



Número: **0814925-12.2021.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **12/09/2022**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
PAULO HEITOR DA SILVA MAIA (AUTOR)		AFRA KALIANA DA SILVA (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (REU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
93403614	02/01/2023 23:21	Petição	Petição
93403615	02/01/2023 23:21	2832320_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Documento de Comprovação
93403616	02/01/2023 23:21	2832320_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_03	Documento de Comprovação



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE MOSSORO/RN

Processo: 08149251220218205106

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **PAULO HEITOR DA SILVA MAIA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Houve pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 3.037,50 (três mil e trinta e sete reais e cinquenta centavos).

IV – Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- A) ☐ Disfunções apenas temporárias;
 B) ☒ Dano anômico e/ou funcional definitivo(sequelas);

Em caso de dano anômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

ESPLANACIÃO + PERÍCIA DA CLÍNICA GOUVEIA

V – Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora, tendo sido produzido o laudo acostado:

Vale observar, no entanto, que o perito justifica a sua indicação e invalidez para o abdômen, por conta da realização de esplenectomia, que é a retirada cirúrgica do baço:

IV – Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- A) ☐ Disfunções apenas temporárias;
 B) ☒ Dano anômico e/ou funcional definitivo(sequelas);

Em caso de dano anômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

ESPLANACIÃO + PERÍCIA DA CLÍNICA GOUVEIA

V – Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?



Eis que, para esta existe um enquadramento específico, deverá ser considerado no caso de eventual apraço de valor indenizatório, conforme tabela abaixo:

Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

Portanto, requer seja acolhido o laudo, parcialmente, desconsiderando a invalidez indicada para abdome, mas observe na íntegra o que prevê a legislação, especificamente no que se refere ao enquadramento da invalidez relativa à retirada do baço.

Por fim, na remota hipótese de condenação, requer seja abatido o valo já pago em sede administrativa.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

MOSSORO, 28 de dezembro de 2022.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA
11929 - OAB/RN





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE MOSSORO/RN

Processo: 08149251220218205106

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **PAULO HEITOR DA SILVA MAIA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Houve pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 3.037,50 (três mil e trinta e sete reais e cinquenta centavos).

IV – Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- A) [] Disfunções apenas temporárias;
B) [x] Dano anômico e/ou funcional definitivo(sequelas);

Em caso de dano anômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

ESPLANECOMIADOS + PERICIA DA CLINICA GROUTA

V – Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora, tendo sido produzido o laudo acostado:

Vale observar, no entanto, que o perito justifica a sua indicação e invalidez para o abdômen, por conta da realização de esplenectomia, que é a retirada cirúrgica do baço:

IV – Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- A) [] Disfunções apenas temporárias;
B) [x] Dano anômico e/ou funcional definitivo(sequelas);

Em caso de dano anômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

ESPLANECOMIADOS + PERICIA DA CLINICA GROUTA

V – Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?



Eis que, para esta existe um enquadramento específico, deverá ser considerado no caso de eventual apração de valor indenizatório, conforme tabela abaixo:

Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

Portanto, requer seja acolhido o laudo, parcialmente, desconsiderando a invalidez indicada para abdome, mas observe na íntegra o que prevê a legislação, especificamente no que se refere ao enquadramento da invalidez relativa à retirada do baço.

Por fim, na remota hipótese de condenação, requer seja abatido o valo já pago em sede administrativa.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

MOSSORO, 28 de dezembro de 2022.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA
11929 - OAB/RN



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	09/03/2021
NUMERO DO DOCUMENTO:	321006166001
VALOR TOTAL:	3.037,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO HEITOR DA SILVA MAIA

BANCO: 001
AGÊNCIA: 03526
CONTA: 000000056273

Número da Autenticação

462106487BEB8DA8





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210061660

Vítima: PAULO HEITOR DA SILVA MAIA

Data do Acidente: 26/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO HEITOR DA SILVA MAIA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.037,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda integral (retirada cirúrgica) do braço 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: **PAULO HEITOR DA SILVA MAIA**

Valor: **R\$ 3.037,50**

Banco: **001**

Agência: **000003526-2**

Conta: **0000056273-4**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210061660 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO HEITOR DA SILVA MAIA **Data do acidente:** 26/10/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/05/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Fratura da clavícula esquerda. Traumatismo abdominal com explosão do baço.

Resultados terapêuticos: Vítima de acidente de moto onde sofreu trauma abdominal com dor intensa e dor com limitação em ombro esquerdo, após exames foi diagnosticado a fratura da clavícula esquerda e após tomografia do abdômen foi evidenciada hemorragia, sendo levado ao bloco cirúrgico onde foi submetido a laparotomia exploradora, sendo observado uma explosão do baço, sendo necessário realizar a esplenectomia total. Evoluindo bem, tendo alta hospitalar. Posteriormente necessária nova internação, para realização de tratamento cirúrgico com osteossíntese da clavícula esquerda. Hoje apresenta ombro esquerdo com cicatriz de cirurgia e com alterações nos movimentos do ombro esquerdo. Abdômen apresenta cicatriz de laparotomia sem sinais flogísticos, sem dor a palpação em todo abdômen, sem hérnias, percussão sem alteração, sem visceromegalias.

Sequelas permanentes: Esplenectomia. Limitação funcional do ombro esquerdo em grau moderado.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO OMBRO ESQUERDO E PERDA INTEGRAL DO BAÇO.

**Documentos
complementares:**

Observações: NOTA DO REVISOR: como não há o enquadramento de esplenectomia no avatar, o examinador foi orientado a enquadrar como estruturas abdominais. Com base na descrição do laudo, o revisor altera o enquadramento para perda integral do baço (esplenectomia).

NOTA DO REVISOR: TENDO EM VISTA A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO, O REVISOR OPTOU POR ALTERAR A ESTIMATIVA DA SEQUELA PARA 50% DO OMBRO ESQUERDO.
REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.
VÍTIMA JÁ INDENIZADA POR DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO OMBRO ESQUERDO E PERDA INTEGRAL DO BAÇO.

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





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00004721/2021

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/01/2021 16:27:48 Data/Hora Fim: 11/01/2021 16:56:03
Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Elezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: 2º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 26/10/2020 20:00

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Bairro: Doze Anos
Logradouro: Rua Benjamin Constant

Nº: 71
CEP: 59.603-080

Ponto de Referência: próximo ao cantinho peças
Tipo do Local: Outro

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: PAULO HEITOR DA SILVA MAIA (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 02/11/1995 Idade: 25
Profissão: Fretilista
Estado Civil: Solteiro(a) Naturalidade: Caraúbas - RN
Nome da Mãe: MARIA NOELMA DA SILVA MAIA Nome do Pai: MARCOS AURELIO MAIA

Documento(s)

RG: 002933437
CPF: 016.664.374-25

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: ANTONIO CIRILINO Nº: 21
Bairro: Abolição CEP: 59.619-830
Telefone: (84) 9465-5818 (Celular)

Nome Civil: SAMARA PAMELLA FERREIRA DE OLIVEIRA (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 11/05/1994 Idade: 26
Profissão: Cozinheiro
Estado Civil: Solteiro(a) Naturalidade: Mossoró - RN
Nome da Mãe: Eva Wilma Ferreira de Oliveira Nome do Pai: Sandro Martins de Oliveira

Documento(s)

CPF: 106.698.424-78

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: R Benjamin Constant Nº: 1056



Impresso por: José Josué Costa Faustino
Data de Impressão: 11/01/2021 16:56:15

Página 1 de 2
PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Fls: 2
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00004721/2021

Bairro: Boa Vista

CEP: 59.605-080

Telefone: (84) 99184-0277 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 016.664.374-25	Placa MY10224
Renavam 00826330711	Número do Motor KC08E14031726
Número do Chassi 9C2KC08104R031726	Ano/Modelo Fabricação 2004/2004
Cor VERDE	UF Veículo RN
Município Veículo Caraúbas	Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN KS
Veículo Adulterado? Não	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 25/06/2020	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos
PAULO HEITOR DA SILVA MAIA	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante informa que estava conduzindo sua motocicleta, onde o qual a vítima Samara Parnalia estava na garupa da moto. Que seguiam na rua Benjamin Constant, quando cruzou a avenida Frei Miguelinho, quando um carro colidiu na lateral da moto; Com a colisão os comunicante foram arremessados da moto; Que foram socorridos pelo SAMU e depois encaminhado ao Hospital Regional Terciso Maia, nada mais disse.

ASSINATURAS

José Josué Costa Faustino
Agente de Polícia
Matrícula 207.338-2
Responsável pelo Atendimento

PAULO HEITOR DA SILVA MAIA
Comunicante, Vítima

"Declaro sob as penas da lei de direito que sou o(a) único(s) responsável pelas informações acima apresentadas e deixo que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origin, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Cabível e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Condição do Código Penal Brasileiro."



Impresso por: José Josué Costa Faustino
Data de Impressão: 11/01/2021 16:56:15

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 18445 /2020

Admissão: 26/10/2020 20:40:28

CIRURGIA GERAL - VERDE

215702

Paciente: 67500 - PAULO HEITOR DA SILVA MAIA (24 a 11 m 24 d)

Nascimento: 02/11/1995

Natural: CARAUBAS, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 700007651148902

CPF: 01666437425

Prof:

Mãe: MARIA NOELMA DA SILVA MAIA

Pai: MARCOS AURELIO MAIA

Logradouro: HERCULANO COUTO, 6

CEP: 59621060

Bairro: BARROCAS

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.987746054

Compl:

Documentação médica - hospitalar

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:



OBS:

Classificação:

PESO:

26/10/2020 20:38:51

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS
	130 80		98		17	88			

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: VITIMA DE COLISAO MOTO X CARRO, COM CAPACETE. ENCONTRA-SE COM HALITO ALCOOLICO, REFERE DOR TORACICA

DI e Hora: 08:53

Paciente vítima de colisão, motorista, com dor torácica e em ombro esquerdo, sem perda de consciência e com idiossincrasias de vômito. De abdominal significativa.

A: Vias aéreas livres

B: MV @ em ombro hemitórax

C: hemodinamicamente estável, FC 86, PA = 10 x 60

D: Glasgow 15, pupilas neurológicas preservadas

E: Exoracicas

Diagn. Inicial:

Assin:

PRESCRIÇÃO:

VIA HORARIO ASSINT.

01 Dor 3g 1g 10 min

02 R 1 - 1500ml IV

03 P 1 - 20mg IV

04 T 1 - 124mg IV

05 P 1 - 20mg IV

06 P 1 - 20mg IV

Dr. Valmir S. Ferreira
Cirurgião Geral
CRM 000.674.69
CRM 000.674.69
CRM 000.674.69

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORO 11/11/20

SAMEIARQUIVO
MATRICULA Nº 1002724

*SAIDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito ☒ Interna: (Preencher CID, PROC)

CID

Proc.

Data:

/ /20. Hr:

Médico:

*Gerado via SX por MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA. Impresso em 26 de Outubro de 2020.

(Assinar e Carimbar)

Lopastom Explorador (0407010163)



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 02/01/2023 23:21:18

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23010223211866600000088449418

Número do documento: 23010223211866600000088449418

atendimento 28/10/2023

02.314: Atendimento de urgência, realizado por profissional
médico, com a finalidade de avaliar a lesão e a necessidade de
tratamento. O paciente apresenta dor no local da lesão e
hemorragia ativa.

CS: Lesão de nível 3 (3) AP 16
AS: Frotas de nível 3 (3) AP 16

LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA
Enfermeira e Fisioterapeuta
28/10/2023 23:21:18



Maria Alice
CORREN-PA 96.722-TE

Prontuário: 215702



SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **PAULO HEITOR DA SILVA MAIA** (Fia: 5034/2020), CPF:01666437425.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 26 de Outubro de 2020.

Francisca Menezes da Silva
Paciente ou responsável

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA - H.R.T.M.

DATA 02/11/20

Maria Jacqueliana Azerda Soares

A Estágio de Epidemiologia
Universidade Federal do Rio Grande - UNP

[Assinatura]

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 01/11/20

[Assinatura]
SAME/ARQUIVO
MATRÍCULA Nº 166 22 24

CCIM - NRTM
DATA 03/11/2020

[Assinatura]
Assinatura



HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 5034 /2020

Prontuário: 215702

Paciente: 67500 - PAULO HEITOR DA SILVA MAIA

Cartão SUS: 700007651148902

CPF: 01666437425

Dt Nasc: 02/11/1995

Idade: 24 anos 11 meses 24 dias Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA NOELMA DA SILVA MAIA

Nome do pai: MARCOS AURELIO MAIA

Rua/Av: HERCULANO COUTO

Nº: 6

Bairro: BARROCAS

Complemento:

CEP: 59621060

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84 987746054 84 987746054

Especialidade: CLINICA CIRURGICA

Unidade: OBS MASCULINA

Leito: 1. 23E

Responsável: PAULO HEITOR DA SILVA MAIA -

Usuário: MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA

Admissão: 26/10/2020 21:20:57 Alta: Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: R10.0 - ABDOME AGUDO
407040161 -

HISTORIA CLINICA

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORO 05/11/20

SAME/ARQUIVO

MATRÍCULA Nº 1662224

MOSSORO, 26 de Outubro de 2020.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 02/01/2023 23:21:18

<https://pje1g.trjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23010223211866600000088449418>

Número do documento: 23010223211866600000088449418

Num. 93403616 - Pág. 9

Sistema Ministério
SUS único de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

2 - CNES
2503689

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

4 - CNES
2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
PAULO HEITOR DA SILVA MAIA (8 - 5034/2020)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
215702

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
700007651148902

8 - DATA DE NASCIMENTO
02/11/1995

9 - SEXO
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR
PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE
MARIA NOELMA DA SILVA MAIA

DDD
84

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE
987746054

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
PAULO HEITOR DA SILVA MAIA

DDD
84

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE
987746054

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
HERCULANO COUTO, 6 - BARROCAS

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
MOSSORO

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
240800

18 - UF
RN

19 - CEP
59621060

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de lesão por trauma. Registra-se
Relata dor em ombro e dor abdominal
Tórax: Línguas 4/4

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O C.R. Nº
SAME MOSSORO 05/11/20

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

Tratamento Cirúrgico

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

Anamnese + Exames

SAMUEL JARDIM
MATRÍCULA Nº 16627224

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

ABDOMEN AGUDO

24 - CID 10
PRINCIPAL
R40.0

25 - CID 10
SECUNDÁRIO
596.0

26 - CID 10
CAUSAS ASSOC.
V29.9

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

LAPAROTOMIA EXPLORADORA

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

40704016/1407090123

29 - CLÍNICA
CIR

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
2

31 - DOCUMENTO
() CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE
02307067469

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE
VALDEMIR DA SILVA FERREIRA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
26/10/2020

35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
Cirurgião 02307067469

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
LIGNEY LINO DE OLIVEIRA

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO
(X) CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR
980016001835565

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE									
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE							2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE							4 - CNES		
HOSPITAL REGIONAL ARCÍSIO MAIA									
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE									
5 - NOME DO PACIENTE							6 - Nº DO PRONTUÁRIO		
Paulo Henrique da Silva									
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)					8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO		10 - RAÇA/COR
							MASC ☐ 1 FEM ☐ 2		
11 - NOME DA MÃE							12 - TELEFONE DE CONTATO		
13 - NOME DO RESPONSÁVEL							14 - TELEFONE DE CONTATO		
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)									
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA					17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO		18 - UF		19 - CEP
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)									

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR <i>Laparotomia exploratória</i>		22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA <i>Laparotomia</i>		24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
25 - CID 10 PRINCIPAL <i>K65.0</i>	26 - CID 10 SECUNDÁRIO <i>K65.0</i>	27 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS <i>K65.0</i>	28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS <i>K65.0</i>

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - PRINCIPAL	
31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I	☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II	☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	34 - QTD.	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	37 - QTD.	
36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	40 - QTD.	

4.1. JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO -
 Dinamite transoperatório, com várias lesões
 HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORÓ 09/11/20
 KERR
 SAMEIARQUIVO
 MATRICULANº 1662724

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - DATA DA EDUCAÇÃO	
VALDEMIR DASILVA PEREIRA		28/06/10 26	
44 - DOCUMENTO		45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
() CNIS () CFP		Dr. Valdemir da Silva Pereira Cirurgião Geral CRM-SP 100.000.000.000	
AUTORIZAÇÃO			
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		48 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	
		1 / 1	
49 - DOCUMENTO		50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
() CNIS () CFP			
51 - Nº DOCUMENTO (CNIS/CFP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome: Paulo Herber dos Santos da Silva Reg Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: Altera Agudo Hemorrágico

Indicação terapêutica: Esplenectomia

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador: Valdemir

1ª Auxiliar: Kenya

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesiologista: João Marcelo

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME/MISSORO 01.11.129

SAME/ARQUIVO
MATRÍCULA Nº 1662724

Dr. Valdemir S. Ferreira
Cirurgião Geral - Especialista em Cirurgia
CPF: 023.466.21-69
CRM: 1414/RN

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - Ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

() Limpa () Pot. Contaminada () Contaminada () Infectada

- 1) Paciente em DDH, apresenta gatilho
- 2) Injeção de ar na pna
- 3) Incisão na pele mediana xifopúbica
- 4) Invertebra; bane quadrante superior na cabeça das cl/latão lúmen
- 5) Esplenectomia
- 6) Hemostasia e limpeza da cavidade (50g)
- 7) Afixação opneumosa e fecl - viayl de nylon 2.0





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

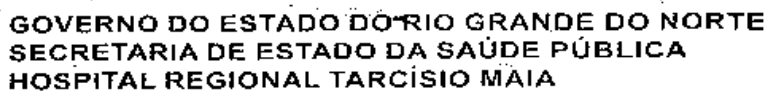
DÉBITO CIRÚRGICO

Nome do paciente: Paulo Heitor da Silva Maia Data: 26/10/20
Cirurgia: Esplenectomia
Cirurgião: Dr. Waltemir Auxiliar: Reginaldo Instrumentadora: Delizier
Anestesista: Dr. João Marcelo Anestesia: Local
Início da Cirurgia: 22:30 Término: 22:45

MATERIAL USADO	QUANTIDADE
* COMPRESSAS	40 unid.
* GASES	05 rolos
* ESPARADRAPO	50 cm
* COMPRESSAS	01 unid.
* LÂMINA DE BISTURI Nº 15	02 unid.
* LUVAS Nº 7, 8, 9, 10	
* EQUIPO PARA SORO	
* S CALPS Nº	
* JELCOS	
* CATETER PARA SUBCLAVIA	
* SERINGAS DE 01 ML	
* SERINGAS DE 03 ML	02 unid.
* SERINGAS DE 05 ML	02 unid.
* SERINGAS DE 10 ML	02 unid.
* SERINGAS DE 20 ML	
* AGULHAS DESCARTÁVEIS	
* Sonda ENDOTRAQUEAL Nº 7, 10	02 unid.
* TRAQUEOSTOMO	
* Sonda URETRAL Nº 40	05 unid.
* Sonda FOLEY Nº	
* Sonda NASOGÁSTRICA Nº	
* CATETER PARA O2	
* Sonda PARA ASPIRAÇÃO Nº	
* COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	02 unid.
* BOLSA DE COLESTOMIA	
* DRENO DE PENROSE Nº	
* DRENO DE TORAX Nº	
* ATADURA GESSADA	
* FAIXA DE CREPOM	
* ALGODÃO ORTOPÉDICO	
* CATGUT CROMADO	
* CATGUT SIMPLES	1 unid.
* FIO DE ALGODÃO	05 unid.
* MONONYLON	05 unid.
* OUTROS FIOS	03 unid.
* USO DO BISTURI ELÉTRICO	Sim
* USO DE OXIGÊNIO	Sim
* SOLUÇÃO DE PVPI ALCOÓLICA	
* SOLUÇÃO DE PVPI DEGERMANTE	100 ml
* SOLUÇÃO DE PVPI TÓPICO	
* SOLUÇÃO DE ÉTER	
* SOLUÇÃO DE ÁGUA OXIGENADA	
* SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9%	
* SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER SIMPLES	
* MANITOL	05 unid.
* XILOCAINA A 2%	
* ABD. GROSSO	06 unid. de cada

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SANEAMENTO
MATRÍCULA Nº 1652324





EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Leito:

DATA	EVOLUÇÃO
01/11/2020	# Int. c/da clonidina F
	Releitura em BEE sem queixas. MV de
	NSF normal.
	CD= Tratamento com sertralina + alprazolam
	manuseio ambulatorial + alprazolam 0,25
	total

PRESCRIÇÃO

[illegible]



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA

Paciente Paulo Roberto do Silva Neto Sexo M Idade 74 Prontuário N°

Estado Físico 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

Diagnóstico Pré-Operatório Doença Arterial Cirurgia Proposta Exatoma

Diagnóstico Pós-Operatório Doença Arterial Cirurgia Realizada Exatoma

Cirurgião Auxiliares

Anestesiologia Enfermeira

HISTÓRIA CLÍNICA

D. Neurológica ☐ Convulsão ☐ D. Respiratória ☐ Fumo ☐

Alergias ☐ D. Cardíaca ☐ Hipertensão ☐ D. Hepática ☐ D. Renal ☐

Diabetes ☐ Alcoolismo ☐ Câncer ☐ Sangramentos ☐ Medicamentos ☐

Uso de Drogas ☐ Cirurgia ☐ Prévia ☐ Transf. Sanguínea Prévia ☐ Anestesia Prévia ☐

Local ☐ Bloqueio Espinal ☐ Plexo Braquial ☐ Geral ☐

Outros dados

EXAME FÍSICO

Peso (Kg) Temperatura (°C) Pressão Arterial (mmHg) 120 x 70

Estatura (cm) Frequência Respiratória (IPM) Frequência cardíaca 120

Broncoespasmo ☐ Sopro Cardíaco ☐ Arritmias ☐ Veias Acessíveis ☐

Permeabilidade Vias Aéreas ☐ Coluna c/ Deformidades ☐ Local punção infectado ☐ Prótese ☐

Cor Corado ☐ Pálido ☐ Ictérico ☐ Cianótico ☐

Paresias ☐ Paralisias ☐ Área Queimada ☐ Gestação ☐

Meses. Outros Dados

EXAME LABORATORIAIS

Classificação ABO e Rh ☐ Leucograma ☐ Hematócrito ☐

ECG ☐ Risco Cirúrgico ☐ Rx Tórax ☐ TGO ☐ Uréia ☐

Creatinina ☐ Bilirrubinas ☐ Fosfatase Alcalina ☐ Amilase ☐ Proteínas ☐

Glicemia ☐ Ultrassonografia ☐ Tomografia ☐ Cateterismo cardíaco ☐

Valores Alterados ou relevantes/Outros Exames

Pré-Anestésico Efeito Satisfatório ☐ Regular ☐ Nenhum ☒

Técnica Anestésica indicada

Outros Comentários importantes

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

HORA E DATA DE ADMISSÃO

HORA E DATA DE SAÍDA

Atividade	Respiração	Circulação	Consciência	Cor
Cor				
ATIVIDADE	RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO	CONSCIÊNCIA	COR
s/ mov. membros	Apnéia, obstrução	P. A. Variando + 50%	Não responde	Cianótico
mov. 02 membros	Dispnéia, obst. Par.	P. A. Var. 20-50%	Responde a Chamadas	Pálido, icterico
mov. 04 membros	Respira bem, tosse	P. A. Estável + 20%	Acordado	Corado

COMPLICAÇÕES

Laringoespasmo ☐ Cianose ☐ Náuseas ☐ Vômitos ☐ Ret. Urinária ☐ Hipertensão ☐

Hipertensão ☐ Arritmias ☐ Dor ☐ Dif. respiratório ☐ Sangramento ☐ Cefaléia ☐

Parada cardíaca ☐ Óbito ☐ Outros ☐

Alta da sala de recuperação

Para enfermaria ☐ Alta Hospitalar ☐ Transferência ☐ UTI ☐ Óbito ☐

Anestesiologista

RESUMO

Paciente Idade Estado Físico

História D. Atual

Cirurgia Anestesiologista

Anestesia



Data 26/12/2020 Anestesiologista

TÉCNICA ANESTÉSICA

Geral ☒ Raqui-anestesia ☐ Peridural ☐ Pelxo Braquial ☐ Bier ☐ Local ☐ Outra ☐

Geral Endovenosa ☐ Inalatória ☐ Balanceada ☒ Associada a Bloqueio ☐ Bloqueio Espinhal ☐

Catéter ☐ Nível de Punção ☐ Agulha n° ☐ Posição ☐ Nível de Bloqueio ☐

Bloqueio P. Braquial Interscalênico ☐ Axillar ☐ Kulemkampf ☐ Lado ☐

Bier/Bloqueio N. Periférico ☐

Sistema de Anestesia Circular ☐ Bain ☐ Baraka ☐ Rubem ☐ Outro ☐

Intubação Fácil ☒ Difícil ☐ Sonda n° ☐ Orotraqueal ☒ Nasotraqueal ☐ Fluxo sob máscara ☐

Traqueostomia ☐ Outro ☐

Ventilação Controlada ☐ Assistida ☐ Espontânea ☐ Manual ☐ Ventilação Mecânica ☒

Volume corrente (ml) ☐ Ciclos por minuto ☐

	Anestesia	Cirurgia
Final	23:25	
Início	21:50	
Total		

Oxigênio		
N ₂ O		
Hipnótico		
Narcótico		
Rel. Muscular		
Anest. Local		
Atropina		
Prostigme		
Hidratação		
Sangue		

Anestesia	200	
X	180	
Cirurgia	160	
O	140	
Pulso	120	
Respiração	100	
O	80	
P. A. Sist. V	60	
P. A. Diast.	40	
Garrote G	20	

Temperatura

Posição DDH ☒ DVH ☐ DLE ☐ LITOMIA ☐ Renal ☐ Sentado ☐

Monitores P. A. ☒ Estetoscópio ☐ ECG ☒ Est. Nervo Periférico ☐

Oxímetro ☒ FVC ☐ PAM ☐ Outros ☐

Sangramento (mls) ☐ Diurese (mls) ☐

Complicações Hipotensão ☐ Choque ☐ Hipertensão ☐ Náuseas ☐

Vômitos ☐ Convulsão ☐ Laringoespasmo ☐ Laringoespasmo ☐ Oligúria ☐

Hipoxemia ☐ Cianose ☐ Arritmias ☐ Desconexões do Sistema ☐

Parada Cardíaca ☐ Óbito ☐ Outros ☐

Extubação Em Plano ☐ cl reflexo ☐ Acordado ☒

Total do Soro ☐ mls Total do Sangue ☐ mls

Encaminhamento SRPA ☒ UTI ☐ Alta ☐ Transferência ☐ Óbito ☐

Hora	Agente	Dose
21:50	Propofol	100 mg
22:00	Etomidato	1 mg
22:10	Etomidato	1 mg
22:20	Etomidato	1 mg
22:30	Etomidato	1 mg
22:40	Etomidato	1 mg
22:50	Etomidato	1 mg
23:00	Etomidato	1 mg
23:10	Etomidato	1 mg
23:20	Etomidato	1 mg
23:30	Etomidato	1 mg
23:40	Etomidato	1 mg
23:50	Etomidato	1 mg
00:00	Etomidato	1 mg

Outras Informações

Dr. João Marcelo R. P. P. P.

Anestesiologista CRM 120872





700007651148902 9864-2669
ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Nº do Cadastro / Prontuário _____

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: E. P. E. Correlino Município: MOSSORÓ
Paciente: Priscila Monteiro da Silva Moura 02-11-95
Endereço: Antonio Correlino 25 Abel II
Idade: 25 Sexo: M () F () Ocupação: _____
Nome do Responsável: Marcos Vinícius da Silva Moura

Resumo Clínico: (fratura da clavícula E) / Exame clínico
098: Paciente com fratura da clavícula a aguardar avaliação ortopédica
Resultado de Exames: _____
Tratamento já realizado: _____
Impressão diagnóstica: Exame clínico
PROFISSIONAL: Gláucia Maria Barbosa DATA: 04/11/20
CRM: 370.030.107-78

AGENDADO
Encaminhamento para a especialidade: Emergência Geral
Consulta marcada para a unidade: _____ Município: _____
Para o Dr.: _____ às _____ Horas do dia 1 / 1 / 1

FICHA CONTRA REFERÊNCIA

Unidade Referenciada: _____ Município: _____
PACIENTE: _____ Prontuário: _____

ATENÇÃO PRESTADA
Resumo Clínico: _____
Resultado de Exames Realizados: _____
Diagnóstico: _____
Conduta: _____
Observações: _____
PROFISSIONAL: _____ DATA: _____

Garantida a continuidade da assistência integral do paciente (Prontuário Nº _____)
Oriente-o para retornar a Unidade de Origem: _____ Município: _____





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Nº do Cadastro / Prontuário _____

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____ Município: _____
Paciente: Paulo Heitor da Silva Maia
Endereço: _____
Idade: _____ Sexo: M () F () Ocupação: _____
Nome do Responsável: _____

Resumo Clínico: Pad com fratura com
desvio de eixo (03)
Resultado de Exames: Acidente de trânsito
Tratamento já realizado: Cirurgia com sucesso
Impressão diagnóstica: Dr. Rodrigo
Ortopedia e traumatologia
CRM 11.724
PROFSSIONAL
DATA: 12/11/2020

AGENDADO

Encaminhamento para a especialidade: CIRURGIA ORTOPÉDICA SUS
Consulta marcada para a unidade: _____ Município: MOSSORÓ
Para o Dr.: _____ às _____ Horas do dia 1 / 1

FICHA CONTRA REFERÊNCIA

Unidade Referenciada: _____ Município: _____
PACIENTE: _____ Prontuário: _____

ATENÇÃO PRESTADA

Resumo Clínico: _____
Resultado de Exames Realizados: _____
Diagnóstico: _____
Conduta: _____
Observações: _____
PROFSSIONAL: _____ DATA: _____

Garantida a continuidade da assistência integral do paciente (Prontuário Nº _____)
Oriente-o para retornar a Unidade de Origem: _____ Município: _____





700 007 651 148 902 Fone: 9864-2669
ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

05.11.20
em atenção
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MOSSORÓ
UBS ENFª CONCHITA DA ESCOSSIA CIARLINE
RUA: DELFIM MOREIRA, S/N ABOLI II

Nº do Cadastro / Prontuário

Chave: 77677 FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: E. C. E. Perselema Município: Mossoró
Paciente: Paulo Victor da Silva Meira 02-11-95
Endereço: Antonio Liviano 21 Aboli II
Idade: 25 Sexo: M (X) F () Ocupação:
Nome do Responsável: Maria Neelma da Silva Meira

Resumo Clínico: Rotina de clavicula

Obs: Paciente esplenectomizado em 26/10.

Resultado de Exames:

Tratamento já realizado

Impressão diagnóstica: Rotina de clavicula

PROFISSIONAL

DATA

AGENDADO

Encaminhamento para a especialidade: Traumatologia
Consulta marcada para a unidade: PAM Município:
Para o Dr.: Rodrigo Jales às 7:00 Horas do dia 12/11/20

348 3546 79 FICHA CONTRA REFERÊNCIA

Unidade Referenciada: Município:
PACIENTE: Prontuário:

ATENÇÃO PRESTADA

Resumo Clínico:

Resultado de Exames Realizados:

Diagnóstico:

Conduta:

Observações:

PROFISSIONAL

DATA

Garantida a continuidade da assistência integral do paciente (Prontuário Nº)

Oriento-o para retomar a Unidade de Origem: Município:



**SUS****SISTEMA
ÚNICO
DE SAÚDE****LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação de estabelecimento de Saúde

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

CNPJ

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

CNPJ

NOME DO PACIENTE

Paulo Roberto de S. Moura

Nº DO PROTOCOLO

NOME DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA DE NASCIMENTO

Mês

Dia

NOME DO MÉDICO SOLICITANTE

CBO

Nº DO REGISTRO

NOME DO MÉDICO SOLICITANTE

CBO DO MÉDICO SOLICITANTE

Nº

CBO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Tramite em Clínica @
Rx - Fratura Torax Média Clavícula @

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade Cirúrgica

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS - RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

Clínica e Radiologia

LINGUAGEM CLÍNICA

CID 10 PRIMÁRIO

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura Clavícula

S92.0

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento Cirúrgico Fratura Clavícula @

- 040P0101510

Clínica Radiologia

Urgência

SIGLO VERDE

V. 2018

9151212112161511817

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE ASSISTENTE

Dr. Guilherme Garcia Rigoia
Ortopedia e Traumatologia
CRM 118177-7/2013

23/11/20

Dr. Guilherme Garcia Rigoia
Ortopedia e Traumatologia
CRM 118177-7/2013**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

1. DATA DE INÍCIO DO ACIDENTE

2. LOCAL DO ACIDENTE

3. N.º DO BILHETE

4. SÉRIE

5. DATA DE INÍCIO DO ACIDENTE

6. LOCAL DO ACIDENTE

7. N.º DO BILHETE

8. SÉRIE

9. DATA DE INÍCIO DO ACIDENTE

10. LOCAL DO ACIDENTE

11. N.º DO BILHETE

12. SÉRIE

13. DATA DE INÍCIO DO ACIDENTE

14. LOCAL DO ACIDENTE

15. N.º DO BILHETE

16. SÉRIE

17. DATA DE INÍCIO DO ACIDENTE

18. LOCAL DO ACIDENTE

19. N.º DO BILHETE

20. SÉRIE

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CBO DO ORGÃO SOLICITANTE

N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

CBO

CPF

N.º DO DOCUMENTO - CBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

DATA DE AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210061660 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO HEITOR DA SILVA MAIA **Data do acidente:** 26/10/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da clavícula esquerda. Traumatismo abdominal com explosão do baço.

Descrição do exame físico: Ao exame físico estrutura abdominal apresenta ausência de herniação, pulsações arteriais e peristalse não identificáveis à inspeção, ausência de dor à palpação de região abdominal, ausência de sonda. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora. Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 70°, extensão aos 35°, abdução aos 50°, adução aos 30°, rotação medial aos 40°, rotação lateral aos 40°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no ombro esquerdo.

Resultados terapêuticos: Vítima de acidente de moto onde sofreu trauma abdominal com dor intensa e dor com limitação em ombro esquerdo, após exames foi diagnosticado a fratura da clavícula esquerda e após tomografia do abdômen foi evidenciada hemorragia, sendo levado ao bloco cirúrgico onde foi submetido a laparotomia exploradora, sendo observado uma explosão do baço, sendo necessário realizar a esplenectomia total. Evoluindo bem, tendo alta hospitalar. Posteriormente necessária nova internação, para realização de tratamento cirúrgico com osteossíntese da clavícula esquerda. Hoje apresenta ombro esquerdo com cicatriz de cirurgia e com alterações nos movimentos do ombro esquerdo. Abdômen apresenta cicatriz de laparotomia sem sinais flogísticos, sem dor à palpação em todo abdômen, sem hérnias, percussão sem alteração, sem visceromegalias.

Sequelas permanentes: Esplenectomia. Limitação funcional do ombro esquerdo em grau moderado.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 02/03/2021

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR: como não há o enquadramento de esplenectomia no avatar, o examinador foi orientado a enquadrar como estruturas abdominais. Com base na descrição do laudo, o revisor altera o enquadramento para perda integral do baço (esplenectomia).

NOTA DO REVISOR: TENDO EM VISTA A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO, O REVISOR OPTOU POR ALTERAR A ESTIMATIVA DA SEQUELA PARA 50% DO OMBRO ESQUERDO.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210061660 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO HEITOR DA SILVA MAIA **Data do acidente:** 26/10/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/02/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA A ESQUERDA+LAPAROTOMIA EXPLORATÓRIA.(P-9)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.
P-7-8-9-11-12-13-15

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO A ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO OMBRO A ESQUERDA.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA SINISTRO 3150204725, POR DEBILIDADE MODERADA DO PUNHO E JOELHO ESQUERDO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0054096/21

Número do Sinistro: 3210061660

Vítima: PAULO HEITOR DA SILVA MAIA

CPF: 016.664.374-25

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/10/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO HEITOR DA SILVA MAIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

PAULO HEITOR DA SILVA MAIA : 016.664.374-25

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/04/2021
Nome: PAULO HEITOR DA SILVA MAIA
CPF: 016.664.374-25

PAULO HEITOR DA SILVA MAIA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/04/2021
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3210061628 3 - CPF da vítima: 01666437425 4 - Nome completo da vítima: Paulo Heitor da Silva Maia

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Paulo Heitor da Silva Maia 6 - CPF: 01666437425
7 - Profissão: Arentista 8 - Endereço: Rua Antonio Cirilino 9 - Número: 21 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Abolição II 12 - Cidade: Mossoró 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59619630
15 - E-mail: paulo_heitor.95@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 84994655818

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 3526 2 CONTA: 56273 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

Mossoró, 24 de fevereiro de 2021

Paulo Heitor da Silva Maia

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1/2019



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 02/01/2023 23:21:18

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23010223211866600000088449418

Número do documento: 23010223211866600000088449418

Num. 93403616 - Pág. 25

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0054096/21

Vítima: PAULO HEITOR DA SILVA MAIA

CPF: 016.664.374-25

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/10/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO HEITOR DA SILVA MAIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

PAULO HEITOR DA SILVA MAIA : 016.664.374-25

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/02/2021
Nome: PAULO HEITOR DA SILVA MAIA
CPF: 016.664.374-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2021
Nome: Celia Magalhaes Pereira
CPF: 128.065.837-13

PAULO HEITOR DA SILVA MAIA

Celia Magalhaes Pereira

