



Número: **0800446-77.2020.8.20.5161**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Baraúna**

Última distribuição : **20/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA (AUTOR)	LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)
SEGURADORA DPVAT (RÉU)	LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58915 256	20/08/2020 18:21	2744341_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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, contados 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

Carta nº 15036823

Pag. 00431/00432 - carta_01 - INVALIDEZ



00040216





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Pag. 00161/00162 - carta_02 - INVALIDEZ



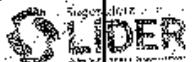
00070081

Carta nº 15064031



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 20/08/2020 18:21:41
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082018214081500000056554452>
Número do documento: 20082018214081500000056554452

Num. 58915256 - Pág. 2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 20/08/2020 18:21:41

https://piec1.tirn.ius.br:443/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView_seam?x=20082018214081500000056554452

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento>

Num. 58915256 Pág. 3



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas 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 - OSTESSÍTESE.
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?

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)

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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

OMBRO - Lado Esquerdo

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

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)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Elizabeth Fillard Tonello
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 Relinaldo, 61, Centro, BARAÚNA

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018137000314 1.2 Data de Expedição: 01/08/2018 15:18:42
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO 1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 05/05/2018 08:00:00 2.2 Autoria: Desconhecida
2.3 Fato: Consumado 2.4 Flagrante: Não
2.5 Melo(s) empregado(s): Veículo
2.6 Tipo do local: Via Pública 2.7 Logradouro: RODOVIA RN - 015
2.8 Número: SN 2.9 CEP: 59.695-000
2.10 Complemento: 2.11 Ponto de Referência: COMUNIDADE PRIMAVERA
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SITIOS E FAZENDAS 2.13 Cidade: BARAÚNA
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA 3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.3 Nome Social: 3.4 Pai: GERALDO FIRMINO DE SOUSA
3.5 Etnia: Branca 3.5 Mãe: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA
3.6 Sexo: MASCULINO 3.6 Orientação Sexual: Heterossexual
3.9 CPF: 07681476495 3.10 Identidade de Gênero:
3.11 Nacionalidade: 3.12 Data de Nascimento: 03/10/1980
3.13 Profissão: AGRICULTOR(A) 3.14 RG: 002236227 - ITEP/RN
3.15 Telefone(s): 84 998572295 3.16 Passaporte:
3.17 Número: 14 3.18 Naturalidade: ALEXANDRIA RN
3.19 Bairro: ZONA RURAL 3.19 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 3.22 Logradouro: SITIO BOA ÁGUA
3.23 Cidade: BARAÚNA 3.24 CEP: 59695000

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

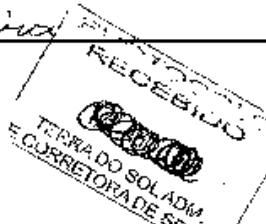
5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUIDOS ACUSADOS)

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

6.1.1 Nome Completo: RAIMUNDO DA ROCHA MOREIRA 5.1.3 Estado civil: Divorciado(a)
6.1.2 Nome Social: RAIMUNDO 6.1.5 Identidade Gênero: Cisgenero
6.1.4 Etnia: Parda 6.1.7 Orientação Sexual: Heterossexual
6.1.6 Mãe: MARIA LUZIA DA ROCHA 6.1.8 Pai: Parda
6.1.8 Sexo: MASCULINO 6.1.11 Data de Nascimento: 08/04/1969
6.1.10 CPF: 76246565434 6.1.13 RG: 001301021
6.1.12 Nacionalidade: 6.1.15 Profissão: AGRICULTOR(A)
6.1.14 Passaporte: 6.1.18 CEP: 59695000
6.1.16 Logradouro: RUA FRANCISCO OLEGÁRIO DA SILVA 6.1.20 Cidade: BARAÚNA
6.1.17 Número: 881
6.1.19 Bairro: COMUNIDADE JUREMAL
6.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7. VEÍCULOS() ENVOLVIDO(S)

X *Raimundo do Rosário, riva*
7.1.1 Segurado: Não 7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi: 4HJF17789 7.1.4 Renavam: 00790289486
7.1.5 Placa: MYR1539 7.1.6 Estado:
7.1.7 Marca: HONDA 7.1.8 Modelo: CG 125 TITAN ES
7.1.8 Ano do Modelo: 2003 7.1.10 Ano de Fabricação: 2002
7.1.11 Cor do veículo: VERDE 7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.15 Nome do proprietário: RAIMUNDO DA ROCHA MOREIRA 7.1.14 Número do Motor:
7.1.17 Nome do condutor: DECLARANTE/VÍTIMA 7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:
7.1.18 Observações: CONDUTOR NÃO POSSUI CNH



8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

INFORMA O COMUNICANTE QUE NO DIA, HORÁRIO E LOCAL SUPRACLITO CONDUZIA A REFERIDA MOTOCICLETA, NO SENTIDO CENTRO DE BARAÚNA, QUANDO APÓS A ROTATÓRIA, PASSOU COM A MOTO EM UM RURACO DA VIA, VINDO A PERDER O CONTROLE DA MESMA E A CAIR, QUE O COMUNICANTE SOFRU FRATURA EM CLAVÍCULAS 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

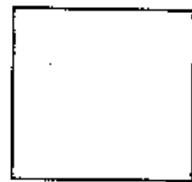
O(s) declarante(s), sob as penas da lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data: 01/08/2018 15:18:42

João Ezequiel A. Neto
Agente de Polícia Civil

Protocolo: J2018137000314 | Código de autenticação: 9847b04fd874b24d93ec81faca6dd7669

Interessado

Página 1/2



Polegar direito

Atendimento: 2039451 - JOÃO EUZÉBIO DE ARAÚJO NETO

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

FINAL DO BOLETIM DE OCORRNCIA

J201812000014

Protocolo: J201812000014 - Código de autenticação: afa7b04fd874lx24d93ec81acba64d7650

Página 22

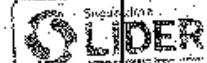


Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 20/08/2020 18:21:41

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082018214081500000056554452>

Número do documento: 20082018214081500000056554452

Num. 58915256 - Pág. 7



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o tipo de seguro:		<input type="checkbox"/> DAMIS (DAMAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPORTIVAS)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - no de seguro ou AEL		3 - Cód. de ident.	4 - Nome completo da vítima	
		076 634 764-95	Francisco Helio J. de Souza	
REGISTRO D				
INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TÍXICA DE RENDA MENSAL/1 PESSOA FÍSICA/FUNIMAR/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CURVAR SUSP N° 001/2012				
5 - Nome do Receptor:		6 - Endereço:	7 - CEP:	
Francisco Helio Oliveira de Souza		Rua 51 Boa Agua Barraiva	59634-000	
8 - Telefone:		9 - Cidade:	10 - Complemento:	
Nasilvoty Zona Rural		Não	Casa	
11 - E-mail:		12 - Bairro:	13 - Telefone:	
			59695-000	
14 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL/PAIS, TUTÓR E CURADORES PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MÉIOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR				
15 - Nome completo do Representante Legal:				
16 - CPF do Representante Legal:				
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço consta informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).				
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:				
<input checked="" type="checkbox"/> BLC/BLU INFORMAR <input type="checkbox"/> SELA RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.000,00 A R\$1.300,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS:				
<input checked="" type="checkbox"/> SEMPRE FAZIA PAGAMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPLÂNCIA (conta poupança estacionária, conta poupança, conta corrente)		<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INSCRIÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTÓR) <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (conta corrente)		
Nome do BANCO: _____				
AGÊNCIA: 0560		CONTA: 83835	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
Informar o número da agência e conta sempre que se alterar.				
Autônomo, segurado, libera a credito na conta bancária informada, de minha titularidade, desde o valor de indenização destinado ao Seguro DPVAT e que é pago diretamente ao beneficiário ou beneficiário do crédito, quando total do valor de reembolso.				
22 - DECLARAÇÃO DE AusÊNCIA DE AUDI DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA INDENIZAÇÃO DE MORTE				
Declaro, sob as penas da lei, que não tenho conhecimento de premeditação à fronte do Juiz de Direito, Médico Legal (IML) para o ato de requerimento de pagamento do Seguro DPVAT correspondente ao beneficiário, que fiz quanto à existência das operações:				
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou de minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou de minha residência realiza perícia com prazo superior a 90 (noventa) dias de apresentação do resultado, adiando o prazo de pagamento da indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na constatação de que a morte ocorreu devido a negligéncia, conformemente a "Lei nº 13077/14, art. 34, §1º, declarando que a tal autorização não significa privar o beneficiário com o seu direito ao direito de contestar a decisão proferida em seu conteúdo.				
24 - Data de óbito da vítima:				
25 - Declaração de beneficiários - Preenchimento somente para cobertura de morte:				
19 - Estado Civil:		20 - Número da cédula complementar:	21 - Última filha:	
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente		<input type="checkbox"/> Sim	22 - Se a vítima deixou testamento, informar: 23 - Vítima deles? <input type="checkbox"/> Sim	
26 - Ativo: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		27 - Último deles: <input type="checkbox"/> Vivos <input type="checkbox"/> Falecidos	28 - Óbito: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Este documento de que o Seguro DPVAT é feito prova, não terá e não terá efeitos legais, na deliberação não verificada poderá haver a aplicação de prevenções e prazos de suspenção e final por infração da artigo 258 do Código Penal.				
Ediene C. da C. S. Pereira 29 - Nome legal de quem assina a rotação pedida: 043 848 264 - 07 30 - CEP legal de quem assina a rotação pedida: 57010-000				
31 - Assinatura da vítima/beneficiário (deverá ser): Francisca de Souza 32 - Assinatura do testemunha: Jackson J. de Oliveira 33 - Assinatura do procurador legal: Jackson J. de Oliveira 34 - Letra e Data: Morrer - RJ - 25/07/2019				
35 - Assinatura da cédula complementar: 36 - Assinatura do procurador legal (se houver):				
37 - Assinatura de quem assina a rotação pedida: Francisca de Souza 38 - Assinatura da cédula complementar: Jackson J. de Oliveira 39 - Assinatura do procurador legal: Jackson J. de Oliveira 40 - Letra e Data: Morrer - RJ - 25/07/2019				
41 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador legal (se houver):				
44 - Data: 001/2012/2019 45 - Assinatura da cédula complementar (deverá ser):				



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 11340 /2018 *OK*
Admissão: 05/05/2018 10:42:25

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA / - VERDE

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

Motivo (allegado pelo paciente): QUEDA - MOTO
Tipo: REGULADO
*Empresa:

Origem: AMBULANCIA OUTRO

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 CLAVÍCULA ESQUERDA

Hora: _____

*Queda de moto e fratura
clavícula (L) com dor
no braço. Fechada.
com imobilização
orientada.
Ao ambulatório
As Tis REG*



Diagn. inicial:

PRESCRIÇÃO:

VIA HORÁRIO ASSINT.

Tipo: Asse

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

SAME/ARQUIVO

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

*Gerado via SX por MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA. Impresso em 05 de Maio de 2018. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRANIO-MAXI



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



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 20/08/2020 18:21:41
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082018214081500000056554452>
Número do documento: 20082018214081500000056554452

Num. 58915256 - Pág. 10

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MIERMOS, 150, BALDÓ,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-230
CNPJ 08.324.996/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055193-0**



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

110.38, de 26/04/02
Hacções Gratuitas

Ligações Grávidas:
·TELEATENDIMENTO COSERN: 116

ou de fala: 0800 281 0142

Ouvir a voz da sua cidadania

E

ARSEP: 0800 727 0167 - Ligação Grátis de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

Elação gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE		DATA DE VENCIMENTO 05/07/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 25/06/2019	CONTA CONTRATO 007008195158
FRANCISCA NEUMA DA COSTA VIEIRA CPF: 101.333.884-83 NIS: 20333327653		TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA DA APRESENTAÇÃO 28/06/2019	Nº DO CLIENTE 3010751511
ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA SI BOA AGUA 14 ZONA RURAL/ÁREA RURAL 59605-000 BARAÚNA RN		NÚMERO DA NOTA FISCAL 026230895	Série: U	Nº DA INSTALAÇÃO 0002472839
		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico		
RESERVADO AO FISCO 77D7.8C7F.F64C.0E7F.30A3.0E09.C518.EF27				

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, preços, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas Unidades de atendimento e no site www.eletrobras.com.br.

DESCRICAO DA NOTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL										DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
NÚMERO ID MEDIDOR	TIPO DA LEITURA	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO KWH	DESCRIPÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA										
000000002140000147	CAT	24/05/2019	9.044,00	25/06/2019	9.041,00	32	-0,00000	0,00	0,00	DIC-No dia horas sem Energia	0,00	0,00	0,00	0,00	abri2019
										FIC-No dia vezas sem Energia	0,00	0,00	0,00	0,00	
										DFIC-Duração máxima da interrupção contínua	0,00	0,00	0,00	0,00	
										DOIC-RH-Duração de interrupção em dia úteis					Límite DFIC: 0,00
										DUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 0,00					
										Indicador: Indica se o medidor está ou não com indicação de indicadores DIC, FIC, DFIC e DOIC-RH a qualquer tempo.					

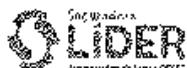
INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NIVEIS DE TENSÃO	
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	MINIMO	MÁXIMO
220	202	231	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

Pague no ponto mais perto de você ou correios da celona; avenida jerônimo rosado, centro / drogaria central; av jerônimo rosado, 124, centro lista completa em www.ceserj.com.br.
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Na data de leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.alerj.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pago, em atraso, gera multa 2% (Res.414/ANEEL), juros 1% a.m (Lei 10.430/02) e atualização monetária no próx. Mês.
Isenção do CRM conforme Art. 14, do RICMS-RN.
O Cliente é compensado quando houver descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão do fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrerá a suspensão.

DESTAQUE ADICIONAL				TALÃO DE PAGAMENTO
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	
007008195158	06/2019	0,00	05/07/2019	<p style="text-align: center;">Elyte dobrar, perfurar ou rasurar.</p> <p style="text-align: center;">Este comprovante será usado em leitura óptica.</p>

www.cecchini.it - www.cecchini.com - www.cecchini.it/cecc - www.cecchini.com/RECCConversaoServlet?rediretura... 1/1





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

Este formulário é de uso exclusivo, conforme o art. 2º da Circular Susep nº 445/12, que estabelece a obrigatoriedade de todos os seguradores e administradoras de fundos de investimento, bem como das pessoas físicas e jurídicas que realizam operações financeiras, declararem ao seu gestor de investimentos, no momento da contratação, se não possuem vínculo com pessoas envolvidas em atividades suspeitas de lavagem de dinheiro ou terrorismo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento da presente declaração é integrante do processo de liquidação do sinistro, conforme estabelecido na Circular número 445/12, disponibilizada no endereço eletrônico:

<https://www4.susep.gov.br/BIBLIOTECAWeb/DOCOMENTALOGICO/COA/20636>

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 identificar e monitorar as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este questionário deve conter, além dos documentos de identificação do beneficiário, informações acerca da profissão e renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

Além disso, em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, instituído, por determinação do Instituto Circular, esta regra é passível de comunicação ao COAF.¹

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PÚBLICOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA, PREVIMENTO, CAPITALIZAÇÃO E RESEGUERO;² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA INSTITUIÇÃO DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TAMBÉM RESPONSÁVEL DISCIPLINAR, APPLICATE PENAL ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS Ocorrências SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS INVESTIGADAS NA LEI N°9.639/98.

Assinatura de Maxwel Pereira
Inscrito no CPF/CNEF: 694.652.903 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Francisco Helio J. de Souza inscrito (a) no CPF sob o N° 076.634.764 / 95
Ano em que o DPVAT cobertura Invalidez de Vítima Francisco Helio J. de Souza
Inscrito (a) no CPF sob o N° 076.634.764 / 95, conforme determinação da Circular-Susep 445/12;

Declaro Profissão: Recebedor Renda: Recebedor e apresento os documentos comprobatórios

Piso Casa informada:

Proclamo, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-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. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Av. Jerônimo Rosado</u>	Número:	<u>857</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Barrauna</u>	Estado:	<u>PI</u>
E-mail:				CEP:	<u>69645,000</u>
			<u> Não Possuo</u>	Tel.(DDD):	<u>(84) 99827-0066</u>

Lugar e Data:

Monteiro - PI 25/07/2021

Maxwel Pereira

Assinatura do Declarante



UDER.001.VW31/2017

Dr. Francisco William Carvalho Ferreira

CRM 1160 - MTS 149 RJ
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA - CIENÇAS REUMÁTICAS
MEDICINA DO TRABALHO

LAUDO MÉDICO

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

HISTÓRICO: Acidente de TRÂNSITO COM MOTO na cidade de BENTO R/J tendo sido feitos os primeiros SOCORROS e transferido em SAMU ao HRTM em MOSSORÓ R/N. Boletim N° 11340/2019.

DIAGNÓSTICO: FRACTURA COMINUTIVA complexa DIAFÍSARIA com NEUROPLAXIA do plexo BRACIAL à ESCAMADA Foi TRANSFERIDA P/ O HOSPITAL Memorial em NATAL, onde foi submetida a osteossíntese com uso de FIO DE HIRSCHNER, o qual SAMU, precoce e espontaneamente. Seu que a fratura estivesse consolida.

SQUELÉTICA DEFINITIVA.

- DOR, de formação pela consolidação em posição vívida e o estranhamento do plexo BRACIAL à direita e esquerda.
- Limitação expressiva dos movimentos do ombro homólogo da fratura e clavícula esquerda.
- Pérdida da capacidade funcional LABORAL E quotidiana estimada em 35%.

CID, 0792 por 542.0 + 514.3

Dr. William Carvalho Ferreira
Ortopedia - Doenças Reumáticas
Medicina do Trabalho
CRM 1160/RN - MTS 149/RJ

POLICLÍNICA MÉDICA DE MOSSORÓ
Segunda e Quarta - Manhã
Rua João Pessoa, 88 - Centro

LW

CLÍNICA OCTAVIA ROSADO
Terça, Quinta e Sexta - Manhã
Av. Juventino Carneiro, 119 - Centro





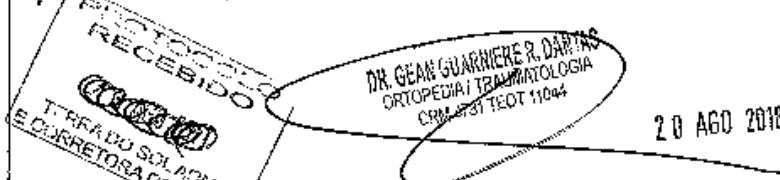
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BARAÚNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

RECEITUÁRIO

Foto: BRUNO O. DE SOUZA

July 10 1910.

Declaro a/ os meus olhos Fins das 0
PACIENTE SARA-CIMA FOI VITIMADO
ACIDENTE DE TRABALHO COM TATUMA EM
CHAVIAIS (R) (CICIO: 072.0), ANOS SIND
SUBMETIDA A PARAMENTO CERÚMICO COM
FIO DE KIRSCHNER DIAOS POI 10 DIAS NO
TE RETIRADO. RECEBE ACTA AUTOMOTRIZ.



HOSPITAL FRANCISCO BEZERRA SOBRINHO

Rua Expedito Alves, S/N - Moíinho Novo - Baraúna/RN
Fone: (84) 3320-3920





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS N° 11340 /2018
BOLETIM DE ATENDIMENTO Admissão: 05/05/2018 10:42:25

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: **10433 - FRANCISCO HELIO DE OLIVEIRA DE SOUSA** (37 a 7 m 2 d)
 Sexo: M Cor: PARD
 Nascimento: 03/10/1960 Natural: ALEXANDRIA.BRASIL
 CPF: 07661476495 Prof:
 CNS: 706809734179620 Pai: GERALDO FIRMINO DE SOUSA
 Mãe: MARIA DE FAIMA OLIVEIRA
 Logradouro: SITIO BOAGUA, 1 Cidade: BARAUNA
 Bairro: ZONA RURAL
 CEP: 59695000 Compl:
 Telefone: 84 998572295 84 998572295

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO
Outra: ANHUIANCIA OUTRO

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Quincas: FRACTURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Queridas.

Quedó de molar e freno
Clavado (x) + R.
R.: Fr. clavado ?
C.: Imitable zonas
Diagnóstico: A
Asombroso ✓

Dr. Jgo Walbert M. de Oliveira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 6124

PROTOCOLO DE
RECEBIDO

CORREO SOLARIA

Diagn. Inicial: AS S, J REG

*Saída: - () Alta por decisão médica; () Internação; () Enc.outroServiço; () Evasão
Data: 16/18 Hr: Ass. Médico: José de Oliveira

MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA. Impresso em 05 de Maio de 2018. ORTOPEDIA CRIMAN BÁSICO





OCTAVA ROSADO

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

Nome:
Data Nasc:
Convenio:
Solicitante:

FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA
03/10/80 Idade: 37
SOCIO
Dr(a) ROMULO JÁCOME
Entrada: 17/08/2018 17/08/2018

Registro: 1806925
RG: 002236227 / SSPRNCPF:
OS nº.: 160903

Página: 1 / 1

DADOS DO PACIENTE

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" elas servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou realização de novos exames.



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 20/08/2020 18:21:41

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082018214081500000056554452>

Número do documento: 20082018214081500000056554452

Num. 58915256 - Pág. 16

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE 878 - 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: 022238227 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: 59696000 Fone: 84998572296
Profissão: AGRICULTOR FAMILIAR POLIVALENT Mãe: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA

Dados do Internamento

Nºm. Internamento: 1 Entrada: 23/05/2018 08:32 Previsão saída: 25/05/2018 11:00 Atendente: JAISIAK
Convênio: SUS ESTADUAL Matrícula/CNS: 706809734179620
Medico: Dr. GEAN GUARNIERE RODRIGUES QANTAS 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: _____ Diagnóstico Definitivo: _____

Procedencia: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatório sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratório: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neuroológico: _____

Ap. Urinário e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4100 / Fax: (84)3102-1226
hmemorial@veloxmail.com.br

Data: 23/05/2018 08:33

Dados do Paciente

Paciente: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA Registro: 129441
Num. RG: 022238227 CPF: 076.614.784-95 Nascimento: 03/10/1980 38 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Solteiro(a)
Endereço: CICERO RIBEIRO N.: 508 Bairro: CENTRO
Cidade: BARAUNA UF: RN CEP: 59695000 Fone: 84998672296
Profissão: AGRICULTOR FAMILIAR POLIVALENT Mãe: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA

Dados do Internamento

Num. Internamento: 1 Entrada: 23/05/2018 08:32 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 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: S7958 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA
- 2 - O(A) Dr. GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS explica-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.
Preenchido 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 todo o que expliquei.

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS - CRM

CRM: 4781
Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Norte
EMI



SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <i>Francisco Henrique Oliveira de Sousa</i>	6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
7 - CARTÃO NACIONAL SUS <i>706 80973 417 9620</i>	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>03/10/1980</i>	9 - SEXO <i>MASCULINO</i>	10 - FEMININO <i>2</i>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Maria de Fátima Oliveira</i>	11 - TELEFONE DE CONTATO <i>(84) 31150</i>			
12 - ENDERECO (RUA, N°) <i>Rua Lívio Oliveira, 598</i>	13 - MUNICÍPIO <i>BARRA</i>	14 - BAIRRO <i>CENTRO</i>	15 - UF <i>RN</i>	16 - CEP <i>59695-000</i>

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Pereira 104 Gustava, 45 Internar imediatamente. Pac. com dor no braço com ombro e mão.</i>

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Protocolo médico</i>

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Exame Físico</i>

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura clavícula</i>	21 - CID 10 PRINCIPAL <i>S43.0</i>	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS
--	---------------------------------------	------------------------	------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Tratamento de Fratura de Clavícula (1)</i>	25 - CID 10 PRINCIPAL <i>S43.0</i>	26 - LESTEKLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - CÓD. DO PROCEDIMENTO <i>040804015-0</i>	29 - DT. SOLICITAÇÃO <i>16/10/2018</i>	30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>GEAN GUARNIERE R. DANTAS</i>	31 - CNS / CRM / CRP / COT <i>ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA CRM/1701 TEOT 11044 CRP/102274-6</i>
	32 - DT. SOLICITAÇÃO <i>16/10/2018</i>	33 - ASSINATURA E CARIMBO (NP REG. NO CONSELHO)	34 - ASSINATURA E CARIMBO (NP REG. NO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURO-DIA	34 - Nº DO BRINDE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	39 -
38 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
40 - () CID. 10 PRINCIPAL		41 - DESCRIÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÍDICA LEGAL	
42 - () CID. 10 SECUNDÁRIO		43 - () GRAVE	44 - () IRMOSIDA

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO <i>/ /</i>	46 - NOME DO PROFISSIONAL FAZER CONTROLE AVIAÇÃO <i>/ /</i>	47 - DT. AUT. <i>/ /</i>	48 - N° DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AH)
49 - CNS / CRM	50 - NOME DO PROFISSIONAL FAZER CONTROLE AVIAÇÃO	51 - DT. AUT. <i>/ /</i>	52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AH)
53 - ASSINATURA E CARIMBO (NP REG. NO CONSELHO)	54 - ASSINATURA E CARIMBO (NP REG. NO CONSELHO)		



Código Solicitação: 241552419

Número AIH: 241810040905-4

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:	CNPB:	
HOSPITAL MEMORIAL	2408252	
Unidade Executante:	CNFS:	
HOSPITAL MEMORIAL	2408252	
Logradoiro, Endereço, Nº , Complemento, Bairro AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - TIROL	Município Executante	
NATAL	NATAL	
Central Reguladora	NATAL	
Data de Submissão	19/05/2018 - 19:24:41 Operador	LUCIMAR
Data de Autorização	20/05/2018 - 07:36:43 Operador	010158824595OLANDO
Data de Reserva	23/05/2018	
Data de Internação	20/05/2018 Operador	18129862204LUCIMAR
Data Prevista de Alta	21/05/2018	
Data de Alta	21/05/2018 - 15:22:28 Operador	PATRIC
Motivo da Alta	1.1 ALTA CURADO	

DADOS DO PACIENTE

CPF:	Nome Socio/ Apelido:
705809734179620	...
Nome do Paciente	Naturalidade:
FRANCISCO HÉLIO OLIVEIRA DE SOUSA	EXANDRIA - RN
Nome da Mãe	Raca:
MARIA DE FATIMA OLIVEIRA	BRANCA
Sexo:	Tipo Sanguíneo:
MASCULINO	...
Data de Nascimento:	Logradoiro:
03/10/1980 (37 anos)	BOA ÁGUA
Tipo Logradouro:	Bairro:
SP10	ZONA RURAL
Número:	Município de Residência:
16	BARAUNA
País de Residência:	Complemento:
BRASIL	CEP:
Telefone(s):	UF:
(84) 3381-2107 • (84) 99857-2295 (Exibir Lista Detalhada)	RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:	Nome do Médico Solicitante:	Status da Solicitação:
70342547453	GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS	APROVADA
CPF do Médico Executante:	Nome do Médico Executante:	
70342547453	GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS	
Diagnóstico Inicial - CID:	Classificação de Risco:	
S620 - FRATURA DA CLAVÍCULA	Prioridade 3 - Atendimento eletivo	
Caráter:	Clínica Complementar:	
10 - Eletrivo	Nenhuma	
Clínica:	Código:	
ESPEC - CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	0408010130	
Procedimento Solicitado:		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA		

ANEXO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
paciente com história de acidente de motocicleta com trauma em clavicular/td>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

Rx + EF

Condições que Justificam a Internação:
tratamento cirúrgico fratura da clavícula direita**PARÔMETROS**

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador):

CRM:

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tiradentes/RN 59690-000
CEP: 59690-000
Data da Solução:

19/05/2018 - 19:24:41

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





BLOCO CIRÚRGICO
BOLETIM DE SALA

Reg. 102944

NOME: Dr. Gean Guerreiro de Souza

Cirurgia Realizada:

DATA:	INÍCIO:	HS:	TERMINO:	HS:	MIN:
DATA: 03/08/20	INÍCIO: 10:30 HS:		TERMINO: 11:30 HS:		
EQUIPE:	NOME:	DR. GEAN GUERREIRO R. SANTOS INTEROPERATÓRIO CIRÚRGICO/MF		CRM:	CIRURGIA
Operário:	Dr. Gean	CRM 4781-RN			Pequena
1 Auxiliar		CRM 4781-RN			Média
2 Auxiliar		CRM 4781-RN			Grande
Anestesiologista					Múltipla
Instrumentador					
Fixo:					

*Gruva de caixa metálica
Romântico*

1. Paciente em decúbito dorsal sob bloqueio de plexo braquial E
2. Assepsia e antisepsia 3. Acesso sobre a clavícula E, dissecção 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 ticoia.

CÓD.	DESCRÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRÇÃO	UNID.	QUANT.
MEDICAMENTOS											
026656	Aqua Monoblast 100ml.	AMP	060261	Vitam 4-0 (Vitale)	ENV	066154	Molho Tubular 12cm.	ROL			
032325	Aqua Monoblast 10ml	AMP	060277	Vitam 5-0 (Vitale)	ENV	066168	Molho Tubular 15cm.	ROL			
026658	Aqua Monoblast 20ml	AMP	060275	Vitam 6-0	ENV	066203	Molho Descartável	UND	03		
060687	Clorotetrac 1g.	AMP	060313	Vitam 7-0	ENV	066230	Polliz 2 filos	UND			
026655	Desinfectante 10ml	AMP				0664781	Pediculídeo Desgermante / sol.	ML	2000		
008713	Glicose 25% 10ml inj.	AMP				0664782	Povidona Iodada / ml.	ML	1000		
042655	Glicose 50% 10ml inj.	AMP				066597	Sabão Líquido	ML			
004703	Hiponat 6%	FBS				066743	Sabão Descartável	UND	02		
055049	Injutor Fornada 1/4	1/4				066223	Seringa Desc. 0,9cc c/ Agulha	UND			
015111	Keflin Neutral 1g.	COM				066441	Seringa Desc. 0,6cc c/ Agulha	UND			
008897	Novocaina 2ml inj.	AMP				062475	Seringa Desc. 0,6cc c/ Agulha	UND			
007493	Profenac 100mg. 1g.	AMP				063246	Seringa Desc. 0,6cc c/ Agulha	UND	01		
008623	Selante Ringer ou Lactato	FBS				063211	Seringa Desc. 2,0cc c/ Agulha	UND	01		
008446	Selante Ringer Simples	FBS				063120	Sonda Urinária 10	UND			
026125	Soro Estériligo 100ml	FBS	061500	Sofrastan-T Plus N° 14	UND	063145	Sonda Urinária 12	UND			
026018	Soro Estériligo 5% 500ml	FBS	061518	Sofrastan-T Plus N° 16	UND	063157	Sonda Urinária 14	UND			
008746	Soro Estériligo 5% off 500	IB	061525	Sofrastan-T Plus N° 18	UND	063120	Sonda Urinária 16	UND			
026665	Ydrocaina 2% ev.	AMP	061532	Sofrastan-T Plus N° 20	UND	063132	Sonda Urinária 18	UND			
010028	Xylocaina Estéril 2%	BSG				060582	Sonda Urinária 20	UND			
<i>Hoje dia 28</i>											
FIOS											
060637	Algodoal 0 (n/Aguila)	ENV	060642	Bradiol - Peridural	UND						
050665	Algodoal 2-0 (n/Aguila)	ENV	061545	Bradiol Requi	UND	060734	Ar Comprimido				
060644	Algodoal 3-0 (n/Aguila)	ENV	060691	Butylcar 10g	UND	062441	Aspirador Vácuo				
050192	Cromado 1-3	ENV	060665	Butylcar 21g	UND	066322	Bloco de Injetavel				
050130	Cromado 2-0	ENV	062123	Butylcar 23g	UND	066331	Capilarigráfico				
050121	Cromado 4-0	ENV	062142	Butylcar 25g	UND	066343	Cateterismo				
000269	Kit-Catapla	ENV	061201	Corticosteróide Descartável	UND	066350	Desinfetador				
005680	Monofibrôn 0 PRETO	ENV	061213	Compressa Odontológica	UND	066437	Intensificador de Irrigação				
050614	Monofibrôn 2,0 PRETO	ENV	061986	Elastano Descartável	UND	066481	Microendoscópico				
050621	Monofibrôn 3,0 PRETO	ENV	065911	Elastano 500ml	UND	066771	Colgante Sol. Preparado	UND			
050638	Monofibrôn 4,0 PRETO	ENV	062213	Esponja Cirúrgica 10 x 45	CM	066333	Colostomia				
058566	Monofibrôn 5,0 PRETO	ENV	062211	Fita Sulfato / ml.	ML	066895	Cozido Ácido				
050653	Monofibrôn 6,0 PRETO	ENV	062235	Gaze 21 x 91	UND	0662795	Desinfetar a Pele/bla				
057062	Monofibrôn 8,0 PRETO	ENV	062311	Gaze Furacado	UND	060578	Desinfetador de Mordedor				
050542	Monofibrôn 10,0 PRETO	ENV	062313	Gaze Descartável	UND	061152	Faca de Monofibrôn				
050505	Profer 2-0	ENV	062111	Irrigador Air 1,2,4 M	UND	066205	Faca de Sala N° 1				
050483	Profer 4-0	ENV	061071	Imbrêx Padrão	UND	066413	Faca de Fibras Óticas				
050444	Profer 5-0	ENV	062212	Intimo Bistrat N° 11	UND						
050511	Profer 6-0	ENV	062214	Lâmina Padrão N° 15	UND	066103	Fluxo Láser				
050519	Sutura 2-0	ENV	060111	Lâmina Padrão N° 21	UND	066221	Fluxo Láser				
050550	Sutura 3-0	ENV	062213	Lâmina Descartável N° 7,0	PAR						
050555	Sutura 4-0	ENV	062611	Lâmina Descartável N° 7,5	PAR	066221	Lâmina Descartável N° 8,0	PAR			
050191	Sutogel 3-0 (n/Aguila)	ENV	062211	Lâmina Descartável N° 9,0	PAR	066221	Levoglucose				
060366	Vitam 4-0 (Vitale)	ENV	066411	Molho Tubular 10cm.	ROL						

CIRURGIÃO: Dr. Gean Guerreiro CRM 4781-RN CIRCULANTE: *W. Gomes*

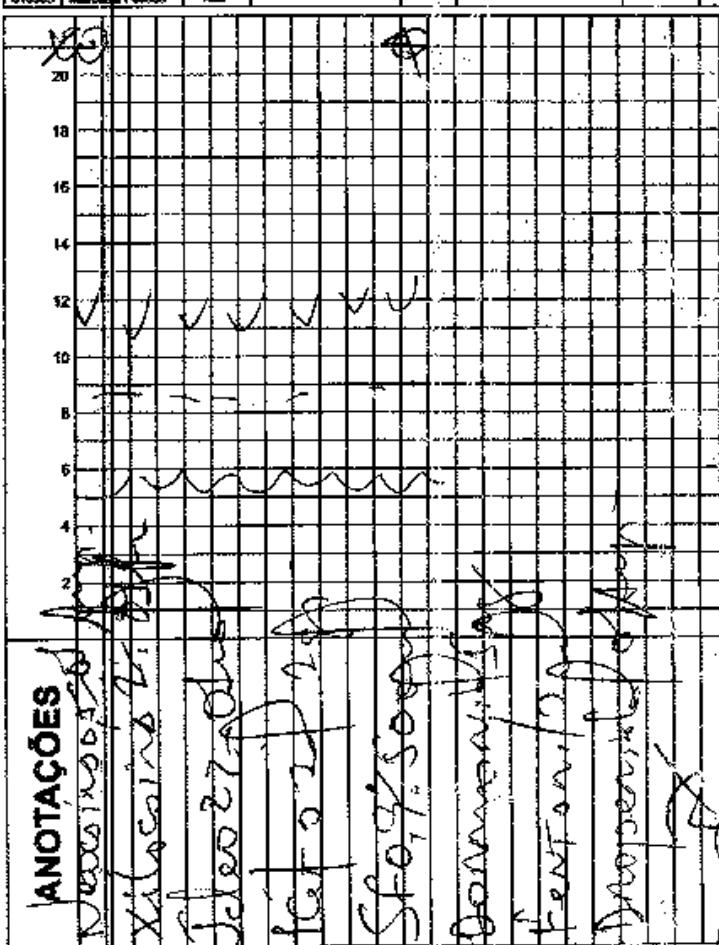


RELATÓRIO ANESTESIA

I.S.D.A. Fratura do clavicula Esquerda

PRÉ-ANESTÉSICO:	DROGAS:
TÉCNICA ANESTÉSICA: Bloqueio pleto Brachial Serrado	

DROGAS USADAS NA ANESTESIA											
CÓD.	DESCRIÇÃO	UND	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UND	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UND	QUANT.
002150	Adrenalin	AMP	000216	Moracan	AMP						
028668	Aqua Biocida	AMP	007267	Pin-2 Dasp	AMP						
008942	Anigrel 25	AMP	007268	Prostaglandina	AMP						
002650	Cloreto de Potássio	AMP	005792	Ketalar	AMP						
001460	Clorof. de Sódio	AMP	003323	Cat-Mal 100mg	AMP						
019820	Diidrof. Ding	AMP	000948	Cat-Urol 500mg	AMP						
002115	Diprivan	AMP	002142	Ropivaca	AMP						
002863	Drotaverine	AMP	000974	Serotonia	ML						
000560	Dronox 0,15mg	AMP	002139	Sel. Ringer Etanato	FIS						
011370	Dormiferol 5mg	AMP	02615	Sel. Fisiológico	FIS						
023671	Eclonil	AMP	005790	Sel. Glucosado	FIS						
030111	Fenbutal 250	AMP	008126	Sel. Ringer Lactato	FIS						
002790	Fentan	ML	001512	Theobromato	FIS						
017028	Halcinex	ML	000131	Tetram	AMP						
004955	Hydroc. 10%	AMP	000217	Vasiva	AMP						
002887	Injetar	AMP	004175	Xlo. calma 1%	AMP						
010586	Injetar	AMP	000275	Xlo. calma 2% 500	AMP						
055987	Injetar 0,5ml	AMP	000032	Xlo. calma 2% off.	AMP						
055994	Injetar 0,5ml	AMP	010911	Xlo. calma Pessoal	AMP						
010505	Maradol Pessoal	AMP									



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: 662098 - MARIA ELIZABETE B PEREIRA

Observações:

CLIENTE ADMITIDO (A) NO D.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA ESG. ACOMPANHADO DE SEU FAMILIAR E MAQUEIRO CONSCIENTE, ORIENTADO (A) RESPIRANDO EM AR AMBIENTE. SIC NEGA ALÉRGIA MEDICAMENTOSA, DM E HAS, FOI PUNCIONADO(A) COM CATETER VENOSO N° 20 VIABILIZANDO SF0.8% E SEGURO OS 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: PRÉ: **SIM-QTD: 01**

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

Assinatura Responsável

Outros Exames:

SRPA 23/05/2018 10:10:00 - COREN: 662098 - MARIA ELIZABETE B PEREIRA

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

Acesso vaso: **SIM** Diurese: **NÃO** Acidotico: **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. SEGURO ENCAMINHADO ATÉ O LEITO. ACOMPANHADO DO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM.

Assinatura Responsável

(Assinatura eletrônica)





Hospital Memorial de Nataí

AV. JUVENAL LAMARTE, 979 - TIROL - NATAÍ/RN
Fone: (84)3135-4260 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@velcomail.com.br

PROTÓCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Data: 23/05/2018 12:11

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

PROTÓCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: BLOQUEIO DE PLEXO Anestesiologista: DR. GILVAN

Tipo: FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA Cirurgião: DR. GEAR

Instrumentador: RONALDO Circulante: WAGNER

Tipo curativo: OCLUSIVO

Tem material para biópsia/cultura: NAO

Inf.sanguínea: NAO Monitoração correta: SIM Placa de bisturi: SIM

Antibiótico profilático?: CEFAZOLINA 2G

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

PACOTE CONSCIENTE E ORIENTADO EM O^º AMBIENTE DEAMBULANDO EM JEJUM PARA SUBMETER A PROCEDIMENTO DE FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA, O MESMO NEGA DOENÇAS E ALERGIA MEDICAMENTOSA, FUNCIONADO PELO CIRULANTE EM MSD COM JELCO Nº 20 SEM EXITO, COM JELCO Nº 22 VIAB SF 0,9%. APOS PROCEDIMENTO REALIZADO COM EXITO FOI ENCAMINHADO AO SRPA ORIENTADO EM O^º AMBIENTE SOB EFEITO ANESTESICO FERIDA OPERATORIA LIMPA E DCLUIDA, SEM MAS ALTERACOES SEGURO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTAO.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Potencial de Contaminação: Limpaa

NaYara Soares de Oliveira
NAYARA SOARES DE OLIVEIRA
COREN - 716819

PROTÓCOLO DE CIRURGIA SEGURA
AV. JUVENAL LAMARTE, 979 -
TIROL - NATAÍ/RN
CNPJ: 23.135.426/0001-10
Cadastrado no CRM-RN
CRM-RN



Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-0200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veo.xmail.com.br



EVOLUÇÃO ASSISTENTE SOCIAL

Dados do Paciente

Paciente: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA
Nascimento: 03/10/1980 38 anos

Acompanhante:

Registro: 129441 Num. Internação: 1

Data Internação: 23/05/2018 08:32:28

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:

Cliente das normas hospitalares.

Reserva 08

CONDUTA HOSPITALAR

- Não sentar ou deitar na cama do paciente (risco de infecção hospitalar);
- O acompanhante/ou visitante não deve usar roupas impróprias (inapropriadas, justas, decotadas 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 está amparada pela Lei Federal 9294/96;
- Não colocar objetos em cima do leito do paciente;
- Evitar a permanente 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 exercícios 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

PROFISSIONAL DE SAÚDE
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirozinho - Natal - RN
Cidade: Natal
UF: RN





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA Idade: 37 anos
Convênio: SUS ESTADUAL RA.: 129441 Prontuário:
Unidade: CENTRO CIRURGICO
Leito: LEITO RESERVA 08 4074
Admissão: 23/05/18 08:32 0 dia(s) de Internação
Diag.: 8420 - Fratura da clavícula | Diáfise @@@ da clavícula| Extremidade acrom

23/05/2018 11:39	Horários de Aplicação	4781
1) DIETA LIVRE, Ao dia	(SND)	
2) SORO FISIOLOGICO 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) DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampolha, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD	08:00, 12:00, 00:00, 06:00,	
5) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.	20:00; 04:00, 12:00	
6) DIMEENDRINATO 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

PROFISSIONAL CADASTRADO NO SISTEMA
DO JUIZADO UNIFICADO DA
TERRITÓRIO DA JUSTIÇA FEDERAL
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO
EM:



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 | Diátese @@ da clavícula| Extremidade acrom

23/05/2018 15:01

		Horários de Aplicação	4781
1)	DIÉTA LIVRE, Ao dia	(SND)	
2)	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500mL Uso: 1 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.	(08:00 500 500) 22:00 06:00 14:00	
3)	CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 10 mL DE ABD.	00:00 06:00 12:00 18:00	
4)	DIPIRONA 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)	TRANADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.	20:00 04:00 12:00 18:00	
6)	DIMENIDRINATO B6 DL 10mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.	20:00 08:00 14:00	
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)	OBSEVAR PERFUSÃO DISTAL, Ao dia	(ATENÇÃO)	
10)	CURATIVO, Pela manhã	(MANHÃ)	

Dr. GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS
 CRM - 4781

HOSPITAL MEMORIAL
 Av. Juiz de Fora, 1000 - Centro
 Cuiabá - MT - 78000-000
 Fone: (65) 3222-1100





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 | Diáfise @@@ da clavícula| Extremidade acromial

24/05/2018 10:45

Horários de Aplicação

4781

1) ALTA HOSPITALAR, Pela manhã

DR. GEAN GUARNIERE R. DANTAS
ORTOPEDIATRA/TRAUMATOLOGA
CRM/MA 10044
CPF: 0126474-53

Dr. GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS
CRM - 4781

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juiz de Fora, 122 - Centro - RJ
Tel: 21 2512-1000
Centro São Lucas
E-mail:

Pixeon - 24/05/2018 10:45 (U72/ASSIST.764) / (DWO:69)

Página: 1 / 1





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

REGISTRO DE ENFERMAGEM - ADMISSÃO CENTRO CIRÚRGICO

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		CONSCIENTE E ORIENTADO O2 AMBIENTE	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:			
ASPECTO GERAL		Observações:	
X - Ac Venoso	X - Aciapótico		
Pálido	Tremores	RAIO X	
Vômitos	Sudorese	Observações/QTD:	
Diurese: Agente		Pq: UNA.	
FERIDA OPERATÓRIA		SINAIS VITais	
X - Oculta	Sangramento	Pres.Arterial: 110 X 70	Temperatura: 36,2 °C
Drenos	Fixadores,	P脉: 80	Respiração: 21
Tala	Tração	Observações:	
Edema	Hematomas	Pos: AGUARDANDO.	
QUEIXAS DO PACIENTE:		Observações Gerais:	
SEM ANORMALIDADES NO MOMENTO.		PACIENTE ADMITIDO NA UNIDADE 1, PROVENIENTE DO C.C. EM P.O.I DE FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDO, CONSCIENTE E ORIENTADO O2 AMBIENTE, NA HIDRATAÇÃO VENOSA + ESGO DE ATB, COMUNICADO A NUTRIÇÃO DA SUA	
		HAZIA	
		23/05/2018 15:21:50 COREN - 070729	
		THAZIA JANELE DOS SANTOS SILVA	

ESTADO GERAL		Higiene	
Alerta		Com auxílio	
Decúbito Dorsal		Respiração	
Corado		O2 Ambiente	
Aciapótico		Deambulação	
		Restrito ao leito	
ELIMINAÇÃO VESICAL: PRESENTE		ELIMINAÇÃO INTESTINAL: ABSENTE	
SINAIS VITais		Glicose no sangue:	
Pres.Arterial: 140 X 80	Pulse: 95	Temperatura: 36 °C	Respiração: 20
ACESSO VENOSO		SATURAÇÃO O2:	
AVP		DIETA	ACEITA TOTAL
		Obs:	

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

23/05/2018 20:30:18 *Edinaria Oliveira*
COREN - 673883
MARIA EDINARIA DE OLIVEIRA LEITE

ESTADO GERAL		Higiene	
Corado		Com auxílio	
Aciapótico		Respiração	
		O2 Ambiente	
		Deambulação	
		Restrito ao leito	
ELIMINAÇÃO VESICAL: PRESENTE		ELIMINAÇÃO INTESTINAL: AGUARDA	
SINAIS VITais		Glicose no sangue:	
Pres.Arterial: 120 X 80	Pulse: 88	Temperatura: 36,4 °C	Respiração: 20
ACESSO VENOSO		SATURAÇÃO O2:	
AVP		DIETA	ACEITA TOTAL
		Obs:	

Observações Gerais:
PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, EM O2 AMBIENTE, EM PÓS OPERATÓRIO DE CLAVÍCULA, DIURESE ESPONTÂNEA, NA H.V. COM HIGIENIZAÇÃO DE HORARIO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA, FAZENDO USO DE ATB (CEFAZOLINA 1G), AFERIDO SSVV SEM ANORMALIDADES, HIGIENIZADO NO WC, REALIZADO TROCA DE ROUPA DE CAMA, SEGURO NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO,

24/05/2018 05:02:20 *Lauriana Alves do NASCIMENTO*
COREN - B19234
LAURIANA ALVES DO NASCIMENTO



Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 879 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@vortex.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 Leito: ENFERMARIA 107-A
Limpeza: SF 0,9% + GAZE + MICROPORÉ + LUVA ESTÉRIL
Localização: CLAVICULA
-EXSUDATO DA FERIDA -

Seroso Purulento Sanguinolento Serossanguinolento Piosanguinolento Sem Exudato
PELE - PERILESIONAL
 Integra Escorvida Sinal Flogístico Descamada Alergica/Desmaltita Macerada
Quantidade: Seleccione uma opç. Odor: Seleccione uma opç.
-OBSERVAÇÕES GERAIS

BORDAS
 Distintas Regulares Irregulares

24/05/2018 08:05:44 Lauriana Alves do Nascimento
COREN - 819234
LAURIANA ALVES DO NASCIMENTO

OBSERVAÇÕES GERAIS

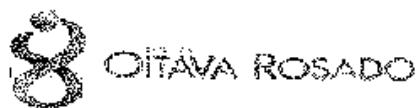
PACIENTE RECEBEU VISITA MÉDICA O MESMO CONCEDEU ALTA HOSPITALAR AS 12:13 SAIU DE ALTA HOSPITALAR COM ORIENTAÇÕES MÉDICA + RECEITUDARIO, SEM QUEIXAS, ACOMPANHADO DE FAMILIAR E MAQUEIRO, LEVANDO CONSIGO TODOS SEUS PERTENCES PESSOAIS.

Lauriana Alves do Nascimento
24/05/2018
COREN - 819234
LAURIANA ALVES DO NASCIMENTO

HOSPITAL MEMORIAL DE NATAL
Av. JUVENAL LAMARTINE, 879
TIROL - NATAL/RN
Código: 819234
EM:

Ware
MedicWare





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

DADOS DO PACIENTE

Nome:	FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA	Idade:	37	Registro:	1886925
Data Nasc:	03/10/80	SOCIO		RG:	002238227 / SSPRN
Convenio:		Dr(a) GEAN GUARNIERE R DANTAS		OS n.º:	104909
Solicitante:		Entrada:	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 Juvenal Lamartine, 119 - Mossoró RN
Telefone: (61) 3315-6900

Nome:
Data Nasc:
Convenio:
Solicitante:

FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA
03/10/80 Idade: 37
SOCIO
Dr(a) GEAN GUARNIERE R DANTAS
Entrada: 26/06/2018 26/06/2018

DADOS DO PACIENTE

Registro: 1886926
RG: 00223822 7 /SSPRN
OS n°: 121798

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 PARÁUA

Secretaria Municipal de Saúde Pública

Hospital e Maternidade Francisco Bezerra Soárezho

SEQUENCIA:

**CONDUTA
MÉDICA**

PACIENTE: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA
PAI: GERALDO FRANCISCO DE SOUSA
ENDERECO: Sítio Boa Vista

PA: 20000
PESO: 0
TEMPERATURA:
P.R.: CONSULTA
HISTÓRICO CLÍNICO

ACIDENTE DE MOTO
FRACTURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

ETI CIVIL: CASO/CIA

PROFISSÃO: AGRICULTOR/A

CARTÃO SUS: 000 0000 0000 0000

IDADE: 37

TELEFONE: ()

SPD: 0

FC: 0

HT: 0

CONDUITA:

ENC AO HRTM

HORA: 09:35

DATA ATENDIMENTO: 05/05/2018

ATENDIMENTO: 54 / 81

Livia Karina Freitas da Silva

Médico - CRM 881

Dia 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
TOPODIA/TRAUMATOLOGIA
CRM 4781 PLOT 11046
CRF 103.425.474-63

Liverino Rosaria dos Santos Silva,
26 ANOS

① Rotura parcial

- Paciente sofreu gravidez infernal em 03/09/19, o parto normal, sans membranae et rotura de ligamentum longitudinale de fundo o deslocamento do fêmur e o deslocamento das articulações púbicas.
- Sintomas A tormento cinturões, na cintura, El flexão extensão em membros inferiores deslocando o fêmur.
- 16-17 dias mais foi sentindo a protrusão de cravos (osteossintesis) e processos ósseos (fêmur e perna esquerda) e rotura deslocada da articulação.
- Fissuras eversivas / encravados do osso móveis e rotura luxação do PLAT.

C.D: 572.3, 582.2,
533.4

Processo - RN,
18-09-19

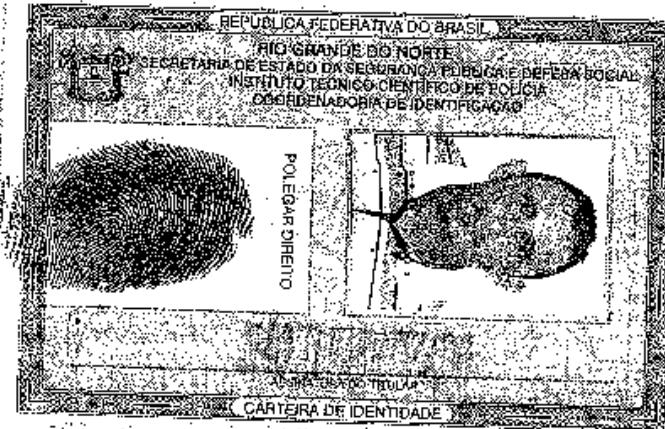
DR. Gilson Queiroz
CRM-RN 6131
Ortopedia e Traumatologia
TEOT - 14690

Clinica Orthos
R. Juvenal Lamartine, 119
Centro Mossoró-RN
Tel: (84) 3315.6900

Clinica Orthos
R. Pedro Velho, 320
Santo Antônio, Mossoró-RN
Tel: (84) 3316.0184

gilson_qrz@yahoo.com.br



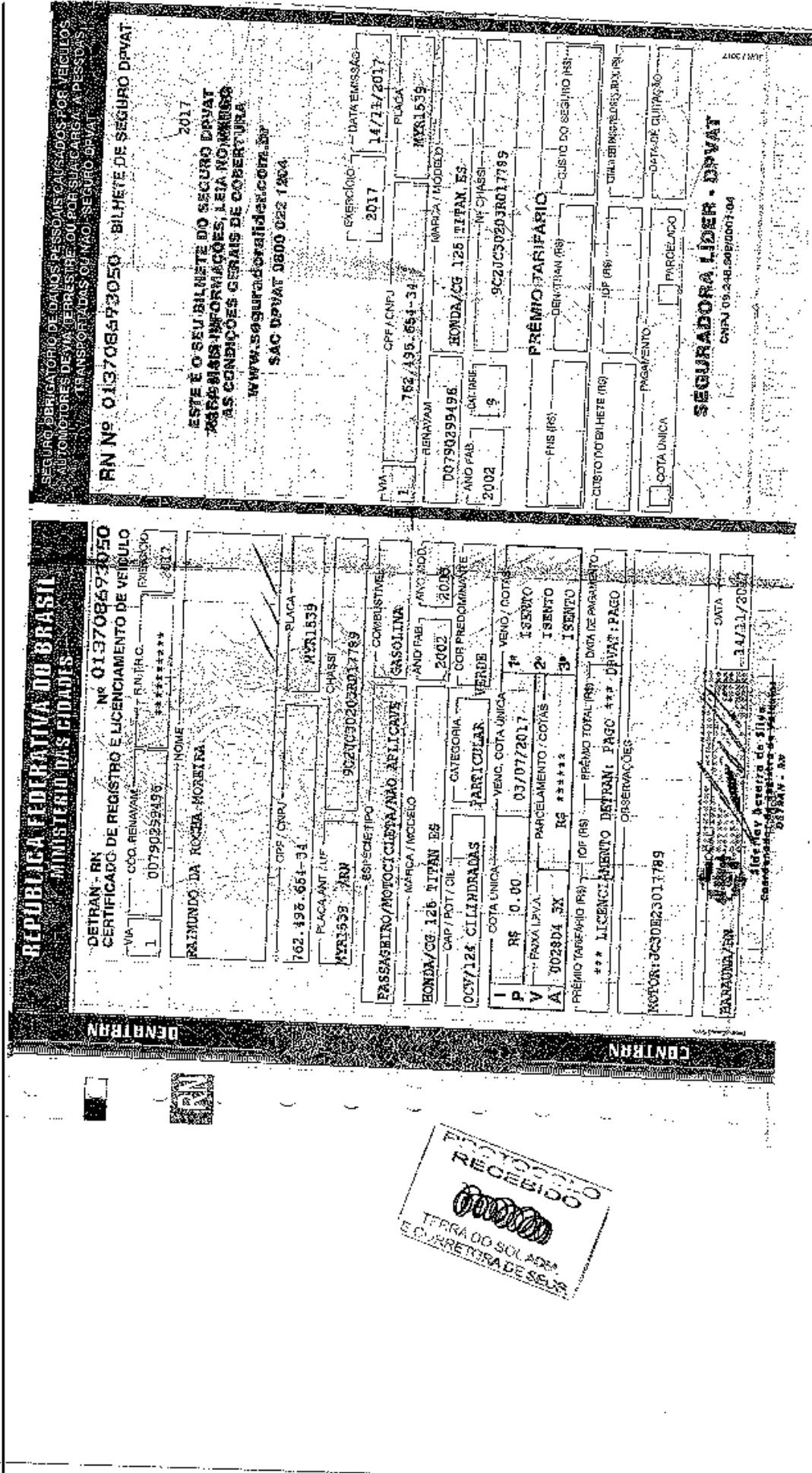


LIVIANA



CARTEIRA DE IDENTIDADE, VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nº DO RG:	002.238.227	DATA DE EMISSÃO:	17/09/2014
FRANCISCO NETO ULIVETRA DE SOUSA			
FILHO DE:	SERGIO FIRMINHO DE SOUSA MARIA DE LIMA ULIVETRA		
MATRIZ:	MILTONIA RONALDO DA SILVA		
CERT. DE NASCIMENTO N.º 111111111111111111		DATA DE NASCIMENTO: 03/09/1980	
ALEXANDRA RAY CANTORTE		2a. VIA	
076.614.764-95		ASSUNÇÃO - CEARÁ - BRASIL	
DATA DE EMISSÃO: 29/08/2014			



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 20/08/2020 18:21:41
<https://pjef.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082018214081500000056554452>
Número do documento: 20082018214081500000056554452

Num. 58915256 - Pág. 38

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



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 20/08/2020 18:21:41
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082018214081500000056554452>

Número do documento: 20082018214081500000056554452

Num. 58915256 - Pág. 39

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) - OSTEOSÍNTESE 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, EVIDENCIANDO 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



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 20/08/2020 18:21:41
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082018214081500000056554452>
Número do documento: 20082018214081500000056554452

Num. 58915256 - Pág. 40

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Francisco Heitor Oliveira de Souza	
NACIONALIDADE:	Brasileiro	
ESTADO CIVIL:		
PROFISSÃO:	Agricultor	
IDENTIDADE:	002238227	CPF: 076.634.764.95
ENDEREÇO:	S1 Boa Agua, n°. 34, Zona Rural, Barauna	

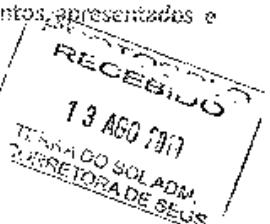
OUTORGADO

NOME:	Francisval Pereira	
NACIONALIDADE:	Brasileiro	
ESTADO CIVIL:	casado	
PROFISSÃO:		
IDENTIDADE:	001376024	CPF: 694.652.903-00
ENDEREÇO:	Av. Getúlio Vargas, 857 centro, Barauna	
DATA DO ACIDENTE:	05/05/2018	COBERTURA: <u>Invalidez</u>

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



Assinatura da testemunha
Assinatura de quem assina a cópia
Nome: Terezinha Cristina da Costa Sílvia Pereira
CPF: 011.848.264-07
Endereço: Av. Getúlio Vargas, 857, centro
Barauna

de posse Francisco Góes - Jackson 64 Jose de Oliveira
ASSINATURA TESTEMUNHA - 1º ASSINATURA TESTEMUNHA - 2º
Nome: Francielly R. de Paula Nome: Jackson 64 Jose de Oliveira
CPF: 036.305.989.98 CPF: 767.467.553-04
Endereço: S1 Boa Agua, N° 34, Zona Rural, Freire, N° 35, Aerporto





Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 20/08/2020 18:21:41
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082018214081500000056554452>
Número do documento: 20082018214081500000056554452

Num. 58915256 - Pág. 42

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0278051/19

Vítima: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA

CPF: 076.614.764-95

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/05/2018

Titular do CPF: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MAXSOEL PEREIRA

GERCIA LOURENCO DA SILVA



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 20/08/2020 18:21:41
<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082018214081500000056554452>
Número do documento: 20082018214081500000056554452

Num. 58915256 - Pág. 43