

# 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: 25/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: DANILIO BARBOSA GUIMARAES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04138

CONTA: 000000018112-2

---

Nr. da Autenticação FA087E75E0A00BCA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180222210      **Cidade:** Coronel João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DANILIO BARBOSA GUIMARAES      **Data do acidente:** 05/03/2018      **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 21/06/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** DEFICIT FUNCIONAL

**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE MODERADA DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** MEMBRO SUPERIOR 50%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** JORGE DA SILVA MOTTA

**CRM do médico:** 52.31398-4

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



**ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**Prefeitura Municipal de São Miguel**  
**Fundo Municipal de Saúde do Município de São Miguel**  
CNPJ 13.880.529/0001-99 – Rua Moreira Filho, SN – Maria Manoela.  
Telefax.: (84) 3353-2122 – Cep: 59.920-000  
**Secretaria Municipal de Saúde.**

\* Atto declaratório

## BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

N.º

Nome: Davila Barbosa Quirino Idade: 27 anos  
**FILIAÇÃO** Pai: Antônio Neves Quirino  
Mãe: Joséfa Barbosa de Lima  
Cartão SUS N.º: \_\_\_\_\_ Fone: ( ) \_\_\_\_\_  
Data Nasct: 01/02/90 Cor: B Sexo:  F  M Estado Civil: sócio  
Naturalidade: São Miguel Profissão: Agricultor RG n.º: \_\_\_\_\_  
Residência: R. Maria Madalena Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: São Miguel Data: 05/03/18 Hora Ent: 08:00 hs.

## CONDIÇÕES DO PACIENTE A SER ATENDIDO

Aparentemente Bem <input type="checkbox"/>	C/Hemorragia <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Em Convulsão <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Chocado <input type="checkbox"/>	Agitado <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>		

Alega Acidente de Trabalho  Sim  Não

História – Causa Eficiente da Lesão (Alegada)

(of. trab) Tinha volta pro lado esq. f  
grande volta cada dia  
of. trab ambos (f. lado)

Exame Físico – Lesões ou Afecções Encontradas

Diagnóstico provisório

Prova que é?

Exames Complementares (Com. Do Registro)

ARUANA SEGUROS  
15 MAI 2011

PA: 150 X 120 mmHg  
TEMP: 36,2  
PESO:

Dr. Poo. Bianca C. Palmeira  
Médico  
CPF: 112.013.633-49  
CRM/CE: 8134  
CRM/EN: 3875

PULSO: \_\_\_\_\_

RESPIRAÇÃO: \_\_\_\_\_



**ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**Prefeitura Municipal de São Miguel**  
**Fundo Municipal de Saúde do Município de São Miguel**  
CNPJ 13.880.529/0001-99 - Rua Moreira Filho, SN - Maria Manoela.  
Telefax.: (84) 3353-2122 - Cep: 59.920-000  
**Secretaria Municipal de Saúde.**

**CONDUTA MÉDICA**

*Assy b/ D  
Anfus  
Sua 80% fa  
Uefu m/ 17*

DR. FCO. **Ulisses O. Palme**  
Médico  
CRM: 112.013.633-40  
CRM/CE: 6134  
CRM/IN: 1871



NOME DO PROFISSIONAL:

DATA:

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



# HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 405, Km 03, Bairro Arizônia, Pau dos Ferros RN, Telefax (84) 3331-9840

03/03/09 02:24

## BOLETIM DE URGÊNCIA

Nome: DANILIO BARBOSA GUIMARAES

TEL:

Nº REG. 422379

Nas. 01/12/1990 1-Masculino Solteiro AGRICULTOR Cert.nasc.  Título  CPF  RG  Nº

Pai: ANTONIO NEVES GUIMARAES Mãe: JOSEFA BARBOSA DE LIMA

Endereço: MARIA LEODONA 1460 CENTRO SÃO MIGUEL

RN

Responsável: 707 4070 0607 2172 TEL:

Endereço do Responsável: 9-9158 8383

Serviço: Urgência / emergência

Enfermaria:

Leito:

Admissão: 05/03/2018 Hora admissão: 11:26 Data da Alta: Hora da Alta:

Dados Clínicos: PA: mmHg Pulso: Bpm Temp: FR:

Alega Acidente de Trabalho Sim  Não

História - Causa eficiente da Lesão ( alegada ):

Trauma no antebraço  
esquerdo

Lesões ou afecções encontradas

Doen. edema e lesão  
múltipla.  
Fratura no antebraço  
proximal no 2º Q.R.D.

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Hora: 11:29

CRM



# BOLETIM DE URGÊNCIA

EXAMES COMPLEMENTARES:

CONDUTA:

Cervatino  
lado grande  
A cirurgia

Dr. Wallace Góes  
Médico Ortopedista  
Clementina Tihes

HOSP. DR. CLEODON CARLOS DE ANDRADE

AUTENTICAÇÃO

CONFERE COM O ORIGINAL

PAU DOS FERROS - RN 23/03/18

*Fábio Pereira de Souza Costa*  
Francisco Helio Costa  
Chefe da Seção de Eaturamento  
Portaria N° 06/GS

Médico / Carimbo:

ESTADO DO PACIENTE:

Data: 05/03/18 hora: 16:50

Destino: Cl. Médica:  Cl. Cirúrgica:  Cl. Obstétrica:  UTI Adulto:  Pediatria:   
Alta Médica:  Alta a pedido:  Alta a revelia:  Transferencia:  Óbito:

Médico / Carimbo:

*[Carimbo]*

Código: 232525933

**IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE**

**Unidade Solicitante:**  
HOSPITAL REGIONAL DR CLEODON CARLOS DE ANDRADE (2409275)  
**Central Reguladora:**  
NATAL

**Op. Solicitante:**  
EDILZA  
**Unidade Desejada:**  
... (-)

**Data de Solicitação:**  
05.03.2018 - 13:19:38  
**Data Desejada:**  
---

**DADOS DO PACIENTE**

**CNS:**  
707407006072172  
**Nome do Paciente:**  
DANILIO BARBOSA GUIMARAES  
**Nome da Mãe:**  
JOSEFA BARBOSA DE LIMA  
**Sexo:**  
MASCULINO  
**Data de Nascimento:**  
01/12/1990 (27 anos)  
**Tipo de Moradia:**  
NÔMADE / CIGANO / MORADOR DE RUA  
**Telefone(s):**  
(41) 99990-9930 (Exibir Lista Detalhada)  
**Nome do Responsável:**  
ADJAIR BARBOSA GUIMARAES

**Nome Social/Apelido:**  
---  
**Naturalidade:**  
CURITIBA - PR  
**Raça:**  
BRANCA  
**Tipo Sanguíneo:**  
---

**Telefone do Responsável:**  
9-9158-8383

**DADOS DA SOLICITAÇÃO**

**CPF do Médico Solicitante:**

**Nome do Médico Solicitante:**  
DR. IVONÉZIO QUEIROZ DE SOUZA CRM  
4152  
**Status da Solicitação:**  
PENDENTE

**Diagnóstico Inicial - CID:**  
S523 - FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO

**Classificação de Risco:**  
Paciente - Urgência, atendimento o mais rápido possível  
**Clínica Complementar:**  
Nenhuma  
**Código:**  
0408020431

**Caráter:**  
11 - Urgência  
**Clínica:**  
ESPEC - CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

**Procedimento Solicitado:**  
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA  
ULNA

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

**Principais Sinais e Sintomas Clínicos:**

TRAUMA NO ANTEBRAÇO ESQUERDO COM DOR, EDÉMA E DEFORMIDADE.

**Principais Resultados de Provas Diagnósticas:**

SEMIOLOGIA E RX

**Condições que Justificam a Internação:**

NECESSIDADE DE CIRURGIA.

**PARECER**

**Motivo de Impedimento da Regulador:**

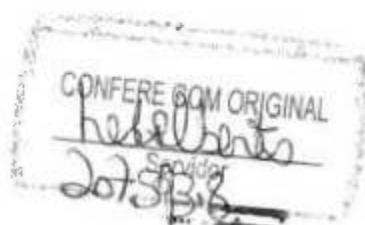
**Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)**

**CRM:**

**Data de Solicitação:**  
05.03.2018 - 13:19:38

ARUANA SEGURUS  
15 MAI 2018

Data da Extração dos Dados: 18/03/2018 18:37:14





ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: **65195 - DANIL BARBOSA GUIMARAES** (27 a 3 m 12 d)

Nascimento: 01/12/1990 Natural: VENHAR-VER.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 707407006072172

CPF: 07372651409

Prof:

Mãe: JOSEFA MIGUEL DE LIMA

Pai:

Logradouro: FORMOSO, 1

CEP: 59925000

Bairro: AREA RURAL

Cidade: VENHAR-VER

Telefone: 84.996072807

Compl:

**Motivo: MOTO X MOTO - COLISÃO**

**Tipo: NÃO REFERENCIADO**

Origem: FAMILIA

\*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS: REGULADO POR DR RODRIGO

Classificação: 13/03/2018 08:56:01

HORA	P.A.	HGT	SAT02	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

**HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA**

Queixas: AVALIAÇÃO MÉDICA

Hora: \_\_\_\_\_

*Pacote de fratura diafisária  
de uma ossa fechada .*

**EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)**

A

B

C

D

E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

\*Saída: -

ARUANA SEGUROS  
15 MAI 2019

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

## 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:

or-top

DATA: 13/03/18

HORA: 09h

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica À Revelia 

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

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

*Rodrigo Cabral*  
 Dr. Rodrigo Cabral  
 Ortopedista  
 CRM/RJ/CR/07-14526

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:

*ATAUNA - SEGURO*  
 15 MAI 2013



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

2- CNES

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

DANILIO BARBOSAGUIMARAES

6- DATA DE NASCIMENTO

01/12/1990

7- BEBÊ

MASCLINO

8- RACIAÇÃO

PARDA

9- NOME DA MÃE

JOSEFA BARBOSA DE LIMA

10- TELEFONE DE CONTATO

991588383

11- NOME DO RESPONSÁVEL

CELINA FRANCO DE CARVALHO SOARES

12- TELEFONE DE CONTATO

13- ENDERECO (RUA, Nº)

SITIO - FORMOSO Nº 01

14- BAIRRO

ZONA RURAL

15- UF

RN

16- CEP

59925000

17- MUNICÍPIO

VENHA VER

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

infecção de ferida do antigo corte

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

infecção de ferida do antigo corte

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

Exame Físico

ARUANA SEGUROS  
15 MAI 2018

23- DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CLÍNICA

Procedimento Solicitado

29- CARÁTER DA INTERNACAO

30- DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

31- DATA DA SOLICITAÇÃO

32- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33- DATA DA SOLICITAÇÃO

34- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

Estevam M. Dantas  
CRM 942

CRM 942  
Estevam M. Dantas  
CRM 942



## PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA  
ORTOPÉDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO	
		150981	
DATA	HORA	CATEGÓRIA	GIH
14/03/2018	12:22		
PACIENTE			
DANILIO BARBOSA GUIMARAES			
ESTADO CIVIL	PROFISSÃO		
SOLTEIRO	AGRICULTOR		
ENDEREÇO (RUA, N°)			
SITIO - FORMOSO N° 01	BARRA	UF	CEP
MUNICÍPIO	ZONA RURAL	RN	59925000
VENHA VER			TELEFONE
LOCAL DE TRABALHO			
FILIAÇÃO			
JOSEFA BARBOSA DE LIMA	ANTONIO NEVES GUIMARAES		
RESPONSÁVEL		TELEFONE	
CELINA FRANCO DE CARVALHO SOARES		991598383	
ENDEREÇO			
O MESMO			
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO	<i>Fratura no rim</i>		
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO			
DATA DE ADMISSÃO			
	Dr. Edimar M. Dantas	OBITO	
	HISTÓRIA CLÍNICA - CRM-942		
	Ortopedia-Traumatologia		

18/3/18 Alta Hosp.

Dr. Edimar M. Dantas  
CRM-942  
Ortopedia-Traumatologia  
18 MAR 2018

ARUANA SEGURANÇA  
15 MAI 2018

CONFERE BOM ORIGINAL  
Hedel Batista  
207938

01 - Josefa Boavista em  
ato do seu Fort. 4070 06 07 2172



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA  
PARAMIRIM /RN

RG: 54.683.980-6

contat  
091 388383

CPF: 07372687409

L46 N° 091

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGENCIA

NOME: Danielo Boimboisa Guimaraes

IDADE: 01.12.1990 COR: Roxa SEXO: Masculino ESTADO CIVIL: Solteiro

NATURALIDADE: São Miguel RN PROFISSÃO: Agricultor PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO: Sítio Formoso BAIRRO: Zona Rural

CIDADE: Venha Ver - RN DATA: 14/03/2017 HORA: 10:30

CONDICÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	COM DISPNEIA <input type="checkbox"/>	CHOCADO <input type="checkbox"/>	COMATOSO <input type="checkbox"/>
C/ HEMORRAGIA <input type="checkbox"/>	EM CONVULSÃO <input type="checkbox"/>	POLITRAUMATIZADO <input type="checkbox"/>	AGITADO <input type="checkbox"/>	OUTROS <input type="checkbox"/>

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM  NÃO

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

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

TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	T.A.
-------	------------	-------	------

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

*Acidente de moto com cinto de segurança*

EXAME FÍSICO

ARUANA SEGURO  
15 MAI 2013

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

*frente aberta*

CONFERE COM ORIGINAL  
Medellín  
30/03/2013

**EXAMES COMPLEMENTARES**

Ass. do Responsável

**ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE**

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

**CONDUTA***Tirar ver / 10 fer*

Dr. Edimar M. Dantas  
CRM-942  
Ortopedia-Traumatologia

Ass. do Responsável

**DESTINO DO PACIENTE**

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>Ortopedice</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____ / _____ / _____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA _____ / _____ / _____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____	A REVELIA <input type="checkbox"/>
ÓBITO _____ / _____ / _____	HORA _____	
ENTREGUE Á FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)





Liquidos administrados na URPA:						Medicamentos administrados na URPA:			
T.C	P	PA	FR	Sel%	Dor	Medicamento	Via	Assinatura	
500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	Ringer:	ml		
500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	litragego vesical contínuo:	ml		
500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	Eliminações:			
500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	Drenagem	ml		
500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	Retorno	ml		
500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	Diluise	ml		
500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	Assinatura			
500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	Dose			
500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	Via			
500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	Medicamento			
500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	Administrador			
500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	URPA:			

<b>ANATOMICO PATOLÓGICO</b>	<b>ANATOMICO PATOLÓGICO</b>
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Sim Pele:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Sim Pele:</b>
<input type="checkbox"/> <b>Pete para sepultamento:</b> <b>Não</b> ( )	<input type="checkbox"/> <b>Pete para sepultamento:</b> <b>Não</b> ( )
<input type="checkbox"/> <b>Liquido:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Liquido:</b>
<b>CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES</b>	<b>CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES</b>
<input type="checkbox"/> <b>Espectro:</b> ( ) limpo ( ) exsudato ( ) contaminação ( ) aparelho resecado ( ) bandagens ( ) talas ( ) outros:	<input type="checkbox"/> <b>Espectro:</b> ( ) limpo ( ) exsudato ( ) contaminação ( ) aparelho resecado ( ) bandagens ( ) talas ( ) outros:
<b>ACRESCIMENTOS:</b> <b>S/</b> <b>Tendinograma</b>	<b>ACRESCIMENTOS:</b> <b>S/</b> <b>Tendinograma</b>

**HISTAL E ESIONAL DEOGENIC MAFIA, EL DELUSORY  
SEÑAL DE ENFERMAGEM EN CENTRO CÍGICO**

Nome do paciente

Jacub Barbosa Guimaraes

Nº prontuário

Data operação

12/03/18

Ent.

Operador

Ricardo Guimaraes

Leito

1º auxiliar

2º auxiliar

3º auxiliar

Anestesiista

Valdir

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Erotoma cutâneo e (Gangrena)

Tipo de operação

Tratamento cirúrgico fracionado eletivo e

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

### Descrição da Operação

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras

Furcaos eletrocautério.  
Dissecção eletrocautérica.  
Ressecção com frótica.  
Sutura plástica, fôlio E.  
Fixar fôlio flocos farpados.  
No tecido muscular em todo o lado.  
Folhar glúteo e plano.  
Cártex falso sobre este pônei.

  
Roberto Santos  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PR 1266 - SBOT 1341

ARUANA SEC. 15  
15 MAI 2018

# Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

					Enfermaria	Leito	Nº prontuário 100981
					Idade 24	Sexo M	Cor B
Daniela Barbosa Jemanius					Peso 80	Outros	
Data 10/18		Pressão arterial 100/80	P脉率 48	Respiração regular	Temperatura 37		
Tipo sanguíneo		Hematíias	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Ureia	
		Urina					
Ap. respiratório Normal					Aasma n	Bronquite n	
Ap. circulatório Pco 300 ml					Eletrocardiograma normal		
Ap. digestivo					Dentes ok	Pescoco ok	Ap. urinário
Estado mental Consciente / Alerta					Alaráticos	Corticoides	Alergia n
Diagnóstico pré-operatório Flat sono ligado					Hipotensores		Risco
Anestesias anteriores					Estado físico		
Medicação pré-anestésica MDZ 1,5 iv					Aplicada às		Efeito
Agentes anestésicos							
Líquidos							
Oper.							
Anest.							
O Rep.							
P Pulso							
SÍMBOLOS E 1830 3 01							
ANOTAÇÕES 4 5							
POSIÇÃO							
Agentes Bloco pleural no mediastinal 25x3 mm							
Técnica Bloco pleural no mediastinal 25x3 mm							
Operação OR toracotomia 2000 g							
Cirurgiões Dr. Leandro e Dr. Cesar							
Anestesistas Dr. Guilherme Velloso							
Observações Perda sanguínea							
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias							

CONFIRA COM ORIGINAL  
Guilherme Velloso  
20/03/88

Cristiano Machado Velloso  
responsible  
OR 3000

Paciente : DANIL BARBOSA GUIMARÃES, 27  
Convênio : PARTICULAR  
Medico : Dr(a).IVONÉZIO QUEIROZ DE SOUZA  
Protocolo: 19632

RG:  
Unidade.: CENTRAL  
Cadastro: 08/03/2018 07:14h  
Emissão : 10/03/2018 07:18h

## CREATININA

Data da Coleta: 08/03/2018

Resultado.....: 0,73 mg/dL

METODO: Enzimático Trinder

Valor de referencia: 0,53 a 1,2 mg/dL

128.88 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>

### RITMO DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR:

V.R.: Adulto maior que 18 anos: > 60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>

De acordo com as recomendações da SBN (Sociedade Brasileira de Nefrologia) e do NKDEP (National Kidney Disease Education Program) estamos fornecendo o valor do eRFG (Ritmo de Filtração Glomerular Estimada) pela fórmula do estudo MDRD (Modificação da Dieta em Doenças Renais), para maiores de 18 anos. Valores inferiores a 60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> podem ser sugestivos de doença renal crônica. Para pacientes com idade inferior a 18 anos o eRFG não tem significado clínico.

  
Dr. Junio Alexandre de Aquino  
Farmacêutico Bioquímico  
CRF/RN. 2773





**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

073.326.534-09

Nosso completo da vítima

Doris Barbara Guimaraes

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

Nome completo <b>Daniela Barbosa Guimarães</b>		CPF titular da conta <b>073.726.534-09</b>	Profissão
Endereço <b>Rua n° Maria Cecília Pereira Fernandes</b>		Número <b>24</b>	Complemento <b>cota</b>
Bairro <b>Centro</b>	Cidade <b>São Miguel</b>	Estado <b>RN</b>	CEP <b>59930-00</b>
Email <b>danielsfariasacacia@gmail.com</b>		Telefone (DDD) <b>(84)99645.4958</b>	

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 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
<b><input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA</b> (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)	
<b>AGÊNCIA</b> NRO.	<b>CONTÁ</b> NRO.	<b>AGÊNCIA</b> NRO.	<b>CONTÁ</b> NRO.
[Informar dígito se existir]	[Informar dígito se existir]	[Informar dígito se existir]	[Informar dígito se existir]
<b><input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)		<b>BANCO</b> Nome _____ NRO. _____	
<b>AGÊNCIA</b> NRO.	<b>CONTÁ</b> NRO.	<b>AGÊNCIA</b> NRO.	<b>CONTÁ</b> NRO.
[Informar dígito se existir]	[Informar dígito se existir]	[Informar dígito se existir]	[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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

José Miguel KN J5 de março de 2018  
Local e Data

Local e Data

Doutor Bento Gómez

**Campo 1 - Assinatura do Beneficiário**

**Campo 2 - Assinatura do Representante Legal**


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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL  
Endereço: Rua Maria Leonora, S/N, Centro, SÃO MIGUEL

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM**

1.1 Protocolo: J2018128000201      1.2 Data de Expedição: 10/05/2018 09:48:19  
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRANSITO COM DANO      1.4 Ligou CIOESP: Não

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

2.1 Data/Hora do Fato: 05/03/2018 02:00:00      2.2 Autoria: Conhecida  
2.3 Fato: Consumido      2.4 Flagrante: Não  
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo  
2.6 Tipo do local: Rural  
2.8 Número: 000  
2.10 Complemento:  
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SITIOS E FAZENDAS  
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
2.13 Cidade: CORONEL JOÃO PESSOA

**3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)**

3.1 Nome Completo: DANIL BARBOSA GRIMARAES      3.2 Estado civil: Solteiro(a)  
3.3 Nome Social:  
3.5 Etnia: Branca  
3.7 Sexo: MASCULINO  
3.9 CPF: 07372651409  
3.11 Nacionalidade:  
3.13 Profissão: CARPITEIRO  
3.15 Telefone(s):  
3.17 Número: 1460  
3.19 Bairro: CENTRO  
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
3.23 Cidade: SÃO MIGUEL  
3.4 Pai: ANTONIO NEVES GRIMARAES  
3.6 Mãe: JOSEFA BARBOSA DE LIMA  
3.8 Orientação Sexual:  
3.10 Identidade de Gênero:  
3.12 Data de Nascimento: 01/12/1990  
3.14 RG: 546629806 - SSP/SP  
3.16 Passaporte:  
3.18 Naturalidade: SÃO MIGUEL/RN  
3.20 E-Mail:  
3.22 Logradouro: MARIA LEODONIA  
3.24 CEP:

**4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)**

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA.

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

**6. DADOS PESSOAIS DA(B) TESTEMUNHA(S)**

6.1.1 Nome Completo: EDCARLOS DA SILVA QUEIROZ      6.1.3 Estado civil: Solteiro(a)  
6.1.2 Nome Social:  
6.1.4 Etnia: Branca  
6.1.6 Mãe: MARIA MARTA DA SILVA QUEIROZ      6.1.5 Identidade Gênero:  
6.1.8 Sexo: MASCULINO  
6.1.10 CPF: 12412683476      6.1.7 Orientação Sexual:  
6.1.12 Nacionalidade:  
6.1.14 Passaporte:  
6.1.16 Logradouro: VER. LUIZ CHICO  
6.1.17 Número: 9932      6.1.18 CEP:  
6.1.19 Bairro: ALTO DE SANTA TEREZA      6.1.20 Cidade: SÃO MIGUEL  
6.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
6.2.1 Nome Completo: JOSE RODRIGUES DE ARAUJO      6.2.3 Estado civil: Solteiro(a)  
6.2.2 Nome Social:  
6.2.4 Etnia: Branca  
6.2.6 Mãe: RAJIMUNDA MARIA DE ARAUJO      6.2.5 Identidade Gênero:  
6.2.8 Sexo: MASCULINO  
6.2.10 CPF: 11068802414      6.2.7 Orientação Sexual:  
6.2.12 Nacionalidade:  
6.2.14 Passaporte:  
6.2.16 Logradouro: MARCO LEAL  
6.2.17 Número: 498      6.2.9 Pai: Branca  
6.2.19 Bairro: ALTO DE SANTA TEREZA  
6.2.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE      6.2.11 Data de Nascimento: 31/03/1969  
6.2.22 Cidade: SÃO MIGUEL  
7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não      7.1.2 Seguradora:  
7.1.3 Chassi:  
7.1.5 Placa: PMY2050      7.1.4 Renavam:  
7.1.7 Marca: HONDA  
7.1.9 Ano do Modelo: 2014      7.1.6 Estado:  
7.1.11 Cor do veículo: PRETA      7.1.8 Modelo: POP100  
7.1.13 Nota Fiscal:  
7.1.15 Nome do proprietário: ADJAIR BARBOSA GUIMARAES DE SOUSA      7.1.10 Ano de Fabricação: 2014  
7.1.17 Nome do condutor: DANIL BARBOSA GRIMARAES      7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA  
7.1.18 Observações: CONDUTOR NÃO POSSUI CNH      7.1.14 Número do Motor:  
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

**8. DADOS DA OCORRÊNCIA**

**9. DOS FATOS**

**9.1 Histórico**

O DECLARANTE VEIO ATE A ESSA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL NA DATA, DIA E HORA SUPRACITADA PARA COMUNICA QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRANSITO , QUE O DECLARANTE TRAFEGAVA NA SUA MOTOCICLETA NA RN-177, PRECISAMENTE EM CIMA DA PORTE, NO MUNICIPIO DE CEL JOÃO PESSOA/RN QUANDO O MESMO BATEU NO ANIMAL , TIPO PORCO, QUE ESTAVA NO MEIO DA PISTA DE ROLAMENTO ; QUE COM ESSA BATIDA O DECLARANTE VEIO A CAI AO SOLO; QUE O DECLARANTE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DA CIDADE DE SÃO MIGUEL/RN- HOSPITAL MUNICIPAL ÁUREA MAIA DE FIGUEIREDO - QUE FOI ATENDIDO NA DATA DE 05/03/2018 , QUE TEVE COMO SEU ATENDENTE A MEDICO FRANCISCO UITAN O.

  
Ramundo Edson R. Manhaes  
Agente de Polícia  
MPC 105 680-9



**10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)**

**11. DECLARAÇÃO**

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

Data: 10/05/2018 09:48:19

oficial

Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1956809 - RAIMUNDO EDSON RODRIGUES MARINHEIRO

Impresso por: 1956809 - RAIMUNDO EDSON RODRIGUES MARINHEIRO em 10/05/2018 09:51:36

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

