9976</b>

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

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante

DLRL.001 V001/2017



## BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO				DATA		HORA DA ENTRADA		Nº ATENDIMENTO	
				18.06.18		09.08		46	
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE									
Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviaturas e de forma legível									
NOME				DATA DE NASCIMENTO		IDADE		SEXO	
RIVALDO BEONNE DOS SANTOS				04.03.69		49		M	
CPF				RG		DATA DE EXPEDIÇÃO			
185.966634.53				2004511		29/10/2008			
NATURALIDADE			ESTADO CIVIL		PROFISSÃO		CARTÃO SUS		
CAIÃO			S		PESQUEIRO		708402174000797		
NOME DA MÃE					NOME DO PAI				
M <sup>te</sup> de Lourdes Santos					João dos Santos				
ENDEREÇO						BAIRRO			
JORNALISTA PEDRO DE FILHO 23						SALVIANO SANTOS			
CIDADE/ESTADO						TELEFONE DE CONTATO		RAÇA/COR	
CAIÃO						96090997		B	
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									
<p>Confere com o Original</p> <p>Caicó - RN, 19/04/2018</p> <p>Assinatura de Medeiros</p>									
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO						ESCORE DE GLASGOW			

**CAMPO 4 - EXAMES COMPLEMENTARES**  
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista

Al de punha esquerda 3 it tent  
exame de urinalisa

**CAMPO 5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA**  
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista

2 dose 1 up + 1000 EV (9:17 4/10/00)  
R cel cenicel 4REP  
R yorex  
R pu ho e mõe 4REP  
R quadil e 4REP

Patricia Targino Dutra  
Médica  
CRM 8406

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**

☐ ALTA MÉDICA  
☐ EVASÃO  
☐ RECUSA DO TRATAMENTO  
☐ ÓBITO

**REMOÇÃO/TRANSFERÊNCIA**

**UNIDADE DE DESTINO:** \_\_\_\_\_

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

SE-SECRETARIA 300  
2190 3011 - 6199 30-000  
Gratificação e Remuneração  
Médico Santos  
01/01/00







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: Rivaldo Jeomne dos Santos	6. Nº DO PRONTUÁRIO 025-646

7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 01870217701007970710311960	8. DATA DE NASC. 07/10/31/1960	9. SEXO MASC. (X) FEM. ( )
10. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL maria de laurdes de medeiros	11. TELEFONE DE CONTATO 84 99609-0997	
12. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Pedro Celestino Filho 23 - Salvia no Santos		
13. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Caicó	14. COD. IBGE MUNICÍPIO RN	15. UF RN
		16. CEP 59.300-000

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

7. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:  
Ac. no to. Retexperi. Com perda e fraco. Lombr. E  
lesões tórax e pelvis E

8. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:  
Re

9. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):  
+ transf. de sangue e plasma  
+ ressecção de tumor E

10. DIAGNÓSTICO INICIAL: Tumor de pele E	21. CID 10 PRINCIPAL: S 723	22. CID 10 SECUNDÁRIO:	23. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
PROCEDIMENTOS SOLICITADOS			
4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tumor de pele E	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 15/06/18	32. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO) Rivaldo Santos Filho CRM 071.120.5544	

**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)	



livapolo jeanne dos santos

# LAUDO DE ANESTESIA

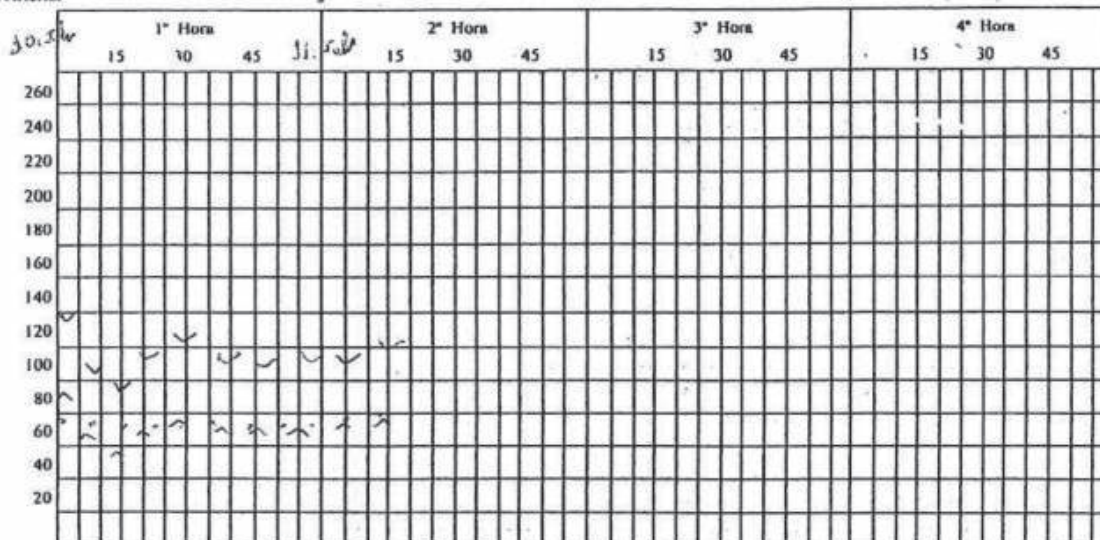
Data  
31/06/18

Início  
10:50h

Término  
11:20h

Duração  
01:30

pressão Arterial



de Anestesia	Agente	Volume
Agente	AA Puro na concentração 1:1 / agulha	
Agente	Insulina 100, Nigra Nupoli; insulina 0 + 0	500, 500, 500

Medicamentos Utilizados na Sala e Outras Observações	Anestesia
1. Naloxona 0,1	35mg
2. Dipriva	9mg
3. Lidocaína	2g
4. Hidroclorotiazina	250mg
5. Pilsel	10mg
6. Digoxina	1g

Dr. Ricardo Mendo de Oliveira  
Médico  
CRM-RN 4760

RAF (84) 3417-2206

Cirurgião







Unidade Hospitalar Regional do Seridó  
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, 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 Jermone das Santas	02564618	06/18

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
18/06/18	10:45	Paciente admitido no S.O. consciente e orientado, vítima de acidente automobilístico, com fratura exposta do fêmur esquerdo, fratura radioulnar do antebraço, colocados fixadores externos logo após chegada e lavados a água e sabão. Em tempo: O refúgio de fêmur e presente e correto pelo corpo. Anamnese 193.835-RN	
19.06.18	6:00	PA 140 x 100 mm Hg	Paciente Saneado Caren 450528
19.06.18	10:00	Paciente evolui em EGR, consciente, orientado, eufórico em O <sub>2</sub> ambiente, hipertensão, com fixador com MIE com curativo, hematoma e excorizações pelo corpo. Sono preservado. Dieta. Eliminação vesical presente e intestinal ausente (SIC). Segue hospitalizado pela ortopedia e as cuidados de enfermagem.	Ana Carolina Salsinha Enfermeira COREN/RN 103.722
19.06.18	11:20	Realizado troca de curativo em MIE, feita limpeza com SFO, 0,9% e colocados alvos de gesso. Ferimentos com sinais flogísticos. De S.O. pediu para realizar novo curativo quinta - feita (21.06) e retirada de dreno quinto ou sexto.	Ana Carolina Salsinha Enfermeira COREN/RN 103.722
20.06.18	12:20	Paciente em EGR, consciente orientado, sono com dificuldade, pele e mucosas normotônicas, higiene preservada, dieta oral acuta. Termotônica, leucócitos pulso cheio com ritmo regular, normotônico, do nome físico: exposição torácica bilateral, a ausculta pulmonar MV+, a ausculta cardíaca BVP 2T. A inspeção abdominal glóculo, RH+, sem timpanismo, a palpação abdômen	

20.06.18 - 15:00 PA: 120 X 90 -





DATA	HORA	EVOLUÇÃO	CIENTE
		Eliminação vesical presente e intestinal ausente a 2 dias. Edema MMS distal (++) e MSD (+). Conjugia no MTE. AVP em MSD. Apurados SSVV com os seguintes achados: FR=16 rpm; FC=78 bpm; T=36,4°C. 11	
21-06/18	5:00	PA: 116 X 111.	Dr. Enf. Gbrielle
22-06/18	06:00	PA 3 340 x 90 mm 14g	Téc. Gbrielle
24-06/18	5:00	PA: 140 X 90 mm 14g.	J. V. M. M.
25-06-18	8:30	Paciente no momento EGR, em Q ambiente, pul e mucosas normo- coradas, higiene pessoal, sono prefu- dieco, dieta oral aceita. Normo- termico, euforico, pulso cheio, com ritmo regular, normocorica. Ao exame físico: expansão torácica, a auscultação pulmonar RV+, a auscultação cardíaca BPPST. A inspeção abdominal plana, RHA+, sem maciço, a palpação fletida. Eliminação vesical e intestinal presentes. AVP no MSE, apurados os SSVV: FR=14 rpm; FC=71 bpm; T=36,0°C.	Dr. Enf. Gbrielle
27/06/18	10h	Paciente evolui em EGR, consciente, orientado, restrito ao leito. Higiene pessoal adequada para Natal. Higiene pessoal adequada em EGR. Higiene rotatória. Eufórico. Aceita dieta. MMS plano, fletido e indolor. Ele- minações intestinais e vesicais presentes (10).	Dr. Enf. Gbrielle
30-06-18	17 hrs	Paciente evolui em EGR, consciente, orienta- do, restrito ao leito, higiene adequada, dieta bem aceita, normotensa, na- moroado, eufórico, não refere queixas, eliminações normais, segue as ordens da equipe.	Dr. Enf. Gbrielle
01-07-18		Transferido Pl. Natel.	









**SUS**  
Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

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

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515168

**Identificação do Paciente**

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

RIVALDO JEONNE DOS SANTOS

161733

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

10- RAÇA/COR

000 0708 7021 0797

07/03/1969

MASCULINO

PARDA

11- NOME DA MÃE

12- TELEFONE DE CONTATO

MARIA DE LURDES MWEDEIRO

996090997

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

FILHA (MURIELE)

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA PEDRO CELESTINO DA COSTA /23

16- MUNICÍPIO

17- BAIRRO

18- UF

19- CEP

CAICO

SEMANA I

RN

5930000

**Justificativa de Internação**

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente motorizado  
fi + 4 dias. Apresenta-se a fratura exposta da  
região do fêmur E. Bacia fechada  
sem lesão. Lesão no 1/3 superior da perna de  
esquerda, com fratura exposta e fratura de  
tubo de fixação.

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

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

tratamento cirúrgico

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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- CNIE DA EMPRESA

44- CBOR

38- ( ) AC. 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



505: 70870277: 500797

NIR

RET-ORT.



TEC

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

1061

NOME: RIVALDO JEONNE DOS SANTOS

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

NATURALIDADE: PARANÁ PROFISSÃO:  PROCEDÊNCIA:

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

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

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

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

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

TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO TA

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Pericúto em fútemto de  
fratura do fútemto

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 fútemto





## 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

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







Hospital

Nome do paciente

RINALDO LEONARDO DOS SANTOS

Nº prontuário

Data operação

09/08/2021

Enf.

Leito

Operador

MARCELO VOBREGA

1º auxiliar

CARLOS MAGNO

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

AUGUSTO

Anestesiista

AOLÉ

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

FRATURA DE FÊMUR ESQUERDA

Tipo de operação

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO INTERNA COM ENFERMO 6550

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, ASSÉPSIA CAMPOS, INCISÃO EM CRISTA ILÍACA DIREITA. DISSECAÇÃO, RETIRADA CORPORETO OSSCO, SUTURADO POR PLAVOS, CURATIVO.

INCISÃO FACE LATERAL DA COXA ESQUERDA, DISSECAÇÃO, LIGAMENTO DA FIBROSE RESOLUÇÃO, FIO GUIA, FAZENDO MARCHA DO PREÇO DESLIZANTE, PLACA AUGULSA DE PARAFUSOS CORTICIS, DE PARAFUSOS ESPALHADOS, CONTRAPINO, COLOCADO EM PLATO DE ILÍACO, SUTURADO POR PLAVOS CURATIVO.

Hospital Decílio M. Lucena

CONFERE COM O ORIGINAL  
Panamirim/PA

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





## Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermaria		Leito		Nº prontuário																																																																																																													
Nome		Idade		Sexo		Cor																																																																																																													
Data	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros																																																																																																													
Tipo sanguíneo	Hematias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia																																																																																																														
Urina																																																																																																																			
Ap. respiratório		Asma		Bronquite																																																																																																															
Ap. circulatório		Eletrocardiograma																																																																																																																	
Ap. digestivo		Dentes		Pescoco		Ap. urinário																																																																																																													
Estado mental		Ataracicos		Corticoides		Alergia																																																																																																													
Diagnóstico pré-operatório		Estado físico		Risco																																																																																																															
Anestesias anteriores																																																																																																																			
Medicação pré-anestésica				Aplicada às		Efeito																																																																																																													
<table border="1"> <tr> <td>Agentes Anestésicos</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Líquidos</td> <td></td> </tr> </table>								Agentes Anestésicos		Líquidos																																																																																																									
Agentes Anestésicos																																																																																																																			
Líquidos																																																																																																																			
<table border="1"> <tr> <td>Oper.</td> <td>260</td> <td>250</td> <td>240</td> <td>230</td> <td>220</td> <td>210</td> <td>200</td> <td>190</td> <td>180</td> <td>170</td> <td>160</td> <td>150</td> <td>140</td> <td>130</td> <td>120</td> <td>110</td> <td>100</td> <td>90</td> <td>80</td> <td>70</td> <td>60</td> <td>50</td> <td>40</td> <td>30</td> <td>20</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>Anest.</td> <td colspan="26"></td> </tr> <tr> <td>O Resp.</td> <td colspan="26"></td> </tr> <tr> <td>P Pulso</td> <td colspan="26"></td> </tr> </table>								Oper.	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	Anest.																											O Resp.																											P Pulso																										
Oper.	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																																																																																									
Anest.																																																																																																																			
O Resp.																																																																																																																			
P Pulso																																																																																																																			
SIMBOLOS																																																																																																																			
E																																																																																																																			
ANOTAÇÕES																																																																																																																			
POSICÃO																																																																																																																			
Agentes																																																																																																																			
Técnica																																																																																																																			
Operação																																																																																																																			
Cirurgiões																																																																																																																			
Anestesistas																																																																																																																			
Observações																																																																																																																			
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias																																																																																																																			

Dr. Adler F. Maia  
Anestesiologista  
CRM-RN 5432





1044

P/ Rualdo Jonne dos Santos  
União Médica

Paciente vítima de trauma c/   
fratura de fêmur esquerda distal   
c/ perda óssea de aproximadamente   
10 cm sendo indicada a colocação   
de uma placa externa tipo   
Ilizarov p/ tratamento definitivo   
de fratura. Este material não é   
disponível neste unidade hospitalar

03/04/2011

Dr. Fábio Roberto A Lima  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-RN 7036  
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 7026  
CRM PE 24404

NATAL, 05/07/2018







## DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro que a Sr. (a) Rivaldo flanne da  
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 femur. 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

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



# MAIOR

INSTITUTO DE ORTOPEDIA • 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

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

## CENTRO DE REABILITAÇÃO FÍSICA

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

## ATENDIMENTO PARA GRUPOS ESPECIAIS:

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

ACADEMIA DE MUSCULAÇÃO  
**VO2**  
ACADEMIA FITNESS

Dr. Fábio de Moura Spá  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 5470 / TEOT 7309

Laudo médico

Declaro para a ciência  
que o Sr. Rivaldo Gomes  
da Silva deu entrada no  
Hospital Regional do Sertão  
em 18 de junho de 2018  
relatando a ocorrência de uma  
quadrante femoral esquerda 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.

CD: 572.3 T43.1 10/10/2018

Rua Nilo Peçanha, 636 - Prata - C. Grande - PB- 83 3341.4976 | 3341.8700 | @MAIORCG (83) 99144.7644 @maiorcg

Scanned by CamScanner





**SUS**  
Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

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

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515168

**Identificação do Paciente**

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

RIVALDO JEONNE DOS SANTOS

151733

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

10- RAÇA/COR

000 0708 7021 0797

07/03/1969

MASCULINO

PARDA

11- NOME DA MÃE

12- TELEFONE DE CONTATO

MARIA DE LURDES MWEDEIRO

99609097

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

FILHA (MURIELE)

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

*paciente com prurido artro  
fever e  
internado a pedido de 20 dias*

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*emergência*

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

*Rx*

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

*Artrite reumatoide*

**Procedimento Solicitado**

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

*Trat. cirúrgico*

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

*27819*

( ) CNS ( ) CPF

*Rogério Santos*

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

*27/8/19*

*Ortopedia e Traumatologia*  
*CAERN 128 / SGT 1341*

**Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)**

36- ( ) AC. TRÂNSITO

37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

38- ( ) ACI. TRABALHO TRAÍTO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNIE DA EMPRESA

44- CSOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

**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)

**HRDML / SESAP**  
**CONFERIDO ORIGINAL**  
*Paraná - RN*  
*Mat.*



## PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

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

DATA DE ADMISSÃO

ALTA 13/09/19

ÓBITO

## HISTÓRIA CLÍNICA

HRDML - SESAP  
CONFERTIDO ORIGINAL  
Paraná

Scanned by CamScanner







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. Rel

Assinatura de Registro  
NIR / HDML  
AUTORIZADO

NOME: RUIANO LEONARDO DOS SANTOS  
IDADE: 03/03/1984 COR: Preta SEXO: M. ESTADO CIVIL: Solteiro  
NATURALIDADE: Parnaíba (RN) PROFISSÃO: Policial PROCEDENCIA:  
ENDEREÇO: Rua. Deoclécio Lucena BAIRRO: PARNAMIRIM  
CIDADE: PARNAMIRIM (RN) DATA: 27/08/14 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) Paciente com pseudoartrose femur e.

EXAME FÍSICO

HRDML / SESAP  
CONFERI CI O ORIGINAL  
Parnamirim - RN  
Mat

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNOSTICO INICIAL

Pseudoartrose femur e.





Hospital

Nº prontuário

Nome do paciente

Renato de Jesus

Data de operação

11/11/2018

Enf.

Leito

Operador

Dr. Edimar de Jesus / Edimar DJS-TMS

1º auxiliar

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesiologista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Tipo de operação

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

Abertura de ferimento, amputação, autotomias.  
Injúria de fêmur ao ilíaco, fratura de  
luxação. Lesão grave. Sutura por fios e pontos.  
Injúria de fêmur ao fêmur de perna esquerda.  
Retenção de flocos e perfuração. Retenção  
de tecido necrótico. Retenção e  
fixação de flocos de espinha.  
Sutura por fios e pontos.

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

Dr. Edimar de Jesus  
CRM-242  
Ortopedia Traumatologia

HRDML / SESAP  
CONFÉRCIO ORIGINAL  
Pamamirim-RN  
Mat. 1/1



### Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

[illegible]



## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os fins que se fizerem necessários

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

(a) nesta Unidade de Saúde às 8 horas.

Necessitando de 100 (cento e vinte), 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/2019

Médico / CRM

Em tempo - devidamente resposado  
for for capturado a placa

Cumprir - pedras + fixações com  
placa + preguias + Exatito orso  
do ilíaco

25/IX/19  
Dr. Edemar M. Dantas  
CRM-992  
Ortopedia-Traumatologia

Scanned by CamScanner





CAICÓ-RN, 26/07/2020

A Seguradora Líder DPVAT

Eu Rivaldo Jeomê dos Santos, CPF: 785.266.671-53  
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 gem 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 Jeomê dos Santos





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

APMC Nº: 992020082636-0  
COMP.: 03/2020  
CV: 14941184

### I - IDENTIFICAÇÃO

Paciente: RIVALDO JEONNE DOS SANTOS [ 79355 ] Sexo: M Data Naso.: 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 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. Diagnóstico: PACIENTE VAI REALIZAR CONSULTA NO DEOCLECIO

### III - SOLICITAÇÃO

Procedimento: [ 0803010028 ] AJUDA DE CUSTO P/ ALIMENTACAO DE PACIENTE S/PERNOITE  
Data Sol.: Prof. Solic.: IEDA MEDEIROS DE LUCENA [0000081207344400] CNS: 980016276856601  
17/03/2020 Unid. Solic.: SMS CAICO REGULACAO CNES: 5683912  
Data Req.: Prof. Req.: TFD - CENTRAL DE REGULAÇÃO CAICÓ [111404] CNS:  
17/03/2020 Mun. Solic.: CAICÓ [ 240200 ]

### IV - AUTORIZAÇÃO

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

### 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.





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



INSTITUTO  
DE RADIOLOGIA  
DE CAICÓ

RIVALDO JEONNE DOS SANTOS

CAICÓ – RN

DR.: MICHEL

21 11 2019

ESCANOMETRIA

### RAIOS-X DIGITAL COMPUTADORIZADO

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

#### MENSURAÇÃO

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

Caicó - RN, 21 de Novembro de 2019.

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



INSTITUTO  
DE RADIOLOGIA  
DE CAICÓ



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



9.9200.0765



84 3417.1252



institutoederadiologia10@hotmail.com

Digitalizado com CamScanner





Secretaria de Saúde Pública  
Hospital Deoclécio M. Lucena

## RECEITUÁRIO MÉDICO

P. Rivaldo yonca do  
Santos.

Sd  
40503  
Ergonometria de  
Membros inferiores.

HD: Distúrbios do  
MMII.

23  
11  
19

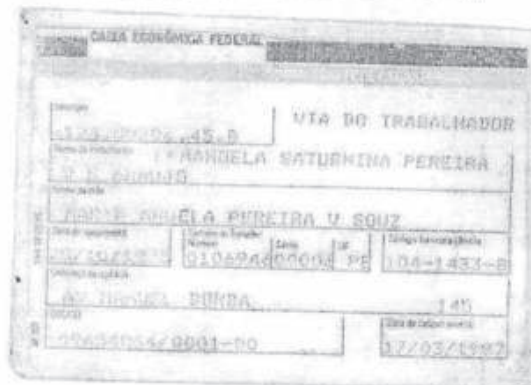
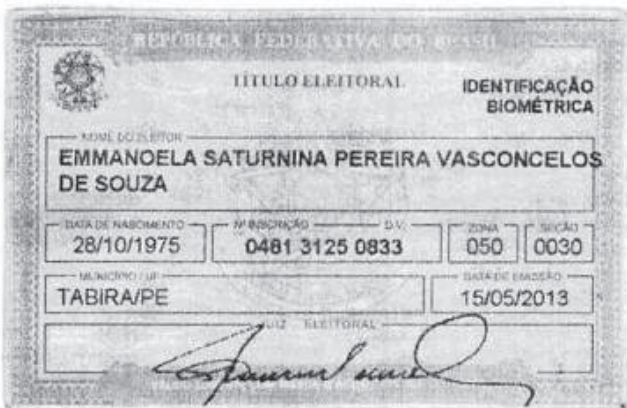
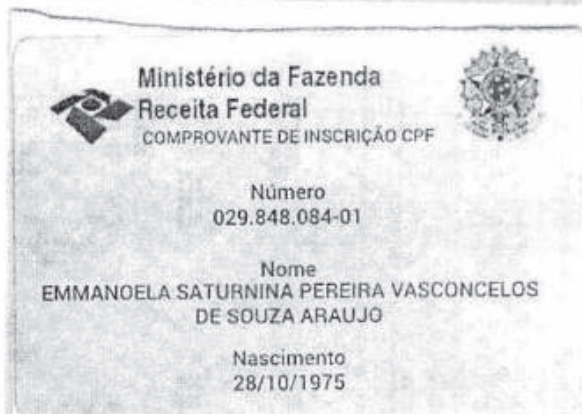
Dr. Carlos Freire de Araújo  
Fisioterapeuta e Fonoaudiólogo  
CRM 175 - 1991 19751

Digitalizado com CamScanner











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. NACIONALIDADE TABIRA-PE. DATA DE NASCIMENTO 28.10.1975


CPF 034.000000-0 Cert. Nas. 1316 L. 60 P. 5V Art. de Tabira-PE.

CP

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL

147 118 DE 2008-3

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

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL

MOLEGAR DIREITO

Emmanoela S. P. V. de Souza

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELETOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Emmanoela Saturnina Pereira  
Vasconcelos de Souza Ataus

Sexo: F. Data de Nascimento: 28.10.75

Nome: ANTONIO XAVIER DE SOUZA D.

Mãe: MARIA ANGELA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA

CPF: 034.000.000-00

ESTRANGEIRO

Residência no Brasil: Não

Estado: PE

Data de Emissão: 28.05.97

UF: Santa-PE

Assinatura

Secretaria de Governo e Segurança

ANEX 3004-3



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES			
DETRAN - RN		Nº 013711118533	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD RENAVAM	RATRC	EXERCÍCIO
1	00757837657	*****	2018
NOME			
RIVALDO JECONE DOS SANTOS			
CPF / CNPJ		PLACA	
785.266.634-53		MYB3385	
PLACA ANT. /UF		CHASSI	
MYB3385 /RN		9C6XEC10010038560	
CÉDULA TIPO		DOMINÍVEL	
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/VAG. APLICAVE		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB. - ANO MOD.	
YAMAHA/YBR 125S		2001 - 2001	
CMV / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
OCV/124 CILINDRADAS	PARTICULAR	AZUL	
COTA ÚNICA	VENG. COTA ÚNICA	VENG. COTAS	
R\$ 0,00	07/09/2018	1º ISENTO	
PARCELADA	PARCELAMENTO / COTAS	2º ISENTO	
009806 3X	R\$ *****	3º ISENTO	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		COTIZ. DO SEGURO (R\$)	
*** LICENCIAMENTO DETRAN PAGO ***		DEPÓSITO DO BILHETE (R\$)	
OBSERVAÇÕES		COTA ÚNICA	
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO		PARCELADO	
NOTA: 53088-035494		DATA DE DOTAÇÃO	
CASCO/TON		DATA	
18/06/2018		18/06/2018	
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			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, CUJOS PROPRIETARIOS, CONDUTORES, TRANSPORTADORES OU NÃO, SEGURO DPVAT

RN Nº 013711118533 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

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

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2018 18/06/2018

VIA CPF / CNPJ PLACA  
1 785.266.634-53 MYB3385

RENAVAM MARCA / MODELO  
00757837657 YAMAHA/YBR 125S

ANO FAB. CATEG. ANO CHASSI  
2001 9 9C6XEC10010038560

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO (R\$) DETRAN (R\$) COTIZ. DO SEGURO (R\$)

COTIZ. DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) COTA ÚNICA (R\$)

PAGAMENTO DATA DE DOTAÇÃO

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.802/0001-04

