

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MANOEL GOMES DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00906-7

CONTA: 000000019486-7

Nr. Autenticação

BRADESCO30102019050000000002370090600000019486135000 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190597548 **Cidade:** São José do Campestre **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 25/04/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE HÁLUX DIREITO (AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (AMPUTAÇÃO DE HÁLUX DIREITO). ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DE HÁLUX DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA PARCIAL HÁLUX DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 3/8/11_CIRURGIA

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO CAMPESTRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE MARIA VICÊNCIA DE SOUZA



GAU

GUIA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA N° 34

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

DATA: 25/10/19 HORA: 10:30 CARTÃO SUS: 898 0003 9738 8482
NOME: Mauro Gomes da Silva DN: 23/10/42
IDADE: 37 anos SEXO: () FEM. () MASC. PROFISSAO: aprendizado
Mãe: Domicilia Ferreira
RG: 172-672 ESTADO CIVIL: Viuvo
ENDEREÇO: Rua Jose Bezerra N° 108
BAIRRO: Centro MUNICÍPIO: SF
CEP: 59275 000 UF: RN TELFONE: ()

SINAIS VITAIS:

P.A.: 80 x 60 mmhg. Fr.CARD: 62 bpm. Fr.RESP: _____ Imp. SpO₂: 96 %
PESO: _____ HGT: 176 TEMP: 36.8 °C. DOR: () ECG Glasgow: ()

ALERGICO A ALGUMA MEDICAÇÃO: () NÃO () SIM:

DADOS CLÍNICOS:

Ginecología de Mohr con complemento de ~~aspects~~
prácticos de H.-W. P. Vol. I p. Dímen

DIAGNOSTICO: Pachimafia do pé Direito

ASSINATURA DO MEDICO (A) E CARIMBO

Conduta de Enfermagem:	ASSINATURA
Aconselhar e orientar o paciente ao vento	Bff 525.122
Fazer consulta.	

240

ERVACÃO () SALA DE EMERGÊNCIA () SALA DE MEDICAÇÃO

RNACAO **FERMARIA:**

AMINHADO R ELEADO: () SIM () NÃO

E PARA QUAL FOI : CAMINHADO (A): Na praia

VALIDADE: 01/01/2024 NOME DO PROFISSIONAL:

2015-16 100% 100% 100% 100% 100% 100%

ENTADOR (A) À ATENÇÃO DOS CUIDADOS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

A: _____ HORA: _____ Horas

A: _____ / _____ / _____ HORA: _____ horas

:AÇÕES:

—
—
—

NATURA DO RESPONSÁVEL



CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 124446 - MANOEL GOMES DA SILVA (77 a 3 m 4 d)

Nascimento: 21/01/1942 Natural: LAGOA D'ANTA, BRASIL

Sexo: M Cor: SEM
INFORMACAO

CNS: 898002397388482

Mae: DOMITILA PEREIRA

Ladrão de JOSE BEZERRA, 1

CEP: 59275000

Bairro: CENTRO

CEP: 59270-000
Telefone: 84-996361351

Telefone: 54-99635135 | Compr.

Prof:

Paj

Cidade: SAO JOSE DO CAMPESTRE

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: REFERENCIADO

*Empresa:

Origem: AMBUL. INTERIOR

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM MID.

11-013

pesquisas de rasto com traço
no Rio D. Franso Exposto?

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A V2
B ~~reference~~
C ~~also exp¹⁰~~
D ~~etc - 15.~~
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Amputação transversal
realizada no PÉ*

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por MARIA XAVIER. Impresso em 25 de Abril de 2019.

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1- ANELA A RESPONSABILIDADE DA VÍTIMA; 2- PECA AJUDA A OUTRA PESSOA A LIGAR 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAL; 3- ABRE A VIA AEREA;
4- AVALE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR); 5- SE APENAS, APLIQUE X-VENTILACOES DE RESSPIRATÓRIO (USANDO BAG DE BIPAP) E BEMAS RCP;
6- SE PRESENTE, BEMAS COMBINAÇÕES DE TAMBÔS; 7- CHOCAR O BIMBO; 8- DIA DISPONÍVEL, ANEXAR O BIMBO; 9- FONTO CHOCANTE; 10- CASO A VITIMA SE MESTA, FAZER RECUPERAÇÃO;

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNESE

Fistula Esgastr. Nolux D Gm II,

Cos. - Antecedentes
- V.A.T.

EXAME FÍSICO

- Xantina 7g, 6v, 7 Agm
- No CC

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLÓGIA 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

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Aberçô Gláster (AV)	6
Obras de abertura e pómulo na medula.	5
Olhos se abrem com estimulação verbal. Não respondem com o despertar de um estímulo adequado, se estímulo é excessivo (se não 3).	4
Oligodipsia (sem fome)	3
Oftalmoplegia (sem olhar).	2
Mot. respiratória verbal (NRV)	1
Orientação consciente e apreensão de perigo entre os sentidos, fala adiante, fala com sentido.	5
Contração (frequência de respiração convulsiva, não há alguma desaceleração e espirro)	4
Patologia respiratória (de olhos fechados, mas com traços convulsivos)	3
Sono (desconhecimento, fala rítmica com articulação perfeita)	2
Anestesia	1
Mot. respiratória motora (RM)	0
Obstáculo à respiração (faz esforço para respirar quando não é necessário)	5
Locomoção voluntária	4
História inconsciente e dura	3
Patologia óssea (osteopatia)	2
Patologia óssea óssea (osteoporose)	1
Sensibilidade cutânea	0

DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
15-19	5
9-12	3
6-8	2
4-5	1
3	0
10-20	5
7-9	3
5-6	2
1-4	1
0	0
>99	5
74-99	3
74-50	2
<50	1

• Escala de Trauma Revisada (RTS): Ela indica da severidade para o paciente de acordo com a intensidade das lesões. Na Escala Qualitativa (EQ), é dada a intensidade da ferida de acordo com as seguintes intensidades:

ESCALA DOR	LEVE	Moderado	Intensa	Pior
0	1	2	3	4

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)

0-1: Magro (intensidade de intensidade média);
0-3: 3x intensidade;

0-15: 15x intensidade;

0-154: 154x intensidade;

* Referência: TEASDALE G-JENNETT R.
Assessing the coma and assessing
conventional. A practical scale. Lancet
1974;2:81-84.

* A escala proposta aplica-se a doenças crônicas e que
colabora com lesão importante ao tronco. Na Escala Qualitativa
sistema de ferida, é dada a intensidade da ferida
de acordo com as seguintes intensidades:

• Escala de Trauma Revisada (RTS): Ela indica da severidade para o paciente de acordo com a intensidade das lesões. Na Escala Qualitativa (EQ), é dada a intensidade da ferida de acordo com as seguintes intensidades:

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A
B
C
D
E

A (ALERGIAS)

M (MEDICAÇÃO EM USO) *Loparjofa 1mg*

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L (LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES (RADILOGIA E IMAGEM)

*Re Re ♂ API 0**Dr. Rafael Rosas
Cirurgião Geral e do Ap. Digestivo
CRM/RN 4001*

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONDUTA PRIMÁRIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

*① Exame de colo 2 ul. ② Biopsia ③ Rx de abd.**Dr. Rafael Rosas
Cirurgião Geral e do Ap. Digestivo
CRM/RN 4001**Fratura clav. Ex. porto 100
horas*

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1 *Ortopedista*HORA: *13:31*

DATA:

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

DATA / /

*Dr. Rafael Rosas
Cirurgião Geral e do Ap. Digestivo
HORA: / /
CRM/RN 4001*

INTERNACÃO NA CLÍNICA:

SAIDA: DECISÃO MÉDICA REVELIA TRANSFERIDO PARA:

OBITO: DATA / / HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA COM ATESTADO S.V.O ITEP

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

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:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

6/11/1990

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica À Revelia

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado S.V.O. I.T.E.P.

Médico responsável
 Dr. Alceu C. Góes
 CRM 6121

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:

com Atestado S.V.O. I.T.E.P.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Manoel Souza Neto / Elas* Reg. Nº

Diagnóstico pre-operatório: *Hernia lombossacra com protrusão de gordura*

Indicação terapêutica: Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: *25/11/05* Início: Término: Duração:

Operador: *Dr. Ricardo Araújo* CRM/CRO:

1º Auxiliar: *Ortopedia e Traumatologia CRM 5001 TEOT 11295* CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador: CRM/CRO:

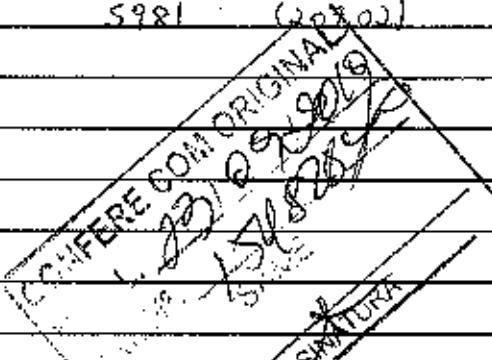
Anestesista: CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- (1) Deurbito dorsal
- (2) Anestesia
- (3) Limpeza
- (4) Ajetos espinais
- (5) Suspensão c/ 101000g
- (6) Descolamento do colo de cintura
- (7) Ligação na pélvis
- (8) Fixação
- (9) Cerramento.

Dr. Ricardo Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5001 TEOT 11295

0408060425 (2)
5981 (00302)



Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1- AVALE A RESPONSABILIDADE DA VÍTIMA; 2- PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (DOQUE SEU DESFIBRILADOR IDEA); 3- ABRA A AIRGLA
 4- ABRE: RESPIRAÇÃO (VER CHIQUA, SILENTIA, SE ARREIA, APENAS 2 VENTILAÇÕES DE REGATE (INSPIRATÓRIO BOLSA VALVULADA, MASCARINA 6 - AVALIA PULSO CAROTÍDEO, QUANDO ENCONTRADO, DEIXA DESFIBRILAR); 5- SE PULSO
 ALUSIVO, INDIQUE COMPRESSÕES TORACICAS, TOUINHO (PARA OS 30:2, ATÉ A CHEGADA DO DRA. 6- DEIXA DESFIBRILAR; 7- ANALISE O RITMO, & PINTOU CHOCAVEL (APENAS 1 JONA PI DE DESFIBRILAR); 8- DEIXA DESFIBRILAR E REINSPIRAR; 9- COLIQUE A VITIMA SE NECESSÁRIO, OU CABO A VITIMA PARA ABRIR A AERADA E FAZER O REANIMADOR DE RESPIRAÇÃO.

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNESE

Fistula Egas Moniz D grau II,

Cx. - Anterior
- V.A.T

EXAME FÍSICO

- Examen yg, brv, agor
- no CC

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DR. ALMIR GOMES
07/04/2019

CONFIRME CON ORIGINAL
P.D.G.
Assinatura

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Aberto	Consciente (AU)
Ocular	Obre os olhos espontaneamente
Outros sistemas concordam verbal	(Máis comum) com a despeita de uma pessoa adormecida, ou assim (ver parágrafo 4, veja o 2)
Ocular	Olhos se abrem por estímulo doloroso
Otros	Olhos não se abrem
Motilidade motora verbal (MMV)	orientado (responde corretamente a perguntas sobre seu nome, hora, onde, onde está, qual é a sua, a das e etc.)
Centro de comando	comprimento normalmente, mas só alguma orientação é mantida
Resposta a estímulos	responde a estímulos, mas sem associação (orientação)
Sensibilidade	desorientado com sensação de perda
Aventilação	1
Motilidade motora (MM)	orientado
Orientação	obrigada (não obedece quando lhe é ordenado)
Lacrimejamento	5
Respiração	4
Pupilas	3
Reflexo cor-de-rosa (descaptação)	2
Reflexo cor-de-rosa (descorticalização)	1
Sonolência contínua	0

ESCALA DE TRAUMA REVENDIDA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
1-3-10	0
3-7-12	1
6-9	2
4-5	3
3	4
10-250	5
>250	6
0-30	7
1-31	8
0	9
2-300	10
75-300	11
50-100	12
1-99	13
0	14

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (RTS 2005)*

0 - Emergência (necessidade de intubação imediata);
0-2 = moderado;
2-10 = leve

* Relacionado: TEASdale e JENNET, B.
Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-84

A escala proposta aplica-se a pacientes com idade entre 16 e 65 anos. Os fatores de classificação são: idade, nível de consciência e nível de consciente. No paciente com idade menor que 16 anos, a escala de Glasgow é utilizada. No paciente com idade maior que 65 anos, a escala de Glasgow é utilizada de acordo com o nível de consciente.

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

* Escala de Trauma Revendida (RTS): Sistema indicativo de gravidade para pacientes de trauma fechado. Adaptado e adaptado ao Sistema de Trauma RTS. Russo, M.; Coopers, et al. A revision of the Trauma score. J. Trauma 24(3): 224, 1986.

INÍCIO DE CIRURGIA: 16:30hs
CIRURGIÃO: Dr. Ricardo

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

TIPO DE CIRURGIA: Amputação de Alex dirito.

TÉRMINO DE CIRURGIA: 17:10hs

SONDAGEM VESICAL: SIM () NÃO (X)

Nº DA SONDA:

SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (X)

Nº DA SONDA:

EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (X) RX: SIM () NÃO (X)

RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO (X)

TIPO:

RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM (X) NÃO () TIPO:

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO (X) FEITO FICHA: SIM () NÃO (Y)

MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO (X) ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO SIM () NÃO (X)

FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM () NÃO (X)

DESPREZADO NO LIXO: SIM (X) NÃO ()

COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM () NÃO (Y) QUANTIDADE:

GAZES CONFERIDAS: SIM () NÃO (Y) QUANTIDADE:

CAIXA CIRÚRGICA: Regresso cirúrgico, útil ortopédica

COMPLETA: SIM (X) NÃO () OBS:

ÓBITO: SIM () NÃO (X) HORA: _____ REALIZADO RCP: SIM () NÃO (Y)

RESPONSÁVEL PELA RCP:

PACIENTE ENCAMINHADO: CRO (X) UTI () ALTA ()

EM AR AMBIENTE: SIM (X) NÃO () TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO (X)

ENTUBADO: SIM () NÃO (Y)

PREENCHIDO AIH: SIM (X) NÃO ()

FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM (X) NÃO ()

FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM (X) NÃO ()

OBSERVAÇÕES: 16hs paciente admitido no centro cirúrgico para realizar procedimento de amputação do Alex direito (L10), consciente, orientado, em ós imbutiti. Realizado anestesia geral pelo anestesiista. Paciente monitorizado. Realizado dermoperfuso cirúrgico. Cirurgia realizada com curto tempo. Utilizou-se amputador de prisco no topo. Administrados vasoconstritores em ós (Oxayol 2g). 17:30hs paciente encaminhado para SICPA para furos de anestesia rasgar. Conscientemente, orientado, em O₂, ambiente: 65Vms FC: 65 bpm; FR 13 rpm; PA 110x 69 mmHg; SPO₂ 95%.

Assinatura do (a) Enfermeiro(a)

Romila Roelli

Assinatura do Circulante

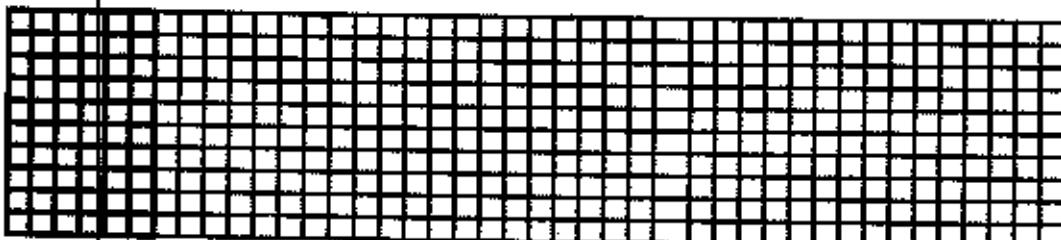
ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

Physically

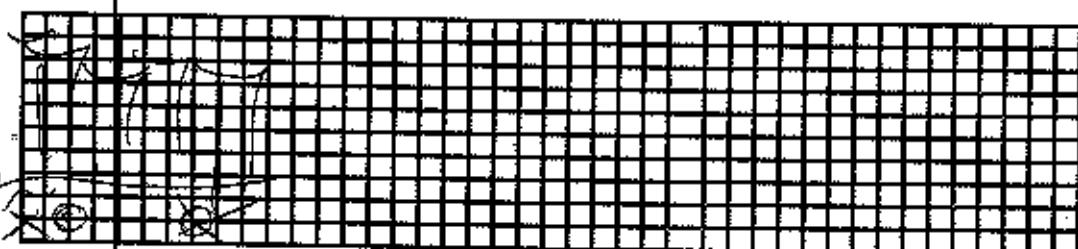
Assinatura do Instrumentado

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Manoel Gomes de Siqueira ASA: II
Idade: 77 Sexo: M Registro: 124446
Diagnóstico: Fratura exposta do fêmur Data: 25/07/13
Cirurgia Realizada: Treinamento cirúrgico
Cirurgião: Doutor Ricardo Matijo Auxiliar:
Anestesiologista: Dra Andrade Enfermagem:
História Clínica Admisional: Pointe utna de acidente de moto
ca. traseira da perna D. Refere ser hiperterico controlado
por medicamentos que não sabe o nome apesar de ter
Negar alergias
Técnica Anestésica: Racemicetan. Perceção do esp. intubado em g-4,
1 Ag 25, Ureto.



ECG + SPO₂ +
PANT



Início: 16:00h / 16:30h
Anestésicos Utilizados:
1. Nesaceta 0,5% - 12
3. Diazepam 1 2 6
5. Dipirona - 2g 8
7. EPF 0,5% - 1000 1
9.
11.
13.

Término: 17:12h

2. Fentaip-200mg
4. Gripezol 100
6. Paracetamol - 400mg
8.
10.
12.
14.

CONF. DATA: 27/07/2013
NATAL 27/07/2013
MAT. N° 123456789
SANE 123456789
ASSINATURA [Signature]

Encaminhamento: ao ORTO

Andréa Karla Fonseca Pinto
Anestesiologia
Assinatura do Anestesiologista CPM: 3907 CPF: 538.629.274-87

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 3948 /2019

Prontuário: 1184544

CNS - 704603781441914

Paciente: 124446 - MANOEL GOMES DA SILVA

Cartão SUS: 398002397388482

CPF: 37904450453

Dt Nasc: 21/01/1942

Idade: 77 anos 3 meses 4 dias

Sexo: M

Etnia: SEM

Estado Civil: NÃO INFORMADO

INFORMACAO

Nome da mãe: DOMITILA PEREIRA

Nome do pai:

Rua/Av: JOSE BEZERRA

Nº:1

Complemento:

Bairro: CENTRO

CEP: 59275000

Cidade: SAO JOSE DO CAMPESTRE

Telefone: 84 996351351 84 996351351

Unidade: PS - ORTOPEDIA Leito: 1012

Especialidade: ORTOPEDICA

Responsável: MANOEL GOMES DA SILVA -

Usuário: MARIA XAVIER

Admissão: 25/04/2019 14:37:39 Alta: 02-05-19 Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S92.4 - FRATURA DO HALUX

408050691

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

CONFIRME COPIA ORIGINAL
NATAL, 25/04/2019
MAT. N° 124446
Assinatura

NATAL, 25 de Abril de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



Nome

Idade:

Nº Registro:

Sexo:

DATA

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

Dr. Ricardo Araújo
Ortoped e Traumatolog
CRM 5001 TEG 11295

CONFIRME COM ORIGINAL
NOME: JOSÉ LIMA
MAT. N. 27100-000
ASSINATURA

25/11 - Paciente proveniente da Ortopedia por amputação de dedo direito. Admitido no horário 17:46 conciente, orientado, contacterante; AVP em MSO; urinário em NIG. SSV (macrocondro 616PM); supurativo (15ml); hipertermo (13x65mgs). Fármacos utilizados: que o paciente é hipertensão e faz uso de antihipertensivos (25mgs). Não relata alguma queixa. Entomograma negativo.

26/11 - Pedi. Odont

Dr. Ricardo Araújo
CRM 5001 TEG 11295

Dr. Ricardo Araújo
CRM 5001 TEG 11295

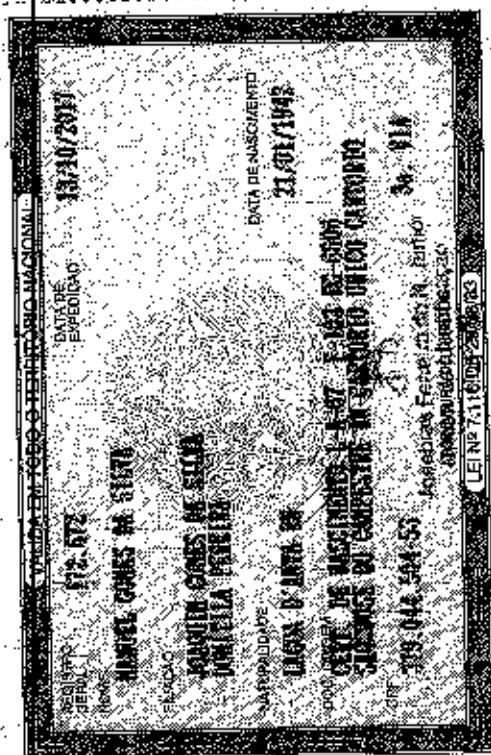
27/11

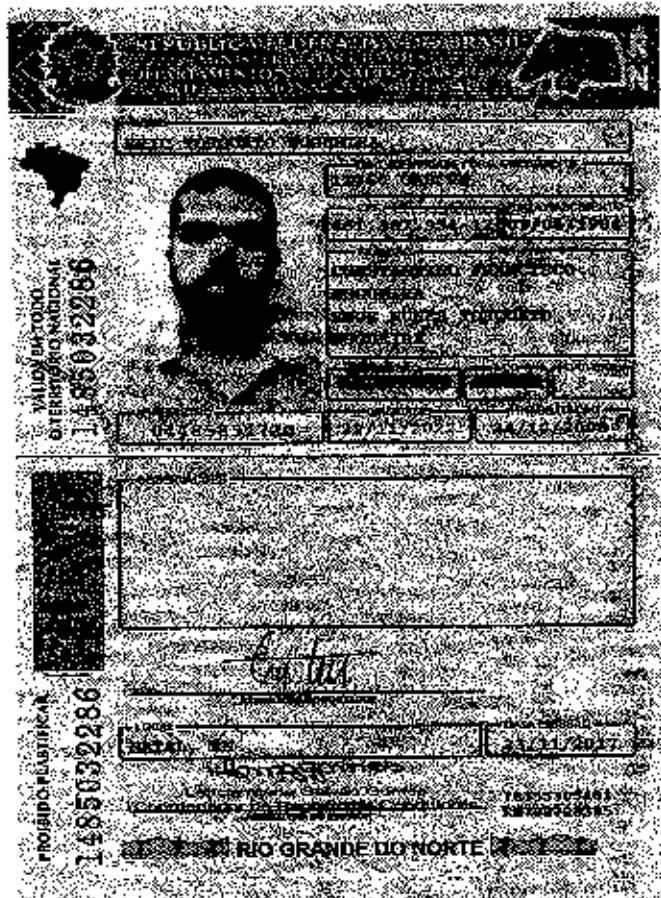
F1003 - ASPTO
CL. RECUP.

Dr. Ricardo Araújo
CRM 5001 TEG 11295

Melhor atender, no ambiente hospitalar, assistindo à saúde para crianças e adolescentes em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agudas e crônicas externas, em especial com risco de vida, com as melhores políticas

clínicas e contribuir para a ensino e a pesquisa em saúde à base dos valores éticos e humanitários.







PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Exceder(s) tipo(s) de cobertura: DIÁRIO (DESPESSAS DE ASSISTÊNCIA BÁSICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Número do RG ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
379.044.504-53 MANGEL GOMES DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE BEM-VIMENTAL DA PESSOA FÍSICA (PAIS/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - (TABELA SUSEP N° 449/2012)

1 - Nome completo: MANGEL GOMES DA SILVA	2 - CPF: 379.044.504-53	3 - Número: 308	4 - Endereço: Rua José Beiraia	5 - CEP: 59275-000
6 - Profissão: Aposentado	7 - Cidade: São José do Campestre	8 - Número: 13 - Endereço: RN	9 - Telefone (DDO): 64 99931-1813	10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro	12 - CEP:	14 - CEP:	15 - Tel. (DDO):	16 - Celular:
17 - E-mail:				

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTÓR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 16 A 15 ANOS OU INCAPAZ CUM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir na endereço acima informado, conforme comprovação abaixo (ANEXAR CóPIA).

20 - FAIXA MENSAL NO TITULAR DA COBERTURA:

<input checked="" type="checkbox"/> BEM-SERVIDO	<input type="checkbox"/> R\$ 1.000,00 A R\$ 1.000,40	<input type="checkbox"/> R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INSCRIÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DA BENEFICIÁRIO DA INSCRIÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTÓR)

22 - CONTA POUPANÇA (Somente bancos que tenham conta poupança): CONTA CORRENTE (não é corrente)

Bradesco (257) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (004)

AGÊNCIA: 0906 | CONTA: 19486 | 7 | AGENCIA: | CONTA: | 7 |

(Inserir o número da agência)

(Inserir o número da conta)

(Inserir a agência da conta)

(Inserir o número da conta)

Autentico a Seguradora Lider a prestar de conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT que eu tive direito, referenciando o dízimo, desde já e sempre após a liberação do crédito, quitação total do valor recebido.

23 - DECLARAÇÃO DE ABSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PRESENÇA/ABSTO. SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob pena da Lei, que fui examinado/qualificado de aptidão ao laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atende a região do acidente em que minha residência;
- O IML que atende a região do acidente ou de minha residência não realizou perícias para feito do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente em que minha residência realizou perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do pedido.

Solicito o preenchimento do quadro abaixo mediante indicação do Seguro DPVAT, por insuficiência permanente, com base no documento médico apresentado, com a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter a análise médica preventiva, caso necessário, os custos da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanecentes decorrentes de acidente de trânsito causado por terceiro.

Declaro que este documento não significa grava concordância com a futura avaliação médica e restituição ao direito de contestar a avaliação médica, caso houver, do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE RISCOS ESPECIAIS/DOCS - PRESENÇA/ABSTO. SOMENTE PARA COBERTURA DE INCAPACIDADE

23 - Estado: Solteiro Casado/com Crivo Divorciado Separado/vivendo Solteiro 24 - Estado: Solteiro/vivendo

25 - Grau de parentesco com vítima: 26 - Wmna (faleceu compatrieta): Sim Não 27 - Se a vítima é filha (compatrieta), informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim 29 - Se faleceu iminente: Sim 30 - Vítimadou: Sim 31 - Vítimadou: Sim 32 - Se vítima iminente informar: Sim 33 - Vítimadou: Sim 29 - Se faleceu iminente: Não 30 - Vítimadou: Não 31 - Vítimadou: Não 32 - Se vítima iminente informar: Não 33 - Vítimadou: Não

Este elemento de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando dentro, ainda, da que qualquer comitê ou declaratório não se considera portaria geral, e obrigação de mandar o valor recaído, além da respectabilidade, através por meio do artigo 209 do Código Penal.

34 - Assinatura de quem assina a pedida (a rogo):

35 - Nome legível de quem assina a pedida (a rogo):

36 - CPF legível de quem assina a pedida (a rogo):

37 - Assinatura de quem assina a pedida (a rogo):

38 - 39 - Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 40 - Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

FPS.001.7002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

40 - Local e Data: São José do Campestre, 15/10/2019

Mangels Gomes da Silva

44 - Assinatura do Advogado (se houver):



BDN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA FACIL

TERM.054542

MANOEL GOMES DA SILVA
AGENCIA 0906 CONTA 0019486-7 11:24 HRS
20/SET/2019

DISPONIVEL
= TOTAL DISPONIVEL 1,92
+ CONTA FACIL (C/C + POUPE) 1,92
TOTAL DE RECURSOS 1,92
SALDO DISP. P/INVEST. 1,92



DEMONSTRATIVO DE SALDOS E RENDIMENTOS
POUPANCA FACIL - DEPOSITOS A PARTIR DE 4/5/12
DIA DO SALDO EM RENDIMENTO(S)

ANIVERSARIO 20/09/2019
01 0,00
02 0,00
03 0,00
09 0,00
TOTAL 0,00
MANOEL GOMES DA SILVA LANCAMENTOS FUTUROS - CONTA FACIL
AGENCIA 0906 CONTA 0019481 OUTUBRO/2019

DISPONIVEL DIA HISTORICO N.DOCTO VALOR
= TOTAL DISPONIVEL 01 CREDITO DO INSS 9300919 998,00
+ CONTA FACIL (C/C + POUPE) MES 09/2019 NB 185290626-7
TOTAL EM 01/10/2019 998,00

TOTAL DE RECURSOS Demonstrativo para simples conferencia,
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.

Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.
SAC Alo Bradesco - 0800 7048383.

Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099.

Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

DEMONSTRATIVO DE S Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,
POUPANCA FACIL - DEPOS de segunda a sexta-feira, exceto feriados.
DIA DO SALDO A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF
ANIVERSARIO 20/09/ A esta disponivel no Autoatendimento e Internet.
01 0
02 0
03 0
09 0,00
TOTAL 0,00

LANCAMENTOS FUTUROS - CONTA FACIL

OUTUBRO/2019
DIA HISTORICO N.DOCTO VALOR
01 CREDITO DO INSS 9300919 998,00
MES 09/2019 NB 185290626-7
TOTAL EM 01/10/2019 998,00

Demonstrativo para simples conferencia.

Sujeito a alteracoes ate o final do dia.

Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.

SAC Alo Bradesco - 0800 7048383.

Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099.

Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h.

de segunda a sexta-feira, exceto feriados.

A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF

esta disponivel no Autoatendimento e Internet.



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
 Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
 Polícia Civil
 Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO CAMPESTRE

Endereço: AV. VEREADOR MANOEL CARDOSO DA SILVA, SIN, CENTRO, SÃO JOSÉ DO CAMPESTRE

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019157000279 1.2 Data da Expedição: 15/08/2019 12:03:27
 1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO 1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 29/04/2019 09:00:00 2.2 Autor/a: Conhecida
 2.3 Fato: Consumido 2.4 Flagrante: Não
 2.5 Meio(a) empregado(a): Outro 2.6 Tipo de local: Via Pública
 2.8 Número: S/N 2.7 Logradouro: RUA JOSÉ BEZERRA DA SILVA
 2.10 Complemento: 2.9 CEP: 59.275-000
 2.12 Bairro: CENTRO 2.11 Ponta de Referência:
 2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 2.13 Cidade: SÃO JOSÉ DO CAMPESTRE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSE HUMBERTO DA SILVA
 3.3 Nome Social:
 3.5 Endereço:
 3.7 Sexo: MASCULINO
 3.9 CPF: 96769424487
 3.11 Nacionalidade:
 3.13 Profissão: PROFESSOR
 3.15 Telefone(s):
 3.17 Número: 108
 3.18 Bairro: CENTRO
 3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
 3.23 Cidade: SÃO JOSÉ DO CAMPESTRE
4. DADOS PESSOAIS DA(S) VITIMA(S)
 4.1.1 Nome Completo: MÂNOEL GOMES DA SILVA
 4.1.3 Nome Social:
 4.1.5 Mãe: DOMITILA PEREIRA
 4.1.7 Orientação Sexual: ignorado
 4.1.9 Sexo: MASCULINO
 4.1.11 CPF: 37904450453
 4.1.13 Nacionalidade:
 4.1.15 Logradouro: RUA JOSÉ BEZERRA
 4.1.17 Número: 108
 4.1.19 Bairro: CENTRO
 4.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
 4.1.2 Estado civil: Viúvo(a)
 4.1.4 Pai: JOAQUIM GOMES DA SILVA
 4.1.6 Identidade de Gênero: Ignorado
 4.1.8 Etnia: Branca
 4.1.10 Data de Nascimento: 21/01/1942
 4.1.12 RG: 172672
 4.1.14 Profissão: APOSENTADO(A)
 4.1.16 Passaporte:
 4.1.18 E-Mail:
 4.1.20 CEP: 59275000
 4.1.21 Cidade: SÃO JOSÉ DO CAMPESTRE

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUIDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUIDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não
 7.1.3 Chassi: 9G2JB0100KR122044
 7.1.5 Placa:
 7.1.7 Marca: HONDA
 7.1.9 Ano do Modelo: 2019
 7.1.11 Cor do veículo: VÉRMELHA
 7.1.13 Nota Fiscal:
 7.1.15 Nome do proprietário: JOSE HUMBERTO DA SILVA
 7.1.17 Nome do condutor: MÂNOEL GOMES DA SILVA
 7.1.18 Observações: O VEÍCULO POSSUI A PLACA QGRB654 (PLACA MERCOSUL). O SISTEMA NÃO PÔSSUI A OPÇÃO PARA ACADASTRAMENTO DA PLACA.

7.1.2 Seguradora:
 7.1.4 Renavam: 01186863886
 7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
 7.1.8 Modelo: POP
 7.1.10 Ano de Fabricação: 2019
 7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
 7.1.14 Número do Motor:
 7.1.16 Vinhollo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

Ó COMUNICANTE RELATOU QUE A VITIMA, SEU PAI, CONDUZIA A MOTOCICLETA DESCRITA NESTE BOLETIM, QUANDO UMA MADEIRA CAIU DE UM CAMINHÃO E ATINGIU, TENDO ESTE VINDO AO SOLO. A VITIMA FOI SOCORRIDA AO HOSPITAL MUNICIPAL E POSTERIORMENTE ENCAMINHADO AO HOSPITAL WALFREDO GURGEL. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO Foi COMPLEMENTADO)

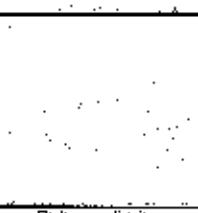
11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 15/08/2019 12:03:27

Policial Civil de Plantão
 Delegacia Eletrônica
 Jul 2019

Interessado



MATRÍCULA AGENTES



SÃO JOSÉ DO CAMPESTRE
Prefeitura do Município

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO CAMPESTRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE MARIA VICÊNCIA DE SOUZA



GAU

GUIA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 341

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

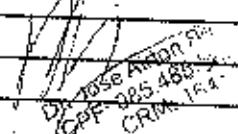
DATA: 23/06/19 HORA: 10:20 CARTÃO SUS: 898 0093 9738 8482
NOME: Antônio Gomes da Silveira DN: 23/06/42
IDADE: 77 anos SEXO: FEM. MASC. PROFISSAO: Aposentado
Mãe: Domicila Pereira
RG: 172-672 ESTADO CIVIL: Viuvo
ENDERECO: Rua Jose Bezerra
BAIRRO: Centro MUNICÍPIO: Centro N° 108
CEP: 59275-000 UF: RN TELFONE: ()

SINAIS VITAIS:

P.A: 80 x 60 mmhg. Fr.CARD: 62 bpm. Fr. RESP: _____ imp. SpO2: 96 %
PESO: _____ HGT: 176 TEMP: _____ °C. DOR: () ECGlasgow:

ALERGICO A ALGUMA MEDICAÇÃO: NÃO SIM:

DADOS CLÍNICOS:

Gripe de Moto com esgotamento de oxigênio
Intubado no H.W.F. Nef. 

DIAGNOSTICO: Poli-trauma do pé Direito.

CONDUTA MEDICA:

HORA: ASSINATURA: