



Número: **0830625-57.2018.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **23ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SUEDSON ISMAEL DA SILVA (AUTOR)		RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS (ADVOGADO)	
MAPFRE SEGUROS (RÉU)		ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47268 218	23/07/2019 15:07	<a href="#">Petição</a>	Petição
47268 246	23/07/2019 15:07	<a href="#">2602982 IMPUGNACAO AO LAUDO PERICIAL JUR 01</a>	Outros documentos
47268 280	23/07/2019 15:07	<a href="#">2602982 IMPUGNACAO AO LAUDO PERICIAL JUR Anexo 01</a>	Outros documentos

Juntada de impugnação ao laudo pericial.



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 23ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN**

**Processo:** 08306255720188205001

**MAPFRE SEGUROS GERAIS 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 **SUEDSON ISMAEL DA SILVA**, 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:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado *o quantum* indenizatório.

**Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.**

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,  
NATAL, 19 de julho de 2019.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/RN 980-A**

**ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR**  
**5432 - OAB/RN**

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: SUEDSON ISMAEL DA SILVA

Nº Sinistro: 3180198097

Vítima: SUEDSON ISMAEL DA SILVA

Data do Acidente: 14/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA SUELI GABRIEL DA SILVA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180198097**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12743200

Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **SUEDSON ISMAEL DA SILVA**  
Nº Sinistro: **3180198097**  
Vítima: **SUEDSON ISMAEL DA SILVA**  
Data do Acidente: **14/02/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **MARIA SUELI GABRIEL DA SILVA**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180198097**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00993/00994 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12786693

Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: SUEDSON ISMAEL DA SILVA

Sinistro: 3180198097  
Vítima: SUEDSON ISMAEL DA SILVA  
Data do Acidente: 14/02/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: MARIA SUELI GABRIEL DA SILVA

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180198097** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00579/00580 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12854536

Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2018

Carta nº: 13008603

A/C: SUEDSON ISMAEL DA SILVA

Nº Sinistro: 3180198097  
Vitima: SUEDSON ISMAEL DA SILVA  
Data do Acidente: 14/02/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: MARIA SUELI GABRIEL DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: SUEDSON ISMAEL DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000002318-3

Conta: 0000023710-8

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

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
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01661/01662 - carta\_15R - INVALIDEZ

00020831





**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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**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 122.503.774-30	Nome completo da vítima SUEDSON ISMAEL DA SILVA
---------------------------	---------------------------------	--

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

Nome completo SUEDSON ISMAEL DA SILVA	CPF titular da conta 122.503.774-30	Profissão ESTUDANTE
Endereço RUA SITIO OLHO D'ÁGUA	Número SN	Complemento CASA
Bairro MONTE ALEGRE	Cidade MONTE ALEGRE	Estado RN
Email	CEP 59182-000	Telefone (DDD) 084 98792-2357

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

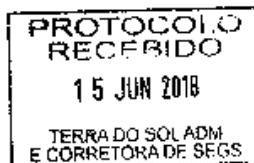
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. _____ DV _____ (Informar dígito se existir)		BANCO Nome BANCO DO BRASIL NRO. 001	
CONTA NRO. _____ DV _____ (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. 2378 DV 3 (Informar dígito se existir)	
		CONTA NRO. 23710 DV 8 (Informar dígito se existir)	

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

Monte Alegre, 15 de 6 de 2018  
Local e Data

*Suedson Ismael da Silva*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





SICRE SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
15/06/2018 Autoatendimento 14:52:25  
483371087 0429

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE  
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECIDO SLEDSON ISMAEL DA SILVA  
AGENCIA: 2318-3  
CONTA: 23.710-8  
VALOR \*  
NR. ENVELOPE 2.722.414,189

\* Acolhido em 15/06/2018 na Agencia 4833-X.

15 JUN 2018  
+ VALOR SUJEITO A CONFERENCIA  
E CORREÇÃO DE SELLS

Depósitos realizados durante o expediente bancário serão conferidos e processados até as 23h59 do mesmo dia. Após o expediente bancário, aos sábados, domingos e feriados, até as 23h59 do primeiro dia útil subsequente.

Se houver divergência no valor depositado, o envelope será processado pelo valor apurado. Envelopes vazios não serão abertos e permanecerão disponíveis por 60 dias na agência onde foi depositado, para visualização.

Acompanhe o processamento do seu depósito nos  
"Resultados Envelopes".



**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.seguradolider.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

122.503.774-30

Nome completo da vítima

SUEDSON ISRAEL DA SILVA

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

Nome completo

SUEDSON ISRAEL DA SILVA

CPF titular da conta

122.503.774-30

Profissão

MOTORISTA

Endereço

RUA SITIO OLHO D'ÁGUA

Número

SN

Complemento

CASA

Bairro

MONTALEGRE

Cidade

MONTALEGRE

Estado

RN

CEP

59182-000

Email

(84) 9087922357

084 988

Telefone (DDD)

(84) 90845.0087

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\$ 2.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ 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)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

Nº

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

MONTALEGRE, 28 de 03 de 2018

Local e Data

Suedson Israel da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL  
22/03/2018 - Autoatendimento - 12:35:24  
483381099 0257

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE  
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECIDO SUEDSON ISMAEL DA SILVA  
AGENCIA: 2318-3  
CONTA: 23.710-8  
VALOR \*  
NR. ENVELOPE

\* Acolhido em: 22/03/2018, na Agência 4833-X.

\*VALOR SUJEITO A CONFERENCIA

Depositos realizados durante o expediente bancário serão conferidos e processados até as 23h59 do mesmo dia. Após o expediente bancário, aos sábados, domingos e feriados, até as 23h59 do primeiro dia útil subsequente.

Se houver divergência no valor depositado, o envelope será processado pelo valor apurado. Envelopes vazios não serão abertos e permanecerão disponíveis por 60 dias na agência onde foi depositado, para visualização.

Acompanhe o processamento do seu depósito nos canais BB na opção "Consulta Envelope":  
Aplicativo BB / [www.bb.com.br](http://www.bb.com.br) / Caixa Eletrônica  
Central de atendimento BB: 4003-0148  
(capitais e regiões metropolitanas)  
ou 0800-729-0148 (demais localidades).

Leia no verso como conservar este documento, entre outras informações.



**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**

Número do Sinistro: 3180198097  
Nome do(a) Examinado(a): Suedson Ismael da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Sítio Olho Dagua, S/N  
Sueli Monte Alegre RN CEP: 59182-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PR ] 003484807  
Data local do acidente: [ 14/02/2018 ]  
Data local do exame: [ 29/05/2018 ] NATAL [ RN ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.**  
**Data da Alta: 24/04/2018**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**FERIDA OPERATÓRIA CICATRIZADA NA REGIÃO CLAVICULAR DIREITA, ABDUÇÃO DE BRAÇO DIREITO 100 GRAUS, ADUÇÃO HORIZONTAL 20 GRAUS, FLEXÃO DE 100 GRAUS E EXTENSÃO 30 GRAUS. DISCRETA HIPOTROFIA DE MUSCULATURA DE CINTURA ESCAPULAR DIREITA, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO.**
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**( X ) Sim** ( ) Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**( X ) Sim** ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**INVALIDEZ AO NÍVEL DE OMBRO DIREITO COM LIMITAÇÃO DA ADM.**  
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 o 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 (\*).
- |   |   |
|---|---|
| <p>( ) "Vítima em tratamento"<br/><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias</i></p> | <p>( ) "Sem sequela permanente"<br/><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |   |  |
|---|--|
| <p>Região Corporal (Sequela):<br/><b>OMBRO - Lado Direito</b><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/><b>( X ) 50% médio</b> ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):<br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> |
|---|--|
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
**DR. URAI DE OLIVEIRA**  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM-RN 4315



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DA GRANDE NATAL - DPGRAN  
DEAV - Delegacia Especializada em Acidentes de Veículos



Ref. Ocorrência nº 101610011020410838

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Boletim versando sobre: **ACIDENTE DE TRANSITO COM LESÃO**

Data e Hora do Fato: **14/02/2018 às 18:40**

Local do Fato: **Em Via Aberta localizado(a) no(a) Avenida Das Alagoas, S/N, NEOPOLIS, Natal, estado do(a/e) Rio Grande do Norte**

COMUNICANTE

SUEDSON ISMAEL DA SILVA, brasileira, solteiro(a), R.G. nº 003484807 ITEP/RN, CPF: 122.503.774-30, estudante, com 20 anos e nascido aos 22/12/1997, natural de Parnamirim-RN, filho(a) de Ismael Tomaz da Silva e de Maria Sueli Gabriel da Silva, residente e domiciliado(a) à(o) St Olho Dagua Monte Alegre, monte alegre-RN, telefone (84) 99800-0358

HISTÓRICO SEGUNDO O COMUNICANTE/VÍTIMA

Informou que na data e hora citados conduzia a motocicleta e ao ser trancado por um veículo não identificado veio a desequilibrar e cair e sofrer lesões conforme BAA de número 7329/2018, oriundo do pronto socorro Clóvis Sarinho.

Nada mais disse.

VÍTIMA(S)

1ª vítima: SUEDESON ISMAEL DA SILVA, brasileira, solteiro(a), R.G. nº 003484807 ITEP/RN, CPF: 122.503.774-30, estudante, com 20 anos e nascido aos 22/12/1997, natural de Parnamirim-RN, filho(a) de Ismael Tomaz da Silva e de Maria Sueli Gabriel da Silva, residente e domiciliado(a) à(o) St Olho Dagua Monte Alegre, monte alegre-RN, telefone (84) 99800-0358

TESTEMUNHA(S)

INFRATOR(ES)

Nenhum suspeito foi identificado até o momento

EXAMES REQUISITADOS

Nenhum

OBJETOS ENVOLVIDOS

Danificado: 1 Unidade(s) de Veículos, do tipo Motocicleta, de placa MZC7192					
MZC7192	Renavam: 128634316	Placa Anterior: MZC7192/RN	Tipo: 4-MOTOCICLETA	Categoria: 1-Particular	Espécie: 1-Passageiro
Marca/Modelo: 002807-HONDA/CG 150 TITAN KS (Nacional)	Fabricação/Modelo: 2009/2009	Potência: 10	Combustível: 2-Gasolina	Cor: 2-AZUL	Lugares: 2
Nome do Proprietário:					Carroceria: 999-NAO APLICAVEL

Autoridade: Alzira Veiga de Medeiros

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Comunicante: *Suedson Ismael da Silva*

CONCLUSÃO/REMESSA

Registrados os dados possíveis, seja a 1ª Via do Boletim remetido para o conhecimento do(a) delegado(a) Alzira Veiga de Medeiros na DEAV - Delegacia Especializada em Acidentes de Veículos e a 2ª via arquivada, para os devidos fins.

Natal, 8 de Março de 2018.

*Janir Azevedo Paiva*  
Janir Azevedo Paiva  
Policial Civil  
Matrícula: 170.234-3  
- (84) 3232-6398/

PolOffice  
5a0ec35540f838301d720dd590607cc37

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: SUEDSON ISMAEL DA SILVA CPF da Vítima: 122.503.774-30 Data do Acidente: 14/02/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_ CPF do Representante legal: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ Telefone (DDD): 08490845-0087

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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

PROTOCOLADO  
RECEBIDO  
02 MAR 2018  
TERRA DO SOL  
CORRETORES DE DIÁRIO

M. ALGORE 28 de 03 de 2018  
Local e Data

f. Sudson Ismael da Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLOVIS SABINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **7329/2018**

Admissão: **14/02/2018 21:30:59**



FATURADO

OK

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: **61550 - SUEDSON ISMAEL DA SILVA** (20 a 1 m 23 d)

Nascimento: 22/12/1997 Natural: PARNAMIRIM, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 700002557083407

CPF: 12250377430

Prof:

Mãe: MARIA SUELI GABRIEL DA SILVA

Pai: ISMAEL TOMAZ DA SILVA

Logradouro: OLHO D'ÁGUA, 10

CEP: 59182000

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: MONTE ALEGRE

Telefone: 84.998450087

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Origem: AMBUL. INTERIOR

Tipo: REFERENCIADO

\*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS: REG. DR. KALIANDRE					Classificação: 14/02/2018 21:17:07				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
			99%		36	77			

#### HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM BRAÇO D.

Hora: 21:30

Paciente relata que há cerca de 1h sofreu queda de moto. Não pôde de consciência ou vômitos. Relata dor no membro direito.

#### EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vias aéreas patentes, sigilo cervical.
- B MMII, simétrico, AICA ou equívocos.
- C SI sangramento ativo, distal hemodinamicamente.
- D Glasgow 15
- E Fratura de clavícula direita.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

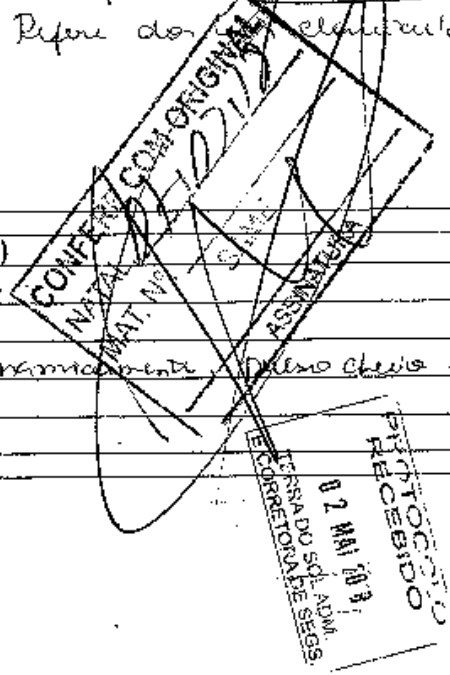
Atendimento Hospitalar de Epidemiologia

15/02/18

\*Saída:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Fratura de clavícula direita.



O EXAME FÍSICO SECUNDÁRIO E A AVALIAÇÃO DETALHADA CRITÉRIO DO PACIENTE (DA CABEÇA AOS PÉS); VEJA, NÃO APENAS OLHE, OUÇA, NÃO APENAS ESCUTE, SINTA NÃO APENAS TOQUE.

## EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS): Negativo

M (MEDICAÇÃO EM USO): Negativo

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): Negativo

L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS) nao 4:30

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): nao idomeleto

V (PASSADO VACINAL): Difteria

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)\*\*\*

Rx de mms de Ape perfil,  
olgo, Rx de clavícula  
undado.

Rx de tórax Ape perfil.

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Receita medica de lio en paracetolose  
Fito de Puro Cortes  
Rto de Chaga Geral

José Távris Fernandes Júnior  
MÉDICO  
CRM RN 8317

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: Ortopedia

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2:

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3:

HORA:

DATA:

José Távris Fernandes Júnior  
MÉDICO  
CRM RN 8317

MÉDICO (CARIMBO)



# 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:	20/06/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

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

CLIENTE: SUEDSON ISMAEL DA SILVA

BANCO: 001

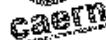
AGÊNCIA: 02318-3

CONTA: 000000023710-8


---

---

Nr. da Autenticação C0DF94D14CA7C177

[illegible]

08000-840195  
32763694



CAERN

COMPANHIA SANEAMENTO DE ACRE

Av. N. S. do Carmo, 124 - Jd. Santa Rosa - Fátima - Rio de Janeiro - RJ

DATA: 02/01/2018

IMPRESSO EM 25/01/2018 ÀS 08:21:46

NUMERICAL 0250390

02/2018

DADOS DO CLIENTE

MARIA SUELI GABRIEL DA SILVA

RUA SITIO OLHO D'AGUA, N. 5N - SUELI - MONTE ALEGRE MONTE ALEGRE RN 59118-000

INSCRIÇÃO 540.002.210.1301.000

ROTA 4

VER ROTA 5070

QUANTIDADE DE ECONOMIAS

CONSUMO 1

PESQUISA

SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL

PIGROMETRO Y365637212

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO

DATA LEITURA: 25/01/2018

LEIT. ATUAL: 198

LEIT. ANT.: 187

DIAS CONSUMO: 29

CONSUMO ÁGUA (M3): 11

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MEDIA
01/2018	15	17/2017	15	09/2017	13	24
12/2017	21	10/2017	11	08/2017	10	

CONSUMO TOTAL(R\$)

DESCRIÇÃO

ÁGUA

RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - 38,32 POR UNIDADE

11 M3 A 15 M3 - R\$ 4,27 POR M3

MULTA P/IMPUNTUALIDADE 01/2018

FATURAS EM ATRASO

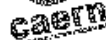
REF 201712 91.8

10 M3 38,32

1 M3 4,27

1,19

RECEBIDO  
02 MAI 2019  
TERREÇO SOLAR  
E CORRETORA DE SEGS

[illegible]

08000-840195  
32763694

CNPJ: 08.358.250/0001-01  
 Av. N. S. do Carmo, 124 - Jd. Santa Rosa - Aracaju - SE - 55010-000

DATA DE EMISSÃO: 02/2018  
 Nº DE CONTROLE: 0250390

IMPRESSO EM 25/01/2018 ÀS 08:21:46

CONTAS DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO

DADOS DO CLIENTE  
 MARIA SUELI GABRIEL DA SILVA  
 RUA SITIO OLHO D'ÁGUA, N. 5N - SUELI - MONTE ALEGRE MONTE  
 ALEGRE RN 59182-000

QUANTIDADE DE ECONOMIA  
 COMERCIAL INDUSTRIAL PESSOAL  
 1 1 1

SITUAÇÃO ESGOTO  
 POTENCIAL

INSCRIÇÃO  
 540.002.210.1301.000

ROTA  
 4

VÍDEOROTA  
 5070

SITUAÇÃO ÁGUA  
 LIGADO

DATA LEITURA: 25/01/2018  
 LEIT. ATUAL: 198  
 LEIT. ANT.: 187  
 DIAS CONSUMO: 29

MICROMETRO  
 Y165637212

CONSUMO ÁGUA (M3): 11

CONSUMO ÁGUA  
 CONSUMO  
 REF 01/2018 15  
 12/2017 21

CONSUMO  
 REF 09/2017 13  
 08/2017 10

CONSUMO  
 REF 17/2017 15  
 10/2017 11

CONSUMO  
 REF 01/2018 15  
 12/2017 21

CONSUMO  
 REF 09/2017 13  
 08/2017 10

CONSUMO  
 REF 17/2017 15  
 10/2017 11

CONSUMO  
 REF 01/2018 15  
 12/2017 21

CONSUMO  
 REF 09/2017 13  
 08/2017 10

CONSUMO  
 REF 17/2017 15  
 10/2017 11

CONSUMO  
 REF 01/2018 15  
 12/2017 21

CONSUMO  
 REF 09/2017 13  
 08/2017 10

CONSUMO  
 REF 17/2017 15  
 10/2017 11

CONSUMO  
 REF 01/2018 15  
 12/2017 21

CONSUMO  
 REF 09/2017 13  
 08/2017 10

CONSUMO  
 REF 17/2017 15  
 10/2017 11

CONSUMO  
 REF 01/2018 15  
 12/2017 21

CONSUMO  
 REF 09/2017 13  
 08/2017 10

CONSUMO  
 REF 17/2017 15  
 10/2017 11

CONSUMO  
 REF 01/2018 15  
 12/2017 21

CONSUMO  
 REF 09/2017 13  
 08/2017 10

CONSUMO  
 REF 17/2017 15  
 10/2017 11

CONSUMO  
 REF 01/2018 15  
 12/2017 21

CONSUMO  
 REF 09/2017 13  
 08/2017 10

CONSUMO  
 REF 17/2017 15  
 10/2017 11

CONSUMO  
 REF 01/2018 15  
 12/2017 21

CONSUMO  
 REF 09/2017 13  
 08/2017 10

CONSUMO  
 REF 17/2017 15  
 10/2017 11

CONSUMO  
 REF 01/2018 15  
 12/2017 21

CONSUMO  
 REF 09/2017 13  
 08/2017 10

CONSUMO  
 REF 17/2017 15  
 10/2017 11

CONSUMO  
 REF 01/2018 15  
 12/2017 21

CONSUMO  
 REF 09/2017 13  
 08/2017 10

CONSUMO  
 REF 17/2017 15  
 10/2017 11

CONSUMO  
 REF 01/2018 15  
 12/2017 21

CONSUMO  
 REF 09/2017 13  
 08/2017 10

CONSUMO  
 REF 17/2017 15  
 10/2017 11

CONSUMO  
 REF 01/2018 15  
 12/2017 21

CONSUMO  
 REF 09/2017 13  
 08/2017 10

CONSUMO  
 REF 17/2017 15  
 10/2017 11

CONSUMO  
 REF 01/2018 15  
 12/2017 21

CONSUMO  
 REF 09/2017 13  
 08/2017 10

CONSUMO  
 REF 17/2017 15  
 10/2017 11

CONSUMO  
 REF 01/2018 15  
 12/2017 21

CONSUMO  
 REF 09/2017 13  
 08/2017 10

CONSUMO  
 REF 17/2017 15  
 10/2017 11

CONSUMO  
 REF 01/2018 15  
 12/2017 21

CONSUMO  
 REF 09/2017 13  
 08/2017 10

CONSUMO  
 REF 17/2017 15  
 10/2017 11

CONSUMO  
 REF 01/2018 15  
 12/2017 21

CONSUMO  
 REF 09/2017 13  
 08/2017 10

CONSUMO  
 REF 17/2017 15  
 10/2017 11

CONSUMO  
 REF 01/2018 15  
 12/2017 21

CONSUMO  
 REF 09/2017 13  
 08/2017 10

CONSUMO  
 REF 17/2017 15  
 10/2017 11

CONSUMO  
 REF 01/2018 15  
 12/2017 21

CONSUMO  
 REF 09/2017 13  
 08/2017 10

CONSUMO  
 REF 17/2017 15  
 10/2017 11

CONSUMO  
 REF 01/2018 15  
 12/2017 21

CONSUMO  
 REF 09/2017 13  
 08/2017 10

CONSUMO  
 REF 17/2017 15  
 10/2017 11

CONSUMO  
 REF 01/2018 15  
 12/2017 21

CONSUMO  
 REF 09/2017 13  
 08/2017 10

CONSUMO  
 REF 17/2017 15  
 10/2017 11

CONSUMO  
 REF 01/2018 15  
 12/2017 21

CONSUMO  
 REF 09/2017 13  
 08/2017 10

CONSUMO  
 REF 17/2017 15  
 10/2017 11

CONSUMO  
 REF 01/2018 15  
 12/2017 21

CONSUMO  
 REF 09/2017 13  
 08/2017 10

CONSUMO  
 REF 17/2017 15  
 10/2017 11

CONSUMO  
 REF 01/2018 15  
 12/2017 21

CONSUMO  
 REF 09/2017 13  
 08/2017 10

CONSUMO  
 REF 17/2017 15  
 10/2017 11

CONSUMO  
 REF 01/2018 15  
 12/2017 21

CONSUMO  
 REF 09/2017 13  
 08/2017 10

CONSUMO  
 REF 17/2017 15  
 10/2017 11

CONSUMO  
 REF 01/2018 15  
 12/2017 21

CONSUMO  
 REF 09/2017 13  
 08/2017 10

CONSUMO  
 REF 17/2017 15  
 10/2017 11

CONSUMO  
 REF 01/2018 15  
 12/2017 21

CONSUMO  
 REF 09/2017 13

RECEBIDO  
02 MAI 2019  
TERREÇO SOLAR  
E CORRETORA DE SEGS

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29836>

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MARIA SUELI GABRIEL DA SILVA inscrito (a) no CPF 670.945.544 / 00  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário SUEDSON ISMAEL DA SILVA inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 122.503.774 / 30 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima  
SUEDSON ISMAEL DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 122.503.774 / 30 conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ 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 <u>RUA SÍTIO OLHO D'ÁGUA</u>		Número <u>SN</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>MONTE ALEGRE</u>	Cidade <u>MONTE ALEGRE</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59182-000</u>
Email _____		Telefone comercial(DDD) <u>(84) 98792-2357</u>	Telefone celular(DDD) <u>(84) 99845-0087</u>

MONTE ALEGRE 28 de 03 de 2018  
Local e Data

Maria Sueli Gabriel da Silva  
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA SUELI GABRIEL DA SILVA

RG nº 001.083.872, data de expedição 01/02/2017

Órgão ITBP, portador do CPF nº 670.945.544-00, com

domicílio na cidade de MONTA ALEGRE, no Estado de

RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA SÍTIO OLHO D'ÁGUA, nº 50,

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima SUEDSON ISMAEL DA SILVA cujo o condutor era

SUEDSON ISMAEL DA SILVA.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/CG 150 XITAN KS

Ano: 2003/03

Placa: MZC 7192

Chassi: 9C2KC131003A023018

Data do Acidente: 14/02/18

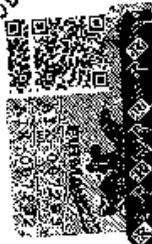
Local e Data: 81 03/2018

Assinatura do Declarante

Suedson Ismael da Silva

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

4º OFÍCIO DE NOTAS



4º Ofício de Notas

Av. Espírito Santo, 100 - Centro - CEP 50000-000 - Recife - PE

Reconheço AUTÊNTICAS as firmas de SUEDESON ISMAEL DA SILVA

(AIX00007292) e MARIA SUELI GABRIEL DA SILVA (AIX00007293),

assinadas na presença. Dou fé.

Natal, 8 de Março de 2018 - 08:25:18.

15205DNA11655046

Em testemunho \_\_\_\_\_ da verdade.

Tabela (o) Substituto

\*VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE - ROBERTO

PROTOCOLADO  
RECEBIDO  
02 MAI 2018  
TERÇA DO SOL-A-MIA  
E CORRETORA DE SEGS



SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLOVIS SABINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 7329/2018

Admissão: 14/02/2018 21:30:58



FATURADO

OK

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 61550 - SUEDSON ISMAEL DA SILVA (20 a 1 m 23 d)

Nascimento: 22/12/1997 Natural: PARNAMIRIM, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 700002557083407

CPF: 12250377430

Prof:

Mãe: MARIA SUELI GABRIEL DA SILVA

Pai: ISMAEL TOMAZ DA SILVA

Logradouro: OLHO D'ÁGUA, 10

CEP: 59182000

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: MONTE ALEGRE

Telefone: 84.998450087

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. INTERIOR

\*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS: REG. DR. KALIANDRE

Classificação: 14/02/2018 21:17:07

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTG
			99%		38	77			

### HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM BRAÇO D

Hora: 21:30

Paciente relata que há cerca de 2h sofreu queda de moto. Não pôde se conscientizar ou monitorar. Refere dor intensa no membro afetado.

### EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vias aéreas patentes, sem ruídos respiratórios.
- B Mucosas, corada, úmidas e hidratadas.
- C Sem sangramento ativo, estável hemodinamicamente. Pulso cheio.
- D Glasgow 15
- E Fratura de clavícula direita.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Sócio Hospitalar de Epidemiologia

15/02/18

\*Saída:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Fratura de clavícula direita.



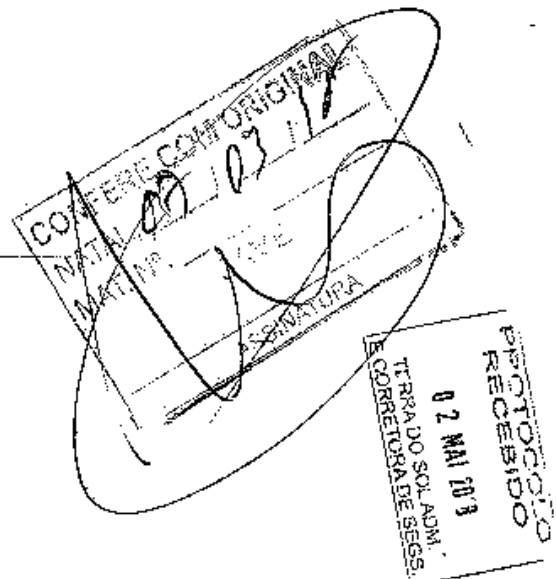
PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALEGRE  
SECRETARIA DE SAÚDE  
RECEITUÁRIO

- H. W. G. -  
- Ortopedia -

Encaminho o Sr. Suedson  
Ismael da Silva de 19a,  
após acidente de moto,  
com provável fratura  
em clavícula direita.  
Atenciosamente

Maria Odina Souto Medeiros  
Médica do Trabalho  
CRM: 1332  
CPF: 166.578.294-34

Regulado:  
Tolitraxona  
Dr. Kalizandre



<b>ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:</b> <i>Ortopedia</i>	
<b>ANAMNESE</b> <i>Apresenta dor no membro superior direito em clavícula direita.</i> <i>Exame: pele em risco; BPP; Sem feridas;</i> <i>NMSI.</i> <i>Ano de clareamento de dentes 22 an.</i>	
<b>EXAME FÍSICO</b> <i>2</i>	
<b>IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA</b> <i>Fr. de clavícula fechada.</i>	
<b>EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****</b> <i>2</i>	<b>LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS</b>  <b>OUTROS</b>
<b>CONDUÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)</b> <i>1. A NR 11 TR 1100</i> <i>2. Soluto Hidrocortisona</i> <i>3. Outo para o joelho</i> <i>4. Topica</i>	<b>ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px; transform: rotate(-15deg);"> <i>02.02.18</i> </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px; transform: rotate(-15deg);"> <i>02.02.18</i> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px; transform: rotate(-15deg);"> <i>02.02.18</i> </div>

PONTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Aberto (2 ou mais)	4
Olhos se abrem espontaneamente	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o respostas de uma pessoa pedindo para se levantar para não cair de novo)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem	1
Melhor resposta verbal (MVR)	
Orientado (resposta correta sobre o tempo, lugar, pessoa, estado de saúde e doença)	5
Orientado (resposta de perguntas verbalmente, mas não alguma desorientação e confusão)	4
Parciais (respostas de algumas palavras, mas com erros grosseiros)	3
Só sim/não (respostas com palavras isoladas)	2
Ausente	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a comandos verbais (Parceles sempre quando há a consciência)	6
Localiza dor ou o estímulo	5
Resposta flexora a dor	4
Reflexo de coarção (desobediência)	3
Reflexo extensor a um estímulo doloroso	2
Sem resposta motora	1
Total	15

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA"		
DISCRIMINADOR	POSICIONAÇÃO	
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	1-12	= 4
	13-15	= 5
	16-21	= 6
	22-24	= 7
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	10-24	= 4
	25-31	= 5
	32-50	= 6
	51-60	= 7
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	0	= 0
	1-90	= 6
	91-99	= 5
	100-170	= 7

<sup>11</sup> Escola de Instrução Revisada (EIR). São Paulo: Ed. Coluniana para dependentes de instrução fechada. Referência: Adaptado de Champ on H.R. Sacco W.L. Gogay et al: A revision of the Trevelco scale, J. Trauma 23(5):694, 1992.

CLASSIFICAÇÃO DO TCU  
(AT 1.9 2006)

07- 08=grave necessidade de  
influência imediata;  
09- 3=moderado;  
14-15=baixo

<sup>1</sup> Referencia: TEASDALE G, JLNNEI. B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet* 1974;2:81-84

\* A mesma proposta aplica-se a normas, consórcios e que colaboram com dados sugeridos e 2005. Na Escala Qualitativa selecionar os dados que caracterizam a montagem e se o que de acordo com os requisitos, o projeto.

SEM DDR	LEVE	Moderada	Intensa	Poss Possível
0	1	2	3	4



seamless - MODO  
sem RX



REGISTRO DE INTERNAMENTO		
Nº AIH:	Nº ATENDIMENTO 319528	DATA 04/18 HS:
TIPO DE INTERNAMENTO:	<input checked="" type="checkbox"/> CIRÚRGICO ( ) CLÍNICO ( ) PEDIÁTRICO	
ACOMODADO: 2	LEITO: 240	CONVÊNIO SUS
MATRICULA 70000255702407	VALIDADE	
ASS. DO RESPONSÁVEL PELO INTERNAMENTO:		

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME: SUASSUN I Smar da Silva	SEXO: ( ) M ( ) F
DATA DE NASCIMENTO: 20 / 12 / 97	RG: 993484807 CPF:
FILIAÇÃO MÃE: MARIA SUELI GABRIEL DA SILVA	
PAI: ISMAEL TOMAZ DA SILVA	
ENDEREÇO: Rua Sítio Olho d'Água Nº 50	
BAIRRO: Centro	CIDADE: Mossoró RN
ESTADO: RN	CEP: 59182-000
RESPONSÁVEL:	PARENTESCO:
FONE: (84) 99845-0087	FONE: (84) 99800-0358
SUMÁRIO DE ALTA	
TIPO DE ALTA: ( ) MÉDICA ( ) ADMINISTRATIVA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) ÓBITO	
DATA: / / 2018 HORA:	ASS. RESPONSÁVEL DO SETOR:

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO
<p>Trauma do membro D há 20 dias, deformidade acentuada da clavícula. Mo = Fratura da clavícula tratando ortopedicamente da clavícula D + transfixação com ventose. 07/10/18</p>
PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA CNPJ: 09.417.742/0001-91
Confere com o Original
Carimbo e Ass. do Médico
Data: 28/10/2018
Prontoclínica da Criança - Mossoró RN Faturista
Dr. Francisco de Assis F. de Sousa Ortopedia - Traumatologia CRM 3636-RN



DESTINACÃO DO ATO CIRÚRGICO

[illegible]

### ACQUISITION OF LANGUAGE IN MEDICAL

## TERMINE ANESTESIA

ANESTESIA TIPO: Bloqueio Intercostal em 4 níveis + Sedação.

## TECNICA:

Dr. FRANCISCO DE ASSIS F. DE SOUZA  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 3635-RN

[illegible]

1. Venodilise
2. glukoze a sorbitolamp  
+ ABD 20 ml @ 20
3. Dexametomidin 5mg
4. Propofol 200mg
5. Alfaladin 2g
6. Dexametazon 10
7. Indometacin 4mg
8. Ranitidin 50mg
9. Dipirona 2g
10. Fentanyl 40mg

Dr. P. Christiano de Silva  
Anestesiologista  
CRM 8827  
CPF: 010.195.557

[illegible]



## RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Suedson Samuel da Silva Nº REGISTRO \_\_\_\_\_  
Data Nascimento 22/12/97 IDADE 26 anos M LEITO 204A Data de Admissão 07/03/18  
MÉDICO: Dr. Alencar

### ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

JEIUM COMPLETO INCLUINDO AGUA? ( ) Não (X) Sim início 22:00 PESO: 79 Kg Altura: 180 cm  
RETIRADA DE PRÓTESES/ORTESE/ADORNOS: (X) SIM ( ) NÃO  
ALÉRGICAS: (X) NÃO ( ) SIM: negativa  
DOENÇAS PREGRESSAS: ( ) DM ( ) HAS ( ) TABAGISMO ( ) HIV ( ) Hep B ( ) Hep C ( ) Arritmias ( ) DPOC ( ) AVC ( )  
Marcapasso ( ) Outros: \_\_\_\_\_ Medicamentos de uso frequente: \_\_\_\_\_  
Consentimento Cirúrgico Preenchido ( ) Não (X) Sim  
Exames: (X) Laboratório ( ) USG ( ) TC ( ) RNM ( ) Risco cirúrgico Outros: \_\_\_\_\_  
Encaminhado: ( ) Deambulando (X) Cadeira de Rodas ( ) Cama (X) consciente ( ) Inconsciente (X) Orientado ( )  
Desorientado

Anotações de Enfermagem:

Conferido informação acima por: Aureliana Admitido na sala: II Hora 14:50  
662.084

### ETAPA I: PRÉ-INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta: Fratura clavícula D

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO: (X) Limpa ( ) Contaminada ( ) Potencialmente Contaminada ( ) Infectada

1. Equipe completa presente (X) Sim ( ) Não
2. Paciente com identificação e cirurgia confirmada (X)
3. Termo de consentimento (X) Cirúrgico ( ) hemoterápico ( ) não, caso não esteja assinado contatar o médico.
4. Local da intervenção marcado corretamente (X) sim ( ) não ( ) não aplicável
5. Bisturi elétrico disponível e testado (X)
6. Aparelho de Anestesia (X)
7. Equipamento de Vídeo ( )
8. Monitor Multi-Parâmetro (X)
9. Saída de: Oxigênio (X) Ar Comprimido ( ) Vácuo ( )
10. Aspirador cirúrgico disponível e testado ( )
11. Mesa cirúrgica testada (X)

12. Item derivados solicitados e reservados ( ) sim ☒ Não ( ) Não aplicável  
 13. Paciente tem alergia conhecida ☒ sim ( ) não  
 14. Aparelho de anestesia testado ☒ sim ( ) não  
 15. Esterilizações dos instrumentais com indicadores ☒ sim ( ) não

#### ETAPA II: PRÉ-INCISÃO

16. Confirma nome do paciente, local da intervenção e cirurgia proposta ☒  
 17. Confirma preparo da pele com clorexidine degermante e tópica ☒ Sim ( ) não  
 18. Confirmar antibiótico profilático administrado ☒ sim ( ) não aplicável  
 19. Paciente em posição adequada ☒ sim ( ) não

#### EQUIPE DE ENFERMAGEM

20. Confirmar se a disponibilidade dos materiais e equipamentos solicitados para cirurgia ☒  
 20. Confirmar com a equipe médica se os exames necessários estão disponíveis ☒  
 21. Confirma bisturi elétrico e placas instalados corretamente ☒

#### INTER-OPERATÓRIO

Posicionamento: Dorsal ☒ Lateral direita ( ) Lateral esquerda ( ) Posição Ginecológica ( )  
 ( ) Decúbito Proclie ( ) Decúbito Ventral

Monitorização cardíaca: ☒ sim ( ) não PNI/Manguito em: MID Placa neutra: Local: MIB

Passado faixa de smarch: Não ☒ sim, em: \_\_\_\_\_ Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Soluções Antissépticas Usadas no Campo Operatório: ☒ Clorex degermante ( ) Clorex aquoso  
 ( ) Clorex Alcólica ☒ PVPI degermante  
 ( ) PVPI tintura ( ) \_\_\_\_\_

Infusões: SFO, 9% \_\_\_\_\_ ml R. Lactato: \_\_\_\_\_ ml R. Simples \_\_\_\_\_ ml SG5% \_\_\_\_\_ ml

Drenos: ( ) Penrose nº \_\_\_\_\_ ( ) Porto-vac nº \_\_\_\_\_ ( ) Tórax nº \_\_\_\_\_

Sinais vitais: PA 14x55 mmHg FC 113 bpm Sat 98 % T: \_\_\_\_\_ °C Hora: \_\_\_\_\_

Anestesia: Início 15:10 Término 16:30 ( ) Geral Inalatório ☒ Geral Venosa ( ) Sedação ( ) Local  
 ( ) Peridural ☒ Raqui ( ) Bloqueio: \_\_\_\_\_

IOT: ( ) Não ( ) sim - Cânula nº \_\_\_\_\_ IOT aramado: ( ) não ( ) sim nº \_\_\_\_\_

AVP: ( ) não ( ) sim \_\_\_\_\_, Jelco nº \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

Cateter O2: ( ) não ☒ sim SNG: ( ) NÃO ( ) SIM Nº \_\_\_\_\_ SVD ( ) NÃO ( ) SIM Nº \_\_\_\_\_

Perda operatória: Curativo limpo e seco

Cultura: \_\_\_\_\_ Anát. Patológico: ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_ Unid \_\_\_\_\_

Material Explantado: \_\_\_\_\_

Conferido por \_\_\_\_\_ Intercorrência \_\_\_\_\_

#### ETAPA III: ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

Confirmar se a contagem de compressas, instrumentais e agulhas foi realizada ( ) sim ( ) não

Caso a cirurgia realizada não tenha sido a proposta, \_\_\_\_\_

Medicações administradas ( anotar horários) Adm. 2 amp. dipirona, 1 amp. Paracetamol, 1 amp. dexametasona, 1 amp. ondansetron, 1 amp. talatril, 2 g. azarolima 2g.

OPME: ☒ NÃO ☐ SIM, qual

Placa 7 duras 5/7

Parafusos 2 N° 20

11 2 N° 18

11 2 N° 16

contical

Anotações de Enfermagem e Intercorrências 5/

Início da cirurgia: 16:20 Término da cirurgia: 16:25

CIRURGIÃO: Dr. Alves ASSISTENTE:                      ANESTESIOLOGISTA: Macieliani  
INSTRUMENTADORA: Francini CIRCULANTE: Elia ENFERMEIRA: Edna

URPA (Unidade de Recuperação pós-anestésica)

Condições de admissão do paciente:

☒ Acordado ☐ Sonolento ☐ agitado Ar ambiente ☐ MV 50%

☒ Cateter de O2 ☐ TQT ☒ AVP ☐ AVC

☐ Hipotensão ☐ Hipertensão ☐ Bradicardia ☐ Taquicardia ☐ Tremor ☐ Dor ☐ Baixa Saturação

☐ Hemorragias ☐ Desorientação ☐ Agitação ☐ Dispneia ☐ Broncoespasmo ☐ Outros:                     

Medicações Administradas na URPA (anotar horários):                     

Encaminhado para o andar

AVP ☒ AVC ☐ SNG ☐ SVD FECHADA ☐ DRENOS ☐ CURATIVOS LIMPOS 4

GESSO EM: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

EXAMES: ☒ Labor ☒ Raio x ☐ USG ☐ TC ☐ RNM ☐ RISCO CIRURGICO ☐ OUTROS:                     

ENCAMINHADO: ☒ Enfermaria ☐ UTI ☐ Alta Hospitalar ☐ Outros:                     

Anotações de Enfermagem: Encaminhado para enfermaria em  
meia deambulatorial sob assistência de enfermeira  
do com maquiagem e família, mantendo AVP

ENCAMINHADO POR: Elia

HORA: 19:00

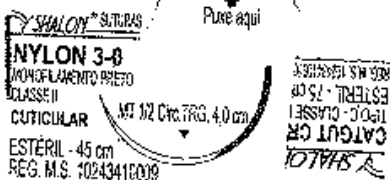
98912



CONTROLE E REGISTRO DOS MATERIAIS ESTERILIZADOS  
UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO

Número de Atendimento: _____	Convênio: <u>SUS</u>	Enfermeira Responsável <u>Edna</u> Edna M. Campêlo Coren/463.756
Nome: <u>Suelson Romual da Silva</u>		
Data de Nascimento: <u>22/10/94</u>	Genero: <u>masculino</u>	
Endereço: _____ Nº _____		
Bairro: _____ Cidade: _____		

PRONTOCLÍNICA DA CRIANÇA - CME CAIXA BÁSICA PARA ORTOPEDIA	
01 PINÇA KELLY CURVA FORTE	01 CABO DE BISTURI Nº 03
02 PINÇA KELLY RETA	01 CABO DE BISTURI Nº 04
02 PARES BACKAUSE	01 PAR DE FARABELFF
01 PINÇA ALLIS	01 CUBA RIM
01 TESOURA METZEMBAU CURVA	01 CUBA REDONDA MEDIA
01 TESOURA MAYO RETA	
02 PORTA AGULHA PADRÃO	
01 PINÇA DISSECCÃO COM DENTE	
01 PINÇA DISSECCÃO SEM DENTE	
01 PINÇA SHERON (ASSEPSIA)	
PREPARADA POR: <u>NEIBE</u>	TOTAL DE PEÇAS <b>24 PEÇAS</b>
DATA DE PREPARO: <u>25/10/11</u>	
VALIDADE: <u>25/05/12</u> CICLOM:	
LOTE: <u>605</u> AUTOCLAVE: <u>11</u>	
INSTRUMENTADORA: _____	
CIRCULANTE: _____	
OBSERVAÇÃO: _____	





**Prontoclínica Dr. Paulo Gurgel**  
**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

PACIENTE: Suedson S. Gurgel  
DIAGNOSTICO MÉDICO: neurociência

MÉDICO: Dr. A. A. A.

SETOR: 1ª andar

LEITO: 201

IDADE: 21a.

PROCEDÊNCIA: ☒ DOMICILIAR ☐ HOSPITALAR: QUAL: \_\_\_\_\_

ALERGIAS: Nega DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: Nega

EVOLUÇÃO 04/03/18 HORÁRIO: 12:30

**ASPECTO GERAL**

☒ CONSCIENTE ☒ ORIENTADO ☐ ALGO ORIENTADO \_\_\_\_\_  
☒ ATIVO ☒ CREATIVO ☐ HIPOATIVO \_\_\_\_\_  
☐ HIPERTÔNICO ☐ HIPOTÔNICO \_\_\_\_\_  
☐ COMATOSO ☐ SEDADO ☐ ANASARCA ☐ EDEMA \_\_\_\_\_

**ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)**

☐ AVP: \_\_\_\_\_  
☐ AVC: \_\_\_\_\_  
☐ Jélico: \_\_\_\_\_  
☐ Scalp: \_\_\_\_\_

**INFUSÃO INTRAVENOSA / MEDICAMENTOS/ATB**

☐ HV \_\_\_\_\_  
☒ BI \_\_\_\_\_  
☐ ATB \_\_\_\_\_

**PELE**

☒ HIDRATADA ☐ RESSECADA ☐ ICTÉRICA \_\_\_\_\_  
☒ NORMOCORADA ☐ HIPOCORADA ☐ CIANOSE \_\_\_\_\_  
☐ EXTREMIDADE FRIAS ☒ NORMOTÉRMICA \_\_\_\_\_  
☐ HIPOTERMIA: \_\_\_\_\_  
☐ HIPERTERMIA: \_\_\_\_\_  
☐ DRENO Local: \_\_\_\_\_  
Característica do líquido: \_\_\_\_\_

**APARELHO CARDIOPULMONAR**

☒ EUPNEICO ☐ DISPNEICO ☐ TAQUIPNEICO \_\_\_\_\_  
☐ BRADIPNEICO ☐ TIRAGEM: \_\_\_\_\_  
☐ RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: \_\_\_\_\_  
☐ TAQUICÁRDICO ☒ NORMOCÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES: Paciente sem queixas.  
evoluções.

**VENTILAÇÃO**

☒ O2 AMB ☐ MV \_\_\_\_\_ % ☐ HOOD: \_\_\_\_\_  
☐ ENTUBADO TOT Nº \_\_\_\_\_  
OBS: \_\_\_\_\_

**ELIMINAÇÕES**

**DIURESE**

☒ ESPONTÂNEA ☐ SVA A CADA: \_\_\_\_\_  
☐ HEMATÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ ANÚRIA \_\_\_\_\_  
☐ POLIÚRIA ☐ SVD \_\_\_\_\_  
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

**EVACUAÇÃO**

☐ ESPONTÂNEA \_\_\_\_\_  
☐ ESTÍMULO: \_\_\_\_\_  
☒ AUSENTE \_\_\_\_\_ DIAS \_\_\_\_\_  
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

**APARELHO DIGESTÓRIO**

**ABDOMEN**

☒ FLACIDO ☐ GLOBOSO ☐ SEMI GLOBOSO \_\_\_\_\_  
☐ DISTENDIDO ☐ DOR A PALPAÇÃO \_\_\_\_\_  
☐ TIMPÂNICO ☐ MACIO ☐ RUÍDOS HIDROAÉREOS \_\_\_\_\_

**LOCOMOÇÃO**

☒ DEAMBULANDO ☐ CADEIRA DE RODAS \_\_\_\_\_  
☐ SOBRE MACA ☐ MULETA \_\_\_\_\_

**DIETA**

☐ AO SEIO ☐ ORAL/COPINHO ☐ GEM \_\_\_\_\_  
☐ SOG/SNG \_\_\_\_\_  
☐ RESÍDUO GÁSTRICO: \_\_\_\_\_  
☒ ZERO ☐ VÔMITO \_\_\_\_\_ vezes

Assinatura do Enfermeiro  
Carimbo

EVOLUÇÃO 03/03/18 HORÁRIO: 12:30

**ASPECTO GERAL**

☒ CONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☐ ALGO ORIENTADO \_\_\_\_\_  
☒ ATIVO ☒ CREATIVO ☐ HIPOATIVO \_\_\_\_\_  
☐ HIPERTÔNICO ☐ HIPOTÔNICO \_\_\_\_\_  
☐ COMATOSO ☐ SEDADO ☐ ANASARCA ☐ EDEMA \_\_\_\_\_

**ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)**

☒ AVP: \_\_\_\_\_  
☐ AVC: \_\_\_\_\_  
☐ Jélico: \_\_\_\_\_  
☐ Scalp: \_\_\_\_\_

**INFUSÃO INTRAVENOSA / MEDICAMENTOS/ATB**

☒ HV \_\_\_\_\_  
☐ BI \_\_\_\_\_  
☒ ATB cefazolin

**VENTILAÇÃO**

☒ O2 AMB ☐ MV \_\_\_\_\_ % ☐ HOOD: \_\_\_\_\_  
☐ ENTUBADO TOT Nº \_\_\_\_\_  
OBS: \_\_\_\_\_

**ELIMINAÇÕES**

**DIURESE**

☒ ESPONTÂNEA ☐ SVA A CADA: \_\_\_\_\_  
☐ HEMATÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ ANÚRIA \_\_\_\_\_  
☐ POLIÚRIA ☐ SVD \_\_\_\_\_  
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

**EVACUAÇÃO**

☐ ESPONTÂNEA \_\_\_\_\_



**DEFE**

(X) HIDRATADA ( ) RESSECADA ( ) ICTÉRICA  
(X) NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA ( ) CIANOSE  
( ) EXTREMIDADE FRIAS (X) NORMOTÉRMICA  
( ) HIPOTERMIA: \_\_\_\_\_  
( ) HIPERTERMIA: \_\_\_\_\_  
( ) DRENO Local: \_\_\_\_\_  
Característica do líquido: \_\_\_\_\_

**APARELHO CARDIOPULMONAR**

(X) PNEICO ( ) DISPNEICO ( ) TAQUIPNEICO  
( ) BRADIPNEICO ( ) TIRAGEM: \_\_\_\_\_  
( ) RUIDOS ADVENTÍCIOS, TIPO: \_\_\_\_\_  
( ) TAQUICÁRDICO (X) NORMOCÁRDICO ( ) BRADICÁRDICO

**RESERVAÇÕES:**

\* P.O. 104  
\* P.O.

( ) ESTÍMULO: \_\_\_\_\_  
(X) AUSENTE \_\_\_\_\_ DIAS  
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

**APARELHO DIGESTÓRIO**

**ABDÔME**  
(X) FLACIDO ( ) GLOBOSO ( ) SEMI GLOBOSO  
( ) DISTENDIDO ( ) DOR A PALPAÇÃO  
( ) TIMPÂNICO ( ) MACIO ( ) RUIDOS HÍDRGAS  
LOCOMOÇÃO

**LOCOMOÇÃO**

(X) DEAMBULANDO ( ) CADDEIRA DE RODAS  
( ) SOBRE MACA ( ) MULETA

**DIETA**

( ) AO SEIO (X) ORAL/COPIRHO ( ) BTM  
( ) SUG/SNG  
( ) RESÍDUO GÁSTRICO: \_\_\_\_\_  
( ) ZERO ( ) VÔMITO \_\_\_\_\_ VÊZES

Kassya W.S. de Souza  
Enfermeira

CONTR. 24.43

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

**EVOLUÇÃO**

**DIAGNÓSTICO**

**ASPECTO GERAL**

( ) CONSCIENTE ( ) ORIENTADO ( ) ALGO ORIENTADO  
( ) ATIVO ( ) REATIVO ( ) HIPOATIVO  
( ) HIPERTÔNICO ( ) HIPOTÔNICO  
( ) COMATOSO ( ) SEDADO ( ) ANASARCA ( ) EDEMA

**VENTILAÇÃO**

( ) O2 AMB ( ) MV \_\_\_\_\_ % ( ) HOOD: \_\_\_\_\_  
( ) ENTUBADO TOT N° \_\_\_\_\_  
OBS: \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO VENOSO (Local e data de inserção)**

AVP: \_\_\_\_\_  
VVO: \_\_\_\_\_  
VVO: \_\_\_\_\_  
VVO: \_\_\_\_\_

**ELIMINAÇÕES**

**DIURESE**

( ) ESPONTÂNEA ( ) SVA A CADA: \_\_\_\_\_  
( ) HEMATÚRIA ( ) OLIGÚRIA ( ) ANÚRIA  
( ) POLIÚRIA ( ) SVD  
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

**USO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB**

IV: \_\_\_\_\_  
DI: \_\_\_\_\_  
ATB: \_\_\_\_\_

**EVACUAÇÃO**

( ) ESPONTÂNEA  
( ) ESTÍMULO: \_\_\_\_\_  
( ) AUSENTE \_\_\_\_\_ DIAS  
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

**DEFE**

(X) HIDRATADA ( ) RESSECADA ( ) ICTÉRICA  
(X) NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA ( ) CIANOSE  
( ) EXTREMIDADE FRIAS (X) NORMOTÉRMICA  
( ) HIPOTERMIA: \_\_\_\_\_  
( ) HIPERTERMIA: \_\_\_\_\_  
( ) DRENO Local: \_\_\_\_\_  
Característica do líquido: \_\_\_\_\_

**APARELHO DIGESTÓRIO**

**ABDÔME**  
( ) FLACIDO ( ) GLOBOSO ( ) SEMI GLOBOSO  
( ) DISTENDIDO ( ) DOR A PALPAÇÃO  
( ) TIMPÂNICO ( ) MACIO ( ) RUIDOS HÍDRGAS  
LOCOMOÇÃO

**LOCOMOÇÃO**

( ) DEAMBULANDO ( ) CADDEIRA DE RODAS  
( ) SOBRE MACA ( ) MULETA

**DIETA**

( ) AO SEIO (X) ORAL/COPIRHO ( ) BTM  
( ) SUG/SNG  
( ) RESÍDUO GÁSTRICO: \_\_\_\_\_  
( ) ZERO ( ) VÔMITO \_\_\_\_\_ VÊZES

**APARELHO CARDIOPULMONAR**

(X) PNEICO ( ) DISPNEICO ( ) TAQUIPNEICO  
( ) BRADIPNEICO ( ) TIRAGEM: \_\_\_\_\_  
( ) RUIDOS ADVENTÍCIOS, TIPO: \_\_\_\_\_  
( ) TAQUICÁRDICO (X) NORMOCÁRDICO ( ) BRADICÁRDICO

**RESERVAÇÕES:**

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

**PRONTOCLINICA**  
**Dr. Paulo Gurgel**

## RELATORIO DE ENFERMAGEM

PACIENTE: Jederson Jamall da Silva  
APTO.: 204A Nº REGIST.: \_\_\_\_\_  
CONVEN.: SUS

USO DE:		DATA / H		USO DE:		DATA	
BOMBA DE INE.	DIL.			ECG			
NEBULIZADOR	Nº			OXIG./UMIDIF.			
ASPIRADOR	DIL.			BERÇO AQUECIDO			
CURATIVO				FOTOTERAPIA			
				INCUBADORA			

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ASSINAT.
07.03.18	14:50	pct enc. ao C.C em maca consciente, orientado, em 02 anexos em anexo: exames lab + osp/RX	D. G. L. de Souza Téc. em Enfermagem COREN-RN 698001
07.03.18	17:00	pct retornou do C.C	Patricia Glenda M. Pinheiro Téc. em Enfermagem COREN-RN 698001
07.03.18	18:18	Aferido SSVCO	
07.03.18	20h	Adm voltaram m m - 2	
07.03.18	21h	Anexo I pressão arterial 120/80	
08.03.18	4h	Adm Depressão EV com ECG retorna EV - 1	Patricia Glenda M. Pinheiro Téc. em Enfermagem COREN-RN 698001
08.03.18	06h	Adm Depressão EV - 1	
08.03.18	07:15	Ressonância evolutiva em clavicula F0 limbo e seco.	Michael Eduardo de S. Sales Técnico em Enfermagem COREN-RN 936.933
08/3/18	08h	Adm med. EV cefalodina 1g + ABD.	Eduarda 4075839
08/3/18	08:40	Sauve de alta hospitalar, levando seus pertences, acompanhada de maqueiro em cadeira.	Eduarda

**PACIENTE**

Dr. Paulo Sérgio  
PACIENTE: Saldador, Samuel 04/11/1978  
REGISTRO: CONVÊNIO: SUS DATA: 02/03/18 APTID/ENE: 2001 A

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

APTO/ENF. 2004  
DATA: 07/03/8

DÉBITOS	
1	SERINGA 01
2	SERINGA 03 CC
3	SERINGA 05 CC
4	SERINGA 10 CC
5	SERINGA 20 CC
6	EQUIPO MICROTOMAS
7	EQUIPO P/BI
8	EQUIPO P/ SANGUE
9	RELCO Nº 2-10
10	SCALP NR
11	POJEX
12	LUVAS PROCEDIMENTO
13	LUVA ESTER. Nº
14	GAZES PCT
15	ESPARADRAPO
16	MICROPORÉ
17	ETER
18	ALCOOL 70%ml
19	ALGODÃO BOLA
20	AGULHA DESC.
21	CREPOM Nº
22	ALGODÃO ORTOP.
23	CEPACOL ml
24	POMADA
25	SONDA DE FOLEY
26	SONDA URETRAL
27	SONDA NASO
28	COLETOR FECHADO
29	COLETOR ABERTO
30	LAMINA BISTURI
31	ELETRODO
32	MASC. DESCAT
33	SORO FISIO. 0,9%
34	ATA HGT
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	

PRESCRIÇÃO	HORARIOS
01/03/68	
pepper water cream	
Prescrito por Dr. F. de Siqueira	
Indicação: Transmissão	
1000 5635-20	
01/03/68	
1. Tabela para a pasta das 18.00h	300
2. Tabela para a pasta das 18.00h	300 300
3. Cephalogin 1g	15
4. Cephalogin 1g	30
5. Cephalogin 1g	30
6. Cephalogin 1g	30
7. Cephalogin 1g	30
8. Cephalogin 1g	30
9. Cephalogin 1g	30
10. Cephalogin 1g	30
11. Cephalogin 1g	30
12. Cephalogin 1g	30
13. Cephalogin 1g	30
14. Cephalogin 1g	30
15. Cephalogin 1g	30
16. Cephalogin 1g	30
17. Cephalogin 1g	30
18. Cephalogin 1g	30
19. Cephalogin 1g	30
20. Cephalogin 1g	30
21. Cephalogin 1g	30
22. Cephalogin 1g	30
23. Cephalogin 1g	30
24. Cephalogin 1g	30
25. Cephalogin 1g	30
26. Cephalogin 1g	30
27. Cephalogin 1g	30
28. Cephalogin 1g	30
29. Cephalogin 1g	30
30. Cephalogin 1g	30
31. Cephalogin 1g	30
32. Cephalogin 1g	30
33. Cephalogin 1g	30
34. Cephalogin 1g	30
35. Cephalogin 1g	30
36. Cephalogin 1g	30
37. Cephalogin 1g	30
38. Cephalogin 1g	30
39. Cephalogin 1g	30
40. Cephalogin 1g	30
41. Cephalogin 1g	30
42. Cephalogin 1g	30
43. Cephalogin 1g	30
44. Cephalogin 1g	30
45. Cephalogin 1g	30
46. Cephalogin 1g	30
47. Cephalogin 1g	30
48. Cephalogin 1g	30
49. Cephalogin 1g	30
50. Cephalogin 1g	30
51. Cephalogin 1g	30
52. Cephalogin 1g	30
53. Cephalogin 1g	30
54. Cephalogin 1g	30
55. Cephalogin 1g	30
56. Cephalogin 1g	30
57. Cephalogin 1g	30
58. Cephalogin 1g	30
59. Cephalogin 1g	30
60. Cephalogin 1g	30
61. Cephalogin 1g	30
62. Cephalogin 1g	30
63. Cephalogin 1g	30
64. Cephalogin 1g	30
65. Cephalogin 1g	30
66. Cephalogin 1g	30
67. Cephalogin 1g	30
68. Cephalogin 1g	30
69. Cephalogin 1g	30
70. Cephalogin 1g	30
71. Cephalogin 1g	30
72. Cephalogin 1g	30
73. Cephalogin 1g	30
74. Cephalogin 1g	30
75. Cephalogin 1g	30
76. Cephalogin 1g	30
77. Cephalogin 1g	30
78. Cephalogin 1g	30
79. Cephalogin 1g	30
80. Cephalogin 1g	30
81. Cephalogin 1g	30
82. Cephalogin 1g	30
83. Cephalogin 1g	30
84. Cephalogin 1g	30
85. Cephalogin 1g	30
86. Cephalogin 1g	30
87. Cephalogin 1g	30
88. Cephalogin 1g	30
89. Cephalogin 1g	30
90. Cephalogin 1g	30
91. Cephalogin 1g	30
92. Cephalogin 1g	30
93. Cephalogin 1g	30
94. Cephalogin 1g	30
95. Cephalogin 1g	30
96. Cephalogin 1g	30
97. Cephalogin 1g	30
98. Cephalogin 1g	30
99. Cephalogin 1g	30
100. Cephalogin 1g	30







PACIENTE:	<u>Svedson</u>	REGISTRO Nº	
APTO.:	<u>2044</u>	CONVENIO	<u>SVG</u>
MÉDICO:	<u>Dr. F. de A. Aguiar</u>		

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES  
<https://pje.trjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19072315070841600000045730360>  
 Número do documento: 19072315070841600000045730360



SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **7329** 2018

Admissão: **14/02/2018 21:30:59**



SATURADO

OK

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: **61550 - SUEDSON ISMAEL DA SILVA** (20 a 1 m 23 d)

Nascimento: 22/12/1997

Natural: PARNAMIRIM.BRASIL

CNS: 700002557083407

CPF: 12250377430

Sexo: M Cor: PARDA

Mãe: MARIA SUELI GABRIEL DA SILVA

Prof:

Pai: ISMAEL TOMAZ DA SILVA

Logradouro: OLHO D'ÁGUA, 10

CEP: 59182000

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: MONTE ALEGRE

Telefone: 84.998450087

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Origem: AMBUL. INTERIOR

Tipo: REFERENCIADO

\*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS: REG. DR. KALIANDRE

Classificação: 14/02/2018 21:17:07

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FI02	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
			99%		36	77			

### HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM BRAÇO D

hora: 21:30

Paciente refere que há cerca de 1h sofreu queda de moto. Não perde de consciência ou vômitos. Refere dor elétrica.

### EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

Vias aéreas patentes, coloração normal.

MUC, normais, SICA ou rupturas.

Síntomas de trauma, distal hemodinamicamente.

Glasgow 15

Fratura de clavícula direita.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

História Hospitalar de Epidemiologia

15/02/18

Idade:

PROTOCOLO RECEBIDO  
21 MAI 2018  
TERRA DO SOL ADM  
E CORRETORA DE SEGS

PROTOCOLO RECEBIDO  
TERRA DO SOL ADM  
E CORRETORA DE SEGS

AGNÓSTICO INICIAL - CID

natureza de clavicula direita.

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASSOW	
Abertura Ocular (AO)	
Olhos se abrem espontaneamente	4
Olhos se abrem em resposta verbal, mas não por ordem ou em resposta a uma pessoa apontando, se possível marque 3, se não 2	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Resposta coerente e adequada a tudo que perguntar sobre nome, idade, endereço, data, o que está fazendo)	5
Conversa incoerente ou palavras sem significado	4
Falamos incoerências (fala aleatória, mas sem nenhum significado)	3
Somente sílabas (somando com estímulo doloroso)	2
Nenhuma	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Orientado e obedece verbalmente (Responde corretamente quando lhe perguntamos)	6
Resposta motora localizada	5
Resposta motora global	4
Reflexo de extensão dos membros	3
Reflexo de flexão dos membros	2
Nenhuma resposta motora	1
Total	

"ESCALA DE TRIAGEM DO FRANCA REVISADA - RTS"		
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO	
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15	= 2
	9-12	= 3
	8-10	= 2
	4-7	= 1
	3	= 0
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	19-20	= 4
	>20	= 3
	1-19	= 2
	1-15	= 1
	0	= 0
PRESSÃO ARTERIAL BASTOLCA	>90	= 4
	70-90	= 3
	50-70	= 2
	40	= 1
	0	= 0

“Alega a proposta que se dá direito a concessões e que o laboratório com laudo superior a 5 anos. Na Escola Quatzenfeldt seleciona-se 20 doentes por classificação e realização da triagem de acordo com as seguintes regras:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

Num. 47268280 - Pág. 37






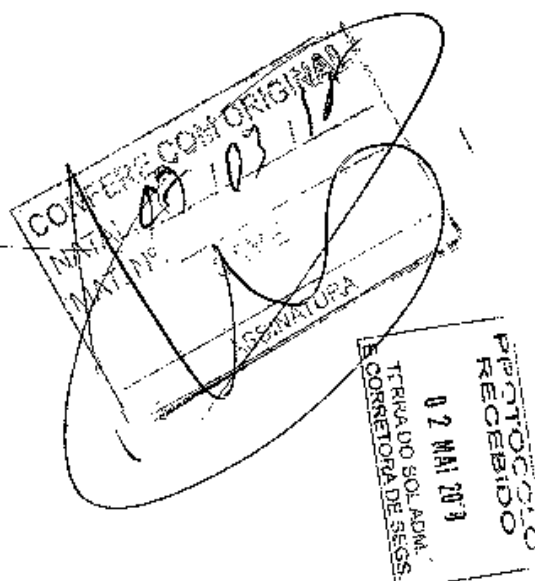
PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALEGRE  
SECRETARIA DE SAÚDE  
RECEITUÁRIO

- H. W. G. -  
- *Ortopedista* -

transmissão o Sr. Suedson  
Ismael da Silva de 19a,  
após acidente de moto,  
com provável fratura  
em clavícula direita.  
Atenciosamente

  
Maria Odília Santos Medeiros  
Médica de Trabalho  
CRM: 1332  
CPF: 166.578.294-34

Regulando:  
soluções  
Dr. Kalizandre



EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)	
A	
B	
C	
D	
E	
A (ALERGIAS): <u>Não</u> M (MEDICAÇÃO EM USO): <u>Não</u> P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): <u>Não</u> L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS): <u>Na 4:30</u> A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): <u>Na dormitório</u> V (PASSADO VACINAL): <u>Desconhece</u>	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)*** <u>Rx de massa de Ape perfil,</u> <u>olgo, Rx de clavícula</u> <u>unidade.</u> <u>Rx de tórax Ape perfil.</u>	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS     OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) <u>Exame físico de base em pneumotorax</u> <u>de base costal</u> <u>Ats de Curativos Geral</u>	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0; width: fit-content;">             José Tereza Fernandes Junior              MÉDICO              CRM RN 8317           </div>
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		
ESPECIALISTA 1: <i>Ortopedia</i>	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:

José Tereza Fernandes Júnior  
 MÉDICO  
 CRM RN 8317

**MÉDICO (CARIMBO)**

### EXAME FÍSICO

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)\*\*\*

LABORATÓRIO

## OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

### ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável:

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE: NDA/Internamento Nº do Boletim de Atendimento: \_\_\_\_\_

INTERNAMEATO NA CLÍNICA: *em tratamento* DATA: *14/08/18* HORA: *22h*

SAÍDA: \_\_\_\_\_ DATA: 1 / 1 HORA: \_\_\_\_\_

Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:

ÓBITO: DATA: / / HORA:

Entregue à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

**INTERNAMENTO NA CLÍNICA:**

DATA:        /        /        HORA:

SAÍDA:

DATA:        /        /        HORA:


Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para: \_\_\_\_\_

ÓBITO: DATA: / / HORA:

Entregue à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐

## DESTAÇAK

sem RX

 <b>PRONTOCLÍNICA</b> <b>Dr. Paulo Gurgel</b>		
<b>REGISTRO DE INTERNAMENTO</b>		
Nº AIH:	Nº ATENDIMENTO 319528	DATA 07/10/18 HS:
TIPO DE INTERNAMENTO:	CIRÚRGICO ( ) CLÍNICO ( ) PEDIÁTRICO	
ACOMODACÃO 511	LEITO: 540	CONVÊNIO SUS
MATRICULA 700002557021403	VALIDADE	
ASS. DO RESPONSÁVEL PELO INTERNAMENTO:		

<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>	
NOME: SUDSON ISMAEL DA SILVA	SEXO: ( ) M ( ) F
DATA DE NASCIMENTO: 22/12/97 RG: 03484804 CPF:	
FILIAÇÃO MÃE: MARIA SUILI GABRIEL DA SILVA	
PAI: ISMAEL TOMAZ DA SILVA	
ENDEREÇO: RUA SITA OLHO D'ÁGUA Nº 50	
BAIRRO: CÉZAR	CIDADE: MATE ALBERT
ESTADO: RJ	CEP: 53182-000
RESPONSÁVEL:	PARENTESCO:
PHONE: (24) 99845-0087	PHONE: (24) 99800-0358
<b>SUMÁRIO DE ALTA</b>	
TIPO DE ALTA: ( ) MÉDICA ( ) ADMINISTRATIVA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) ÓBITO	
DATA: / / 2018 HORA:	ASS. RESPONSÁVEL DO SETOR:

<b>RESUMO DO QUADRO CLÍNICO</b>
<p>trauma do membro D</p> <p>no 120 dias</p> <p>deformidades acentuadas da clavícula</p> <p>no = Fratura da clavícula</p> <p>tratando</p> <p>osteointerfer da clavícula D</p> <p>+ transfixação com fio de ouro</p> <p>07/10/18</p>
<p>PRONTOCLÍNICA DA CRIANÇA LTDA</p> <p>CNPJ: 09.417.742/0001-91</p> <p>Confere com o Original</p> <p>DATA: 28/10/2018</p> <p>Carimbo e Ass. do Médico</p>

ProntoClínica da Criança  
Faturista

Dr. Francisco de Assis F. de Sousa  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 3636-RN

PACIENTE: **Wedson Tenente da Silva**

RES. AGENTE Nº: **005**  
 CONVENIO: **005**  
 DATA: **07-05-2010**  
 HORA: **07:05**  
 TERMINO: **10:00**  
 SANGUE: **00**

CHIRURGIA:	PROCEDIMENTOS:	EQUIPAMENTOS / TIPO DE USO	DATA:
1º AUXILIAR:	1º SOB PRESSÃO:	AR COMPARTIM.:	07-05-2010
2º AUXILIAR:	2º SOB PRESSÃO:	GAS CARBÔNICO:	
3º AUXILIAR:	3º SOB PRESSÃO:	NITROGENIO:	
ANESTESISTA:	4º SOB PRESSÃO:	01 SOB CATETER:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	5º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	6º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	7º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	8º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	9º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	10º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	11º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	12º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	13º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	14º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	15º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	16º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	17º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	18º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	19º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	20º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	21º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	22º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	23º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	24º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	25º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	26º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	27º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	28º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	29º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	30º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	31º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	32º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	33º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	34º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	35º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	36º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	37º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	38º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	39º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	40º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	41º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	42º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	43º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	44º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	45º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	46º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	47º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	48º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	49º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	50º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	51º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	52º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	53º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	54º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	55º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	56º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	57º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	58º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	59º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	60º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	61º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	62º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	63º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	64º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	65º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	66º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	67º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	68º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	69º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	70º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	71º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	72º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	73º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	74º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	75º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	76º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	77º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	78º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	79º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	80º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	81º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	82º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	83º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	84º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	85º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	86º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	87º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	88º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	89º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	90º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	91º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	92º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	93º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	94º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	95º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	96º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	97º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	98º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	99º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA ADJUNTO:	100º SOB PRESSÃO:	01 SOB PRESSÃO:	





# RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Guedes Samuel da Silva Nº REGISTRO \_\_\_\_\_  
Data Nascimento 22/12/97 IDADE 20a Sexo m LEITO 904A Data de Admissão 07/03/18  
MÉDICO: Dr. Alencar

## ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

JEJUM COMPLETO INCLUINDO AGUA? ( ) Não (X) Sim início 08:00 PESO: 79 Kg Altura 1,80 cm  
RETIRADA DE PRÓTESES/ORTESE/ADORNOS: (X) SIM ( ) NÃO  
ALERGIAS: (X) NÃO ( ) SIM: negativa  
DOENÇAS PREGRESSAS: ( ) DM ( ) HAS ( ) TABAGISMO ( ) HIV ( ) Hep B ( ) Hep C ( ) Arritmias ( ) DPOC ( ) AVC ( )  
Mecapasso ( ) Outros: \_\_\_\_\_ Medicamentos de uso frequente: \_\_\_\_\_  
Consentimento Cirúrgico Preenchido ( ) Não (X) Sim  
Exames: (X) Labor (X) Raio x ( ) USG ( ) TC ( ) RNM ( ) Risco cirúrgico Outros: \_\_\_\_\_  
Encaminhado: ( ) Deambulando (X) Cadeira de Rodas ( ) Maca (X) consciente ( ) Inconsciente (X) Orientado ( )  
Desorientado

Anotações de Enfermagem:

Conferido informação acima por: Aureliana Admitido na sala: II Hora 14:50  
062.084

## ETAPA I: PRÉ-INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta Fratura clavícula D'

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO: (X) Limpa ( ) Contaminada ( ) Potencialmente Contaminada ( ) Infectada

1. Equipe completa presente (X) Sim ( ) Não
2. Paciente com identificação e cirurgia confirmada (X)
3. Termo de consentimento (X) Cirúrgico ( ) hemoterápico ( ) não, caso não esteja assinado contatar o médico.
4. Local da intervenção marcado corretamente (X) sim ( ) não ( ) não aplicável
5. Bisturi elétrico disponível e testado (X)
6. Aparelho de Anestesia (X)
7. Equipamento de Vídeo ( )
8. Monitor Multi-Parâmetro (X)
9. Saída de: Oxigênio (X) Ar Comprimido ( ) Vácuo ( )
10. Aspirador cirúrgico disponível e testado ( )
11. Mesa cirúrgica testada (X)

12. Hemoderivados solicitados e reservados ( ) sim ☒ Não ( ) Não aplicável  
 13. Paciente tem alergia conhecida ☒ sim ( ) não  
 14. Aparelho de anestesia testado ☒ sim ( ) não  
 15. Esterilizações dos instrumentais com indicadores ☒ sim ( ) não

#### ETAPA II: PRÉ-INCISÃO

16. Confirma nome do paciente, local da intervenção e cirurgia proposta ☒  
 17. Confirma preparo da pele com clorexidine degermante e tópica ☒ Sim ( ) não  
 18. Confirmar antibiótico profilático administrado ☒ sim ( ) não aplicável  
 19. Paciente em posição adequada ☒ sim ( ) não

#### EQUIPE DE ENFERMAGEM

20. Confirmar se a disponibilidade dos materiais e equipamentos solicitados para cirurgia ☒  
 20. Confirmar com a equipe médica se os exames necessários estão disponíveis ☒  
 21. Confirma bisturi elétrico e placas instalados corretamente ☒

#### INTRA-OPERATORIO

Posicionamento: Dorsal ☒ Lateral direita ( ) Lateral esquerda ( ) Posição Ginecológica ( )  
 ( ) Decúbito Proclie ( ) Decúbito Ventral

Monitorização cardíaca: ☒ sim ( ) não PNI/Manguito em: M1 D Placa neutra: Local: M1 B

Passado faixa de smarch: Não ☒ ( ) sim, em: \_\_\_\_\_ Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Soluções Antissépticas Usadas no Campo Operatório: ☒ Clorex degermante ( ) Clorex aquoso  
 ( ) Clorex Alcolica ☒ PVPI degermante  
 ( ) PVPI tinctura ( ) \_\_\_\_\_

Infusões: SFO,9% \_\_\_\_\_ ml R.Lactato: \_\_\_\_\_ ml R.Simples \_\_\_\_\_ ml SG5% \_\_\_\_\_ ml

Drenos: ( ) Penrose nº \_\_\_\_\_ ( ) Porto-vac nº \_\_\_\_\_ ( ) Tórax nº \_\_\_\_\_

Sinais vitais: PA 14x75 mmHg FC 113 bpm Sat 98 % T: \_\_\_\_\_ °C Hora: \_\_\_\_\_

Anestesia: Início 15:10 Término 16:30 ( ) Geral Inalatório ☒ Geral Venosa ( ) Sedação ( ) Local  
 ( ) Peridural ☒ Raquí ( ) Bloqueio: \_\_\_\_\_

IOT: ( ) Não ( ) sim - Cânula nº \_\_\_\_\_ IOT aramado: ( ) não ( ) sim nº \_\_\_\_\_

AVP: ( ) não ( ) sim \_\_\_\_\_, Jelco nº \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

Cateter O2: ( ) não ☒ sim SNG: ( ) NÃO ( ) SIM nº \_\_\_\_\_ SVD ( ) NÃO ( ) SIM nº \_\_\_\_\_

Ferida operatória: Curativo limpo e seco

Cultura: \_\_\_\_\_ Anát.Patológico: ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_ Unid \_\_\_\_\_

Material Explantado: \_\_\_\_\_

Conferido por \_\_\_\_\_ Intercorrência \_\_\_\_\_

#### ETAPA III: ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

- Confirmar se a contagem de compressas, instrumentais e agulhas foi realizada ( ) sim ( ) não  
 Caso a cirurgia realizada não tenha sido a proposta, \_\_\_\_\_

Medicações administradas ( anotar horários) Adm. 2 Amp. dupirona, 1 Amp. Bonitidina, 1 Amp. dexanotona, 1 Amp. Ondansetron, 1 Amp. talatril, Tyazalina 2g.



OPME: ☒ NÃO ( ) SIM, qual

Risco 7 dias 5/7

Paraviso 2 N° 20

11 2 N° 18

11 2 N° 16

> cortical

Anotações de Enfermagem e Intcorrências 5/

Início da cirurgia: 15:20 Término da cirurgia: 16:25

CIRURGIÃO Dr. Alves ASSISTENTE: \_\_\_\_\_ ANESTESIOLOGISTA Dr. Cristiano  
INSTRUMENTADORA F. Monelli CIRCULANTE: elisa ENFERMEIRA: Rosa

URPA (Unidade de Recuperação pós-anestésica)

Condições de admissão do paciente:

☒ Acordado ( ) Sonolento ( ) agitado Ar ambiente ( ) MV 50%

☒ Caráter de O2 ( ) TOT ☒ AVP ( ) AVC

( ) Hipotensão ( ) Hipertensão ( ) Bradicardia ( ) Taquicardia ( ) Tremor ( ) Dor ( ) Baixa Saturação

( ) Hemorragias ( ) Desorientação ( ) Agitação ( ) Dispneia ( ) Broncoespasmo ( ) Outros. \_\_\_\_\_

Medicações Administradas na URPA (anotar horários) \_\_\_\_\_

Encaminhado para o andar

AVP ☒ AVC ( ) SNG ( ) SVD FECHADA ( ) DRENOS ( ) CURATIVOS LIMPOS 4

GESSO EM: MSD ( ) MSE ( ) MID ( ) MIE ( )

EXAMES: ☒ Laboratório ☒ Raio x ( ) USG ( ) TC ( ) RNM ( ) RISCO CIRÚRGICO ( ) OUTROS \_\_\_\_\_

ENCAMINHADO: ☒ Enfermaria ( ) UTI ( ) Alta Hospitalar ( ) Outros \_\_\_\_\_

Anotações de Enfermagem: Encaminhado para enfermaria, com  
med. dicubito dorsal sob anestesia, com monitor  
do com máquina e família, mantendo ACP MSE.

ENCAMINHADO POR: elisa HORA: 14:00  
98919



# CONTROLE E REGISTRO DOS MATERIAIS ESTERILIZADOS

UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO

Número de Atendimento: _____	Convênio: <u>SUS</u>	Enfermeira Responsável <u>Edna</u> Edna M. Campêlo Coren/463.756
Nome: <u>Suelton Inmacul da Silva</u>		
Data de Nascimento: <u>22/10/94</u> Gênero: <u>Masculino</u>		
Endereço: _____ Nº _____		
Bairro: _____ Cidade: _____		

PRONTOCLÍNICA DA CRIANÇA - CME CAIXA BÁSICA PARA ORTÓPEDIA	
01 PINÇA KELLY CURVA FORTE 02 PINÇA KELLY RETA 02 PARES BACKAUSE 01 PINÇA ALLIS 01 TESOURA METZEMBAU CURVA 01 TESOURA MAYO RETA 02 PORTA AGULHA PADRÃO 01 PINÇA DISSEÇÃO COM DENTE 01 PINÇA DISSEÇÃO SEM DENTE 01 PINÇA SHERON (ASSEPSIA)	01 CABO DE BISTURI Nº 03 01 CABO DE BISTURI Nº 04 01 PAR DE FARABELFF 01 CUBA RIM 01 CUBA REDONDA-MEDIA
PREPARADA POR: <u>[assinatura]</u>	TOTAL DE PEÇAS
DATA DE PREPARO: <u>23/05/18</u>	24 PEÇAS
VALIDADE: <u>30/05/18</u> CICLON: <u>1000</u>	
LOTE: <u>000</u> AUTOCLAVE: <u>21</u>	
INSTRUMENTADORA: _____	
CIRCULANTE: <u>OK</u>	
OBSERVAÇÃO: _____	





**Prontoclínica Dr. Paulo Gurgel**  
**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

PACIENTE: Suedson Israel  
DIAGNOSTICO MÉDICO: resuscitado

MÉDICO: Dr. Azeite

SETOR: 1ª andar LEITO: 20

IDADE: 23a.

PROCEDÊNCIA: ☒ DOMICILIAR ( ) HOSPITALAR: QUAL:

ALERGIAS: Não

DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: Não

EVOLUÇÃO 07/03/18 HORÁRIO: 12:30

**ASPECTO GERAL**

( ) CONSCIENTE ☒ ORIENTADO ( ) ALGO ORIENTADO  
( ) ATIVO ☒ REATIVO ( ) HIPOATIVO  
( ) HIPERTÔNICO ( ) HIPOTÔNICO  
( ) COMATOSO ( ) SEDADO ( ) ANASARCA ( ) EDEMA

**ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)**

( ) AVP: \_\_\_\_\_  
( ) AVC: \_\_\_\_\_  
( ) Jelco: \_\_\_\_\_  
( ) Scalp: \_\_\_\_\_

**INFUSÃO INTRAVENOSA / MEDICAMENTOS/ATB**

( ) HV \_\_\_\_\_  
( ) BI \_\_\_\_\_  
( ) ATB \_\_\_\_\_

**PELE**

( ☒ ) HÍDRATAÇÃO ( ) RESSECAÇÃO ( ) ICTÉRICA  
( ) NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA ( ) CIANOSE  
( ) EXTREMIDADES FRIAS ☒ NORMOTÉRMICA  
( ) HIPOTERMIA: \_\_\_\_\_  
( ) HIPERTERMIA: \_\_\_\_\_  
( ) DRENO Local: \_\_\_\_\_

Característica do líquido: \_\_\_\_\_

**APARELHO CARDIOPULMONAR**

( ) EUPNEICO ( ) DISPNEICO ( ) TAQUIPNEICO  
( ) BRADIPNEICO ( ) TIRAGEM: \_\_\_\_\_  
( ) RUÍDOS ADVENTÍCIOS TIPO: \_\_\_\_\_  
( ) TAQUICÁRDICO ☒ NORMOCÁRDICO ( ) BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES: Paciente sem queixas.  
evoluindo

**VENTILAÇÃO**

☒ O2 AMB ( ) MV \_\_\_\_\_ % ( ) HOOD: \_\_\_\_\_  
( ) ENTUBADO TOT Nº \_\_\_\_\_  
OBS: \_\_\_\_\_

**ELIMINAÇÕES**

**DIURESE**

( ☒ ) ESPONTÂNEA ( ) SVA A CADA: \_\_\_\_\_  
( ) HEMATÚRIA ( ) OLIGÚRIA ( ) ANÚRIA  
( ) POLIÚRIA ( ) SVD \_\_\_\_\_  
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

**EVACUAÇÃO**

( ) ESPONTÂNEA  
( ) ESTÍMULO: \_\_\_\_\_  
( ☒ ) AUSENTE \_\_\_\_\_ DIAS  
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

**APARELHO DIGESTÓRIO**

**ABDOMEN**

( ☒ ) FLACIDO ( ) GLOBOSO ( ) SEMI GLOBOSO  
( ) DISTENDIDO ( ) DOR A PALPAÇÃO  
( ) TIMPÂNICO ( ) MACIO ( ) RUÍDOS HÍDROAÉREOS

**LOCOMOÇÃO**

( ☒ ) DEAMBULANDO ( ) CADEIRA DE RODAS  
( ) SOBRE MACA ( ) MULETA

**DIETA**

( ) AO SEIO ( ) ORAL/COPINHO ( ) GTM  
( ) SÓ SNG \_\_\_\_\_  
( ) RESÍDUO GÁSTRICO: \_\_\_\_\_  
( ☒ ) ZERO ( ) VÔMITO \_\_\_\_\_ vezes

RECEITA: EX + exame lab. 1x

Assinatura do Enfermeiro  
Mrs. Lúcia dos Santos

EVOLUÇÃO 09/03/18 HORÁRIO: 12:40

**ASPECTO GERAL**

( ☒ ) CONSCIENTE ( ☒ ) ORIENTADO ( ) ALGO ORIENTADO  
( ☒ ) ATIVO ( ☒ ) REATIVO ( ) HIPOATIVO  
( ) HIPERTÔNICO ( ) HIPOTÔNICO  
( ) COMATOSO ( ) SEDADO ( ) ANASARCA ( ) EDEMA

**ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)**

( ☒ ) AVP: \_\_\_\_\_  
( ) AVC: \_\_\_\_\_  
( ) Jelco: \_\_\_\_\_  
( ) Scalp: \_\_\_\_\_

**INFUSÃO INTRAVENOSA / MEDICAMENTOS/ATB**

( ☒ ) HV \_\_\_\_\_  
( ) BI \_\_\_\_\_  
( ☒ ) ATB cefazolin

**VENTILAÇÃO**

( ☒ ) O2 AMB ( ) MV \_\_\_\_\_ % ( ) HOOD: \_\_\_\_\_  
( ) ENTUBADO TOT Nº \_\_\_\_\_  
OBS: \_\_\_\_\_

**ELIMINAÇÕES**

**DIURESE**

( ☒ ) ESPONTÂNEA ( ) SVA A CADA: \_\_\_\_\_  
( ) HEMATÚRIA ( ) OLIGÚRIA ( ) ANÚRIA  
( ) POLIÚRIA ( ) SVD \_\_\_\_\_  
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

**EVACUAÇÃO**

( ) ESPONTÂNEA

☒ HÍDRATADA ☐ RESSECADA ☐ ICTÉRICA  
☒ NORMOCORADA ☐ HIPOCORADA ☐ CIANOSE  
☐ EXTREMIDADES FRIAS ☒ NORMOTÉRMICA  
☐ HIPOTERMIA: \_\_\_\_\_  
☐ HIPERTERMIA: \_\_\_\_\_  
☐ DORENO Local: \_\_\_\_\_  
 Características do líquido: \_\_\_\_\_

#### APARELHO CARDIOPULMONAR

☐ SUPINEICO ☐ DISPNEICO ☐ TAQUIPNEICO  
☐ BRADIPNEICO ☐ TIRAGEM: \_\_\_\_\_  
 RUIDOS ADVENTÍCIOS TIPO: \_\_\_\_\_  
☐ TAQUICÁRDICO ☒ NORMOCÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO

#### OBSERVAÇÕES:

E 20/10/20  
 20/10

☐ ESTÍMULO: \_\_\_\_\_  
☒ AUSENTE \_\_\_\_\_ DIAS  
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

#### APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOME  
☒ FLÁCIDO ☐ GLOBOSO ☐ SEMI GLOBOSO  
☐ DISTENDIDO ☐ DOR A PALPAÇÃO  
☐ TIMPÂNICO ☐ MACIÇO ☐ RUIDOS HIDROAÉREOS

#### LOCOMOÇÃO

☒ DEAMBULANDO ☐ CADEIRA DE RODAS  
☐ SOBRE MÃO ☐ MULETA

#### DIETA

☐ AO SEIO ☒ ORAL/COPINHO ☐ GTM  
☐ SÓL/SNG \_\_\_\_\_  
☐ RESÍDUO GÁSTRICO: \_\_\_\_\_  
☐ ZERO ☐ VÔMITO \_\_\_\_\_ VÊZES

Kassya W.S. de Souza

Enfermeira

CONCRETE 234215

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

#### ASPECTO GERAL

☐ CONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☐ ALGO ORIENTADO  
☐ ATIVO ☐ REATIVO ☐ HIPOATIVO  
☐ HIPERTÔNICO ☐ HIPOTÔNICO  
☐ COMATOSO ☐ SEDADO ☐ ANASARCA ☐ EDEMA

#### VEIO VENOSO (Local e data de inserção)

VAV: \_\_\_\_\_  
 VVC: \_\_\_\_\_  
 VVC: \_\_\_\_\_  
 VVC: \_\_\_\_\_

#### USO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

IV: \_\_\_\_\_  
 B: \_\_\_\_\_  
 ATB: \_\_\_\_\_

☒ HÍDRATADA ☐ RESSECADA ☐ ICTÉRICA  
☒ NORMOCORADA ☐ HIPOCORADA ☐ CIANOSE  
☐ EXTREMIDADES FRIAS ☒ NORMOTÉRMICA  
☐ HIPOTERMIA: \_\_\_\_\_  
☐ HIPERTERMIA: \_\_\_\_\_  
☐ DORENO Local: \_\_\_\_\_  
 Características do líquido: \_\_\_\_\_

#### APARELHO CARDIOPULMONAR

☐ SUPINEICO ☐ DISPNEICO ☐ TAQUIPNEICO  
☐ BRADIPNEICO ☐ TIRAGEM: \_\_\_\_\_  
 RUIDOS ADVENTÍCIOS TIPO: \_\_\_\_\_  
☐ TAQUICÁRDICO ☐ NORMOCÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO

#### OBSERVAÇÕES:

#### VENTILAÇÃO

☐ O2 AMB ☐ IMV \_\_\_\_\_ % ☐ IMDD: \_\_\_\_\_  
☐ INTUBADO TOT Nº \_\_\_\_\_  
 ORS: \_\_\_\_\_

#### ELIMINAÇÕES

DIURESE  
☐ ESPONTÂNEA ☐ JSVA A CADA \_\_\_\_\_  
☐ HEMATÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ ANÚRIA  
☐ POLIÚRIA ☐ SVD \_\_\_\_\_  
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

#### EVACUAÇÃO

☐ ESPONTÂNEA  
☐ ESTÍMULO: \_\_\_\_\_  
☐ AUSENTE \_\_\_\_\_ DIAS  
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

#### APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOME  
☐ FLÁCIDO ☐ GLOBOSO ☐ SEMI GLOBOSO  
☐ DISTENDIDO ☐ DOR A PALPAÇÃO  
☐ TIMPÂNICO ☐ MACIÇO ☐ RUIDOS HIDROAÉREOS

#### LOCOMOÇÃO

☐ DEAMBULANDO ☐ CADEIRA DE RODAS  
☐ SOBRE MÃO ☐ MULETA

#### DIETA

☐ AO SEIO ☐ ORAL/COPINHO ☐ GTM  
☐ SÓL/SNG \_\_\_\_\_  
☐ RESÍDUO GÁSTRICO: \_\_\_\_\_  
☐ ZERO ☐ VÔMITO \_\_\_\_\_ VÊZES

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro



PACIENTE Suetsen Ismael da Silva  
APTO.: 204A Nº REGIST. \_\_\_\_\_  
CONVEN. SUS

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ASSINAT.
07.03.18	14:50	pct enc. ao C.C em maca consciente, orientado, em O <sub>2</sub> amb., em anexo: exames lab + op/RX	D.E.L. de Amorim D.E.L. de Amorim D.E.L. de Amorim D.E.L. de Amorim D.E.L. de Amorim
07.03.18	17:00	Pct retornou do C.C	Patricia Glenda M. Pinheiro Téc. em Enfermagem COREN-RN 69890
07.03.18	18:18	Aferido SSV	Patricia Glenda M. Pinheiro Téc. em Enfermagem COREN-RN 69890
07.03.18	20:00	adm voltaram m	Patricia Glenda M. Pinheiro Téc. em Enfermagem COREN-RN 69890
07.03.18	21:10	Anexo I de ultra-oxigeno	Patricia Glenda M. Pinheiro Téc. em Enfermagem COREN-RN 69890
08.03.18	14:00	Adm. depuradora eu + adm e latina eu	Patricia Glenda M. Pinheiro Téc. em Enfermagem COREN-RN 69890
08.03.18	06:00	Adm. depuradora eu	Patricia Glenda M. Pinheiro Téc. em Enfermagem COREN-RN 69890
08.03.18	07:05	Removido arrotivo em clavícula. FO limpo e seco.	Miriam F. de S. Silva Téc. em Enfermagem COREN-RN 69890
08/3/18	08h	Adm. med. ev cefalodina 1g + ABD	Eduarda 107 1075839 Eduarda
08/3/18	08:40	Sauv de alta hospitalar, levando seus pertences, acompanhado de maquiagem em cadeira.	Eduarda 107 1075839 Eduarda

✱ ✱ ✱

FRONTIER, INC.  
Dr. Philip Krummel

**PACIENTE**

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

045164 200 A  
PATIENTE: Samuel Sueden  
PRODOTTORE: PABLO SUEN  
CITY: SUELEN

DATA: 07/03/18

PRESCRIÇÃO	HORARIOS
07/05/18	
fevereiro 2018	
Tratamento de 1º grau	
Tratamento de 2º grau	
Tratamento de 3º grau	
Tratamento de 4º grau	
Tratamento de 5º grau	
Tratamento de 6º grau	
Tratamento de 7º grau	
Tratamento de 8º grau	
Tratamento de 9º grau	
Tratamento de 10º grau	
Tratamento de 11º grau	
Tratamento de 12º grau	
Tratamento de 13º grau	
Tratamento de 14º grau	
Tratamento de 15º grau	
Tratamento de 16º grau	
Tratamento de 17º grau	
Tratamento de 18º grau	
Tratamento de 19º grau	
Tratamento de 20º grau	
Tratamento de 21º grau	
Tratamento de 22º grau	
Tratamento de 23º grau	
Tratamento de 24º grau	
Tratamento de 25º grau	
Tratamento de 26º grau	
Tratamento de 27º grau	
Tratamento de 28º grau	
Tratamento de 29º grau	
Tratamento de 30º grau	
Tratamento de 31º grau	
Tratamento de 32º grau	
Tratamento de 33º grau	
Tratamento de 34º grau	
Tratamento de 35º grau	
Tratamento de 36º grau	
Tratamento de 37º grau	
Tratamento de 38º grau	
Tratamento de 39º grau	
Tratamento de 40º grau	
Tratamento de 41º grau	
Tratamento de 42º grau	
Tratamento de 43º grau	
Tratamento de 44º grau	
Tratamento de 45º grau	
Tratamento de 46º grau	
Tratamento de 47º grau	
Tratamento de 48º grau	
Tratamento de 49º grau	
Tratamento de 50º grau	
Tratamento de 51º grau	
Tratamento de 52º grau	
Tratamento de 53º grau	
Tratamento de 54º grau	
Tratamento de 55º grau	
Tratamento de 56º grau	
Tratamento de 57º grau	
Tratamento de 58º grau	
Tratamento de 59º grau	
Tratamento de 60º grau	
Tratamento de 61º grau	
Tratamento de 62º grau	
Tratamento de 63º grau	
Tratamento de 64º grau	
Tratamento de 65º grau	
Tratamento de 66º grau	
Tratamento de 67º grau	
Tratamento de 68º grau	
Tratamento de 69º grau	
Tratamento de 70º grau	
Tratamento de 71º grau	
Tratamento de 72º grau	
Tratamento de 73º grau	
Tratamento de 74º grau	
Tratamento de 75º grau	
Tratamento de 76º grau	
Tratamento de 77º grau	
Tratamento de 78º grau	
Tratamento de 79º grau	
Tratamento de 80º grau	
Tratamento de 81º grau	
Tratamento de 82º grau	
Tratamento de 83º grau	
Tratamento de 84º grau	
Tratamento de 85º grau	
Tratamento de 86º grau	
Tratamento de 87º grau	
Tratamento de 88º grau	
Tratamento de 89º grau	
Tratamento de 90º grau	
Tratamento de 91º grau	
Tratamento de 92º grau	
Tratamento de 93º grau	
Tratamento de 94º grau	
Tratamento de 95º grau	
Tratamento de 96º grau	
Tratamento de 97º grau	
Tratamento de 98º grau	
Tratamento de 99º grau	
Tratamento de 100º grau	

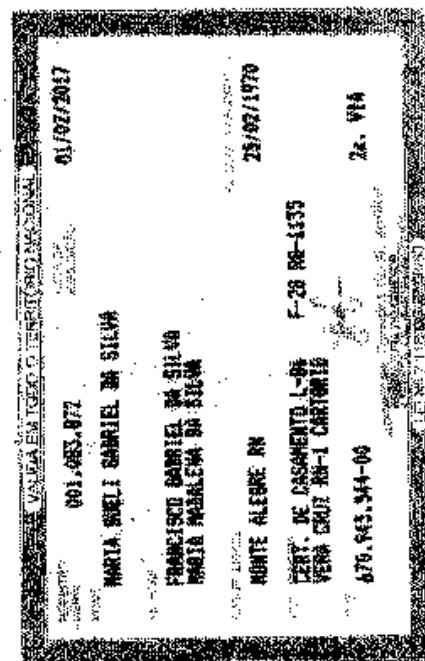
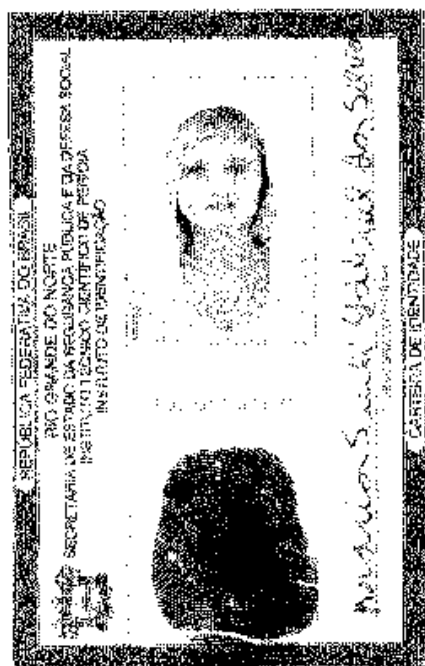
Transcript of the  
Hearings of the  
Committee on  
Education and  
Labor, U.S. Senate,  
February 1954

**MC FARLAND**

## ORDEN

[illegible]

PRESCRIÇÃO MÉDICA	DATA:
Prescritor: <i>F. M. da Silva</i>	
APROVADO:	
CONVÊNIO:	
REGISTRO	
PACIENTE	
Dr. Paulo Roberto	



RECEBIMOS  
02 MAI 2011  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO



[illegible]

RECEIVED  
FEB 10 1964  
U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE  
WASHINGTON, D.C.

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180198097 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SUEDSON ISMAEL DA SILVA **Data do acidente:** 14/02/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 11/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SINISTRO INDEFINIDO, COM MENOS DE 90 DIAS, SEM PROGNÓSTICO.

### 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

### PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** JORGE ALBERTO C DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.37730-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180198097 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SUEDSON ISMAEL DA SILVA **Data do acidente:** 14/02/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 24/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITI AVALIAR SEQUELA.

### 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

### PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** EDSON L D ANDRADE

**CRM do médico:** 52.44121-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: SUEDSON ISMAEL DA SILVA, brasileiro(a),  
estado civil: SOLTEIRO Profissão: MOTORISTA portador(a) do RG  
003.484.807, órgão expedidor ITEP e do CPF: 122.503.774-30 residente  
no(a) RUA SÍTIO OLHO D'ÁGUA nº SN,  
bairro: \_\_\_\_\_, município: MONTA ALEGRE / RN

### OUTORGADO:

Nome: MARIA SUELI GABRIEL DA SILVA, brasileiro(a)  
estado civil: CASADA Profissão: PROFESSORA portador(a) do RG  
001.083.872, órgão expedidor \_\_\_\_\_ e do CPF: 670.943.544-00, residente  
no(a) RUA SÍTIO OLHO D'ÁGUA nº \_\_\_\_\_  
bairro: \_\_\_\_\_, município: MONTA ALEGRE / RN

#### PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

NATAL 08/03/18

Local e Data

Suedson Ismael da Silva

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



4º Ofício de Notas

Reconheço AUTÊNTICA a firma de SUEDESON ISMAEL DA SILVA

(AUX00072911) assinada em presença. Dou fé.

Natal, 8 de Março de 2018 - 09:23:46

1520SDNA1782507

Em testemunho

Tabelião (o) Substituto

\*VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE - ROBERTO

Brasão de Armas do Estado do Rio Grande do Norte  
Ilho de São João  
Município de Natal

RECEBIDO  
02 MAR 2018  
TERMINO DO SUEDESON  
E CORRETORES DEBES

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180198097 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SUEDSON ISMAEL DA SILVA **Data do acidente:** 14/02/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

**Descrição do exame médico pericial:** FERIDA OPERATÓRIA CICATRIZADA NA REGIÃO CLAVICULAR DIREITA, ABDUÇÃO DE BRAÇO DIREITO 100 GRAUS, ADUÇÃO HORIZONTAL 20 GRAUS, FLEXÃO DE 100 GRAUS E EXTENSÃO 30 GRAUS. DISCRETA HIPOTROFIA DE MUSCULATURA DE CINTURA ESCAPULAR DIREITA, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO.

**Resultados terapêuticos:** RESULTADOS ADEQUADOS COM O TRATAMENTO PRECONIZADO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 29/05/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Urai de Oliveira

**CRM do médico:** 4315

**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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

### PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Médico revisor:** JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

**CRM do médico:** 52.31474-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**