

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: 31/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO ANDRIE ENEDINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00806

CONTA: 000000054562-0

Nr. da Autenticação CDDE512193F2A5A5

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200036593 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO ANDRIE ENEDINO **Data do acidente:** 21/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 18.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200036593 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO ANDRIE ENEDINO **Data do acidente:** 21/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 18.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036593

Vítima: JOAO ANDRIE ENEDINO

Data do Acidente: 21/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ODAIZA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO ANDRIE ENEDINO

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 tornozelo 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: **JOAO ANDRIE ENEDINO**

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

Banco: **104**

Agência: **000000806**

Conta: **000000054562-0**

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

014.058-874-43

4 - Nome completo da vítima:

João Amândio Eneolino

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012

5 - Nome completo:

João Amândio Eneolino

7 - Profissão:

Caro

8 - Endereço:

R. Fabiana Tulin Ferreira

11 - Bairro:

centro

12 - Cidade:

Maracá de Velhas

15 - E-mail:

13 - Estado:

PA

14 - CEP:

59430-000

16 - Tel. (DDD):

(84) 99939-7466

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0806

CONTA:

00054562

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (na CNJ)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Assinatura do declarante ou representante legal

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Maracá de Velhas PA 10/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 057285/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/11/2019 15:16 Data/Hora Fim: 07/11/2019 16:26
Delegado de Polícia: Alzira Veiga de Medeiros

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1ª Delegacia Regional de Polícia Civil de São Paulo do Potengi
Data/Hora do Fato: 21/10/2019 05:00

Local do Fato

Município: São Paulo do Potengi (RN)
Logradouro: Sítio Cabaço

Bairro: Zona Rural

Ponto de Referência: Próximo a uma caixa d'água
Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOÃO ANDRIÉ ENEDINO (VÍTIMA, COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RN - Sítio Novo	Sexo: Masculino	Nasc: 22/12/1985
Profissão: Motorista		Escolaridade: Ensino Médio Completo	
Estado Civil: Casado(a)		Nome do Pai: Antonio Enedino Sobrinho	
Nome da Mãe: Maria Pereira da Silva Enedino			
Em Serviço: Sim			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 014.058.874-43
RG - Carteira de Identidade: 2.433.340

Endereço

Município: Lagoa de Velhos - RN
Logradouro: Rua Tabelião Júlio Ferreira
Bairro: Alto da Conceição
Telefone: (84) 98805-2125 (Celular)

Nº: 559
CEP: 59.430-000

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Endereço

Município: Natal - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Descrição MARCA VOLKSWAGEN/MODELO ONIX	CPF/CNPJ do Proprietário 897.782.274-20
Placa QGA0682	Renavam 01043791490
Número do Motor DXUSA1567	Número do Chassi 9BGKS48G0FG313660

Delegado de Polícia Civil: Alzira Veiga de Medeiros
Impresso por: Luiz Antonio Pereira Dos Santos
Data de Impressão: 07/11/2019 16:27
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

2º SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS
Paiva Amaral
TABELIÃO: AIRENE JOSE AMARAL DE PAIVA
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do ORIGINAL que me foi exibido
em 21/10/2019 13:33:06 Em testemunho da verdade
Emol R\$ 2,97
Confira em: <https://selodigital.tjn.jus.br>
PEDRO ERASMO DE PAIVA NUNES - Substituto
Impresso por MARIA DO SOCORRO NUNES DE MEDEIROS
Selo: RN201900953640044697BJD



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 057285/2019

Ano/Modelo Fabricação 2015/2014
UF Veículo Rio Grande do Norte
Marca/Modelo CHEVROLET/ONIX 1.0MT LT
Veículo Adulterado? Não
Situação Envolvido, Meio Empregado
Situação do Veículo NADA CONSTA

Cor CINZA
Município Veículo São Paulo do Potengi
Modelo CHEVROLET/ONIX 1.0MT LT
Quantidade 1 Unidade
Última Atualização Denatran 08/04/2015

Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Proprietário

Grupo Veículo
Descrição MARCA RONDA/MODELO CG 150 FAN ESI
Placa OJT7750
Número do Motor KC16E7D432827
Ano/Modelo Fabricação 2013/2012
UF Veículo Rio Grande do Norte
Marca/Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI
Veículo Adulterado? Não
Situação Envolvido, Meio Empregado
Situação do Veículo NADA CONSTA

Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 014.058.874-43
Renavam 00502049685
Número do Chassi 9C2KC1670DR432827
Cor PRETA
Município Veículo Parnamirim
Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI
Quantidade 1 Unidade
Última Atualização Denatran 06/01/2016

Nome Envolvido	Envolvimentos
João André Enedino	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE/VÍTIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA ESPECIALIZADA PARA FINS DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, PARA RELATAR, QUE NO LOCAL, DATA, E HORA SUPRA MENCIONADAS; QUE TINHA SAÍDO DA CIDADE DE LAGOA DE VELHOS/RN, CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA COM DESTINO PARA A SEDE DA EMPRESA DELTA, LOCALIZADA NA CIDADE DE NATAL/RN; QUE TRAFEGAVA NA FAIXA DA DIREITA, NA RN 903, QUANDO O VEÍCULO DE MARCA VOLKSVAGEM, MODELO ONIX, DE COR CINZA, SEGUIA NO MESMO SENTIDO, OCASIÃO EM A VÍTIMA TENTOU A ULTRAPASSAGEM NAQUELE VEÍCULO; QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO CAUSADOR DO ACIDENTE, DE FORMA IMPRUDENTE, PASSOU PARA A FAIXA DA ESQUERDA, MOMENTO EM O VEÍCULO COLIDIU VIOLENTAMENTE NA PARTE TRASEIRA DA MOTOCICLETA; QUE DEVIDO AO IMPACTO DA BATIDA, A VÍTIMA FOI ARREMESSADO POR UNS 40 (QUARENTA) METROS; QUE A VÍTIMA SOFREU ESCORIAÇÕES NAS NÁDEGAS, PERNA E PÉ DIREITO, E FRATURA INTERNA DO TORNOZELO(FÍBULA) DIREITA; QUE SEU CONJUNHADO DE NOME EDMILSON PASSAVA PELO LOCAL DO ACIDENTE, ONDE ACIONOU UMA AMBULÂNCIA DO HOSPITAL REGIONAL DE SÃO PAULO DO POTENGI/RN, ONDE FOI MEDICADO; QUE, EM SEGUIDA, FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL WALFREDO GURGEL, EM UMA AMBULÂNCIA DA CIDADE DE LAGOA DE VELHOS/RN, CONFORME BOLETIM DE Ocorrência Nº 54637/2019, ONDE RECEBEU OS PROCEDIMENTOS MÉDICOS DE URGÊNCIA, ONDE PERMANECER 01 (UM) DIA INTERNADO; QUE FOI REMOVIDO PARA O HOSPITAL DEOCLÉCIO MARQUE DE LUCENA, ONDE PASSOU POR UMA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA. NADA MAIS DISSE.

Página 2 de 3

Delegado de Polícia Civil: Alzira Veiga de Medeiros
Impresso por: Luiz Antonio Pereira Dos Santos
Data de Impressão: 07/11/2019 16:27
Protocolo nº: Não disponível

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



2º SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS

Paiva Amaral
TABELÃO: AIRENE JOSE AMARAL DE PAIVA
Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do ORIGINAL que me foi exibido
dou fe. Parnamirim/RN, 14/11/2019 13:33:02 Em testemunho da verdade.
Emol R\$ 2,97
Confira em: <https://eodigital.tjn.jus.br>
PEDRO ERASMO DE PAIVA NUNES- Substituto
Impresso por MARIA DO SOCORRO NUNES DE MEDEIROS
Selo: RN201900953640044696QCJ





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 057285/2019

ASSINATURAS

Luiz Antonio Pereira Dos Santos
Agente de Polícia
Matrícula 75.428-5
Responsável pelo Atendimento

João André Enedino
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que deli origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

2º SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS
Paiva Amaral
TABELIÃO: AIRENE JOSÉ AMARAL DE PAIVA
Av. Brasil, 10 - Boa Esplanada - CEP: 54050-000 - Natal - RN - (84) 2030-8200 / 3572-2295
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel da ORIGINAL que me foi exibido
dou fe. Parnamirim/RN, 14/11/2019 13:32:58 Em testemunho da verdade.
Emol R\$ 2,97
Confira em: <https://selodigital.tjn.jus.br>
PEDRO ERASMO DE PAIVA NUNES - Substituto
*Impresso por MARIA DO SOCORRO NUNES DE MEDEIROS
Selo RN201900953640044695IHF



SUS 898 004 0869 2088 2192 21 6434 2192



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

NOME: Yonas Augusto Queiroz
IDADE: 27/10/1985 COR: - SEXO: MALE ESTADO CIVIL: Solteiro
NATURALIDADE: Silvia Novo RN PROFISSÃO: Despedido PROCEDÊNCIA: -
ENDEREÇO: Rua Lafayette Helio Severina BAIRRO: Quilombo
CIDADE: Agua de Velhas DATA: 27/10/2019 HORA: 10 30hs

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 T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

fratura com
torção

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura torçã

31/10/19
hede

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

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

☐ FICOU NO LOCAL	☒ INTERNADO NO SERVIÇO DE	☐ REMOVIDO EM ____/____/____
HORA ____ HS	<i>Ortopedia</i>	HORA ____
RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA ☐	PARA ____
DATA ____/____/____	HORA ____	A REVELIA ☐
ÓBITO ____/____/____	HORA ____	
ENTREGUE	A FAMÍLIA ☐	S.V.O. ☐
		I.T.E.P. ☐

Rogério Santos
Ortopedia e Traumatologia
MÉDICO (Carimbo) S80T 1341

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)

HOSPITAL MONSIEUR WILFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 10038 /2019

Prontuário: 1190130

Paciente: **148462 - JOAO ANDRIER ENEDINO**

Cartão SUS: 898000408692288

CPF: 01405887443

Dt Nasc: 22/12/1985

Idade: 33 anos 9 meses 30 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA PEREIRA DA SILVA ENEDINO

Nome do pai: ANTONIO ENEDINO SOBRINHO

Rua/Av: TABELIAO JULIO FERREIRA

Nº: 559

Complemento:

Bairro: CENTRO

CEP: 59430000

Cidade: LAGOA DE VELHOS

Telefone: 84 988359031 84 988359031

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1001

Responsável: JOAO ANDRIER ENEDINO -

Usuário: JESSICA KAROLINE ANDRADE DE LIMA

Admissão: 21/10/2019 10:42:23

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.6 - FRATURA DO MALÉOLO LATERAL
408050497 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

NATAL, 21 de Outubro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM





BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 54637 /2019

Admissão: 21/10/2019 08:34:52

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **148462** - JOAO ANDRIER ENEDINO (33 a 9 m 30 d)

Nascimento: 22/12/1985 Natural: SITIO NOVO BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 898000408692288 CPF: 01405887443

Prof: MOTORISTA DE CARRO

Mãe: MARIA PEREIRA DA SILVA ENEDINO

Pai: ANTONIO ENEDINO SOBRINHO

Logradouro: TABELIAO JULIO FERREIRA, 559

CEP: 59430000

Bairro: CENTRO

Cidade: LAGOA DE VELHOS

Telefone: 84 .988359031

Compl:

Motivo: ACIDENTE DE TRABALHO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. INTERIOR

*Empresa: DELTA

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS: REGULADO DR DIOGO					Classificação: 21/10/2019 08:29:26				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM PERNA DIREITA

Hora: ____:____

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID



A

B

C

D

E

A(ALÉRGICAS)

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONDUTA PRIMÁRIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

HORA

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

ÓBITO: DATA / / HORA

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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 54637 /2019

Admissão: 21/10/2019 08:34:52

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 148462 - JOAO ANDRIE ENEDINO (33 a 9 m 30 d)

Nascimento: 22/12/1985

Natural: SITIO NOVO BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 898000408692288

CPF: 01405887443

Prof: MOTORISTA DE CARRO

Mãe: MARIA PEREIRA DA SILVA ENEDINO

Pai: ANTONIO ENEDINO SOBRINHO

Logradouro: TABELIAO JULIO FERREIRA, 559

CEP: 59430000

Bairro: CENTRO

Cidade: LAGOA DE VELHOS

Telefone: 84 988359031

Compl:

Motivo: ACIDENTE DE TRABALHO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. INTERIOR

*Empresa: DELTA

Fluxograma:

Discriminador:

OBS: REGULADO DR DIOGO

Classificação: 21/10/2019 08:29:26

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM PERNA DIREITA

Hora: 08:45

Paciente da entrada em serviço trazido do Hospital Regional de São Paulo. Relata, vítima, de um acidente. Vítima de colisão carro-moto, estava na moto usando capacete. Afirma dor em abdome e perna D. Nega perda de consciência e dor torácica.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A	Dias aéreas pérvias e sem cervicalgia (sem edema cervical)
B	Expansão: MV+ em ambos HTX, SRA sem fl. expansibilidade.
C	TEC = 2x. Estável hemodinamicamente.
D	Glasgow = 15. Sem déficit motor.
E	Exonarações em perna D e PE D. Edema em tornozelo D.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdome plano, sem ruídos de peristaltismo, doloroso em abdome inferior. Pêlo estéril.

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID



A

B

C

D

Abdome indolor após punção vesical

E

Exercício em dorso acurando nádega (D)

A(ALÉRGICAS) NegaM(MEDICAÇÃO EM USO) NegaP(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) NegaL(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS) Outem por volta 2h

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V(PASSADO VACINAL) Desatualizado

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

- Alta de cirurgia geral

- VAT

Dr. Marina Rêgo
Cirurgia Geral
CRM 100.000

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

Ortopedia

HORA:

08:56

DATA:

21/10/19

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNACÃO NA CLÍNICA

DATA

HORA

SAÍDA: ()

DECISÃO MÉDICA

() RELEIJA

() TRANSFERIDO PARA:

OBITO: DATA

HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA

()

COM ATESTADO

()

S.V.O

()

ITEP

Regulador C/D Dr. Drog



GOVERNO DO

RJ

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Regional de São Paulo do Potengi

CNE no 17073
Walberto Guezel
transito logico

para o exame
cancerário - 33 e
sobre o ec do
mole e fratura
de PERONEO D.
medicação ortopedica

21/10/19

Ula Carlos de Lucena Torres
CRM - 1581
Médico

Data: / / Médico-CRM

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 1518/2019
MAT. Nº 154875-70
SALVE
ASSINATURA

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou

CNES: 2653923
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **148462 JOAO ANDRIER ENEDINO** Prontuário:
CNS: 898000408692288 Nascimento: 22/12/1985 Sexo: Masculino Cor: PARDA
Mãe: MARIA PEREIRA DA SILVA ENEDINO Pai: ANTONIO ENEDINO SOBRINHO
Endereço: RUA TABELIAO JULIO FERREIRA, 559 - CENTRO - LAGOA DE VELHOS Fone: 988359031 /
Município: LAGOA DE VELHOS Código Municipal IBGE: 240640 UF: RN CEP: 59430-000

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 29578 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:
FRATURA FECHADA DO MALEOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
TRATAMENTO CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA

DR. DIOGO F. TORQUATO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RN: 6770/TEOT.14133

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:
S82.6 FRATURA DO MALÉOLO LATERAL*408050497. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

TORNOZELO BI/TRI, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

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

Profissional Solicitante / Assistente:

DIOGO FERNANDES TORQUATO

CRM: 6770 / RN

Data da Solicitação 21/10/2019

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

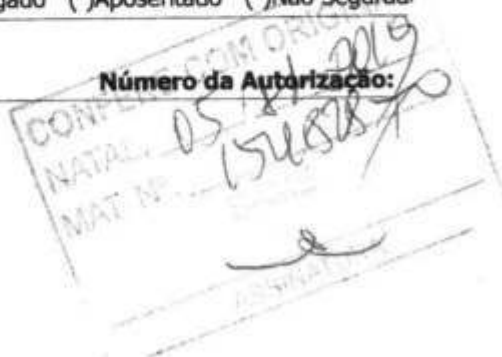
Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: Orgão Emissor:

Data da Autorização: Assinatura/Carimbo:

Número da Autorização:



ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1 - AVALIE A RESPOSTA DA VÍTIMA 2 - PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA 3 - LIGUE 192 QUANTO ESTIVER FORA DE HOSPITAIS 4 - PEÇA UM DESFIBRILADOR (DEA), 5 - ABRAJA VIA AÉREA 6 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 7 - SE AUSENTE, ABRAJA VIA AÉREA 8 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BIBANQUAL EM LACTENTES), 7 - SE PULSO 9 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 10 - SE AUSENTE, ABRAJA VIA AÉREA 11 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BIBANQUAL EM LACTENTES), 12 - SE PULSO 13 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 14 - SE AUSENTE, ABRAJA VIA AÉREA 15 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BIBANQUAL EM LACTENTES), 16 - SE PULSO 17 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 18 - SE AUSENTE, ABRAJA VIA AÉREA 19 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BIBANQUAL EM LACTENTES), 20 - SE PULSO 21 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 22 - SE AUSENTE, ABRAJA VIA AÉREA 23 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BIBANQUAL EM LACTENTES), 24 - SE PULSO 25 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 26 - SE AUSENTE, ABRAJA VIA AÉREA 27 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BIBANQUAL EM LACTENTES), 28 - SE PULSO 29 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 30 - SE AUSENTE, ABRAJA VIA AÉREA 31 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BIBANQUAL EM LACTENTES), 32 - SE PULSO 33 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 34 - SE AUSENTE, ABRAJA VIA AÉREA 35 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BIBANQUAL EM LACTENTES), 36 - SE PULSO 37 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 38 - SE AUSENTE, ABRAJA VIA AÉREA 39 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BIBANQUAL EM LACTENTES), 40 - SE PULSO 41 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 42 - SE AUSENTE, ABRAJA VIA AÉREA 43 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BIBANQUAL EM LACTENTES), 44 - SE PULSO 45 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 46 - SE AUSENTE, ABRAJA VIA AÉREA 47 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BIBANQUAL EM LACTENTES), 48 - SE PULSO 49 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 50 - SE AUSENTE, ABRAJA VIA AÉREA 51 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BIBANQUAL EM LACTENTES), 52 - SE PULSO 53 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 54 - SE AUSENTE, ABRAJA VIA AÉREA 55 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BIBANQUAL EM LACTENTES), 56 - SE PULSO 57 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 58 - SE AUSENTE, ABRAJA VIA AÉREA 59 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BIBANQUAL EM LACTENTES), 60 - SE PULSO 61 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 62 - SE AUSENTE, ABRAJA VIA AÉREA 63 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BIBANQUAL EM LACTENTES), 64 - SE PULSO 65 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 66 - SE AUSENTE, ABRAJA VIA AÉREA 67 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BIBANQUAL EM LACTENTES), 68 - SE PULSO 69 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 70 - SE AUSENTE, ABRAJA VIA AÉREA 71 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BIBANQUAL EM LACTENTES), 72 - SE PULSO 73 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 74 - SE AUSENTE, ABRAJA VIA AÉREA 75 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BIBANQUAL EM LACTENTES), 76 - SE PULSO 77 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 78 - SE AUSENTE, ABRAJA VIA AÉREA 79 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BIBANQUAL EM LACTENTES), 80 - SE PULSO 81 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 82 - SE AUSENTE, ABRAJA VIA AÉREA 83 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BIBANQUAL EM LACTENTES), 84 - SE PULSO 85 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 86 - SE AUSENTE, ABRAJA VIA AÉREA 87 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BIBANQUAL EM LACTENTES), 88 - SE PULSO 89 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 90 - SE AUSENTE, ABRAJA VIA AÉREA 91 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BIBANQUAL EM LACTENTES), 92 - SE PULSO 93 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 94 - SE AUSENTE, ABRAJA VIA AÉREA 95 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BIBANQUAL EM LACTENTES), 96 - SE PULSO 97 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 98 - SE AUSENTE, ABRAJA VIA AÉREA 99 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BIBANQUAL EM LACTENTES), 100 - SE PULSO

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNESE

Doi e edemo MIO opo
quedo do molo

EXAME FÍSICO

ADM Joelho e quadril livres
Exoniciados, FCC penmo @ edemo INE @.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Ex moleculo lateral @

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

Rx: Ex do moleculo
lateral direita

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUITA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Curativo e limpo
dos escovocar
Tolo. Boto
do NIR para todo
mento cirurgico

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DR. DIOCELO TORQUATO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RN: 5770/TEST-14173

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL: 05/11/2019
MAT. N.º: 154888-7

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura ocular (AO)	4
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal, (não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, ou assim for marque 4, se não 3)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Resposta verbal (RV)	5
Orientado (Responde corretamente a perguntas sobre seu nome, idade, endereço, está, o tempo, a data e etc.)	5
Consciente (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras incoerentes (Pode alucinar, mas sem traço desorientado)	3
Sons ininteligíveis. (Responde sem entender palavras)	2
Ausente.	1
Resposta motora (RM)	6
Obedece a ordens verbais. (Faz o que se pede quando lhe é ordenado)	6
Localiza estímulos dolorosos.	5
Retirada involuntária o dor.	4
Proteção flexão à dor (Desorientação)	3
Proteção extensão à dor (Desorientação)	2
Sem resposta motora	1

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4
	9-12 = 3
	6-8 = 2
	4-5 = 1
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20 = 4
	>20 = 3
	6-9 = 2
	1-5 = 1
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90 = 4
	>90 = 3
	70-89 = 2
	1-69 = 1

"Escala de Triagem Revisada (RTS) Não indica de estadia para pacientes de trauma. Indicado. Referência: Adaptada de Chesapeake H.A. Scale W1 Copy, et al. A revision of the Trauma score, J. Trauma 2000; 48: 1999.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)*

02 - 05 grave (necessidade de intervenção imediata);
06 - 3° moderado;
14-15 leve

* Referência: TEASDALE G., JENNET B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974; 2: 91-94

"A escala proposta aplica-se a desvios isolados e que ocorreram com idade superior a 16 anos. No Escala Glasgow pediátrica se descreve que descreve a intensidade do seu grau de acordo com os seguintes adjetivos:

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

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

Acidente com história de queda de moto, apresentando dor e limitação funcional em perna esquerda e quadril.

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

R x de Bacia em AP
R x de Fêmur em AP
R x de Tálus em AP

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Adilson Bastos
Ortopedia
CRM-4421

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: 21/10/19 HORA:

SAÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

SAÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 54637 /2019

Admissão: 21/10/2019 08:34:52

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 148462 - JOAO ANDRIE ENEDINO (33 a 9 m 30 d)

Nascimento: 22/12/1985

Natural: SITIO NOVO BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 898000408692288

CPF: 01405887443

Prof: MOTORISTA DE CARRO

Mãe: MARIA PEREIRA DA SILVA ENEDINO

Pai: ANTONIO ENEDINO SOBRINHO

Logradouro: TABELIAO JULIO FERREIRA, 559

CEP: 59430000

Bairro: CENTRO

Cidade: LAGOA DE VELHOS

Telefone: 84 988359031

Compl:

Motivo: ACIDENTE DE TRABALHO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. INTERIOR

Empresa: DELTA

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS: REGULADO DR DIOGO					Classificação: 21/10/2019 08:29:26				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM PERNA DIREITA

Hora: 08:45

Paciente da entrada em serviço trazido do Hospital Regional de São Paulo. Relata, vítima, digo seu protocolo, vítima de colisão carro-moto, estava na moto usando capacete. Afirma dor em abdome e perna D. Nega perda de consciência e dor torácica.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A	Dias aéreas pérvias e sem cervicalgia (sem cefaleia cervical)
B	Emprego MV@ em ambos #RX SRA. Sem fl. expansibilidade.
C	TEC = 2.5. Estível hemicoracicamente
D	Glasgow = 15. Sem déficit motor
E	Escoriações na perna D e pé D. Edema em tornozelo D

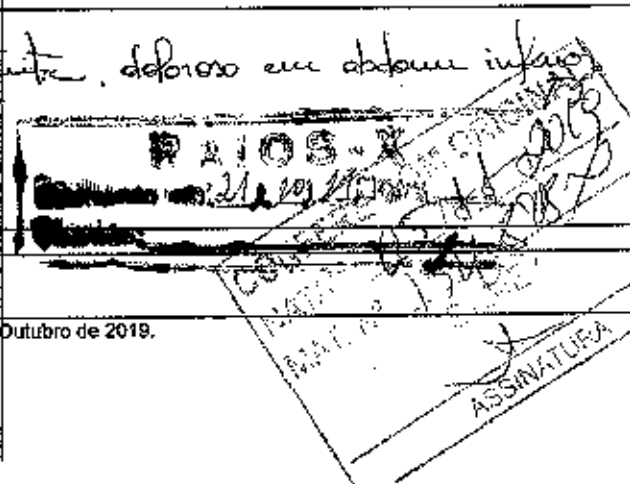
OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdome plano, sem sinais de peritonite, doloroso em abdome inferior. Pele estável.

*Saída: -

DIAGNOSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por JESSICA KAROLINE ANDRADE DE LIMA. Impresso em 21 de Outubro de 2019.



Regulador C/Dn Diego



GOVERNO DO

RN

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Regional de São Paulo do Potengi

CNE no 1407
Walberto Gurgel
+ transtorno bipolar

para monitorar
casos de - 33 e
30 por ec de
morb e fratura
de PERONEO D.
medicamento ortopédico

21/10/19

Lia Carlos de Lucena Torres
CRM - 1581
Médico

Data: / / Médico-CRM

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 05/11/2019
MAT. Nº 15487570
SABE
ASSINATURA

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **148462 JOAO ANDRIER ENEDINO**

Prontuário:

CNS: 898000408692288

Nascimento: 22/12/1985

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA PEREIRA DA SILVA ENEDINO

Pai: ANTONIO ENEDINO SOBRINHO

Endereço: RUA TABELIAO JULIO FERREIRA, 559 - CENTRO - LAGOA DE VELHOS

Fone: 988359031 /

Município: LAGOA DE VELHOS

Código Municipal IBGE:

240640 UF: RN

CEP: 59430-000

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 29578 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

FRATURA FECHADA DO MALEOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.6 FRATURA DO MALÉOLO LATERAL*408050497, TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR

DR. DIOGO F. TORQUATO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RN-6770/TEOT.14137

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

TORNOZELO BI/TRI, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão

☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

DIOGO FERNANDES TORQUATO

CRM: 6770 / RN

Data da Solicitação 21/10/2019

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:

2019
154818
21/10/2019

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1

ANAMNESE

DESE Deo e edemo MI O opo
quedo de molo

EXAME FÍSICO

NOME FÍSICO: ADM Juulho e quodul luer
Protocolo: FCC nemo ① ultimo INZ ②.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Ex maleole lateral (D)

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

R_x : F_x do molécula lateral direita

CONDUITA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Curativo e limpo
do escorelho
Tolo. Bolo
do NER para todo
mento cirurgico

DR. DIOSCE TORQUATO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RN: 5770/1E0F-14163

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

[illegible]

- ESCALA DE THIBSEN DO TRATAMENTO RENOVADO - RTS		
DISCRIMINADOR		PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASSON	10-132	0.5
	9-128	0.4
	8-124	0.3
	7-120	0.2
	6-116	0.1
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	18-220	0.5
	17-216	0.4
	16-212	0.3
	15-208	0.2
	14-204	0.1
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	24-288	0.5
	23-276	0.4
	22-264	0.3
	21-252	0.2
	20-240	0.1

-Escuela de Troncos Rerolados (FR): Eben Lofgren de memorias para profesores de troncos lechados. Referencia: Adaptación de Chompton H.M. Sisco W.L. Cooper, et al. A revision of the Troncos school. J. Troncos 29(5) 674, 1999.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE:
(ATLE 2005)*

১০. - ১৯৮৭/৮৮ = (১৯৮৭/৮৮) = ১৯৮৭/৮৮
 ১১. ১৯৮৭/৮৮ = (১৯৮৭/৮৮) = ১৯৮৭/৮৮
 ১২. ১৯৮৭/৮৮ = (১৯৮৭/৮৮) = ১৯৮৭/৮৮
 ১৩. ১৯৮৭/৮৮ = (১৯৮৭/৮৮) = ১৯৮৭/৮৮

*Reference: TEASDALE G. JENNET. 35.
Assessed all eyes and impaired
consciousness. A physical exam. Lacer
1074-2381-23

⁷⁷ A esse tipo de pergunta aplica-se o conceito mencionado de que o conhecimento não pode ser superior a 3 anos. Na prática, o conhecimento não pode ser superior a 3 anos, e a intervenção de 3 anos é o limite máximo de tempo para a intervenção de 3 anos.

SSM COR	LEVE	Modernity	Intimid	Popul
1	1	2	3	4



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
(Justificativa de Estabelecimento da Saúde)

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2- CNES	
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLEIO MARQUES DE LUCENA		4- CNES 3515198	
Identificação do Paciente			
6- PACIENTE JOAO ANDRIER ENEDINO		5- NÚMERO DO PRONTUÁRIO 167899	
7- CARTÃO NACIONAL SUS 888 0004 0088 2238	8- DATA DE NASCIMENTO 22/12/1985	9- SEXO MASCULINO	10- RAÇA/COR BRANCA
11- NOME DA MÃE MARIA PEREIRA DA SILVA		12- TELEFONE DE CONTATO 986246434	
13- NOME DO RESPONSÁVEL LUIZ ENCHERBURGO		14- TELEFONE DE CONTATO	
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA TEBELEAO JULIO FERREIRA 559			
16- MUNICÍPIO LAGOA DE VELHOS	17- BAIRRO CENTRO	18- UF RN	19- CEP 59430000
Justificativa de Internação			
20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Resposta com profeta perigoso</i>			
21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>conceito</i>			
22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Ex</i>			
23- DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Infarto</i>	24- CID 10 PRINCIPAL <i>I25.0</i>	25- CID 10 SECUND.	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
Procedimento Solicitado			
27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Infarto</i>		28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29- CLÍNICA	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>Emergência</i>	31- DOCUMENTO () CNS () OPF	32- Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Regina Santos</i> União de Medicina CRM/RN 588-58011341
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. TRABALHO	37- CNPJ DA SEGURADORA	40- Nº DO BILHETE	41- SÉRIE
37- () AC. TRABALHO TÍPICO	42- CNPJ DA EMPRESA	43- CNIE DA EMPRESA	44- CBOB
38- () AC. TRABALHO TRAVEJO			
45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47- COD. ORGAO EMISSOR	
48- DOCUMENTO () CNS () OPF		49- Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO		51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
		52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i>31.10.19</i>	

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE *Acidente com história de queda de moto, apresentando dor e limitação funcional em perna D e quadril D*

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

*R x de Bacia em AP
R x de Fêmur D em AP e P
R x de Fêmur D em AP e P*

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

*Kleison Bastos
Ortopedia
CRM-4421*

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: *21/10/19*

HORA:

SAÍDA:

DATA: */ /*

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: */ /*

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nesse linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: */ /*

HORA:

SAÍDA:

DATA: */ /*

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: */ /*

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

VÁLIDEM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1828214338

PRECISO PLASTIFICAR
1828214338

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
PARTIDO NACIONAL REPUBLICANO

BR

Nome

JOAO ANDRÉ KNEIDINO

DDC IDENTIDADE: QRG. EMISSOR: UF

2433340 SP RN

CPF

014.058.874-43

DATA NASCIMENTO

22/12/1985

FILIAÇÃO

ANTONIO KNEIDINO SOBRINHO

MARIA PEREIRA DA SILVA

KNEIDINO

PERMISSÃO

ALCO

OUT. NAB.

CONDICIONADO

RECURSOS

AD

Nº REGISTRO

05267919758

VALIDADE

21/08/2024

1ª EMISSÃO

04/08/2011

OBSERVAÇÕES

CPF
RAB

Assinatura do Portador

JOAO ANDRÉ KNEIDINO

LOCAL

PARANACURIM, RN

DATA EMISSÃO

27/08/2019

VERIFICAÇÃO FISCAL DE EMISSÃO

06442481119

ASSINATURA DO EMISSOR

RN706168784

RIO GRANDE DO NORTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE PERÍCIA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

 POLSAR DIREITO



Adriana da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 002.850.955

CATS DE EXPEDIÇÃO: 22/03/2017

NOME: COATZA DA SILVA

FILIAÇÃO: FRANCISCO FELIX DA SILVA
MARIA DE FATIMA DA SILVA

NACIONALIDADE: SÃO PAULO DO POTENCI EN

DATA DE NASCIMENTO: 04/10/1996

DOC. ORDEM: CERT. DE CASAMENTO L-003 P-53 RG-0375

LACON DE VELHOS EN-CARTORIO UNICO CARTORIO

CPF: 768.819.114-86

Josebras Ferreira do N. Junior

2a VIA

LEI Nº 7.116/83