

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01066-9

CONTA: 000010043119-4

Nr. da Autenticação 11AE479C40BEF0D5

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190685035 **Cidade:** Goianinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA **Data do acidente:** 24/07/2019 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA/LUXAÇÃO DE QUADRIL ESQUERDO.
LESÃO CORTO CONTUSO EM JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE K.) ALTA MÉDICA. P.03/04/19/24

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE QUADRIL ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE QUADRIL ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Compendio de la Historia

[illegible]

ERIVALDO FERREIRA TIBURCIO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
S/ MANOEL PAZ 10

CPF: 703 175 854-87 INS 12333013736

Calculus

ZONA RURAL/AREA RURAL
GOVERNORATE
SR173-010

87 RESIDUAL
BANK FUNDING

1. 1940-1945
 2. 1946-1950
 3. 1951-1955
 4. 1956-1960
 5. 1961-1965
 6. 1966-1970
 7. 1971-1975
 8. 1976-1980
 9. 1981-1985
 10. 1986-1990
 11. 1991-1995
 12. 1996-2000
 13. 2001-2005
 14. 2006-2010
 15. 2011-2015
 16. 2016-2020
 17. 2021-2025
 18. 2026-2030
 19. 2031-2035
 20. 2036-2040
 21. 2041-2045
 22. 2046-2050
 23. 2051-2055
 24. 2056-2060
 25. 2061-2065
 26. 2066-2070
 27. 2071-2075
 28. 2076-2080
 29. 2081-2085
 30. 2086-2090
 31. 2091-2095
 32. 2096-2100

0056961508 06/2019
03/02/2019 28/06/2019
10-17

[illegible]

DATE	DESCRIPTION	AMOUNT	BALANCE
1964-01-01	OPENING BALANCE	0.00	0.00
1964-01-15	PAYROLL	1.75	1.75
1964-02-01	PAYROLL	0.80	2.55
1964-02-15	PAYROLL	0.80	3.35
1964-03-01	PAYROLL	1.75	5.10
1964-03-15	PAYROLL	0.40	5.50
1964-04-01	PAYROLL	0.30	5.80
1964-04-15	PAYROLL	0.00	5.80
1964-05-01	PAYROLL	0.24	6.04
1964-05-15	PAYROLL	0.00	6.04

TOTAL DAEATUEA

Nº DO PROCESSO	TPO DA PREGÃO	EMPRESA		VALOR		Nº DE DIAS	CONSTANTE	ANEXO	COMISSÃO PESSOAL
		EMPRESA	VALOR	EMPRESA	VALOR				
71000000	CA1	ALCANTARA	2.200,00	27/06/2014	0,0000	30	1,0000		5,00

DATE	TIME	LOCATION	TYPE	STATUS	REMARKS
10/18/78	10:15	1000	1000	1000	1000
10/19/78	10:15	1000	1000	1000	1000
10/20/78	10:15	1000	1000	1000	1000
10/21/78	10:15	1000	1000	1000	1000
10/22/78	10:15	1000	1000	1000	1000
10/23/78	10:15	1000	1000	1000	1000
10/24/78	10:15	1000	1000	1000	1000
10/25/78	10:15	1000	1000	1000	1000
10/26/78	10:15	1000	1000	1000	1000
10/27/78	10:15	1000	1000	1000	1000
10/28/78	10:15	1000	1000	1000	1000
10/29/78	10:15	1000	1000	1000	1000
10/30/78	10:15	1000	1000	1000	1000
10/31/78	10:15	1000	1000	1000	1000

REF ID: A730 7797 此項由內政部提供

1. Subject: [Blank]

2. Topic: [Blank]

3. Author: [Blank]

4. Date: [Blank]

5. Page: [Blank]

6. Page: [Blank]

7. Page: [Blank]

8. Page: [Blank]

9. Page: [Blank]

10. Page: [Blank]

11. Page: [Blank]

12. Page: [Blank]

13. Page: [Blank]

14. Page: [Blank]

15. Page: [Blank]

16. Page: [Blank]

17. Page: [Blank]

18. Page: [Blank]

19. Page: [Blank]

20. Page: [Blank]

21. Page: [Blank]

22. Page: [Blank]

23. Page: [Blank]

24. Page: [Blank]

25. Page: [Blank]

26. Page: [Blank]

27. Page: [Blank]

28. Page: [Blank]

29. Page: [Blank]

30. Page: [Blank]

31. Page: [Blank]

32. Page: [Blank]

33. Page: [Blank]

34. Page: [Blank]

35. Page: [Blank]

36. Page: [Blank]

37. Page: [Blank]

38. Page: [Blank]

39. Page: [Blank]

40. Page: [Blank]

41. Page: [Blank]

42. Page: [Blank]

43. Page: [Blank]

44. Page: [Blank]

45. Page: [Blank]

46. Page: [Blank]

47. Page: [Blank]

48. Page: [Blank]

49. Page: [Blank]

50. Page: [Blank]

51. Page: [Blank]

52. Page: [Blank]

53. Page: [Blank]

54. Page: [Blank]

55. Page: [Blank]

56. Page: [Blank]

57. Page: [Blank]

58. Page: [Blank]

59. Page: [Blank]

60. Page: [Blank]

61. Page: [Blank]

62. Page: [Blank]

63. Page: [Blank]

64. Page: [Blank]

65. Page: [Blank]

66. Page: [Blank]

67. Page: [Blank]

68. Page: [Blank]

69. Page: [Blank]

70. Page: [Blank]

71. Page: [Blank]

72. Page: [Blank]

73. Page: [Blank]

74. Page: [Blank]

75. Page: [Blank]

76. Page: [Blank]

77. Page: [Blank]

78. Page: [Blank]

79. Page: [Blank]

80. Page: [Blank]

81. Page: [Blank]

82. Page: [Blank]

83. Page: [Blank]

84. Page: [Blank]

85. Page: [Blank]

86. Page: [Blank]

87. Page: [Blank]

88. Page: [Blank]

89. Page: [Blank]

90. Page: [Blank]

91. Page: [Blank]

92. Page: [Blank]

93. Page: [Blank]

94. Page: [Blank]

95. Page: [Blank]

96. Page: [Blank]

97. Page: [Blank]

98. Page: [Blank]

99. Page: [Blank]

100. Page: [Blank]

101. Page: [Blank]

102. Page: [Blank]

103. Page: [Blank]

104. Page: [Blank]

105. Page: [Blank]

106. Page: [Blank]

107. Page: [Blank]

108. Page: [Blank]

109. Page: [Blank]

110. Page: [Blank]

111. Page: [Blank]

112. Page: [Blank]

113. Page: [Blank]

114. Page: [Blank]

115. Page: [Blank]

116. Page: [Blank]

117. Page: [Blank]

118. Page: [Blank]

119. Page: [Blank]

120. Page: [Blank]

121. Page: [Blank]

122. Page: [Blank]

123. Page: [Blank]

124. Page: [Blank]

125. Page: [Blank]

126. Page: [Blank]

127. Page: [Blank]

128. Page: [Blank]

129. Page: [Blank]

130. Page: [Blank]

131. Page: [Blank]

132. Page: [Blank]

133. Page: [Blank]

134. Page: [Blank]

135. Page: [Blank]

136. Page: [Blank]

137. Page: [Blank]

138. Page: [Blank]

139. Page: [Blank]

140. Page: [Blank]

141. Page: [Blank]

142. Page: [Blank]

143. Page: [Blank]

144. Page: [Blank]

145. Page: [Blank]

146. Page: [Blank]

147. Page: [Blank]

148. Page: [Blank]

149. Page: [Blank]

150. Page: [Blank]

151. Page: [Blank]

152. Page: [Blank]

153. Page: [Blank]

154. Page: [Blank]

155. Page: [Blank]

156. Page: [Blank]

157. Page: [Blank]

158. Page: [Blank]

159. Page: [Blank]

160. Page: [Blank]

161. Page: [Blank]

162. Page: [Blank]

163. Page: [Blank]

164. Page: [Blank]

165. Page: [Blank]

166. Page: [Blank]

167. Page: [Blank]

168. Page: [Blank]

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 164517/1

Data: 24/07/2019

CHAMADO

TARM: WANESSA GUSTAVO DO NASCIMENTO

Rádio Operador: MIRYAM VIANA DA SILVA

Equipe Enfermagem Cena:

VTR: USB 41 (GOIANINHA)

Médico Regulação: JESSICA SANTOS DE MEDEIROS

Médico Cena: JESSICA SANTOS DE MEDEIROS

Usuário Pós-Cena:

Equipe VTR: ELYESTEVESON FERNANDES DE LIMA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
ANDREIA FERNANDA LIMA DE OLIVEIRA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM
BERTONY BRUNO SOUZA HONORIO - TÉCNICO DE ENFERMAGEMREGULAÇÃO
MÉDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

QUEDA DA
LIGAÇÃOCONTATO COM EQUIPE
SAMU

TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: GOIANINHA

Nome do Solicitante: NALVA

Telefone: (84) 99101-4723

Nome do Paciente:

HOSANA DOS DANTOS OLIVEIRA

Idade: *

25

ANO(S)

Sexo: *

FEMININO

Documentação médico - hospitalar



Coordenadas Informadas

Latitude: -6.2763248 Longitude: -35.2930889

Endereço: SÍTIO MIRANDA

Nº:

Bairro:

Outro Bairro: ZONA RURAL

Referência/Complemento: PX E. M. JOSE MOISES / PX CASA DE FARINHA - SENTIDO ENTRADA DO BOSQUE (BAIRRO)

Unidade de Destino Transferência: HOSP. DE GOIANINHA

Observações Rádio Operador: PCTE AOS CUIDADOS DR RENE - H LOCAL

Queixa Primária: COLISÃO MOTO X MOTO

Quem Solicitou:

Distância do paciente:

Local:

Histórico Regulação Médica:

24/07/2019 07:31:35 - Dr(a). JESSICA SANTOS DE MEDEIROS

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE MOTO X MOTO

REGULAÇÃO: NÃO ESTÁ NO QTH DA OCORRÊNCIA. COLISÃO MOTO-MOTO, VÍTIMA NO QTH

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 2

24/07/2019 07:32:15 - Dr(a). JESSICA SANTOS DE MEDEIROS

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE MOTO X MOTO

REGULAÇÃO: INFORMA QUE VÍTIMA ESTÁ CONSCIENTE, APRESENTA ESCORIAÇÕES E SANGRAMENTOS. ESTÁ MAL, NÃO SABE EXPLICAR O PORQUÊ.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 2

Apoio:

OBSERVAÇÕES

Data: 24/07/2019 07:34:48 Usuário: (RADIO OPERADOR) WIONADJA SAONARA DE MELO OLIVEIRA

Observação: Controle de frota: GOIANINHA - USB 41 NO QTH DA OCORRÊNCIA.

Data: 24/07/2019 08:45:47 Usuário: (TARM) WANESSA GUSTAVO DO NASCIMENTO

Observação: PCT REGULADO COM DR PETRU - HOSP DE GOIANINHA

Data: 24/07/2019 09:49:52 Usuário: (RADIO OPERADOR) MIRYAM VIANA DA SILVA

Observação: Controle de frota: PCTE AOS CUIDADOS DR RENE - H LOCAL

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado: 24/07/2019 07:30:16	Regulação Médica: 24/07/2019 07:32:16	Solicitação VTR: 24/07/2019 07:32:42	Saída VTR: 24/07/2019 07:34:46	Chegada Local: 24/07/2019 07:58:00
Saída Local: 24/07/2019 08:36:00	Chegada Destino: 24/07/2019 09:00:00	Liberação Destino: 24/07/2019 09:49:49	Liberação VTR: 24/07/2019 09:49:50	

Observação do Apoio:

CONDUTA

☒ Conduta VTR☒ Remoção

Conduta Médico Regulador:

24/07/2019 08:25:42 - JESSICA SANTOS DE MEDEIROS
LIGAÇÃO COM MUITA INTERFERÊNCIA.24/07/2019 08:26:08 - JESSICA SANTOS DE MEDEIROS
SOLICITO QUE EQUIPE SAIA DO LOCAL DA OC PARA LOCAL QUE PEGUE MELHOR TELEFONE.24/07/2019 08:34:06 - JESSICA SANTOS DE MEDEIROS
Avaliação Inicial em hospital local.

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

GOIANINHA - HOSP. DE GOIANINHA

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE --

H. ligação ao serv. prop.:

R:

Recebido por:

Número do conselho:

Número da ficha de Remoção:

☐ Vaga Negada☐ Vaga Zero

Motivo da entrada:

☐

Ass:

PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:

ACIDENTE DE TRABALHO?

Sim * Não

VIOLÊNCIA A VULNERÁVEIS?

Sim * Não

SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar**
Nº 18622 / 2019**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou:

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: 136264 ROZANA DOS SANTOS OLIVEIRA

Prontuário:

CNS: 704809095410447

Nascimento: 23/10/1984

Sexo: Feminino

Cor: PARDA

Mãe: LUZIA DOS SANTOS DE OLIVEIRA

Pai: FRANCISCO ROMUALDO DE OLIVEIRA

Endereço: RUA MANOEL PAZ, 1 - GOIANINHA - GOIANINHA

Fone: 998100870 /

Município: GOIANINHA

Código Municipal IBGE: 240420

UF: RN

CEP: 59173-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM QUADRIL E FERIMENTO EM JOELHO E

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

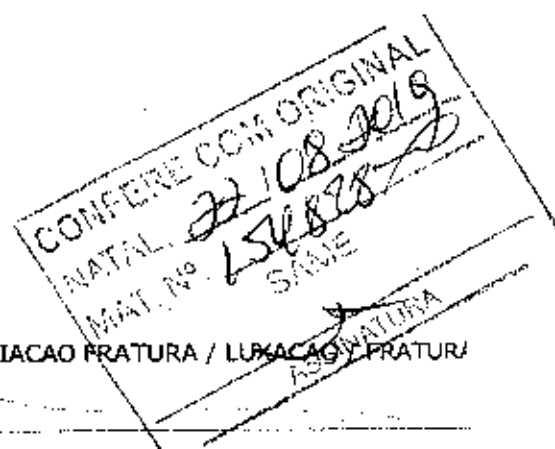
FRATURA-LUXAÇÃO CENTRAL DE QUADRIL E

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX + TC

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S32.4 FRATURA DO ACETABULO*408040254. TRATAMENTO CIRURGICO DE ASSOCIACAO FRATURA / LUXACAO / FRATURA

**Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?**

ACETABULO, FX:1

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes☐ Hipertensão☐ Obesidade☐ Faz Antibióticoterapia☐ Lesão por pressão☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

KLEIDSON ANTONIO DE ARAUJO BASTOS

CRM: 4421 / RN

Data da Solicitação 24/07/2019

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

Profissional Autorizador:

Orgão Emissor:

Número da Autorização:

Data da Autorização: / /

Assinatura/Campanha:

Kleudson Bastos
Ortopedia
CRM 4421



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Salinho

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA

Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA - LUXAÇÃO DE QUADRIL (E) + FERIMENTO EM JOELHO (E)

Indicação terapêutica: LIMPEZA + SURINA + TRACÃO Urgência (X) Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: 24 JUL 2019

Início:

Término:

Duração:

Operador: DR. GEAN GUARNIENTES

CRM/CRO:

1º Auxiliar:

CRM/CRO:

2º Auxiliar:

CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista: DR. VANBEATO

CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- ① PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB SEDACÃO VENOSA.
- ② ASSÉPSIA + ANTI-SEPSIA + APOSIÇÃO NOS CAMPOS.
- ③ REDUÇÃO INCUPLANTE DE FRAT. - LUXAÇÃO DE QUADRIL (E) + COLOCAÇÃO DE FIO TRANSFIB. (E)
- ④ SURINA DE FERIMENTO EM JOELHO (E)
- ⑤ CULMINOU.

LOGS ONVIERE DANIELA
CENTRALIMAGENS
10/07/2019 15:04

04602.05.023-3(5) 72.3 (24.07)

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

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

ORIGINAL
22-08-2019
15:08
SAGUE
ASSINATURA



SÉSAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 37549 /2019
Admissão: 24/07/2019 10:42:07

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

Paciente: **136264 - HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA** (34 a 9 m 1 d)
Nascimento: 23/10/1984 Natural: GOIANINHA, BRASIL Sexo: F Cor: PARDA
CNS: 704809095410447 CPF: Prof: AGRICULTORA
Mãe: LUZIA DOS SANTOS DE OLIVEIRA Pai: FRANCISCO ROMUALDO DE OLIVEIRA
Logradouro: MANOEL PAZ, 1 Cidade: GOIANINHA
CEP: 59173000 Bairro: GOIANINHA
Telefone: 84 998100870 Compl:

Motivo: MOTO X MOTO - COLISÃO
Origem: AMBUL. SAMU RN

Tipo: REFERENCIADO
*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS: CONTATO DR ANDRÉ					Classificação: 24/07/2019 10:38:36				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISAO MOTO/MOTO COM TRAUMA DE MIE E TCE
Hora: _____

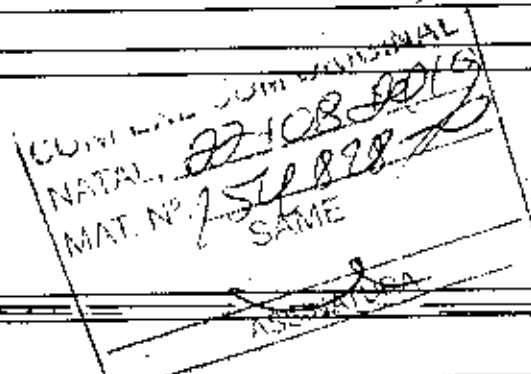
EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: 24/07/2019 14:20:08 - INTERNADO

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID





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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 37549 /2019
Admissão: 24/07/2019 10:42:07

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **136264 - ROZANA DOS SANTOS OLIVEIRA** (34 a 9 m 1 d)
Nascimento: 23/10/1984 Natural: GOIANINHA, BRASIL Sexo: F Cor: PARDA
CNS: 704809095410447 CPF: Prof:
Mãe: LUZIA DOS SANTOS DE OLIVEIRA Pai: FRANCISCO ROMUALDO DE OLIVEIRA
Logradouro: MANOEL PAZ, 1 Cidade: GOIANINHA
CEP: 59173000 Bairro: GOIANINHA
Telefone: 84 998100870 Compl:

Motivo: MOTO X MOTO - COLISÃO
Origem: AMBUL. SAMU RN

Tipo: REFERENCIADO
*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS: CONTATO DR ANDRE					Classificação: 24/07/2019 10:38:36				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
08:00	140x70		88%		30	66		14	
0:40			88%			70		15	

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISAO MOTO/MOTO COM TRAUMA DE MIE E TCE

Hora: 10:40

Paciente trazida pela SAMU por acidente moto
há 03 horas, com trauma em região de face,
na H. Nega uso de capacete. Nega perda de consciência,
vômitos e náuseas.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A. Mucosas pálidas, reflexo corneal presente
B. MUC, amêgala, SINT, sem choro ou gemido, expulsação normal
C. RR, 01, 01F, S. 50 bpm, pulso 20 bpm, QPT, PA 01 altim
D. GAT 000 (5, pupila) 230 (FURCICERVA) S. DEFICIT MOTOR
E. ESCUTICAOES na FACE, PULSO a. 230 bpm

OUTRAS OBSERVAÇÕES

24/07/19 12:45
AOD: Elviseo, indolente
T.O.
F.O.
B.O.

24/07/19 11:15
T.O.
E.O.
B.O.

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

POLICEMIA A TIZAO

*Gerado via SX por FRANCIE AVELINO DE ARAUJO. Impresso em 24 de Julho de 2019

RAICSA
24/07/19

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALÉRGICAS) NegativoM(MEDICAÇÃO EM USO) Negativo

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LÍQU. E ALIMENTOS INGERIDOS) Ingeriu do 04 horas

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V(PASSADO VACINAL) Desconhece

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

TC DE C.M.O.

TC DE C.M.O. CERVICAL

TC DE FACE

RAIO X DE DENTE (AP)

TOMOGRAFIA DE BICO DO MORRO (AP E PERFIL)

CONDIÇÃO PRIMÁRIA(MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Dr. André Martins
Médico
CRM/RN 9960

Paciente jovem, suposto
diagnóstico de síndrome
de Marfan, com história de
doença da aorta e válvula
mitral.

Ata da 1ª. reunião

Dr. Marina Rego
Cirurgiã Geral
CRM/RN 1233

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1	PELODENTARIA	HORA: 10:50	DATA: 24/07/19
ESPECIALISTA 2	ORTODONTIA	HORA: 10:50	DATA: 24/07/19
ESPECIALISTA 3	BUCA MAXILO	HORA: 10:50	DATA: 24/07/19

DESTINO DO PACIENTE

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

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

ÓBITO: DATA / / HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () I.T.E.P.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNESE

MINHESE. Prato feito por J. Vitor de Chaves de Sousa
muito, com pedaço de coqueiro, uva, maçãs e bananas.

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO Te de face, com lesões de violação bem como
do pescoço, com lesões de violação, sem sinais de Hemorragia.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

CA
Exatoma da parede anterior do Seio Frontal

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)----

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Ex Genio
Apoy en otros de especialidades
Medicas para aconsejados y por el
para que posterior conducto
conduzca
Alta la BME

Dr. Gilberto Luiz de Queiroz
Implodontologia e ortod.
CPE/1997

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONFIDENTIAL
22-10880-10
MAT. NO. 156888
SAME
X-NAILED

Assinatura e Carimbo do Respon

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

[illegible]

DISCRIMINADOR	NOTAÇÃO	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	15-19	4
	13-14	3
	10-12	2
	8-9	1
	7	0
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	10-20	4
	21-30	3
	31-40	2
	41-50	1
	51	0
PRESSÃO ARTERIAL SINTÓLICA	> 90	4
	70-90	3
	50-70	2
	40	1
	30	0

[illegible]

CLASSIFICAÇÃO DO TCE:
LATE 2003/7

22. 22-000000 [unclear] [unclear] the
but [unclear] [unclear] [unclear]
23. 23-000000 [unclear]
24. 24-000000

* Refer to: TEASDALE, G. JAMES, II. Assessment of noise and impaired consciousness. A pilot study. *Lancet* 1974, 3: 81-84

Կ'ըսենք ինքեզնի Հայաստանը և Թուրքիան մտադրեցին իր
պահանջները գրեթե ինքուրեք և 2 լեռն. ինչ և հանր. Հայաս-
տանից-նա քի հարկերը ևս սկսեցինք քի անհատներին քի ի
նա հարկերը ստանալ ևս արդարևս սկսեցինք:

SEM	OR	LEVE	Moderna	Interna
9	1	F	3	

NCR - 1200

Relata de que de muito vai cerca de
os homens com percha de couro.

EG: 15. sm. lypn p.
TC cub 1 TC col cend. sm lenc agl.
col. ALN. Nce. nob. gubn.

* Friction present on the surface. See Fig. 10. As BMF

LABORATÓRIO

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Nº do Boletim de Atendimento:

DATA:

HORA:

DATA:

HORA:

Á Revelia

Transferido para:

DATA:

HORA

com Atestado ☐

~~S.V.O.~~

I.T.E.P. ☐

~~Malaco (Cathinol)~~

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

Nº do Boletim de Atendimento:

DATA:

HORA:

DATA:

HORA:

À Revelia ☐

Transferido para:

DATA:

HORA:

com Atestado ☐

ס' ח' ע

ITC 100



Prefeitura Municipal de Goiânia
Secretaria Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO MÉDICO

HLUG. Dr. André

RODRIGUES SANDI OLIVEIRA 342

PACIENTE compareceu nesta unidade
traçando para o carro uma
sufocante acidentada de moto. Colisão
frontal. Moto/mto. estava sem
capacete e trava traseira.
Ao ser: REG. LOTA, ACIDENTADA
REV. C.A.O. AL. 2
GOLGON 15.

HA NA FUTURE ACIDENTADO ©
E

PR 130x70

PZ 66

FR 10

Renato A. Rodrigues
Médico
CRM 7424

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL. 29/02/2018
MAT. Nº. 15088-5
SANE
ASSINATURA

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 6887 /2019

Prontuário: 1187224

Paciente: 136264 - HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA

Cartão SUS: 704809095410447

CPF:

Idade: 34 anos 9 meses 1 dia

Sexo: F

Etnia: PARDA

Dt Nasc: 23/10/1984

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: LÚZIA DOS SANTOS DE OLIVEIRA

Nome do pai: FRANCISCO ROMUALDO DE OLIVEIRA

Rua/Av: MANOEL PAZ

Nº: 1

Bairro: GOIANINHA

Complemento:

CEP: 59173000

Cidade: GOIANINHA

Telefone: 84 998100870 84 998100870

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1008

Responsável: ROZANA DOS SANTOS OLIVEIRA -

Usuário: FRANCIE AVELINO DE ARAUJO

Tratado - 23/07/2019

Admissão: 24/07/2019 14:20:07

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S32.4 - FRATURA DO ACETABULO

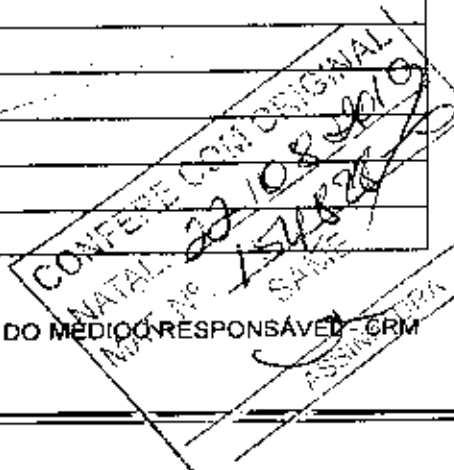
408040254 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

NATAL, 24 de Julho de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL CRM





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA

166570

7- CARTÃO NACIONAL SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

10- RAÇA/COR

704 8090 9541 0447

23/10/1984

FEMININO

PARDA

11- NOME DA MÃE

12- TELEFONE DE CONTATO

LUZIA DOS SANTOS OLIVEIRA

998100870

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

MARILEIDE FERREIRA TIBURCIO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

SITO MANOEL PAZ, 10

16- MUNICÍPIO

17- BAIRRO

18- UF

19- CEP

GOIANINHA

ZONA RURAL

RN

59173000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM FASORES DE
ACETABULOS (ESQ)

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

FAST ACETABULOS 73.0

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

OSTEOSTINTERE DE ACETABULOS

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

OSTO PRO 1 AA

() CNS () CPF

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

JOSEVAN F. NUNES

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

36- () AC. TRANSITO

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

38- () AC. TRABALHO TRAJETO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNIE DA EMPRESA

44- CBOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

HRDML/SESAP
CONFERÊNCIA ORÇ
Pamarrim-RN
Heslinda 20/08/2018

PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 0051

NOME: Rosângela dos Santos OLIVEIRA
IDADE: 23/10/1984 COR: Parda SEXO: F ESTADO CIVIL: Solteira
NATURALIDADE: Caruaru/PE PROFISSÃO: Agrônoma PROCEDÊNCIA: ---
ENDEREÇO: R. Manoel Paes - 01 - Caruaru BAIRRO: Caruaru
CIDADE: Caruaru/PE DATA: 28/10/19 HORA: 17:56

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐
C/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

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 TA

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Primo em acidente @ m 0400h, comunitário do W.G. Pm
com o carro

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura - Luxação do ombro @

HRDML/SESAP

CONFIRMAÇÃO/assinatura

Caruaru, 28/10/19

EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

☐ HEMATOLOGIA	☐ NEUROLOGIA	☐ NEFROLOGIA	☐ CIR. VASCULAR	☐ ENDOSCOPIA
☐ CLÍNICA MÉDICA	☐ CIRURGIA GERAL	☐ ORTOPEDIA	☐ BUCO-FACIAL	☐ UROLOGIA
☐ NEUROCIRURGIA	☐ OTORRINO	☐ OFTALMOLOGIA	☐ C. PLÁSTICA	☐

CONDUTA

- INTERNA PARA ORTOPEDIA

Jesse de Moura L. Neto
Ortopedia - Traumatologia
CRM 35718

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

☐ FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	☒ INTERNADO NO SERVIÇO DE ORTOPEDIA	☐ REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____	DECISÃO MÉDICA ☐ HORA _____ HORA _____	A REVELIA ☐ ENTREGUE A FAMÍLIA ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P. ☐
MÉDICO (Carimbo)	CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)	

SUS

C. Campos P. (Reduço) 403
Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar
Nº 18622 / 2019

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou:

CNES: 2653923
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: 136264 ROZANA DOS SANTOS OLIVEIRA

Id: 350

Prontuário:

CNS: 704809095410447

Nascimento: 23/10/1984 Sexo: Feminino

Cor: PARDA

Mãe: LUZIA DOS SANTOS DE OLIVEIRA

Pai: FRANCISCO ROMUALDO DE OLIVEIRA

Endereço: RUA MANOEL PAZ, 1 - GOIANINHA - GOIANINHA

Fone: 998100870 / *9948145*

Município: GOIANINHA

Código Municipal IBGE: 240420

UF: RN

CEP: 59173-000

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

Q PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM QUADRIL E
MENTO EM JOELHO E

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
FRATURA-LUXAÇÃO CENTRAL DE QUADRIL E

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RX + TC

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S32.4 FRATURA DO ACETABULO*408040254. TRATAMENTO CIRURGICO DE ASSOCIACAO FRATURA / LUXACAO / FRATURA

precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

ACETABULO, FX;1

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão ☐ Usa Fixador Externo

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

Profissional Solicitante / Assistente:

KLEIDSON ANTONIO DE ARAUJO BASTOS

CRM: 4421 / RN

Data da Solicitação 24/07/2019

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

Profissional Autorizador:

Orgão Emissor:

Número da Autorização:

Data da Autorização: / /

Assinatura/Carimbo:

HOSPITAL/SEGURADORA

CONFERE C/O ORIGINAL
Bastiansen RN

Dr. Kleidson Bastiansen

Data de autorização

Profissional autorizador

Assinatura do médico

Ordem emitida

Número de autorização

AUTORIZAÇÃO

Atividade com prescrição: () Emprego () Desemprego () Aposentado () Invalidez () Não segurado

() Atividade de trabalho físico CMB de férias _____ CMB de emprego _____ CMB de

() Atividade de trabalho físico CMB de férias _____ CMB de emprego _____ CMB de

() Atividade de trabalho físico CMB de férias _____ CMB de emprego _____ CMB de

PREVENÇÃO EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

RESPOSTA: ANTONIO DE ALVARO RABELO

CMB

DATA: 1/11/2013

DATA DE EMISSÃO: 1/11/2013

Assinatura do médico

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Indicação de atendimento em caso de acidente ou violência

Assinatura

Assinatura

Assinatura de atendimento em caso de acidente ou violência

Assinatura de atendimento em caso de acidente ou violência

Assinatura

Assinatura

Assinatura de atendimento em caso de acidente ou violência

Assinatura

Assinatura de atendimento em caso de acidente ou violência

INSTITUIÇÃO DE INTERVENÇÃO

Assinatura de atendimento em caso de acidente ou violência

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura de atendimento em caso de acidente ou violência

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura de atendimento em caso de acidente ou violência

Assinatura

Assinatura

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Assinatura de atendimento em caso de acidente ou violência

Assinatura

Assinatura

Assinatura

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Assinatura

Assinatura

Assinatura de atendimento em caso de acidente ou violência

Assinatura



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PROTOCOLO			
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - MASCULINO	11 - FEMININO
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)	13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)	

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID PRINCIPAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - LEITO / CLÍNICA	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	29 - CID PRINCIPAL	30 - CID SECUNDÁRIO	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	39 -
40 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL			
42 - CID SECUNDÁRIO			

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	44 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
46 - DT AUTORIZ.	47 - DT AUTORIZ.	
48 - CNES / CPF	49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

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



Hospital

Nome do paciente

Flora de Santos Oliveira

Nº prontuário

Data operação

Erit

Operador

Klausenauer

1º auxiliar

Felix Freire

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Fract. - Amparo de acetábulo (E) + Músculo proximal

Tipo de operação

Fract. de Fract. do acetábulo (E) de M. proximal

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato da patologia

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Anestesia

Via de acesso ao quadril (E) posterolateral.

Hemostasia

Redução interna de fratura com fixação a placa + parafusos - 3-5

Ligadura de vasos + sutura por plano.

Curativo

01/08/19

Hausemann Moraes
Ortopedista
CRM 3374 - S BOT 12213

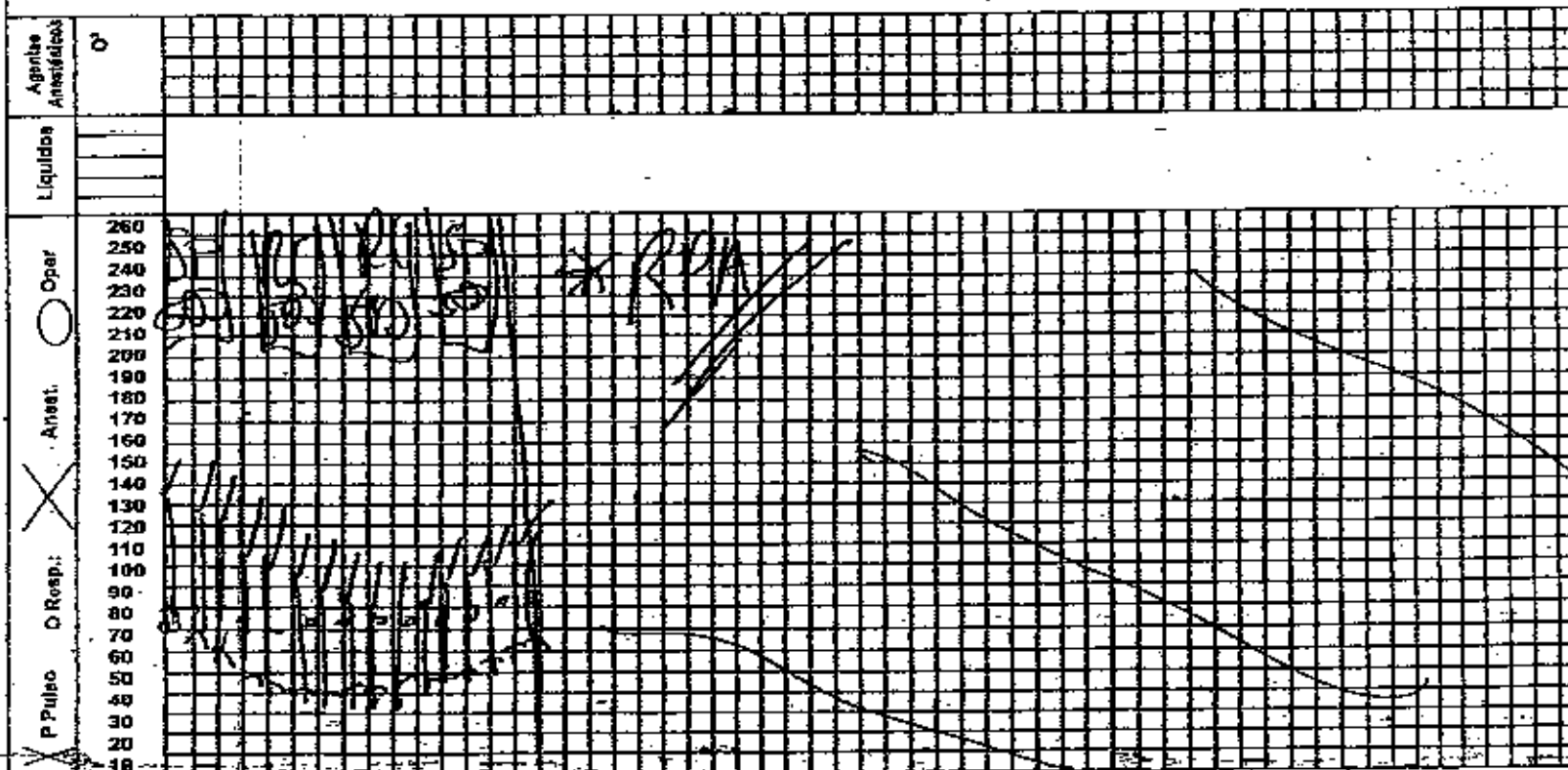
1	GERENCIAMENTO DE PLAS
1	PLASTICIZADO
1	PROC. CLÍNICO
1	PROC. CIRÚRGICO
1	0408040297
1	1) CBO. 22525
1	2) CBO. 22526
1	8) IMAS
1	100 S-324

H+DAIL / SESAP

CONFERÊNCIA DE REGISTRO
20/08/2019

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital	HOMI				Enfermeira	Leito	Nº prontuário
Nome	Hosana dos Santos OLIVEIRA				Idade	Sexo	Cor
Data	01/08/99	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros
Tipo sanguíneo	Hemoglobina	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia		
	Urina						
Ap. respiratória	NOR					Asma	Bronquite
Ap. circulatório	NOR					Eletrocardiograma	
Ap. digestivo	NOR			Dentes	Pescoco	Ap. urinário	
Estado mental	NOR			Ataraxia	Corticóides	Alergia	Hipertensões
Diagnóstico pré-operatório						Estado físico	Risco
Anestésias anteriores							
Medicação pré-anestésica					Aplicada às	Efeito	



SÍMBOLOS	MIDAZOLAM 15mg; FENTANYL 0,1mg	
E	ROPIVACAINE 0,8%; RALPHIA 1,5	
ANOTAÇÕES	DIPLOMA 10; PEXA 10mg; PEXA 10mg	
POSICÃO	DDT	
Agentes	BUPIVACAINE 0,8%; MIDAZOLAM 0,1mg; FENTANYL 0,1mg	
Técnica	RAJINOTERAPIA + SEDACAO	
Operação	FRATURA DE ACETABULO	
Cirurgiões	DR. HAUSEMAN / DR. F.B.O	
Anestesiologista	DR. F.B.O	

Assinatura
Data



HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: HOZANNA DOS SANTOS OLIVEIRA Idade: 34 DM: 23/10/84
Pront.: 166530 Município: _____ Procedência: () Interno () Externo
Data da cirurgia: 21/08/19 Hora Admissão: _____ Bloco: _____ Sala: _____ Hora Saída: _____ Peso: _____
Alergias: () Não () Sim Comorbidades: () HAS () DM () Outras: nenhuma
Uso de medicações: () Não () Sim Jejum: () Não () Sim
SSVV Admissão: PA: _____ mmHg Pulso: _____ bpm FI: _____ rpm FC: _____ bpm SpO₂: _____ % T: _____ °C

Enfermeiro(a): Juliana Instrumentado(a): Gloria Circulante: Marina e Agostina

Cirurgia: 477 amputação de dedo do pé direito E Especialidade: Ortopedia Sala: 03
Hora Início: 08:30 Hora Término: 09:15 Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada

1º Cirurgião: Roberto Anest.: al. Fabio Frazee Residente: _____

Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: _____ () Bloqueio () Raquidiana Ag.º 06 () Peridural () Cateter () s/cateter
Ag.º _____ Cateter nº: _____ Início: 08:15 Garrote: () Smart () Pneumático Início: _____ Término: _____

Anestesiologista: D. Adilson

NEUROMUSCULAR		PELE/HIGIENE		CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO		DISPOSITIVOS		MONITORIZAÇÃO	
☒ Consciente		☒ Normocorada		☒ Normotenso		☒ Jelco		☒ ECG	
☐ Letárgico		☐ Hipocorada		☐ Hipotensão		☐ Acesso V. Central		☒ Oximetria	
☐ Coma		☐ Cianótica		☐ Hipertensão		☐ Cat. Diálise		☐ Capnógrafo	
☒ Orientado		☐ Ictérica		☐ Hipertensão		☐ Fístula		☒ PA	
☐ Desorientado		☐ Desidratada		☒ Normocárdico		☐ Arteriovenosa		☐ Estimul. Nervo	
☐ Sedado		☐ Integra		☐ Bradicardia		☐ SNG		☐ Diprifusor	
☐ Ansioso		☒ C/lesões		☐ Taquicardia		☐ SVD		☐ BIC	
☐ Desambula		☐ Sudorese		☐ Choque		☐ Colostomia		☐ Desfibrilador	
☐ t/dificuldade		☒ Cicatriz cirúrgica		☐ Normoesfignico		☐ Cistostomia			
☒ Acamado		☒ Higiene Satisfatória		☒ Eupneia		☐ Dreno:			
☐ Paraplégico		☒ Higiene deficiente		☐ Dispneia		☐ Aparelho gessado			
☐ Tetraplégico		☐ Manchas		☐ Dispositivo O ₂		☐ Tração			
☐ Amputações		☐ S/Tricotomia				☐ Talas			

SINAIS VITAIS	Início	Melo	Fim	Unid.
FC	117	70	101	Bpm
Pulso	115	70	101	Bpm
Oximetria	98	97	98	%
Capnografia	-	-	-	%
PA	147/118	93/52	110/58	mmHg

POSIÇÃO		COXIM.		MMSS	
☒ Dorsal		☒ Cabeça		☒ Anatômicos	
☐ Ventral		☐ Pescoço		☒ Abduzidos	
☒ Lateral		☐ Tórax		☒ Fletidos	
☐ Litotômica		☐ Lombar		☒ MMII	
☐ Trendelenburg				☒ Anatômicos	
☐ Canivete				☒ Abduzidos	
☐ Proclive				☒ Fletidos	

ACESSO VENOSO	
☐ Punção Arterial	
☐ Punção Venosa Periférica	
☐ Punção Venosa Central	
☐ Dissecção venosa	
Local:	
Cateter:	

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
() Sim () Não () Metal () Descartável	
Local: <u>ambas</u>	
DEGERMAÇÃO	
() Sim () Não	
Local: <u>M + E</u>	Solução: <u>Citox + Alcol</u>
Local:	

SONDAGEM GÁSTRICA	
☒ SNG	
Retorno:	
CATETERISMO VESICAL	
☒ SVF nº <u>14</u>	☒ SVA nº
Diurese: <u>presente</u>	
Profissional responsável: <u>Dr. Ana Carolina</u>	

IMPLANTE CIRÚRGICO	
Drenos:	<u>HRDM / 1632</u>
Tela:	<u>CONFÉRIE / 1632</u>
Cateter:	<u>CONFÉRIE / 1632</u>
Ostomia:	<u>CONFÉRIE / 1632</u>
Fio de KC:	<u>CONFÉRIE / 1632</u>
Placa - Tipo: <u>CONFÉRIE / 1632</u>	Parafuso - tipo:
Outros:	

EXAMES SOLICITADOS:	
() Hemograma	() Gasometria
() Coagulograma	() Outros

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO	
<u>CONFÉRIE / 1632</u>	Quant. Material:



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

() Hemoconcentrado Unid. () Plasma Unid. () Plaquetas Unid.
() Albumina Unid. () Expansor plasmático Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

h: Vazias Anestesia h:
h: h:
h: h:

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Fisiológico: ml () Soro Ringer Simples: ml
() Soro Glicosado: ml () Soro Ringer Lactato: ml
Quantidade total de volume administrado:

ANATOMO PATOLÓGICO

(X) Não () Sim Peça: Peça para sepultamento: () Não () Sim
Swab para cultura: Líquido:

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: () limpo () c/exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Talas () Outros:

INTERCORRÊNCIAS: Exatidão na administração

Ass: Infante Coren: 88893

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: (X) Consciente () Inconsciente () Narcoze () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () O₂ ambiente Curativos: (X) Oclusivo () Compressivo () Bolsa c
colostomia () Outro:
Diurese: Espontânea Normal () Hematúria (X) Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: CRD

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO

Hora: 22:30 Data: 01/09/19 Nível de consciência: (X) Acordado (X) Sonolento () Narcoze (X) Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado (X) Extubado () cânula de Guedel () Cateter O₂ (X) O₂ Ambier
Mobilização MMII: () Normal (X) Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: (X) Normal () Diminuída () Sem mobilida
Venoclise: () Não (X) Sim Tipo: AVP Local: USG Sondas: () Gástrica () Enteral (X) Vesical
Drenos: () Sução () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim () Não Especifique:
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos
Curativo: (X) Oclusivo () Descoberto (X) Limpo () Sujo Monitorização: () ECG (X) Oxímetro (X) PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Edema () Alteração PA () Alteração FC
Relate:

SINAIS VITAIS

Líquidos administrados na URPA:

Hora	TC	P	PA	FR	Sat.%	Dor	Soro glicosado: <u>500</u> ml
Admissão	X	96	100/60	22	100	X	Soro Fisiológico: <u>500</u> ml
30'	X	96	100/60	22	100	X	Ringer: <u>500</u> ml
60'	X	98	100/60	22	100	X	Irrigação vesical contínua: <u></u> ml
Alta	X	100	100/60	22	100	X	

Medicações administradas URPA:

Eliminações:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura	Recebido da SO	Diurese	Retorno Gast.	Diurese	Retorno da Irrigação

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

POI de 111 cmHg do abdômetro no
23:30 Exatidão na administração para Rd de controle e Exatidão

Ass: Infante Coren: 88893





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL DR. DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA



Paciente: HOSANA DOS SANTOS OLIVEIRA
Data: 31/07/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA BACIA

TÉCNICA:

Foram obtidas imagens por aquisição volumétrica *multislice*, sem a administração endovenosa de contraste, com reformatações multiplanares.

RELATORIO:

Fratura cominutiva acetabular com desvio dos fragmentos ósseos associado a luxação pósterio-superior da cabeça femoral à esquerda.

Demais estruturas ósseas de formato habitual, sem sinais de fraturas.

Articulação coxofemoral direita de contornos regulares.

Articulações sacroilíacas e sínfise púbica conservadas.

Laudo gerado: 31/07/2019 16:49. Para baixar uma cópia, acesse <https://validar.wbtsnet.com.br/>, utilize data/hora e a chave: yy3eUQwW.

Marcel Dantas de Sousa

Laudo por:
Marcel Dantas de Sousa
CRM-RN 4557 / RADIOLOGISTA



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde

Agosto - 19
Pant 166.570
C/anton su:

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2- CNES	
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA		4- CNES 3515168	
Identificação do Paciente			
5- PACIENTE ROZANA DOS SANTOS OLIVEIRA		6- NUMERO DO PRONTUARIO 166570	
7- CARTÃO NACIONAL/SUS 704 8090 9541 0447	8- DATA DE NASCIMENTO 23/10/1984	9- SEXO FEMININO	10- RAÇA/COR PARDA
11- NOME DA MÃE LUZIA DOS SANTOS OLIVEIRA		12- TELEFONE DE CONTATO 998100870	
13- NOME DO RESPONSÁVEL MARILEIDE FERREIRA TIBURCIO		14- TELEFONE DE CONTATO	
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) SÍTIO MANOEL PAZ, 10			
16- MUNICÍPIO GOIANINHA	17- BAIRRO ZONA RURAL	18- UF RN	19- CEP 59173000
Justificativa de Internação			
20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>paciente com quadro clínico de infarto do operatório</i>			
21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>cirurgia</i>			
22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>R</i>			
23- DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Infarto miocárdico</i>	24- CID 10 PRINCIPAL <i>I25.0</i>	25- CID 10 SECUND.	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>prol. cirurgia</i>		28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29- CLÍNICA	30- CARÁTER DE INTERNAÇÃO <i>17 8 13</i>	31- DOCUMENTO () CNIS () CPF	32- Nº DOCUMENTO DO PRESTADOR SOLICITANTE <i>Rodolfo Santo Ortopedia e Traumatologia PROT 13</i>
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34- DATA DA SOLICITAÇÃO	35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)			
36- () AC. TRÂNSITO 37- () AC. TRABALHO TÍPICO 38- () AC. TRABALHO TRAJETO	39- CNPJ DA SEGURADORA 40- Nº DO BILHETE 41- SÉRIE	42- CNPJ DA EMPRESA 43- CNAE DA EMPRESA 44- CBO	
45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO			
Autorização			
46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47- COD. ORGÃO EMISSOR	52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i>166.570</i>	
48- DOCUMENTO () CNIS () CPF	49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	50- DATA DA AUTORIZAÇÃO	
51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			

Paulo Ney Costa
CPF 222.161.724-72
COREN 203

HRDML / SESAP
CONFERI C/ ORIGINAL
Parnamirim-RN
Mat. 2015938



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA ORTOPEDIA		REGULAÇÃO RETORNO		OBS
ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO 166570		
DATA 13/08/2019	HORA 12:43	CATEGORIA	GM	
PACIENTE HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA			DATA DE NASCIMENTO 23/10/1984	
ESTADO CIVIL SOLTEIRA		PROFISSÃO AGRICULTORA		
ENDEREÇO (RUA, Nº) SÍTIO MANOEL PAZ, 10				
MUNICÍPIO GOIANINHA	BARRIO ZONA RURAL	UF RN	CEP 59173000	
LOCAL DE TRABALHO			TELEFONE	
FILIAÇÃO LUZIA DOS SANTOS OLIVEIRA FRANCISCO ROMILDO DE OLIVEIRA				
RESPONSÁVEL MARILEIDE FERREIRA TIBURCIO			TELEFONE 998100870	
ENDEREÇO O MESMO				
DIAGNOSTICO PROVISÓRIO				
DIAGNOSTICO DEFINITIVO				
DATA DE ADMISSÃO 13-08-19		ALTA 24-08-19		ÓBITO

HISTÓRIA CLÍNICA

* TAT CLÍNICO INF. RUA

1) LESÕES MÚLTIPLAS
(2) LESÃO MÚLTIPLO
(3) LESÃO MÚLTIPLO
(4) LESÃO MÚLTIPLO
(5) LESÃO MÚLTIPLO
(6) LESÃO MÚLTIPLO
(7) LESÃO MÚLTIPLO
(8) LESÃO MÚLTIPLO
(9) LESÃO MÚLTIPLO
(10) LESÃO MÚLTIPLO

HRDML / SESAP
CONFERÊNCIA ORIGINAL
Paranaguá - PR
24/08/2019
2020



PEDIDO DE PARECER

C.O. II - L-06

Unidade Solicitante: _____	Município: _____
Paciente: <u>HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA</u>	Prontuário: _____
Motivo da Consulta: <u>Paciente pós-operatório de fratura de Antebraço, apresentando infecção em sítio operatório; Em uso de apre + clindam. Solicito Avaliação</u>	
Dr. Gustavo Souza Ortopedia / Traumatologia CRM 7794 TEST 16198	<u>7794</u> CRM <u>17/08/19</u> Data
Encaminhado à especialidade: <u>CCIH - Infecção</u>	Município: _____
Consulta marcada para a Unidade: _____	Para o (a) Dr. (a): _____ às _____ horas do dia _____

RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante: _____	Município: _____
Paciente: <u>Hozana dos S Oliveira</u>	Prontuário: _____
(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões) <u>Cirurgia há 20 dias</u> <u>Não foi feito debridamento / limpeza</u> <u>Sugiro limpeza cirúrgica e coleta de material profundo para cultura</u>	
Diagnóstico: _____	CID: _____
Médico: <u>20/08/19</u>	Data: _____
Retornar à clínica solicitante: _____	Unidade: _____
Para o (a) Dr. (a): _____	às _____ horas do dia _____
HRDML / SESAP CONFERI C/O ORIGINAL	
HRDML / SESAP CONFERI C/O ORIGINAL Pamamirim-RN	

Mãe: Luíza dos Santos Oliveira
CPF: 0763418434 - SUS: H04809093410247-58429-9260



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 09

NOME: Mariana dos Santos Oliveira
IDADE: 23/10/84 COR: Parda SEXO: F ESTADO CIVIL: Solteira
NATURALIDADE: Piauí PROFISSÃO: Aquecimento PROCEDÊNCIA: Urd / Ref
ENDEREÇO: São Manoel da Serra BAIRRO: Zona Rural
CIDADE: Governinópolis DATA: 07/08/19 HORA: 07:10

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐
C/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

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 TA

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Atropo

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

HRDML / SESAP
CONFERT / SESAP
Parnamirim - RN
07/08/19
Mariana dos Santos Oliveira

EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

☐ HEMATOLOGIA	☐ NEUROLOGIA	☐ NEFROLOGIA	☐ CIR. VASCULAR	☐ ENDOSCOPIA
☐ CLÍNICA MÉDICA	☐ CIRURGIA GERAL	☐ ORTOPEDIA	☐ BUCO-FACIAL	☐ UROLOGIA
☐ NEUROCIRURGIA	☐ OTORRINO	☐ OFTALMOLOGIA	☐ C. PLÁSTICA	☐

CONDUTA

La bacis Ap

Curto

infecção no fo.

*Hausemann Morais
Ortopedista
CRM 5314 - S BOT 12213*

Interma.

tratar tipo e clintemire

*Rogério Santos
Ortopedia e Traumatologia
Ass. do Responsável*

DESTINO DO PACIENTE

☐ FICOU NO LOCAL	☒ INTERNADO NO SERVIÇO DE	☐ REMOVIDO EM
HORA _____ HS	<i>ortopedi</i>	HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA ☐	A REVELIA ☐
DATA _____	HORA _____	
ÓBITO _____	HORA _____	
ENTREGUE	A FAMÍLIA ☐	S.V.O. ☐
	ITER ☐	
<i>Hausemann Morais Ortopedista CRM 5314 - S BOT 12213</i>		
MÉDICO (Carimbo)	CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)	

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2714902-1 VIA JAR 23/06/2005

HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA

FRANCISCO ROMILDO DE OLIVEIRA
LUZIA DOS SANTOS OLIVEIRA

NATURALIDADE GOIANINHA RN DATA DE NASCIMENTO 23/10/1984

CERT. NASCIMENTO 8037 L 38 F 80
GOIANINHA RN 01 CARTÓRIO

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.140 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TECNICO-IDENTIFICADORA DE POLICIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO

POLEMAN DUNERO

HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE 20

Documentos de identificação



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

076.544.784-37

HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA

23/10/1984

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Agosto/2005

CORREIOS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0439500/19

Vítima: HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA

CPF: 076.544.784-37

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 24/07/2019

CPF de: Próprio

Títular do CPF: HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA : 076.544.784-37

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/12/2019
Nome: HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA
CPF: 076.544.784-37

HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/12/2019
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

Paulo Victor Soares Sant'Ana

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190685035 **Cidade:** Goianinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA **Data do acidente:** 24/07/2019 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA/LUXAÇÃO DE QUADRIL ESQUERDO.
LESÃO CORTO CONTUSO EM JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE K.) ALTA MÉDICA. P.03/04/19/24

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE QUADRIL ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE QUADRIL ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0439500/19

Vítima: HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA

CPF: 076.544.784-37

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 24/07/2019

Titular do CPF: HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA : 076.544.784-37

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/12/2019
Nome: HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA
CPF: 076.544.784-37

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/12/2019
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA

Paulo Victor Soares Sant'Ana

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190685035

Vítima: HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA

Data do Acidente: 24/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 25 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190685035

Vítima: HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA

Data do Acidente: 24/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000001066-9**

Conta: **000010043119-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ OAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ IN ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

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

Nome completo: **HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA** CPF: **076.544.784-37**
Profissão: **AGRICULTORA** Endereço: **SÍTIL MANOEL PAZ** Número: **10** Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Cidade: **BOIANINHA** Estado: **RN** CEP: **59173-000**
E-mail: Tel.(DDD): **84 9.948/4574**

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

REDA MENSAL:
☐ RECLUSO 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)
AGÊNCIA: **1066** **9** **CONTA:** **43.119** **2**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ **CONTA:** _____
(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) ☐ Divorçado ☐ 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 (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos:

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado Local e Data, **Boianinha/RN, 28 de Novembro de 2019.**
Nome: **HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA**
CPF: **076.544.784-37**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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, *nascituros (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 com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.

*Hozana dos Santos Oliveira**Hozana dos Santos Oliveira*

Mod. 0.50.239-5 - Out/2016 - SISBB 18262 - ita

ira comprovar a autoria e
por meio de criptografia,
acordada pelas partes.
tre as partes como forma
usuários e conceder-lhes
permitir-lhes o acesso a

3.3. A Assinatura Eletrônica serve para abertura, acesso e movimentação da conta, utilização do cartão, confirmação de transações financeiras, consultas, aquisição de produtos e serviços e outras operações bancárias que as partes acordarem a sua utilização.

3.4. O cadastramento inicial da Assinatura Eletrônica é realizado presencialmente pelo(s) Titular(es), após a sua identificação pelo Banco e mediante a celebração deste Termo, momento em que são cadastradas as senhas numéricas de 6 (seis) e 8 (oito) dígitos.

4. Responsabilidades do(s) Titular(es)

4.1. As senhas e assinatura eletrônica são de uso pessoal e intransferível e o(s) Titular(es) nunca deverá(ão) informá-las a terceiros.

4.2. O(s) Titular(es) não deve(m) anotar suas senhas no cartão ou em qualquer outro documento e, em caso de perda ou roubo, deverá(ão) comunicar a ocorrência imediatamente ao Banco, por meio dos canais de atendimento.

5. Declarações e Autorizações do(s) Titular(es)

5.1. O(s) Titular(es) está(ão) ciente(s) e concorda(m) que o BB:

- a) não mantém cópia de segurança da Assinatura Eletrônica do Titular; e
- b) manterá sigilo dos documentos recebidos.

5.2. O(s) Titular(es) declara(m)-se ciente(s) e concorda(m), ainda, que o Banco não se responsabiliza por eventuais prejuízos decorrentes da quebra de sigilo, pelo(s) Titular(es), da sua Assinatura Eletrônica.

5.3. O(s) Titular(es) tem pleno conhecimento e concorda(m), de forma expressa e irrevogável, que a senha eletrônica de 6 (seis) dígitos a ser cadastrada por ele próprio, neste momento, será utilizada como assinatura eletrônica para formalizar a Proposta/Contrato de Abertura de Conta-Corrente e/ou Poupança com o Banco do Brasil S.A. e com a Associação de Poupança e Empréstimo - Poupex (Poupança Poupex), a Declaração de Domicílio Fiscal, a Declaração de Propósitos e Natureza da Relação de Negócio, a Autorização de Consulta ao SCR, a Declaração de Pessoa Exposta Politicamente-PEP, a Declaração US Person, bem como demais Contratos de produtos e serviços, contratados exclusivamente durante a abertura da conta-corrente.

5.4. Desde já, para todos os efeitos legais, o(s) Titular(es) reconhece(m) como válidas e verdadeiras as operações e transações realizadas com a utilização da Assinatura Eletrônica.

5.5. Como Titular, declaro que todos os dados informados no momento do cadastramento da Assinatura Eletrônica são verdadeiros, e aceito o disposto neste Termo de Responsabilidade.

11/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 10:21:37
100613197 0041
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUPANCA
EM DINHEIRO

CLIENTE: ROZANA SANTOS OLIVEIRA
AGENCIA: 1006-9 CONTA: 43.119-2 (VAR:51)
=====

DATA	11/11/2019
NR. DOCUMENTO	10.061.319.700.041
VALOR DINHEIRO	50,00
VALOR TOTAL	50,00

=====

NR. AUTENTICACAO	F.130.463.887.076.632
------------------	-----------------------

Creditos a partir de 04 05 2012 estao
disciplinados pela Lei 12.703.

LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO.
ENTRE OUTRAS INFORMACOES.



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 GOIANINHA
Endereço: RUA PROF. JOÃO TIBURCIO, 141, CENTRO, GOIANINHA

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019087001428
1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL AGENTE RODOVIÁRIO - CULHER

1.2 Data de Expedição: 27/11/2019 10:23:01
1.4 Ligação CROSP: Não

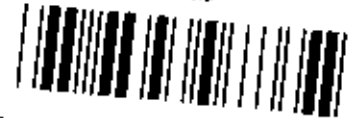
2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 24/07/2019 07:30:00
2.3 Fato: Consumado
2.5 Meio(s) empregado(s): Velocó
2.6 Tipo do local: Rural
2.8 Número: 1
2.10 Complemento:

2.2 Autoria: Conhecida
2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: SÍTIO MIRANDA
2.9 CEP:
2.11 Ponto de Referência:
2.13 Cidade: GOIANINHA

Boletim de ocorrência



3. DADOS PESSOAIS DO COMPLICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: MARINEZ FERREIRA TIBURCIO
3.3 Nome Social:
3.5 Etnia: Branca
3.7 Sexo: FEMININO
3.9 CPF: 66343364404
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: COMERCIANTE
3.15 Telefone(s): 64 94814574
3.17 Número: 69
3.19 Bairro: SÍTIO MANOEL PAZ
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.23 Cidade: GOIANINHA

3.2 Estado civil: União Estável
3.4 Pai: JOAO TIBURCIO FILHO
3.6 Mãe: MARIA NAZARE FERREIRA TIBURCIO
3.8 Orientação Sexual:
3.10 Identidade de Gênero:
3.12 Data de Nascimento: 29/07/1969
3.14 RG: 001097145 - ITP/ITM
3.16 Passaporte:
3.18 Nacionalidade: GOIANINHA RN
3.20 E-Mail:
3.22 Logradouro: SÍTIO MANOEL PAZ
3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 Nome Completo: MARINEZ FERREIRA TIBURCIO
4.1.3 Nome Social:
4.1.5 Mãe: MARIA NAZARE FERREIRA TIBURCIO
4.1.7 Orientação Sexual:
4.1.9 Sexo: FEMININO
4.1.11 CPF: 66343364404
4.1.13 Nacionalidade:
4.1.15 Logradouro: SÍTIO MANOEL PAZ
4.1.17 Número: 69
4.1.19 Bairro:
4.1.21 Estado:

4.1.2 Estado civil: União Estável
4.1.4 Pai: JOAO TIBURCIO FILHO
4.1.6 Identidade de Gênero:
4.1.8 Etnia: Branca
4.1.10 Data de Nascimento: 29/07/1969
4.1.12 RG: 001097145
4.1.14 Profissão: COMERCIANTE
4.1.16 Passaporte:
4.1.18 E-Mail:
4.1.20 CEP:
4.1.21 Cidade:

4.2.1 Nome Completo: HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA
4.2.3 Nome Social:
4.2.5 Mãe: LUZIA DOS SANTOS DE OLIVEIRA
4.2.7 Orientação Sexual:
4.2.9 Sexo: FEMININO
4.2.11 CPF:
4.2.13 Nacionalidade:
4.2.15 Logradouro: SÍTIO MANOEL PAZ
4.2.17 Número: 10
4.2.19 Bairro:
4.2.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

4.2.2 Estado civil: União Estável
4.2.4 Pai:
4.2.6 Identidade de Gênero:
4.2.8 Etnia: Parda
4.2.10 Data de Nascimento: 23/10/1984
4.2.12 RG: 2714902
4.2.14 Profissão: AGRICULTORA
4.2.16 Passaporte:
4.2.18 E-Mail:
4.2.20 CEP:
4.2.21 Cidade: GOIANINHA

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Seguradora: Não
7.1.3 Chassi: *****12493
7.1.5 Placa: QWE6877
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.9 Ano do Modelo: 2014
7.1.11 Cor do veículo: PRETA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.15 Nome do proprietário: MINERVINA DA SILVA NOGUEIRA
7.1.17 Nome do condutor:
7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:
7.1.4 Renavam:
7.1.6 Estado:
7.1.8 Modelo: CG 125 FAN KS
7.1.10 Ano de Fabricação: 2014
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.14 Número do Motor:
7.1.15 Vinculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

NO DIA E HORA DO FATO AS VÍTIMAS FORAM ATROPELADAS POR JOSE EDSON BELO DA SILVA, O QUAL CONDUZIA A MOTO SUPRA CITADA NA ESTRADA DO MIRANDA, QUE AS VÍTIMAS ESTAVAM CAMINHANDO PELA ESTRADA VICINAL QUANDO A MOTO COLIDIU COM AS DUAS AO MESMO TEMPO, QUE NÃO VIRAM A MOTO VISTO QUE VEIO POR TRÁS, QUE DESMAIARAM DEVIDO A GRAVIDADE DO ACIDENTE, QUE HOZANA FOI SOCORRIDA PELO SAMU ATÉ O HOSPITAL LOCAL E MARINEZ FOI SOCORRIDA PELO SEU IRMÃO BETINHO TAMBÉM PARA O MESMO HOSPITAL, QUE O CONDUTOR DA MOTO NÃO TEVE FERIMENTOS GRAVES E NÃO PRECISOU SER SOCORRIDO.

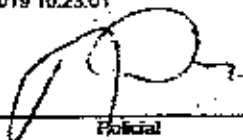
9.2 Informações do CROSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

Foto: J2019087001428 - Código de autenticação: 8b6e41abfe94bab25e758ed545c2b440

O(s) declarante(s), sob as penas da lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data: 27/11/2019 10:23:01


Policial


Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1652656 - Renato Dias da Silva Junior

Impresso por: 1652656 - Renato Dias da Silva Junior em 27/11/2019 10:23:31

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

27/11/2019 10:23:31



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 RN



Comp. Reg. de Acidentes Declarados



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fazem necessário, que foi encontrado a ocorrência Nº 164517/1 referente a paciente **HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA** 35 anos, atendida pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN, no dia 24/07/2019 em Goianinha/RN. Conforme ficha anexa.

Natal, 06 de agosto de 2019.

Ubiratan Wagner de Sousa
Coordenador da Regulação Médica do SAMU 192 RN
MAT.210991-3

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S/A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de Inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.