
Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190604007

Vítima: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 05/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAXSOEL PEREIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA

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, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190604007

Vítima: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 05/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAXSOEL PEREIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o tipo de cobertura: ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do documento: 076 634764-95 3 - CPF do titular: Francisco Helio J. de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA FÚTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSP Nº 4/5/2012

5 - Nome completo: Francisco Helio Oliveira de Souza
6 - Profissão: Agricultor
7 - Endereço: Rua 51 Boa Agua, Baraúna, Não Póru
8 - Cidade: Baraúna
9 - Estado: RN
10 - CEP: 59695-000
11 - Data de nascimento: 34
12 - Complemento: Casa
13 - Tel (fixo):
14 - Cel (fixo):
15 - E-mail:

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 - RENDIMENTO MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ R\$ 1.000,00 A R\$ 1.000,00
☐ SEM RENDA
☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 1.500,00
☐ R\$ 1.501,00 A R\$ 2.000,00
☐ ACIMA DE R\$ 2.000,00

21 - TIPO DE BANCÁRIO:

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

☒ COM A POLÍCIA (Banco para o Seguro DPVAT, Agência 0560, Conta 83835, Agência 0560, Conta 83835)

22 - TIPO DE BANCÁRIO:

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

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 83835

23 - TIPO DE BANCÁRIO:

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

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 83835

24 - TIPO DE BANCÁRIO:

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

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 83835

25 - TIPO DE BANCÁRIO:

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

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 83835

26 - TIPO DE BANCÁRIO:

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

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 83835

27 - TIPO DE BANCÁRIO:

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

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 83835

28 - TIPO DE BANCÁRIO:

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

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 83835

29 - TIPO DE BANCÁRIO:

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

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 83835

30 - TIPO DE BANCÁRIO:

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

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 83835

31 - TIPO DE BANCÁRIO:

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

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 83835

32 - TIPO DE BANCÁRIO:

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

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 83835



5067 2251 6578 8342

5067

VALIDO ATÉ

10/24

FRANCISCO HELIO O SOUSA

0560 013 00083835-4

elo

PROTÓTIPO
RECEBIDO

TITRA DO SOL ADM.
E QUARETORIA DE SESS.

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190604007
Nome do(a) Examinado(a): Francisco Helio Oliveira de Sousa
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Boa Agua, 14
Zona Rural Barauna RN CEP: 59695-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 002.238.227
Data local do acidente: [05/05/2018]
Data local do exame: [12/11/2019] Mossoró [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
OMBRO E - FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
**Tratamento: OMBRO E - FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA - OSTESSÍNTESE.
MEDICAÇÕES.
Data da Alta: 17/08/2018**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
DOR/LIMITAÇÃO À MOBILIZAÇÃO, ABDUÇÃO ACIMA DA LINHA DO OMBRO ESQUERDO.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DOR/LIMITAÇÃO À MOBILIZAÇÃO, ABDUÇÃO ACIMA DA LINHA DO OMBRO ESQUERDO. LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE MÉDIA INTENSIDADE.
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento" <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i>	() "Sem sequela permanente" <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i>
--	--
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|--|
| Região Corporal (Sequela):
OMBRO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
|--|--|

VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dra. Elizabeth Fillard Tonello
CPF - 045.150.159-40
CRM/RN - 9707



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 BARAÚNA
Endereço: Rua Inácio Reinaldo, 61, Centro, BARAÚNA

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018137000314

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 01/08/2018 15:18:42

1.4 Ligar CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 05/05/2018 08:00:00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: SN

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RODOVIA RN - 015

2.9 CEP: 59.695-000

2.11 Ponto de Referência: COMUNIDADE PRIMAVERA

2.13 Cidade: BARAÚNA

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (Pessoa Física)

3.1 Nome Completo: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Branca

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 07681476495

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)

3.15 Telefone(s): 84 998572295

3.17 Número: 14

3.19 Bairro: ZONA RURAL

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: BARAÚNA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: GERALDO FIRMINO DE SOUSA

3.6 Mãe: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA

3.8 Orientação Sexual: Heterossexual

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 03/10/1980

3.14 RG: 002238227 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: ALEXANDRIA RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: SÍTIO BOA ÁGUA

3.24 CEP: 59695000

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

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

6.1.1 Nome Completo: RAIMUNDO DA ROCHA MOREIRA

6.1.2 Nome Social: RAIMUNDO

6.1.4 Etnia: Parda

6.1.6 Mãe: MARIA LUZIA DA ROCHA

6.1.8 Sexo: MASCULINO

6.1.10 CPF: 76248565434

6.1.12 Nacionalidade:

6.1.14 Passaporte:

6.1.16 Logradouro: RUA FRANCISCO OLEGÁRIO DA SILVA

6.1.17 Número: 681

6.1.19 Bairro: COMUNIDADE JUREMAL

6.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

5.1.3 Estado civil: Divorciado(a)

6.1.5 Identidade Gênero: Cisgenero

6.1.7 Orientação Sexual: Heterossexual

6.1.9 Pai: Parda

6.1.11 Data de Nascimento: 03/04/1969

6.1.13 RG: 001301021

6.1.15 Profissão: AGRICULTOR(A)

6.1.18 CEP: 59695000

6.1.20 Cidade: BARAÚNA

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi: *****17789

7.1.5 Placa: MYR1539

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2003

7.1.11 Cor do veículo: VERDE

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: RAIMUNDO DA ROCHA MOREIRA

7.1.17 Nome do condutor: DECLARANTE/VÍTIMA

7.1.18 Observações: CONDUTOR NÃO POSSUI CNH

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam: 00790289488

7.1.6 Estado:

7.1.8 Modelo: CG 125 TITAN ES

7.1.10 Ano de Fabricação: 2002

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

INFORMA O COMUNICANTE QUE NO DIA, HORÁRIO E LOCAL SUPRACITADO CONDUZIA A REFERIDA MOTOCICLETA, NO SENTIDO CENTRO DE BARAÚNA, QUANDO APÓS A ROTATÓRIA, PASSOU COM A MOTO EM UM BURACO DA VIA, VINDO A PERDER O CONTROLE DA MESMA E A CAIR, QUE O COMUNICANTE SOFREU FRATURA EM CLAVÍCULA ESQUERDA, CONFORME CONSTA EM PRONTUÁRIOS MÉDICOS ANEXOS. E NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data: 01/08/2018 15:18:42

João Euzébio A. Neto
Agente de Polícia Civil

Interessado



Polegar direito

Atendimento: 2039451 - JOÃO EUZÉBIO DE ARAÚJO NETO

Impressa por: 2039451 - JOÃO EUZÉBIO DE ARAÚJO NETO em: 01/08/2018 15:18:53

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

J201812000914



ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 10433 - FRANCISCO HELIO DE OLIVEIRA DE SOUSA (37 a 7 m 2 d)
 Nascimento: 03/10/1980 Natural: ALEXANDRIA, BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
 CNS: 706809734179620 CPF: 07681476495 Prof.:
 Mãe: MARIA DE FAIMA OLIVEIRA Pai: GERALDO FIRMINO DE SOUSA
 Logradouro: SITIO BOAGUA, 1 Cidade: BARAUNA
 CEP: 59695000 Bairro: ZONA RURAL
 Telefone: 84 998572295 84 998572295 Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO
 Origem: AMBULANCIA OUTRO

Tipo: REGULADO
 *Empresa:

OBS: BARAUNA RN/ DR. ADAIL					Classificação: 05/05/2018 10:39:03			PESO:	
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA
 Hora:

Queixa de dor e inchaço

clavícula (E) e braço

do. Fo clavícula

com Imobilização

Ortopedia

As ambulatório

As DISREG

Dr. Igo Walecio M. de Oliveira
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM/RN 6429



Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

VIA HORARIO ASSINT.

Tipos de AS

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORÓ 08/05/2018

SAME/ARQUIVO

*Saída: - () Alta por decisão médica; () Internação; () Enc. outro Serviço; () Evasão
 Data: 05/05/18. Hr.: Ass. Médico: Dr. Igo Walecio M. de Oliveira

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: 22/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

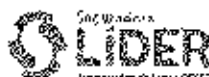
CLIENTE: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000083835-4

Nr. da Autenticação C0550FA849ACBEE1



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais informações, consulte 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, de segunda a sexta-feira, das 9h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-9586 / Outras regiões: 0800-022-12-08

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-90 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouvidoria: 0800-022-91-74

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação do sinistro, conforme estabelecido a Circular número 445/12 disponível no endereço eletrônico:

<http://www.susep.gov.br/DIBIBOTECANA/DOCOMENTALASPK771POX2&CONIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a realizar o cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação do usuário, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

SUPREINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E REGULAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA, RESERVA, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA INSTITUIÇÃO DE MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.633/98.

Nome completo do

Maxwell Pereira

inscrito (a) no CPF/CNPJ

694.652.903 / 00

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) da Beneficiário

Francisco Helio D. de Souza

inscrito (a) no CPF sob o nº 076.634.764 / 95

Ano sinistro do DPVAT cobertura

Invalidez

da vítima

Francisco Helio D. de Souza

inscrito (a) no CPF sob o nº

076.634.764 / 95

conforme determinação da Circular-Susep 445/12:

Declara Profissão:

Recusou

Renda:

Recusou

e apresenta os documentos comprobatórios

☒ Recusa informo:

Pondero ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 399 do Código Penal.

Endereço:

Av. Jerônimo Rozado

Número

Complemento:

Bairro:

Centro

Cidade:

Baraúna

Estado:

CEP:

E-mail:

Naô Pozzer

Tel (DDD):

(84) 49827-0066

Local e Data:

Moçoão - RN 25/07/2019

Maxwell Pereira

Assinatura do Declarante



LAUDO MÉDICO

O Paciente Francisco Helio de Oliveira da Sousa, 38 ANOS de idade, Agricultor, CPF: 076.614.764-95.

HISTÓRICO: Acidente de TRANSITO com MOTO na cidade de BRATUNA RJ tendo sido feito os primeiros socorros e transferido em SAMU ao H-RTM em MOSSORÓ RJ. Boletim Nº 11340/2018.

DIAGNÓSTICO: FRATURA COMINUTIVA complexa DIAPHISÁRIA e COM NEUROPLAXIA do plexo Braquial à ESQUERDA. Foi transferido p/ o HOSPITAL Memorial em NATAL, onde foi submetido a osteossintese com uso de FIO de HIRSCHNER, o qual saiu, precoce e espontaneamente, sem que a fratura estivesse consolidada.

SEQUELAS DEFINITIVA.

- DOR, deformação pela consolidação em posição Viciosa e o estiramento do plexo BRAQUIAL à direita e esquerda
- Limitação expressiva dos movimentos do ombro homólogo ao da FRATURA NA clavícula esquerda.
- Perda da capacidade FUNCIONAL LABORAL E QUOTIDIANA estimada em 35%.



PREFEITURA MUNICIPAL DE BARAÚNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Fº GILBERTO D. NO SOUZA

LAUDO MÉDICO

DECHAMADO A/ OS DEVIDOS FINS QUE O
PACIENTE SUPRA-CITADO FOI VÍTIMA DE
ACIDENTE DE TRÂNSITO COM TRAUMA EM
CLAVÍCULA (C/CIDIO: S42.0), ANTES SÓ
SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM
FIO DE KIRSCHNER O QUE FOI POSTERIORMEN-
TE RETIRADO. DEBEMOS ALCANÇAR A MELHORIA.

PROTÓTIPO
RECEBIDO
TERRA DO SOL ADRIANA
E CORRETORA DE SEUS

DR. GEAN GUARNIERE R. DANTAS
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM 831 TERT 11044

20 AGO 2018

HOSPITAL FRANCISCO BEZERRA SOBRINHO

Rua Expedito Alves, S/N - Moinho Novo - Baraúna/RN
Fone: (84) 3320.3920



ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 10433 - FRANCISCO HELIO DE OLIVEIRA DE SOUSA (37 a 7 m 2 d)
 Nascimento: 03/10/1980 Natural: ALEXANDRIA, BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
 CNS: 706809734179620 CPF: 07661478495 Prof:
 Mãe: MARIA DE FAIMA OLIVEIRA Pai: GERALDO FIRMINO DE SOUSA
 Logradouro: SÍTIO BOAGUA, 1 Cidade: BARAUNA
 CEP: 59695000 Bairro: ZONA RURAL
 Telefone: 84 998572295 84 998572295 Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO
 Origem: AMBULANCIA OUTRO

Tipo: REGULADO
 *Empresa:

OBS: BARAUNA RN/ DR. ADAIL					Classificação: 05/05/2018 10:39:03 PESO:				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA
 Hora:

Queixa de dor e inchaço

clavícula (E) e braço

do. Fr. clavícula

com Imobilização

Ortopedia

ao ambulatório

ao SUS 6

Dr. Igo Walecio M. de Oliveira
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM/RN 64233



Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

VIA HORARIO ASSINT.

Tipos A5E

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORÓ 08/05/2018

SAME/ARQUIVO

*Saída: - () Alta por decisão médica; () Internação; () Enc. outro Serviço; () Evasão
 Data: 05/05/18. Hr: Ass. Médico: Dr. Igo Walecio M. de Oliveira



OITAVA ROSADO

Rua Juvenal Lamartine, 119 - Mossoró RN
Telefone: (0xx84) 3315-6900

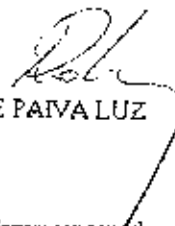
DADOS DO PACIENTE

Nome: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA
Data Nasc: 03/10/80 Idade: 37 Registro: 1886925
Convenio: SOCIO RG: 00223622 7 / SSPRNCPF:
Solicitante: Dr(a) ROMULO JÁCOME OS n°: 160903
Entrada: 17/08/2018 17/08/2018 Página: 1 / 1

LAUDO

RX DA CLAVÍCULA ESQUERDA

Fratura do terço médio da clavícula com formação de calo ósseo.
Comparar.


Dr. ROBERTO ANTONIO DE PAIVA LUZ
CRM - RN 2722
RADIOLOGIA

Mossoró, 17/08/2018

Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou realização de novos exames.

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84) 3133-4200 / Fax: (84) 3102-1226
hmemorial@velox.net.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 23/05/2018 08:33

Dados do Paciente

Paciente: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA

Registro: 129441

Nom. RG: 02238227 CPF: 076.614.764-95 Nascimento: 03/10/1980 38 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Solteiro(a)

Endereço: CICERO RIBEIRO

N.: 398

Bairro: CENTRO

Cidade: SARAUNA

UF: RN

CEP: 59695000

Fone: 84998572295

Profissão: AGRICULTOR FAMILIAR POLIVALENT

Mãe: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA

Dados do Internamento

Tipo de Internamento:

Entrada: 23/05/2018 8:32 Previsão saída: 25/05/2018 11:00 Atendente: JAISIAK

Convênio: SUS ESTADUAL

Matrícula/CNS: 706809734179620

Médico: DR. GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS, CRM: 4781

LEITO RESERVA 08

Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

Parentesco:

Termo de Responsabilidade

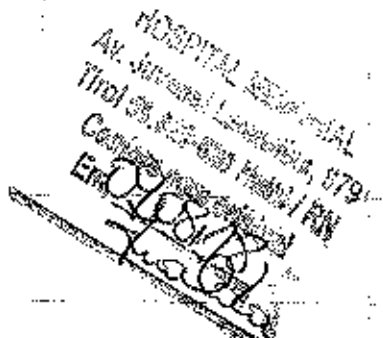
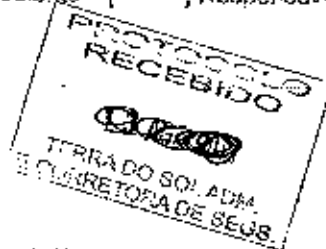
Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial.

Declaro para os fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital Memorial de Natal pela instituição conveniada a qualquer título.

Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo seja acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora está autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

Assinatura: [X] Paciente [] Responsável

X



Observações

PACIENTE COM EXAME DE SANGUE, 1 RX

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@uol.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 23/05/2018 08:33

Dados do Paciente

Paciente: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA Registro: 129441
Num. RG: 002238227 CPF: 076.814.764-95 Nascimento: 03/10/1980 38 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Solteiro(a)
Endereço: CICERO RIBEIRO N.: 598 Bairro: CENTRO
Cidade: BARAUNA UF: RN CEP: 59695000 Fone: 84998572295
Profissão: AGRICULTOR FAMILIAR POLIVALENT Mãe: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA

Dados do Internamento

Num. Internamento: 1 Entrada: 23/05/2018 8:32 Previsão saída: 25/05/2018 11:00 Atendente: JAISIAK
Convênio: SUS ESTADUAL Matricular/CNS: 706809734179620
Médico: Dr. GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS CRM: 4781

LEITO RESERVA 08

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____
Data da Baixa: _____ No. de dias de hospitalização: _____ No. de US: _____
Doc. Apresentado: _____ Diagnostico Definitivo: _____
Procedencia: _____
História da Doença atual: _____
Interrogatorio sobre diversos aparelhos: _____
Antecedentes pessoais: _____
Antecedentes familiares: _____
Estado geral: _____
Ap. Cardiorrespiratorio: _____
Ap. digestivo: _____
Ap. Locomotor e Neurológico: _____
Ap. Urinario e Ginecológico: _____
Impressão geral: _____
Conduta: _____

HOSPITAL MEMORIAL
AV. JUVENAL LAMARTINE 979
TIROL 59695-000 NATAL / RN
CNPJ 06.940.888/0001-00
EPP

Dados do Paciente

Paciente: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA Registro: 129441
Num. RG: 02238227 CPF: 076.614.764-85 Nascimento: 03/10/1980 38 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Solteiro(a)
Endereço: CICERO RIBEIRO N: 598 Bairro: CENTRO
Cidade: BARAUNA UF: RN CEP: 59695000 Fone: 8499857229
Profissão: AGRICULTOR FAMILIAR POLIVALENT Mãe: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA

Dados do Internamento

Num. Internamento: 1 Entrada: 23/05/2018 8:32 Previsão saída: 25/05/2018 11:00 Atendente: JAISIAK
Convênio: SUS ESTAGUAL Matrícula/CNS: 706809734179620
Médico: Dr. GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS CRM: 4781

LEITO RESERVA 08

Dados do Responsável

Responsável: CPF: RG:
Parentesco:

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

1. - Autorizo o(a) Dr. GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: 87958 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA
2. - O(a) Dr. GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
3. - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

Razão por que o paciente não assinou o presente Termo de Ciência e Consentimento e Responsabilização:
Preferido pelo responsável do paciente.

Assinatura: [] Paciente [] Responsável:

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Certifico que expliquei detalhadamente a este paciente, ou ao seu responsável, o procedimento, cirurgia, seus benefícios, riscos e suas alternativas, respondi satisfatoriamente todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente / responsável compreendeu tudo o que expliquei.

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS - CRM

HOSPITAL MEMORIAL
TIROL - 312-3223 BARRA / RN
CONFIRME COM ESTAGUAL
EM

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE HOSP. MEMORIAL	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE FRANCISCO NOLVO OLIVEIRA DE SOUSA.	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL SUS 706 80973417 9620	8 - DATA DE NASCIMENTO 03/10/1980
9 - SEXO M	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº) R. LUIZ GOMES, 598	12 - TELEFONE DE CONTATO 9833-1150
13 - MUNICÍPIO BARUA	14 - BAIRRO CENTRO
15 - UF RN	16 - CEP 59695-000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente com história de hipertensão arterial, com pressão em clínica 150/90.			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Procedimento cirúrgico			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Exame Físico			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Hipertensão Arterial	21 - CID 10 PRINCIPAL I10.0	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tratamento de Hipertensão Arterial	25 - LETOCLÍNICA OUTOPEDIA	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE DR. GEAN GUARNEIRO R. DANTAS ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CRM 1781 TEOT 11044
28 - CÓD. DO PROCEDIMENTO 040801015-0	29 - DT. SOLICITAÇÃO 16/05/88	30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BÔNUS	35 - BÔNUS
36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	39 -
40 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	41 -	42 -	43 -
44 - () CID - 0 PRINCIPAL	45 - () CID - 0 SECUNDÁRIO	46 - () CID - 0 SECUNDÁRIO	47 - () CID - 0 SECUNDÁRIO

AUTORIZAÇÃO

48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	49 - NOME DO PROFISSIONAL / FAREJER CONTROLE AVALIAÇÃO	50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AMH)
51 - DT. AUT.	52 - DT. AUT.	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)
54 - CNES / CFE	55 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	56 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)

Código Solicitação: 241552419

Número AIH: 241810040905-4

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL MEMORIAL
Unidade Executante:
HOSPITAL MEMORIAL
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - TIROL
Central Reguladora
Data de Solicitação
Data de Autorização
Data de Reserva
Data de Internação
Data Prevista de Alta
Data de Alta
Motivo da Alta

CNES:
2408252
CNES:
2408252
Município Executante
NATAL

NATAL
19.05.2018 - 19:24:41 Operador LUCIMAR
20/05/2018 - 07:36:43 Operador 010158824595OLANO
23.05.2018
20.05.2018 Operador 18129852204LUCIMAR
21.05.2018
21/05/2018 - 15:22:28 Operador PATRIC
1.1 ALTA CURADO

DADOS DO PACIENTE

CNS:
705809734179620
Nome do Paciente
FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA
Nome da Mãe
MARIA DE FATIMA OLIVEIRA
Sexo:
MASCULINO
Data de Nascimento:
03/10/1980 (37 anos)
Tipo Logradouro:
SÍTIO
Número:
16
País de Residência:
BRASIL
Telefone(s):
(84) 3381-2107 • (84) 99857-2295 (Exibir Lista Detalhada)

Nome Social/ Apêido:

Naturalidade:
ALEXANDRIA - RN
Raça:
BRANCA
Tipo Sanguíneo:

Logradouro:
BOA AGUA
Bairro:
ZONA RURAL
Município de Residência:
BARAUNA

Complemento:

CEP:
59695-000
UF:
RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:
70042547453
CPF do Médico Executante:
70042547453
Diagnóstico Inicial - CID:
S42.0 - FRATURA DA CLAVÍCULA
Caráter:
10 - Eletivo
Clínica:
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
Procedimento Solicitado:
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

Nome do Médico Solicitante:
GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS
Nome do Médico Executante:
GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS

Status da Solicitação:
APROVADA

Classificação de Risco
Prioridade 3 - Atendimento eletivo
Clínica Complementar:
Nenhuma
Código:
0408010130

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
paciente com historia de acidente de motocicleta com trauma em clavicular/d>
Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
RX + E F
Condições que Justificam a Internação:
tratamento cirurgico fratura da clavícula direita

ASSINATURA

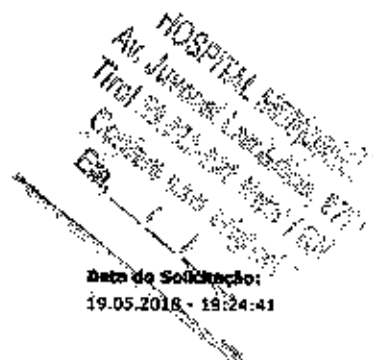
Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:
19.05.2018 - 19:24:41

Data da Extração dos Dados: 27/05/2018 08:58:02



Reg: 1129441 NOME: Francisco Heitor Oliveira de Sousa

Cirurgia Realizada:

DATA: 23.08.18 INÍCIO: 10:30 HS: 11:30 HS: MIN:

EQUIPE	NOME	CRM	CIRURGIA
Cirurgião	Dr. Gean	4781	Pequena
1 Auxiliar			Média
2 Auxiliar			Grande
Anestesiologista	Cláudio de Jesus		Múltipla
Instrumentador	Romaldo		
Fisio:			

1. Paciente em decúbito dorsal sob bloqueio de plexo braquial E
2. Assepsia e antissepsia 3. Acesso sobre a clavícula E, dissecação por planos. 4. Tratamento de fratura de clavícula E com redução cruenta e fixação com 01 fio de Kirschner 5. Sutura por planos, curativo oclusivo e tipoia.

COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
MEDICAMENTOS				FIOS				DESCARTÁVEL			
000006	Agua Adesivada 100ml	AMP	02	000301	Wipe 4-0 (Violeta)	ENV		000104	Malla Tubular 15cm	ROL	
000006	Agua Adesivada 100ml	AMP		000377	Wipe 5-0 (Amarelo)	ENV		000108	Malla Tubular 15cm	ROL	
000006	Agua Adesivada 200ml	AMP		000725	Wipe 6-0	ENV		000703	Moscara Descartavel	UND	03
000007	Chlorhexid. 1g	AMP		000313	Wipe 7-0	ENV		000030	Polpa 2 vis	UND	
000008	Dexametaz. 4mg. 1g	AMP						004701	Podofila Degradante / cat.	ML	200
000713	Glicose 25% 10ml 1g	AMP						004702	Podofila Tópica / ml	ML	200
004203	Glicose 50% 10ml 1g	AMP						005001	Soluto Líquido	ML	
004703	Hipoclorito 50%	FRS						000702	Sepacina Descartavel	UND	12
005040	Insulin Humana 1U	1/4						000223	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
015111	Keflin 1g	COM						000441	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000007	Novotina 2ml 1g	AMP						000442	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
007003	Profadol 100mg. 1g	AMP						000443	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000008	Soluto Líquido 1g	FRS						000444	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000445	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000446	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000447	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000448	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000449	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000450	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000451	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000452	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000453	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000454	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000455	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000456	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000457	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000458	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000459	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000460	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000461	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000462	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000463	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000464	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000465	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000466	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000467	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000468	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000469	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000470	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000471	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000472	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000473	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000474	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000475	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000476	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000477	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000478	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000479	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000480	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000481	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000482	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000483	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000484	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000485	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000486	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000487	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000488	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000489	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000490	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000491	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000492	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000493	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000494	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000495	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000496	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000497	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000498	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000499	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000500	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000501	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000502	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000503	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000504	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000505	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000506	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000507	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000508	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000509	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000510	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000511	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000512	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000513	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000514	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000515	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000516	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000517	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000518	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000519	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000520	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000521	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000522	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000523	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000524	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000525	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000526	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000527	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000528	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000529	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000530	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000531	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000532	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000533	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000534	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000535	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000536	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000537	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000538	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000539	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000540	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000541	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000542	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000543	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000544	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000545	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000546	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS						000547	Seringa Desc. 0.5cc of Agulha	UND	
000440	Soluto Líquido 1g	FRS									

RELATÓRIO ANESTESIA

U.S.D.A.

Fratura do clavículo Esquerdo

PRÉ-ANESTÉSICO:

DROGAS:

TÉCNICA ANESTÉSICA:

Bloqueio pleco Bupivacaína + Sedação

DROGAS USADAS NA ANESTESIA

COD.	DIREÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
002150	Adrenalina	AMP		002176	Marcan	AMP			DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
002156	Agua Bactericida	AMP		002187	Pinz 10mg	AMP					
002162	Alcapto 25	AMP		002188	Prostaglina	AMP					
002163	Clorido de Potássio	AMP		002192	Ketlar	AMP					
001460	Clorido de Sódio	AMP		002193	Curatela 100mg	AMP					
019820	Dilutor 1mg	AMP		002194	Curatela 500mg	AMP					
002115	Dipriva	AMP		002195	Rapidez	AMP					
002153	Dobutrina	AMP		002197	Sevoflur	ML					
002154	Curatela 15mg	AMP		002199	Sol Ringer Simplex	F/S					
017075	Curatela 5mg	AMP		002199	Sol Fisiológico	F/S					
002171	Etiloril	AMP		002199	Sol Glucosado	F/S					
002171	Fenobarbital 2ml	AMP		002199	Sol Ringer Lactado	F/S					
002179	Formase	ML		002199	Thiobarbitol	F/S					
017026	Halotano	ML		002199	Trovan	AMP					
002185	Insulina	AMP		002199	Valpro	AMP					
002187	Insul	AMP		002199	Xilocaína 1%	AMP					
012586	Lactato	AMP		002199	Xilocaína 2% 5A	AMP					
002187	Morona 0.5-0A	AMP		010132	Xilocaína 2% 5A	AMP					
002187	Morona 0.5-0A	AMP		010133	Xilocaína Pacado	AMP					
010505	Morona Pacado	AMP									

Interconferências

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
Oxímetro	Sim
Cardiôscópio	Sim
Capnógrafo	Sim
Oxigênio Líquido	Sim
Protóxido Líquido	Sim

ANOTAÇÕES

Verificação de
Xilocaína 2% 5A
Sedação 27.00mg
Ket 0.27mg
Sedação 30.07.300mg
Dobutrina 10mg
Fentona 10mg
Propofol 100mg

INÍCIO ANESTESIA	10.30	INÍCIO CIRURGIA	10.45	DATA	23.05.2018
FINAL CIRURGIA	11.30	FINAL ANESTESIA	11.30	ANESTESIOLOGO	Dr. Carlos Anestesiologista CRM 1904
				CEP	1964



PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Registro: **129441** IH: **1** Paciente: **FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA**
Nascimento: **03/10/1980** 38 anos Internação: **23/05/2018 08:32:28** Leito: **LEITO RESERVA 08**

ANTES DO ATO CIRÚRGICO 23/05/2018 10:10:00 COREN - 662083 MARIA ELIZABETE B PEREIRA

Observações:

CLIENTE ADMITIDO (A) NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA ESQ. ACOMPANHADO DE SEU FAMILIAR E MAQUEIRO, CONSCIENTE, ORIENTADO (A), RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, SIC, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, DM E HAS. FOI PUNÇIONADO(A) COM CATETER VENOSO Nº 20 VIABILIZANDO SFO 3% E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Doença pré-existente:

Há reserva sanguínea: **NÃO** Prótese: **NÃO** Jóias: **NÃO** Membro e lado da cirurgia: **MSE**

Exame Laboratorial: **SIM** Risco Cirúrgico: **NÃO** Raio X: **PRE: SIM-QTD: 01**

Alergias (medicamentos, lodo, esparadrapo): **NÃO**

Assinatura Responsável

Maria Elizabete Barbosa Pereira

Outros Exames:

SRPA 23/05/2018 10:10:00 COREN - 662083 MARIA ELIZABETE B PEREIRA

Nível consciência: **CONSCIENTE** Oxigenoterapia: **O2 AMBIENTE**

Acesso venoso: **SIM** Diurese: **NÃO** Acidótico: **NÃO** Pálido: **NÃO** Sudorese: **NÃO** Tremores: **NÃO**

Hipotensão: **NÃO** Raio X de Controle:

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE DE POI, CONSCIENTE, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, NA HVP, COM CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO, DIURESE ESPONTÂNEA, PRECISA REALIZAR RX DE CONTROLE, ANEXO AO PRONTUÁRIO EXAMES, SEGUE ENCAMINHADO ATÉ O LEITO ACOMPANHADO DO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM.

Assinatura Responsável

Maria Elizabete Barbosa Pereira

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 879
Tirol - Natal - RN
CEP: 59072-000
Fone: (84) 3133-4200
Fax: (84) 3102-1228
E-mail: hmemorial@vetjournal.com.br

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Data: 23/05/2018 12:11

Dados do Paciente

Registro: **129441** IH: **1** Paciente: **FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA**
Nascimento: **03/10/1980** 38 anos Internação: **23/05/2018 09:32:28** Leito: **LEITO RESERVA 08**

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: **BLOQUEIO DE PLEXO**

Anestesiologista: **DR. GILVAN**

Tipo: **FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA**

Cirurgião: **DR. GEAN**

Instrumentador: **RONALDO**

Circulante: **WAGNER**

Tipo curativo: **OCLUSIVO**

Tem material para biópsia/cultura: **NAO**

Inf.sanguínea: **NÃO**

Monitoração correta: **SIM**

Placa de bisturi: **SIM**

Antibiótico profilático?: **CEFAZOLINA 2G**

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

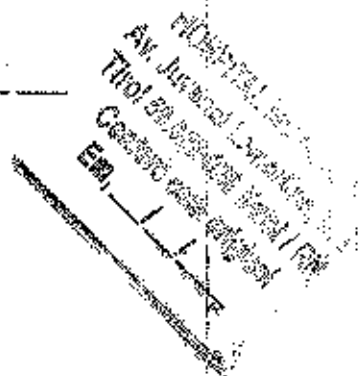
PACTE CONSCIENTE E ORIENTADO EM O° AMBIENTE DEAMBULANDO EM JEJUM PARA SUBMETER A PROCEDIMENTO DE FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA. O MESMO NEGA DOENÇAS E ALERGIA MEDICAMENTOSA. PUNÇIONADO PELO CIRCULANTE EM MSD COM JELCO N° 20 SEM EXITO, COM JELCO N° 22 VIAB SF 0,8%. APOS PROCEDIMENTO REALIZADO COM EXITO FOI ENCAMINHADO AO SRPA ORIENTADO EM O° AMBIENTE SOB EFEITO ANESTESICO FERIDA OPERATORIA LIMPA E OCLUIDA, SEM MAS ALTERACOES SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTAO.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Potencial de Contaminação: **Limpa**

Nayara Soares
NAYARA SOARES DE OLIVEIRA
COREN - 716819





EVOLUÇÃO ASSISTENTE SOCIAL

Dados do Paciente

Paciente: **FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA**

Registro: **129441** Num. Internação: **1**

Nascimento: **03/10/1980** 38 anos

Data Internação: **23/05/2018 08:32:28**

Acompanhante:

Parentesco:

Endereço para Correspondência:

Endereço:

Cidade: **Barauna**

Bairro:

Ocorrência:

Durante o acolhimento o usuário informou que trauma foi ocasionado por acidente automobilístico.

Evolução do Prontuário:

☒ X - Paciente sem Acompanhante

☒ X - Paciente/Acompanhante recebeu(ram) orientações a respeito das Normas Hospitalares.

Observações:

Ciente das normas hospitalares.
reserva 08

CONDUITA HOSPITALAR

- Não sentar ou deitar na cama do paciente (risco de infecção hospitalar);
- O acompanhante/ou visitante não deve usar roupas impróprias (transparentes, justas, decolês e shorts). Procurar usar roupas confortáveis e adequadas ao espaço público;
- Não trazer ou deixar objetos de valores nas dependências das enfermarias, pois o hospital não se responsabiliza pela perda ou roubo destes;
- Não fumar nas dependências do hospital, haja visto o risco à saúde, medida esta amparada pela Lei Federal 9294/96;
- Não colocar objetos em cima do leito do paciente;
- Não permitir a entrada de alimentos de fora nas enfermarias para impedir a proliferação de insetos e evitar a infecção hospitalar, a equipe de nutrição planeja uma alimentação adequada ao estado de saúde do paciente;
- Fazer silêncio nas enfermarias. A tranquilidade no ambiente hospitalar é importante para a recuperação dos pacientes;
- É necessário lavar as mãos antes de entrar no quarto, antes e após prestar cuidados ao paciente e após o uso do sanitário;
- No caso de dúvidas em relação aos cuidados com o paciente (administração de medicamentos, troca de soro, curativos, etc) procurar a equipe de enfermagem;
- Para evitar riscos à saúde do paciente pedimos aos acompanhantes que permaneçam nas respectivas enfermarias. Portanto, evite circular nas enfermarias bem como saídas do hospital;



JESSICA ALEXANDRE DE ARAUJO
CRESS - 4624

HOSPITAL MEMORIAL
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979
TIROL - NATAL/RN
CEP: 59.060-000
FONE: (84) 3133-3200
FAX: (84) 3102-1228
E-MAIL: hmemorial@vet.unmail.com.br



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA Idade: 37 anos
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 129441 Prontuário:
Unidade: CENTRO CIRURGICO
Leito: LEITO RESERVA 08 107A
Admissão: 23/05/18 08:32 0 dia(s) de Internação
Diag.: 8420 - Fratura da clavícula | Diátese @<@ da clavícula Extremidade acrom

23/05/2018 11:39	Horários de Aplicação	4781
1) DIETA LIVRE, Ao dia	(SND)	
2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL Uso: 1 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.	(500 500 500)	
3) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 10 ML DE ABD.	22:00; 06:00, 14:00	
4) DIFIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD	00:00, 06:00, 12:00	
5) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.	20:00; 04:00, 12:00	
6) DIMENIDRINATO B6 DL 10mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.	20:00; 08:00	
7) DICLOFENACO SODICO 50mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	22:00; 06:00, 14:00	
8) RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	00:00, 12:00	
9) OBSERVAR PERFUSÃO DISTAL, Ao dia	(ATENÇÃO)	
10) CURATIVO, Pela manhã	(MANHÃ)	

Dr. GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS
CRM - 4781

HOSPITAL MEMORIAL
Av. J. J. Gomes de Azevedo, 1100
Trib. de Justiça - 1º andar / 1000
Centro de Diagnóstico e Tratamento
EM - 11000-000



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA Idade: 37 anos
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 129441 Prontuário:
Unidade: UNIDADE I
Leito: ENFERMARIA 107-A
Admissão: 23/05/18 08:32 0 dia(s) de internação
Diag.: S420 - Fratura da clavícula | Diálise @<@ da clavícula | Extremidade acrom

23/05/2018 18:01

Horários de Aplicação

4781

1) DIETA LIVRE, Ao dia	(SND)		
2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL Uso: 1 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.	(SND) 500 500		
3) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 10 ML DE ABD.	22:00 06:00 14:00		
4) DILTIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD	00:00 06:00 12:00 18:00		
5) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.	20:00 04:00 12:00		
6) DIMENIDRINATO B6 DL 10mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.	20:00 08:00		
7) DICLOFENACO SODICO 50mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	22:00 06:00 14:00		
8) RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	00:00 12:00		
9) OBSERVAR PERFUSÃO DISTAL, Ao dia	(ATENÇÃO)		
10) CURATIVO, Pela manhã	(MANHÃ)		

Dr. GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS
CRM - 4781

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lacerda, 879
Tud. 011-3441-0231 / 0231-1011
Cidade: São Paulo / SP
E-mail: memorial@hospitalmemorial.com.br



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA Idade: 37 anos
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 129441 Prontuário:
Unidade: UNIDADE I
Leito: ENFERMARIA 107-A
Admissão: 23/05/18 08:32 1 dia(s) de internação
Diag.: S420 - Fratura da clavícula | Diáfrase @<@ da clavícula | Extremidade acromial |

24/05/2018 10:45

Horários de Aplicação

4781

1) ALTA HOSPITALAR, Pela manhã

DR. GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM 4781 - DET 11044
CPF: 202.025.474-53

Dr. GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS
CRM - 4781

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lacerda, 870
Tiro 50, 122-222, 122-111 / 122-111
Cidade para entrega
EM, 11/11/18

REGISTRO DE ENFERMAGEM - ADMISSÃO CENTRO CIRÚRGICO

Dados do Paciente

Paciente: **FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA**

Registro: **129441** Nº Internação: **1**

Nascimento: **03/10/1980** 38 anos Data Internação: **23/05/2018 08:32:28** Leito: **ENFERMARIA 107-A**

ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: **Alerta**

CONSCIENTE E ORIENTADO O2 AMBIENTE.

ASPECTO GERAL

X - Ac. Venoso X - Acianótico Observações:
 Pálido Tremores
 Vômitos Sudoreses

Diurese: **Assente**

FERIDA OPERATÓRIA

X - Oculta Sangramento
 Drenos Fixadores
 Tala Tração
 Edema Hematomas

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **110 X 70** Temperatura: **36,2 °C**
 Pulso: **80** Respiração: **21**

Observações:

RAIO X

Observações/QTD:

Pró: **UMA**

Pos: **AGUARDANDO**

Queixas do Paciente:

SEM ANORMALIDADES NO MOMENTO.

Observações Gerais:

PACIENTE ADMITIDO NA UNIDADE 1, PROVENIENTE DO C.C. EM P.O. DE FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA, CONSCIENTE E ORIENTADO O2 AMBIENTE, NA HIDRATAÇÃO VENOSA + ESQ. DE ATB, COMUNICADO A NUTRIÇÃO DA SUA

23/05/2018 15:21:50
 COREN - 876728

THAZIA JANELE DOS SANTOS SILVA

ESTADO GERAL

Alerta

Decúbito Dorsal

Corado

Acianótico

Higiene

Com auxílio

Respiração

O2 Ambiente

Deambulação

Restrito ao leito

Eliminaç. Vesicais: **PRESENTE**

Eliminaç. Intestinais: **AUSENTE**

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **140 X 80** Pulso: **95** Temperatura: **36 °C** Respiração: **20**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

AVP

DIETA

Oral

Alceta Total

Obs:

QUEIXAS DO PACIENTE

Observações Gerais:

RECEBO O PACIENTE EM P.O. DE FRATURA DE CLAVÍCULA, CONSCIENTE, ORIENTADO, O2 AMBIENTE, AFERIDOS SSVV, MANTÉM HIDRATAÇÃO VENOSA PERIFÉRICA, COM ESQUEMA DE ATB KEFAZOL 1G, ADM. MEDICAÇÕES DE HORARIO, ACEITO A DIETA OFERECIDA, EM REPOUSO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

23/05/2018 20:30:18

Edvania Oliveira

COREN - 873883

MARIA EDVANIA DE OLIVEIRA LEITE

ESTADO GERAL

Corado

Acianótico

Higiene

Com auxílio

Respiração

O2 Ambiente

Deambulação

Restrito ao leito

Eliminaç. Vesicais: **PRESENTE**

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **120 X 80** Pulso: **88** Temperatura: **36,4 °C** Respiração: **20**

Eliminaç. Intestinais: **AGUARDA**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

AVP

DIETA

Oral

Alceta Total

Obs:

QUEIXAS DO PACIENTE

EM QUEIXAS NO MOMENTO

Observações Gerais:

PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, EM O2 AMBIENTE, EM PÓS OPERATÓRIO DE CLAVÍCULA, DIURESE ESPONTANEA, NA H.V. COM MEDICAÇÃO DE HORARIO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA, FAZENDO USO DE ATB ICEFAZOLINA 1G, AFERIDO SSVV, SEM ANORMALIDADES, HIGIENIZADO NO WC, REALIZADO TROCA DE ROUPA DE CAMA, SEGUIR NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO.

24/05/2018 09:02:20

COREN - 819234

LAURIANA ALVES DO NASCIMENTO

Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 879 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxnet.com.br

EVOLUÇÃO DIÁRIA DE CURATIVO

Paciente: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA

Nascimento: 03/10/1980 38 anos Data Internação: 23/05/2018 08:32:28

Registro: 129441

Nº Internação: 1

Leito: ENFERMARIA 107-A

Limpeza: SF 0.9% + GAZE + MICROPORE + LUVA ESTERIL

Tipo de Ferida: LIMPA

Condições do Leito: SEM PRESENÇA DE SECREÇÃO

Localização: CLAVICULA

- EXSUDATO DA FERIDA -

☐ Seroso ☐ Purulento ☐ Sanguinolento ☐ Serososanguinolento ☐ Piosanguinolento ☒ Sem Exudato

- PELE - PERIFERICAL -

☐ Inteira ☐ Escoriada ☐ Sinais Flogísticos ☐ Descamada ☐ Alérgica/Dermatite ☐ Macerada

Quantidade: Selecione uma opc Odor: Selecione uma opc

BORDAS

☐ Distintas ☐ Regulares ☐ Irregulares

- OBSERVAÇÕES GERAIS -

24/05/2018 08:05:44 Lauriana Alves do Nascimento
COREN - 819234

LAURIANA ALVES DO NASCIMENTO

OBSERVAÇÕES GERAIS

PACIENTE RECEBEU VISITA MÉDICA O MESMO CONCEDEU ALTA HOSPITALAR. AS 12:13 SAIU DE
ALTA HOSPITALAR COM ORIENTAÇÕES MÉDICA + RECEITUÁRIO, SEM QUEIXAS,
ACOMPANHADO DE FAMILIAR E MAQUEIRO, LEVANDO CONSIGO TODOS SEUS PERTENCES
PESSOAS.

Lauriana Alves do Nascimento

24/05/2018
COREN - 819234

LAURIANA ALVES DO NASCIMENTO

HOSPITAL MEMORIAL
AV. JUVENAL LAMARTINE, 879 - TIROL
TIROL - NATAL/RN
CEP: 59060-000
FONE: (84) 3133-4200
FAX: (84) 3102-1228
E-MAIL: hmemorial@veloxnet.com.br



OITAVA ROSADO

Rua Juvenal Lamartine, 119 - Mossoró RN
Telefone: (0xx84) 3315-6900

DADOS DO PACIENTE

Nome:	FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA		
Data Nasc:	03/10/80	Idade:	37
Registro:	1886925	RG:	00223822 7 / SSPRN
Convenio:	SOCIO	OS n.º:	104909
Solicitante:	Dr(a) GEAN GUARNIERE R DANTAS		
Entrada:	04/06/2018 04/06/2018		
	Página:	1 / 1	

RX DA CLAVÍCULA ESQUERDA

*Fratura do terço médio da clavícula com osteossíntese metálica.
Comparar.*

Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou realização de novos exames.

Dr. ROBERTO ANTONIO DE PAIVA LUZ
CRM - RN 2722

Mossoró, 04/06/2018



Rua Juvonal Lamarine, 119 - Mossoró RN
Telefone: (68x84) 3315-6900

DADOS DO PACIENTE

Nome:	FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA	Registro:	1886925	
Data Nasc:	03/10/80	Idade:	37	
Convenio:	SOCIO	RG:	00223822 7 / SSPRN	
Solicitante:	Dr(a) GEAN GUARNIERE R DANTAS	OS n.º:	121798	
	Entrada:	26/06/2018 26/06/2018	Página:	1 / 1

RX DA CLAVÍCULA ESQUERDA

Fratura do terço médio da clavícula.
Comparar.



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PODER EXECUTIVO
GOVERNO DO MUNICÍPIO DE BARÃO DE
Secretaria Municipal de Saúde Pública
Hospital e Maternidade Francisco Bezerra Sobrinho

SEQUENCIA
CONDUTA
MÉDICA

PACIENTE: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA
PAI: GERALDO FIRMINO DE SOUSA
ENDEREÇO: SÍTIO BOAGUA

MÃE: MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA
EST. CIVIL: CASADO(A)

PROFISSÃO: AGRICULTOR(A)
CARTÃO SUS: 000.0000.0000.0000
IDADE: 37

PRÉ-CONSULTA >>> PAI: 12/000 PESO: 0

HÚMERO: 44

TELEFONE: ()

TEMPERATURA:

HGT: 0

SpO₂: 0

FC: 0

HISTÓRICO CLÍNICO

ACIDENTE DE MOTO
FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

ENC AO HRTM

CONDUTA

Francisco Helio Oliveira de Sousa
Médico - CRM 881

M. Bezerra Sobrinho
Médico - CRM 881

ATENDIMENTO: 34/81

DATA DO ATENDIMENTO: 05/05/2016

HORA: 09:35

98572295

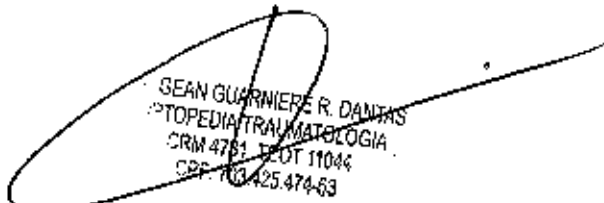
dia 23 de maio



Laudo Médico

Declaro para os devidos fins que o paciente **FCO HÉLIO OLIVEIRA DE SOUSA**, com história de acidente de moto que resultou em fratura de Clavícula esq. (CID 10: S42.0), tendo sido submetido a tratamento cirúrgico com colocação de fio de Kirschner, sem previsão de retorno às suas atividades laborais, devendo afastar-se por tempo indeterminado.

Natal, RN 24/05/2018


SEAN GUARNIERI R. DANTAS
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM 4781 DEOT 11046
CPF: 10.425.474-63

Luciene Rocha dos Santos Silva,
26 ANOS

⊕ Rastreamento médico

- Paciente sofreu acidente automobilístico em 03/04/19, com downmaneuver, sendo realizados exames de PROTONS e RASTREAMENTO DE FÊMUR E OSSOS DO PERNIL E DISFUNÇÃO DA SÍNDROME PÚBICA.
- SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO, NA URGÊNCIA, COM FIXAÇÃO EXTERNA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E BOLA.
- 10-14 dias após foi submetida a PROTONOMIA COM CRÓMIO (OSTEOSTEOTOMIAS COM PINOS E PARAFUSOS EM FÊMUR E PERNIL ESQUERDOS) E REALIZADO FIXAÇÃO DO ANCA.
- Paciente encaminhada / encontra-se no tratamento médico e recebe auxílio DPMAT.

CD: 572.3, 582.2,
533.4

Prosser - AN,
18.09.19

DR. Gilson Queiroz
CRM 6231
Ortopedia e Traumatologia
TEOT - 14690

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VITIMA

RECEBIDO

TRIPLO DO SOL ADM

CLARETORIA DE SEUS

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 002.258.227 DATA DE EMISSÃO 17/03/2016

FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA

FILIAÇÃO GERALDO FIRMINO DE SOUSA MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA

NATURA CIVIL ALEXANDRIA RN DATA DE NASCIMENTO 03/10/1980

CERT. DE NASCIMENTO 1.112 P-144 RG-10384 ALEXANDRIA RN-1 CARTÃO

076.614.764-95 2a VIA

Assinatura do Titular

EXCERTE 308 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013708673050
VIA 1 CCO. RENAVAM 00790252496
RUBRICA 00790252496

RAIMUNDO DA ROCHA MOREIRA

PLACA 762.195.654-34

CHASSI MYR1539

9020C30203R01789

PASSAGEIRO/MOTOCICLISTA/NAO APLICAVE

HONDA/CG 125 TITAN ES

OCY/124 CILINDRADAS

1 P R\$ 0.00 03/07/2017

V V R\$ 0.00 03/07/2017

A 002804 3X R\$ 0.00 03/07/2017

PREMIO TAREFAS (R\$) 0.00

*** LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO ***

DETRAN: 002804 3X

DATA 14/11/2017

DETRAN

DETRAN

PROTOCOLO RECEBIDO
TERRA DO SOLADA
E O RETORNO DESSA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS A TERCEIROS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE DO POR SUACARSA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

RN Nº 013708673050 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1264

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 14/11/2017

RENAVAM 762.195.654-34

PLACA MYR1539

9020C30203R01789

HONDA/CG 125 TITAN ES

OCY/124 CILINDRADAS

1 P R\$ 0.00 03/07/2017

V V R\$ 0.00 03/07/2017

A 002804 3X R\$ 0.00 03/07/2017

PREMIO TAREFAS (R\$) 0.00

*** LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO ***

SEGURO LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.009/0001-04

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190604007 **Cidade:** Baraúna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA **Data do acidente:** 05/05/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: OMBRO E - FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Descrição do exame físico: DOR/LIMITAÇÃO À MOBILIZAÇÃO, ABDUÇÃO ACIMA DA LINHA DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: PERICIADO APRESENTA CONSOLIDAÇÃO COM SEQUELA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/11/2019

Conduta mantida:

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 dos ombros	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: 3190478213 **Cidade:** Baraúna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA **Data do acidente:** 05/05/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESEQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.9,17) - OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA(PÁGINA 1), COM DATA DE 20/08/2018, EMITIDA PELO DR.GEAN GUARNIERI R. DANTAS CRM 4781, EVIDENCIA RESOLUÇÃO COMPLETA, SEM COMPROVAÇÃO DE LIMITAÇÃO INSUSCEPTÍVEL A TERAPÊUTICA OU MECANISMO DE TRAUMA QUE ACARRETE PREJUÍZO FUNCIONAL PARCIAL/TOTAL A VÍTIMA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Francisco Heli Oliveira de Souza
 NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL:
 PROFISSÃO: Agricultor
 IDENTIDADE: 002238.227 CPF: 076.634.764-95
 ENDEREÇO: 51 Boa Água, nº 14, Zona Rural, Barauna

OUTORGADO

NOME: Moacel Pereira
 NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: casado
 PROFISSÃO:
 IDENTIDADE: 003376.024 CPF: 694.652.903-00
 ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 857, centro, Barauna
 DATA DO ACIDENTE: 05/05/2018 COBERTURA: Invalidez

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Observação: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Barauna 17 de julho de 2019



Éverson Cristina da Costa Silva Pereira
 ASSINATURA DE QUEM ASSINA A ROGO
 NOME: Éverson Cristina da Costa Silva Pereira
 CPF: 093.848.264-07
 ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 857, centro Barauna



de Paula Francigilda Rodrigues
 ASSINATURA TESTEMUNHA - 1º
 NOME: Francigilda R. de Paula
 CPF: 036.305.984-98
 ENDEREÇO: 51 Boa Água, nº 14, Zona Rural

JAKSON GY JOSE DE OLIVEIRA
 ASSINATURA TESTEMUNHA - 2º
 NOME: Jaksony Jose de Oliveira
 CPF: 767.467.553-04
 ENDEREÇO: Rua Declecia Freire, nº 55, Aeroporto



CARTÓRIO
BARÃO DE SAO PAULO

Av. Jerônimo Monteiro, 524 - Centro
CEP: 58.605-400 - Barão de RN
Telefone: (34) 3320-4277

REC. DE FIRMA Nº 2019-003039

Reconheço por autenticidade a firma de

EDRIENE CRISTINA DE COSTA SILVA PEREIRA

Dou-fé em testemunho da verdade

Barão de RN, 17/07/2019 12:07:28

EDNA MARIA JUSTINA DA SILVA FREIRE SUBSTITUTA

EMP: R\$ 2,83 FOL: R\$ 0,00 CACAP: R\$ 0,00

FAP: R\$ 0,00 ISS: R\$ 0,14 PUNAP: R\$ 0,00

assinatura

Valido somente com a sela de fiscalização

Valido somente sem emendas ou rasuras

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0278051/19

Vítima: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA

CPF: 076.614.764-95

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 05/05/2018

Titular do CPF: FRANCISCO HELIO
OLIVEIRA DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MAXSOEL PEREIRA : 694.652.903-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA : 076.614.764-95

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/08/2019
Nome: MAXSOEL PEREIRA
CPF: 694.652.903-00

MAXSOEL PEREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/08/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA