

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: 15/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GENILDO FILGUEIRA DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02008

CONTA: 000000012556-4

Nr. da Autenticação FE010A1995F04042

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190183782 **Cidade:** Macaíba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENILDO FILGUEIRA DE SOUZA **Data do acidente:** 16/10/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS NAS FALANGES PROXIMAIS DO HÁLUX, DO 4º E 5º PODODÁCTILOS ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DATADO DE 16/01/2019 EMITIDO PELO DR. BASTOS CRM: 4421.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

SUS**Formulário para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar**
Nº 3762 / 2018**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou: _____

CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **97310 GENILDO FILGUEIRA DE SOUZA**

Prontuário: _____

CNS: 201123068070007

Nascimento: 28/02/1961 Sexo: Masculino

Cor: SEM INFORMACAO

Mãe: RITA SIMPLICIO DE MACEDO

Pai: _____

Endereço: RUA SANTA TEREZINHA, 180 - NOVA ESPERANÇA - PARNAMIRIM

Fone: 81326586 /

Município: PARNAMIRIM

Código Municipal IBGE: 240325

UF: RN

CEP: 59144-360

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM TRAUMA EM PÉ COM FRATURADE MULTIPLOS DEDOS EM PÉ

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
AS ACIMARESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RX + EXAME FÍSICO**MAPFRE**
07 MAR 2019**Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:**S92.7 FRATURAS MÚLTIPLAS DO PÉ*408050462. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATAR
S92.7 FRATURAS MÚLTIPLAS DO PÉ*408050470. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACDr. Osvaldo L. de Lira Jr.
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 7050 / RN

Profissional Solicitante / Assistente:

OSVALDO CARDOSO DE LARA JUNIOR

CRM: 7050 / RN

Data da Solicitação 16/10/2018

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: _____ Nº do bilhete: _____ Série: _____
() Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____
() Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Nº Autorização da AIH: _____

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Documento: () CNS () CPF nº _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____

1. Tujuan Instruksi Keperawatan dan Keperawatan di Rumah Sakit

2. Instruksi Keperawatan dan Keperawatan di Rumah Sakit

3. Instruksi Keperawatan dan Keperawatan di Rumah Sakit

4. Instruksi Keperawatan dan Keperawatan di Rumah Sakit

5. Instruksi Keperawatan dan Keperawatan di Rumah Sakit

6. Instruksi Keperawatan dan Keperawatan di Rumah Sakit

7. Instruksi Keperawatan dan Keperawatan di Rumah Sakit

8. Instruksi Keperawatan dan Keperawatan di Rumah Sakit

9. Instruksi Keperawatan dan Keperawatan di Rumah Sakit

10. Instruksi Keperawatan dan Keperawatan di Rumah Sakit

11. Instruksi Keperawatan dan Keperawatan di Rumah Sakit

12. Instruksi Keperawatan dan Keperawatan di Rumah Sakit

13. Instruksi Keperawatan dan Keperawatan di Rumah Sakit

14. Instruksi Keperawatan dan Keperawatan di Rumah Sakit

15. Instruksi Keperawatan dan Keperawatan di Rumah Sakit

16. Instruksi Keperawatan dan Keperawatan di Rumah Sakit

17. Instruksi Keperawatan dan Keperawatan di Rumah Sakit

18. Instruksi Keperawatan dan Keperawatan di Rumah Sakit

19. Instruksi Keperawatan dan Keperawatan di Rumah Sakit

20. Instruksi Keperawatan dan Keperawatan di Rumah Sakit

21. Instruksi Keperawatan dan Keperawatan di Rumah Sakit

22. Instruksi Keperawatan dan Keperawatan di Rumah Sakit

23. Instruksi Keperawatan dan Keperawatan di Rumah Sakit

24. Instruksi Keperawatan dan Keperawatan di Rumah Sakit

25. Instruksi Keperawatan dan Keperawatan di Rumah Sakit

26. Instruksi Keperawatan dan Keperawatan di Rumah Sakit

27. Instruksi Keperawatan dan Keperawatan di Rumah Sakit

28. Instruksi Keperawatan dan Keperawatan di Rumah Sakit

29. Instruksi Keperawatan dan Keperawatan di Rumah Sakit

30. Instruksi Keperawatan dan Keperawatan di Rumah Sakit

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALERGIAS)

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

HORA

SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:

ÓBITO: DATA

HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP

7. *Thymus* sp.

† $\chi^2 = 1.0$, $df = 1$, $p = .32$. ‡ $\chi^2 = 1.0$, $df = 1$, $p = .32$. § $\chi^2 = 1.0$, $df = 1$, $p = .32$.

[illegible]

Table 1 *Continued*

TABLE 1. *Salmonella* serotypes and phage types isolated from the 1997-1998 salmonellosis outbreak in the Netherlands

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

[illegible]

1. The first group of respondents (10%) was composed of individuals who had been involved in a sexual assault in the past 12 months. The second group (20%) was composed of individuals who had been involved in a sexual assault in the past 12 months but had not been the victim of the assault. The third group (30%) was composed of individuals who had been involved in a sexual assault in the past 12 months but had not been the victim of the assault. The fourth group (40%) was composed of individuals who had not been involved in a sexual assault in the past 12 months.

[illegible]

^a The number of subjects who were included in each group was as follows: 10 in the control group; 10 in the low-dose group; 10 in the medium-dose group; 10 in the high-dose group.

... ..

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 1001-1005.

... *et* ...

© 1996 by Blackwell Science Ltd, *Journal of Internal Medicine* 240: 395–402

... ..

10. *Journal of the American Statistical Association*, 1990, 85, 1031-1041.

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 278: 1039-1044.

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 1033-1038.

Figure 1. The effect of the number of nodes on the number of iterations required to reach the optimal solution for the 1000 nodes problem.

[illegible]

Journal of Management Education 30(6)p.789-804

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

[illegible]

SUS

Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

Nº 3762 / 2018

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou:

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: 97310 GENILDO FILGUEIRA DE SOUZA

Prontuário:

CNS: 201123068070007

Nascimento: 28/02/1961 Sexo: Masculino

Cor: SEM INFORMACAO

Mãe: RITA SIMPLICIO DE MACEDO

Pai:

Endereço: RUA SANTA TEREZINHA, 180 - NOVA ESPERANÇA - PARNAMIRIM

Fone: 81326586 /

Município: PARNAMIRIM

Código Municipal IBGE: 240325 UF: RN

CEP: 59144-360

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM TRAUMA EM PÉ COM FRATURADE MÚLTIPLOS DEDOS EM PÉ

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

AS ACIMA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX + EXAME FÍSICO

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S92.7 FRATURAS MÚLTIPLAS DO PÉ*408050462. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METATAR
S92.7 FRATURAS MÚLTIPLAS DO PÉ*408050470. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS PODODAC

Profissional Solicitante / Assistente:

OSVALDO CARDOSO DE LARA JUNIOR

Dr. Osvaldo
Cardoso de Lara Jr.
CRM: 7050 / RN

CRM: 7050 / RN

Data da Solicitação: 16/10/2018

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora:

Nº do bilhete:

Série:

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa:

CNAE da Emp.:

CBOR:

() Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Nº Autorização da AIH:

Profissional Autorizador:

Órgão Emissor:

Documento: () CNS () CPF nº

Data da Autorização: / / Assinatura/Carimbo:

ERFORDERLICH

3. Diagonal - Cl. sup III
BE

ad LF C. G.
EU Auto Subismal
Jm 17

~~SECRET~~

14021

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Refere que há ± 20 m n refere Insumo em pe E
Inverosimiliter parer per email; Refere HAS. Nro
alg e me de com no. Subor. E. 2011

Orthopaedic - K.M.W.G.

OBSERVAÇÃO		DESTINO DO PACIENTE	REMOVEDO PARA		HORA:	
LIBERADO AS						
RETIROU-SE POR: DECISÃO MÉDICA			OBITO EM:			
A PEDIDO			ENTREGUE À:			
À REVELIA			FAMÍLIA			
			IML			
DATA: / /		h				

CONFERE COM O ORIGINAL
Em, _____

1. The first part of the document is a list of names and addresses of the members of the committee. The names are written in a cursive hand, and the addresses are written in a more formal, printed hand. The list is organized in two columns, with names on the left and addresses on the right.

2. The second part of the document is a letter from the committee to the members. The letter is written in a cursive hand and is dated 18th March 1848. It begins with "Dear Sirs" and ends with "Yours faithfully". The letter discusses the committee's work and the progress of the project. It mentions that the committee has received a grant from the government and that they are now in a position to begin their work. It also mentions that the committee has received a letter from the members and that they are pleased to hear that the members are interested in the project.

3. The third part of the document is a list of names and addresses of the members of the committee. The names are written in a cursive hand, and the addresses are written in a more formal, printed hand. The list is organized in two columns, with names on the left and addresses on the right. This list is identical to the first list.

1848
MARCH
18

UPA
24h

GOVERNO DO ESTADO DO RN
PREFEITURA MUNICIPAL DE PARNAMIRIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UPA MARIA NAZARÉ DOS SANTOS - NOVA ESPERANÇA



BOLETIM DE ATENDIMENTO URGÊNCIA

Cl. Nº 113

Nome: Genilda Figueiredo de Souza

Data Nasc.: 28.02.61.

Nome da Mãe: Rita Simplicio

Fone: 996440062

Sexo: Masc (X) Fem () Est. Civil: Casado

Bairro: N. Esperança

End.: Santa Tereza

Nº 180 Cidade: Parnamirim

Data: 16/10/18

Entrada: 13:59

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

	HORA	SSVV	ESCORE DE GLANDER
VERMELHO		PA 473x110 S02 98%	1 a 3 ()
LARANJA		FC 119 bpm PESO	4 a 8 ()
VERDE	22:00	FR	9 a 12 ()
AZUL		TEMP 36,5°C	13 a 15 (X)

ATENÇÃO PARA OS SINAIS DE ALERTA

DISPNEIA ()	SÍNCOPE/DESMAIO ()	AGITAÇÃO PSICOMOTORA ()
CIANOSE ()	SUDORESE ()	POLITRAUMATIZADO ()
PELE FRIA ()	VÔMITO ()	DOENÇA OU ACIDENTE TRABALHO ()
VALIDEZ ()	CONVULSÃO ()	APARENTEMENTE BEM (X)

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (REFERIDA):

Doença de pele e lábios + 30 min. após trauma. AP. HPS.

Waga alupias

EXAME - LESÕES OU AFECÇÕES ENCONTRADAS

HCB, asfalto, acidentado, consciente, orientado.

MI e. edema 2+14+

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

CONFERE COM O ORIGINAL

Em, 18/10/18

Ass: [Assinatura]

NOVA ESPERANÇA

Jose Alencar de Oliveira Maia

CONDUTA

Rx pe e → frotura 12.25.18 143

o 5º dedo

1943-44

1943-44
1943-44
1943-44
1943-44

1943-44

1943-44

1943-44

1943-44

1943-44

1943-44

1943-44

1943-44

1943-44

1943-44

1943-44

1943-44

1943-44

1943-44

1943-44

1943-44

1943-44

1943-44



SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DO RN
HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY PAREIRA DOS SANTOS



RECEITUÁRIO MÉDICO

*P/ Genildo Falcão de
Souza,
Jando Médico*

*Paciente apresentando
sequelas de fraturas
múltiplas em pé (P),
relato metatarsalgia
em pé (P)*

CID: S92, M77, T93.

Natal, 16/01/19.

Assinatura do Médico

[Assinatura]
Joson Bastos
TOPEDISTA
CRM 4421



2º SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS
Paiva Amaral

TABELO: AIRENE JOSÉ AMARAL DE PAIVA
Av. Brigadeiro Siqueira, 10 - Boa Esperança - CEP: 50140-000 - Parnamirim-RN - Tel.: (84) 2021-3210 / 3272-2295

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do Original que me
foi exibido dou fé. (AOQ012231)

Em testemunho _____ Parnamirim/RN, 25/01/2019
da Verdade. Emol: R\$ 2,00

MARIA JEANE DE P NUNES - Substituto

*Válido somente com selo de autenticidade.

IM BRANCO
N.º 107/1997 - 1.ª SEC.ª - 1.ª DIV.ª



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL Dr. RUY PEREIRA DOS SANTOS



Av. Joaquim Manoel, 720 - Petrópolis - Natal-RN, CEP: 59012-300/Fones: 3232.2634-FAX: 3232.2656
CNPJ: 08.241.754/0133/95

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Genildo Falsqueira do Sousa
examinado nesta unidade de saúde às _____ horas,
necessitando de 90 (Noventa) dias de afastamento do
trabalho por motivo de moléstia classificada no C.I.D com
nº S92, a partir desta data.

Natal, 16 de 10 de 18.

Leidson Bastos
ORTOPEDISTA
CRM 4421

Assinatura e carimbo do médico/CRM

Leidson Bastos
ORTOPEDISTA
CRM 4421

NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
 HOSPITAL D. RUY REIREIRA DOS SANTOS
 CNPJ: 02.541.784/0132152

ATESTADO MÉDICO

Atesto que _____
 examinado na unidade de saúde de _____
 necessita de _____
 tratamento com motivo de doença classificada no CID com
 a seguinte data _____

de _____

Assinatura do médico CRM _____

NOTA: Este atestado é válido apenas para o tratamento de saúde pública e não para fins de afastamento de trabalho.

Paciente: SR. GENILDO FILGUEIRA DE SOUZA
Médico: DR. KLEIDSON ANTONIO DE ARAUJO BASTOS
Data de Nascimento: 28/02/1961 (57A 10M 13D)

Exame: 107 000 1177
Data: 11/01/2019

Radiografias do pé esquerdo

Exame realizado em aparelhagem de radiologia computadorizada digital.

Exame realizado nas incidências em AP e oblíqua/perfil.

Solução de continuidade na falange proximal do hálux.

Observam-se ainda soluções de continuidade nas falanges proximais do 4º e do quinto dedo, com desalinhamento ósseo no quinto dedo.

Entesófito na projeção da inserção do tendão calcâneo.

Emitted em: 21/01/2019 às 13h16
Laudado por: CRM 5549/RN - DR. JULIAO BEZERRA


Revisado por: CRM 5549/RN - DR. JULIAO BEZERRA

1. The first part of the report is a general introduction to the subject of the study. It discusses the importance of the study and the objectives of the research.

2. The second part of the report is a detailed description of the methodology used in the study. It includes information about the sample size, the data collection methods, and the statistical analysis techniques.

3. Results and Discussion

The results of the study are presented in this section. It includes a summary of the findings and a discussion of their implications. The discussion also addresses the limitations of the study and suggests areas for future research.

PACIENTE: **GENILDO FILGUEIRA DE SOUZA**

 IDADE: 57A RG/CPF: 722.717.364-04 TELEFONE: 998342155

ENDEREÇO: RUA FRANCISCO ALTEVIR WANDERLEY

Nº: 374 BAIRRO: PASSAGEM DE AREIA

CIDADE: PARNAMIRIM

CEP:
ESTADO: RN

CONVÊNIO: PARTICULAR

MÉDICO: KLEIDSON ANTONIO DE ARAUJO BASTOS

Radiografias do pé ESQUERDO

Exame realizado em aparelhagem de radiologia computadorizada digital.

Exame realizado nas incidências em AP e oblíquas/perfis.

Fratura oblíqua na falange proximal do hálux.

Fratura desalinhada na falange proximal do quinto dedo.

Fratura na falange proximal do quarto dedo.

Demais estruturas ósseas íntegras.

Redução dos espaços articulares interfalangeanos.

Relatado por:


Radiologia Digital

Último digitador(a): MARIANA GUTMARAES

Técnico realizante: ANDRIELE BRITO

Página: 1

007539520335716520181130113126

RICARDO ARAUJO

CRM-RN 6006 RADIOLOGISTA

A interpretação do resultado deste(s) exame(s) e a conclusão diagnóstica são atos médicos e dependem da análise conjunta dos dados clínicos e demais exames do(a) paciente.

Central de Atendimento:

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
CHICAGO, ILL.
JANUARY 1960

TO THE PRESIDENT AND FELLOWS OF HARVARD UNIVERSITY
FROM THE BOARD OF TRUSTEES OF THE UNIVERSITY OF CHICAGO

SIR:

I have the honor to acknowledge the receipt of your letter of December 18, 1959, regarding the proposed exchange of letters between the University of Chicago and Harvard University.

The Board of Trustees has considered the matter and has decided to accept the proposal. The University of Chicago will therefore agree to the exchange of letters as proposed.

I am, Sir, very respectfully,
Yours truly,
[Signature]

[Name]
President of the Board of Trustees

100

Id. Paciente: 53732/18
Paciente: GENILDO FILGUEIRA DE SOUZA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

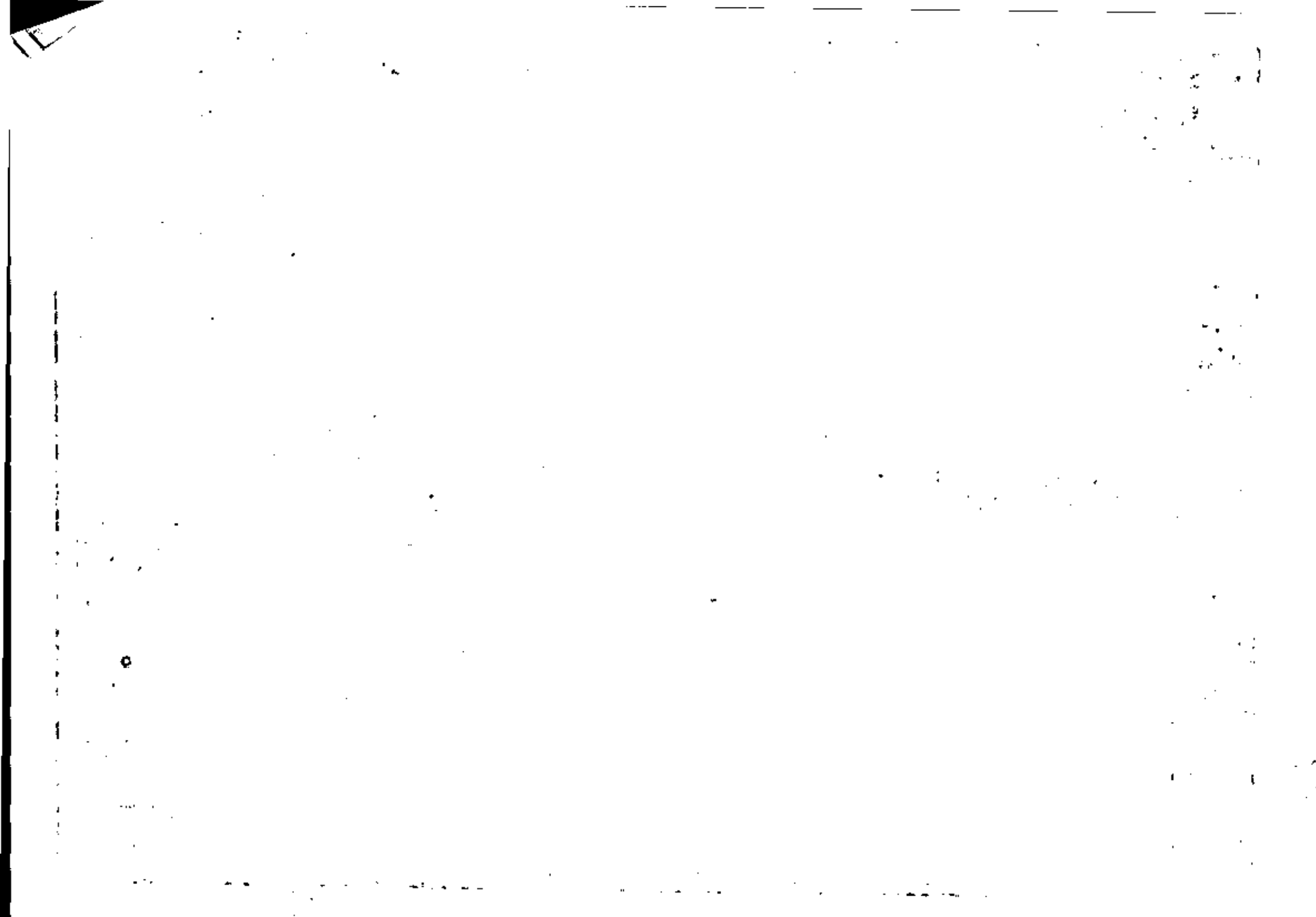
Técnico: THIAGO M
Idade: 57 ano(s)

PE AP

79.4 %

79.4 %

1002



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 722.717.364-04 Nome completo da vítima: Gemildo Filgueira de Souza

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

Nome completo: Gemildo Filgueira de Souza CPF: 722.717.364-04

Profissão: Autônomo Endereço: Av. Professor Antonio Basilio Número: 374 Complemento: _____

Bairro: Paragem de Areia Cidade: Parnamirim Estado: RN CEP: 59.345-700

E-mail: _____ Tel.(DDD): 84.98132-6586

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0009 CONTA: 0012556 4

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Mato Grosso, 18/02/2019

Nome: Carla Priscilla de Pontes

CPF: 104.305.204-47

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Carla Priscilla de Pontes

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, "nascentes" (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**. Tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte um mês de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEG. PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE MACAÍBA

Praça José da Penha, 48, Centro, Macaíba-RN - CEP= 59280-000

BOLETIM DE OCORRÊNCIA nº: 2425/2018

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO

Local do Fato: Av. Dos Ipês, Cidade Campestre, Macaíba/RN

Data e Hora do Fato: 16/10/2018 por volta das 12hs30min

Comunicante: GENILDO FILGUEIRA DE SOUZA

Filiação: Gaspar Filgueira de Souza e Rita Simplicio de Macedo

Endereço: Av. Professor Antonio Basílio, 374, Passagem de Areia, Parnamirim/RN

Nascido em: 28/02/1961 Est. Civil: Casado

Natural de: Parnamirim/RN Documento: CNH nº 01710776366 e CPF nº 722.717.364-04

Profissão: Motorista

Telefone: (84) 9 8132-6586

Vítima: O DECLARANTE

Acusado(a): CACIO ANTONIO GABRIEL

Filiação: Antonio Gabriel Sobrinho e Maria Cleide Teixeira da Silva

Endereço: Av. Professor Antonio Basílio, 374, Passagem de Areia, Parnamirim/RN

Nascido em: 12/06/1977 Est. Civil: Prejudicado

Natural de: Prejudicado/RN Documento: CNH nº 02690286029 e CPF nº 023.802.944-10

Profissão: Motorista

Telefone: (84) 9 Prejudicado

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA:

O declarante compareceu a esta Unidade Policial para informar que na data, local e horário acima mencionados, se encontrava sentado no meio fio, ocasião em que o investigado conduzindo o veículo marca/modelo MARCOPOLLO/VOLARE W8 ON, de cor branca, ano 2006/2007 e placas DJF-8068/RN, licenciado em nome de JOÃO MARIA DE LIMA, passou por cima de seu pé esquerdo; Que, em face o ocorrido, o declarante foi inicialmente socorrido por populares até a UPA da Cidade de Parnamirim/RN, e em razão da gravidade do acidente, foi encaminhado até o Pronto Socorro Clóvis Sarinho em Natal/RN, conforme Boletim de Atendimento nº 53732/2018, expedido em 16/10/2018 às 17hs20min12s.

Providências adotadas: Registro do presente e encaminhado a Chefia de Investigação

Macaíba /RN, 05 de Novembro de 2018.

Genildo Filgueira de Souza
Comunicante

Rayff Targino
Servidor (a): Rayff Targino
Agente de Polícia Civil - Mat. nº: 165.154-4



2º SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS

TABELÃO: AIRENE JOSE AMARAL DE LIMA
Av. Brigadeiro Sauto, 20 - Boa Esperança - CEP: 59.400-000 - Parnamirim/RN - Tel.: (84) 2020-3200 / 3272-2295
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do Original que me foi exibido dou fé. (AOC012229)

Parnamirim/RN, 25/01/2019
Em testemunho da verdade. Emol-R\$ 2,00

MARIA JEANE DE P. NUNES - Substituto
Válida somente com selo de autenticidade

IMBRA
100% COTTON / 100% COTON

13