



Número: **0800690-71.2020.8.20.5107**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara da Comarca de Nova Cruz**

Última distribuição : **02/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 3.375,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
REGINALDO CARVALHO DE LIMA (AUTOR)		ANDRESSA DE SOUSA MARIANO (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59715 163	11/09/2020 11:00	Contestação	Contestação
59715 583	11/09/2020 11:00	2748180_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros documentos

Juntada de contestação e documentos.



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:	07/02/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	3.375,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REGINALDO CARVALHO DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00762

CONTA: 000000034943-2

Nr. da Autenticação F73654689D45A509



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170628733 **Cidade:** Nova Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO CARVALHO DE LIMA **Data do acidente:** 10/07/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da diáfise do fêmur esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: deficit funcional moderado do joelho e do quadril esquerdo.

Resultados terapêuticos: Realizado osteossíntese com placa e parafusos de fratura do fêmur esquerdo seguido de fisioterapia. Alta em janeiro de 2018. evoluiu com limitação da flexão-extensão do joelho e do quadril esquerdo.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 02/02/2018

Conduta mantida:

Observações: ALTERADO O SEGMENTO CORPORAL.

Médico examinador: JUSTINO NOBREGA DE AZEVEDO NETO

CRM do médico: 3940

UF do CRM do médico: RN

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

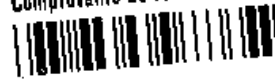
Assinatura do médico:

Dores Mendes



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência

Eu, Reginaldo Carvalho de LimaRG nº 1.191.082, data de expedição 06/04/89, Órgão SSP/RN

CPF nº 778.865.004-82, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>setio Lagoa da Mata</u>
Número	<u>11</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>zona rural</u>
Cidade	<u>NOVA CRUZ</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59215-000</u>
Telefone de Contato -	<u>(084) 99197-0155 / (084) 98780-6894</u>
E-mail	<u>11</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: NOVA CRUZ/RN 13.11.17Assinatura do Declarante: Reginaldo Carvalho de Lima

caern

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 59015-000
CNPJ: 08.334.305/0001-35 (ENSC, Estadual); 20055.420-1
Admin. Central (84) 3232-4132 / Ouvidoria: (84) 3232-4563

EXCORTINO BATEREVS

INSCRIÇÃO DE IMÓVEL: 59215-000
MUNICÍPIO: NOVA CRUZ
TIP. IMÓVEL: RESIDENCIAL
08020-840195
32815885

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 08/07/2017 ÀS 06:38:17 MATRÍCULA: MÊS/ANO

DADOS DO CLIENTE

MARINEZ MATEUS NOBRE LIMA
SIT LAGOA DA BATA, N 5N - SITIO NOVA CRUZ, RN, 59215-000

INSCRIÇÃO	ROTA	SEQ.ROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
5441.004.910.0520.000	7	520					
HIIDROMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO					
Y13N871085	LIGADO	FACTIVEI					

CONSUMO ÁGUA (M3): 0 DATA LEITURA: 08/07/2017
LEIT. ATUAL: 238
LEIT. ANT.: 238
DIAS CONSUMO: 31

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MEDIA
06/2017	0	04/2017	0	02/2017	0	0
05/2017	0	03/2017	0	01/2017	0	

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL > 100 M 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	0 M3	38,32

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	38,32	1,65	0,63
COFINS	38,32	7,6	2,91

VENGIMENTO	13/07/2017	DATA PAGAR	38,32
------------	------------	------------	-------

Parâmetros	Turbidez	pH	Col. Total	Cloro Residual Livre	Nitrito (como N)
Vmr e Recomendações	5,0 UT	6,0 a 8,6	% de Ausência	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L
Valores Obtidos	10,5	4,63	100,0 %	0,22	

PROCESO RECEBIDO
23 NOV 2017
TERRA DO SOL - ÁGUA
E CORRETO DE SER



SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO: CLÓVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 31681 /2017

Admissão: 10/07/2017 16:57:31



Documentação médica - hospital



CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 28737 - REGINALDO CARVALHO DE LIMA (46 a 10 m 11 d)
Nascimento: 30/08/1970 Natural: NOVA CRUZ, BRASIL

Sexo: M Cor: SEM
INFORMAÇÃO

CNS: 700600943725967

CPF:

Prof:

Mãe: MARIA DAS NEVES DE LIMA

Pai: JOSE CARVALHO DE LIMA

Logradouro: LAGOA DA MATA, 1

CEP: 59215000

Bairro: NOVA CRUZ

Cidade: NOVA CRUZ

Telefone: 84.87397499 84.87397499

Compl:

Evento: MOTO X OBJETO FIXO

Origem: AMBUL. SAMU RN

Tipol. REFERENCIADO

Fluxograma:

OBS: VINDO NA SAMU

Discriminador:

Classificação: 10/07/2017 16:47:26

HORA	P.A.	HGT	SatO2	E.O2	E.R.	E.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	130X80					18			

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISÃO MOTO PEDRA/TRAUMA EM FÊMUR ESQUERDO

Hória:

Paciente vítima de acidente de moto, colidiu com muro de pedra. Perdeu o controle da moto, bateu no dorso da cabeça, apresentando dor no membro inferior esquerdo, dor no local de impacto.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vio um ferimento
- B MU Ex. Exame Sat 98%
- C FC: 97 36,4°C
- D Glicose 15
- E Exame em mão e

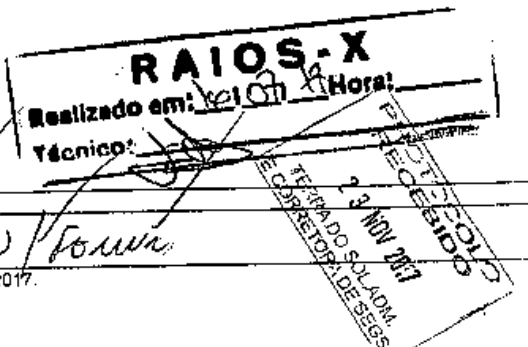
OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdomen: Indolente a palpação
Membros: Simétricos

*Saída:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Fratura de fêmur (?) / Torção



Gerado via SX por CÉLEIDE FERNANDES NASCIMENTO. Impresso em 10 de Julho de 2017.



EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

ALERGIAS):

(MEDICAÇÕES EM USO):

PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):

LÍQ. E ALIMENTOS INGERIDOS):

(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

(PASSADO VACINAL):

EXAME COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISE CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ECIALISTA 1:

HORA:

DATA:

ECIALISTA 2:

HORA:

DATA:

ECIALISTA 3:

HORA:

DATA:

Assinatura e Carimbo do Médico

enchimento correto do boletim de atendimento de urgência produz uma ação em saúde mais qualificada, um serviço hospitalar com registros mais fidedignos e protege o paciente e o profissional de saúde.



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 11/09/2020 11:00:41

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091111004052100000057297674>

Número do documento: 20091111004052100000057297674

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: *atende*

DATA: 10/07/17

HORA: 19:00

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Dr. Ricardo Emanuel M. Monteiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5367 - TR01 12425

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 11/09/2020 11:00:41

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091111004052100000057297674>

Número do documento: 20091111004052100000057297674

MS-DATASUS
VERSÃO: 14.20

PROGRAMA DE APOIO À ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
ESPELHO DA AIH

PAG.: 24
DATA: 20/10/2017

O.E: M240810201

ESFERA: PÚBLICO

APRESENTAÇÃO: 11/2017

Num AIH: 241710121010-6

Situação: APURADA

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 11/2017

Data Autorização: 10/07/2017

Especialidade: 03 - CLINICOS Órgão Emissor: M240810201 CRC:
Doc autorizador: 207281738880018 Doc med resp: 170023834540004 Doc diretor clínico: 207281808800018 Doc médico solíc: 980016282775324
CNS: 2853923 - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL CNS: 70060094372596-7
Paciente: REGINALDO CARVALHO DE LIMA Prontuário: 1161583
Data Nasc.: 30/08/1970 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 010 - BRASIL Tipo Doc.: Identidade Doc: 1191062
Responsável pac.: REGINALDO CARVALHO DE LIMA Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES DE LIMA
Endereço: SÍTIO LAGOA DA MATA SN INTEGRAÇÃO Bairro: ZONA RURAL Raça/Cor: 01-BRANCA Etnia: 0000-NAO SE APLICA
Município: 240830 - NOVA CRUZ UF: RN CEP: 59215-000 Telefone: (84)9873-97499 Muda Proc.? : NÃO
Procedimento solicitado: 03.08.01.001-9 - TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NÃO ESPECIFICADA
Procedimento principal: 03.08.01.001-9 - TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NÃO ESPECIFICADA
Diag. principal: T023-FRATURAS ENVOLVENDO REGIÕES MÚLTIPLAS DE UM MEMBRO INFERIOR Diag. secundário:
Complementar: Causa Óbito:
Caráter atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO Modalidade: HOSPITALAR
Data Internação: 10/07/2017 Data saída: 20/07/2017 Mot saída: 31 - TRANSFERÊNCIA PARA OUTRO ESTABELECIMENTO
Liberação SISAIH01: AIH Anterior: AIH Posterior:
[Causas Externas (Acidente ou Violência)]
CNPJ do Empregador: CNAER: -
Vínculo Previdência: CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha Procedimento	Documento CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor D/	Qtd	Compt	Descrição
03.08.01.001-9	980016004999755225270	2853923	2653923	10	07/2017	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
03.08.01.001-9	980016004999755225270	2853923	2653923	1	07/2017	CURATIVO GRAU II C/ DU S/ DEBRIDAMENTO

VALORES DA PRÉVIA	Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL
	Direto		Direto		Retendo		
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
03.08.01-CONSULTA MEDICA CLINICA					20,00		20,00
03.08.01-TRAUMATISMOS	170,12				8,34		178,46
03.08.01-PEQUENAS CIRURGIAS							0,00
08.02.01-DIARIAS	80,00						80,00
Total Geral:	250,12				28,20		311,72

CID SECUNDÁRIO

Cid Característica Descrição
V999 PREEXISTENTE MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NÃO ESPECIFICADO

Número de Nascidos: Número de Saldas: Nº Pré-Natal:
Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos:

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção 1, p. 12886, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL: 31/10/17
MAT. Nº: 1526175
SAME
ASSINATURA

PROTOCOLO
RECEBIDO
23 NOV 2017
TERRA DO SOLADIM
E COORDENADOR DE SECT





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

RELATORIO DE
HISTORIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICO

Nome REGINALDO CARVALHO DE LIMA

Leito: _____ Idade: _____ Nº Registro: _____

HISTORIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data: 10/10/18

Hora: _____

Atopado

Paciente de natureza aguda
do tipo (C) submetido a trauma
esquelético

de A. N. R.

Dr. Ricardo Emmanuel A. Monteiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5387 - RGE 12425

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 31/10/18
MAT. Nº 156572
SAME
OT
ASSINATURA

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





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

Nome: REGINALDO CARVALHO DE LIMA Nº Registro: _____
Serviço: _____ Idade: _____ Sexo: _____

DATA	EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR
10/07/17 22h	<u>Ortopedia</u> Paciente submetido a cirurgia equilíbrio funcional nos membros
11/07/17	Pot sem intercorrências. Bom VPM Dr. Michel Freire de Araújo Ortopedista e Traumatologista Ortopedia Oncológica CRM 4423 - TEOT 10751
12/07/17	<u>Ortopedia</u> Paciente em bom estado sem A/N/R Dr. Ricardo Emmanuel M. Monteiro Ortopedista e Traumatologista CRM 5387 - TEOT 12425
14/07/17	Pot bem a/s/gm. x. x. A/N/R Dr. Michel Freire de Araújo Ortopedista e Traumatologista Ortopedia Oncológica CRM 4423 - TEOT 10751
15/07/17	Pot bem a/s/gm. x. x. A/N/R Dr. Michel Freire de Araújo Ortopedista e Traumatologista Ortopedia Oncológica CRM 4423 - TEOT 10751
16/07/17	<u>Ortopedia</u> Paciente em bom estado sem A/N/R Dr. Ricardo Emmanuel M. Monteiro Ortopedista e Traumatologista CRM 5387 - TEOT 12425

Dr. Ricardo Emmanuel M. Monteiro
Ortopedista e Traumatologista
CRM 5387 - TEOT 12425

Dr. Michel Freire de Araújo
Ortopedista e Traumatologista
Ortopedia Oncológica
CRM 4423 - TEOT 10751

Dr. Ricardo Emmanuel M. Monteiro
Ortopedista e Traumatologista
CRM 5387 - TEOT 12425

CONFERE COM ORIGINAL
MAT. 31.10.17
MAT. Nº 1500
SAME
ASSINATURA

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NÓS



Regime Convalescente de Lima
Leito - 412
A 8/7/17

01 Dieta Livre

02 S.F. 0,9% - 1.000ml - IV - 14gts/min

03 Keflin 01Gr + 20ml ABD - IV - 6/6h Sustento

04 Tilatil 40mg + 20ml ABD - IV - 1XDiã

05 Antak 150mg - 01 comp. - VO - 12/12h

06 Tramal 100mg + 100ml S.F. - IV - S/N - 8/8h

07 Dipirona 02ml + 08ml ABD - IV - S/N - 6/6h modificado

08 Plasil 02ml + 18ml ABD - IV - S/N - 8/8h

09 Sinais Vitais 6/6h

Dipirona - 2,06g / 100, 6,66g / 100

Dr. Michel Freire de Araújo
Ortopedista e Traumatologista
Ortopedia Oncológica
CRM 4423 - TEOT 10751

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 31/10/17
MAT. Nº. 4520843
SAME
ASSINATURA





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

FICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL

Identificação

Enfermaria: _____ Leito: _____ UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 10, 07, 2017 Alta: _____
Nome: Reginaldo Carvalho de Lima Naturalidade: Nova Cruz - RN
Idade: 46 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Data de Nascimento: 30/08/1970
RG: 1.191.082 Estado Civil: casado Nível de Instrução: fundamental
Filiação: Pai: João Carvalho de Lima Mãe: Márcia das Neves de Lima
Endereço: Sítio Lagoa do Mato - Zona Rural Cidade: Nova Cruz - RN
Telefone: 987397499 - Nominês () Residencial () Trabalho () Celular
Contato: _____ Outros telefones: _____
Composição familiar: Reside com esposa e três filhos
Outras informações: Faz uso de ☒ Alcool ☐ Fumo ☐ Drogas ☐ Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Agricultor Trabalho c/ vínculo empregatício ☒ Não ☐ Sim
() Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () CONFERE ASSINATURA ORIGINAL
Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não ☒ Sim Nome da Empresa: 31/10/17

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares
() Socorrido em via pública () Outros meios
☒ Encaminhado: Hospital de origem: Nova Cruz

MAT. Nº. 15
SAME
Trazido pelo SAMU
ASSINATURA

Critérios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não ☒ Sim Qual o motivo? tratamento de feridas
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: Márcia Vitorino de Silva
Parentesco: esposa Telefone: 987397499
Endereço do Responsável: O mesmo

Evolução

(Adequação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

Paciente Vitorino de Silva muito cooperante
do ferimento. Internado pelo ortopedista.
orientação de xerox de documentos e
orientação sobre medicação hospitalar.

Saída

Óbito: Encaminhamento: ITP () SVO () DO () Obs. 1255 8770
Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____
Orientações/Encaminhamentos: _____

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





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pranto Socorro Clóvis Sarinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Reginaldo Silva dos Reis

DATA DE NASCIMENTO: 30/08/70 IDADE: 46

REGISTRO: 46611017

DATA DE ADMISSÃO: 10/10/17 HORA: 23:00

ADMISSÃO DO PACIENTE: Dr. Pedro

CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Dr. Pedro

HIDRATAÇÃO: SIM () NÃO () VIA: PERIFÉRICO () ACESSO CENTRAL ()

NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE () ORIENTADO () VIGIL () AGITADO ()

INCONSCIENTE: ()

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () GRAVE ()

SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE () M.V. () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()

ALÉRGICO: SIM () NÃO () HIPERTENSO: SIM () NÃO ()

DIABÉTICO: SIM () NÃO () ASMÁTICO: SIM () NÃO ()

DOENÇA RENAL: SIM () NÃO () OUTRAS PATOLOGIAS:

MEDICAÇÕES EM USO:

CIRURGIAS ANTERIORES:

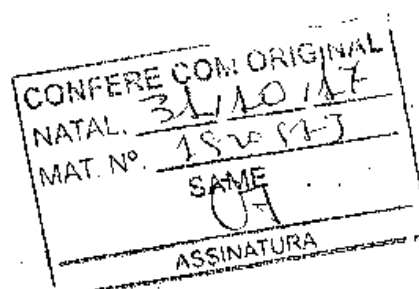
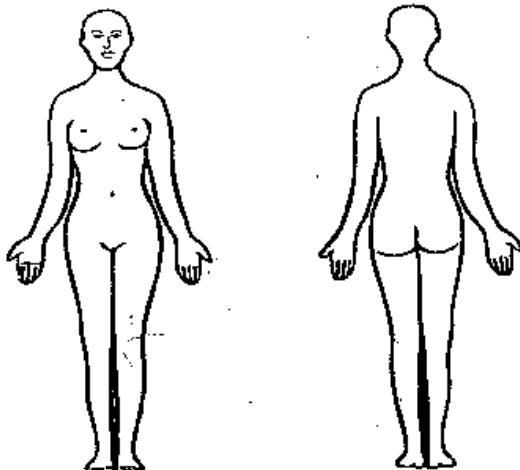
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO ()

OBSERVAÇÃO:

ÁREA DE TRICOTOMIA: HORA:

ÁREA DE PUNÇÃO: HORA:

OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



INSTRUMENTAÇÃO: Jaleco N° ACESSO CENTRAL:

CIRCULANTE: Dr. Pedro

TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUI () PERIDURAL () B.P.B. () LOCAL ()

OBS: Dr. Pedro

ANESTESISTA: Dr. Pedro

INÍCIO DE ANESTESIA:

TÉRMINO DE ANESTESIA:

ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO:

HORA:

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 11/09/2020 11:00:41

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091111004052100000057297674>

Número do documento: 20091111004052100000057297674

Num. 59715583 - Pág. 15



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

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Keynolab Carvalho do Lm Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório: fratura de fêmur

Indicação terapêutica:

Urgência ☒ Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: 10/07/18 Início: 23:00 Término: 23:45 Duração:

Operador: Ricardo Emmanuel CRM/CRO:

1º Auxiliar: CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador:

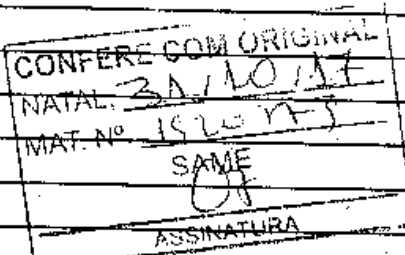
Anestesista:

CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

1) Paciente em DP4 pela aneste-
sia. Tórax horizontal 8 Kg
2) Fm

Dr. Ricardo Emmanuel M. Pontes
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5187 - TECT 12425



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

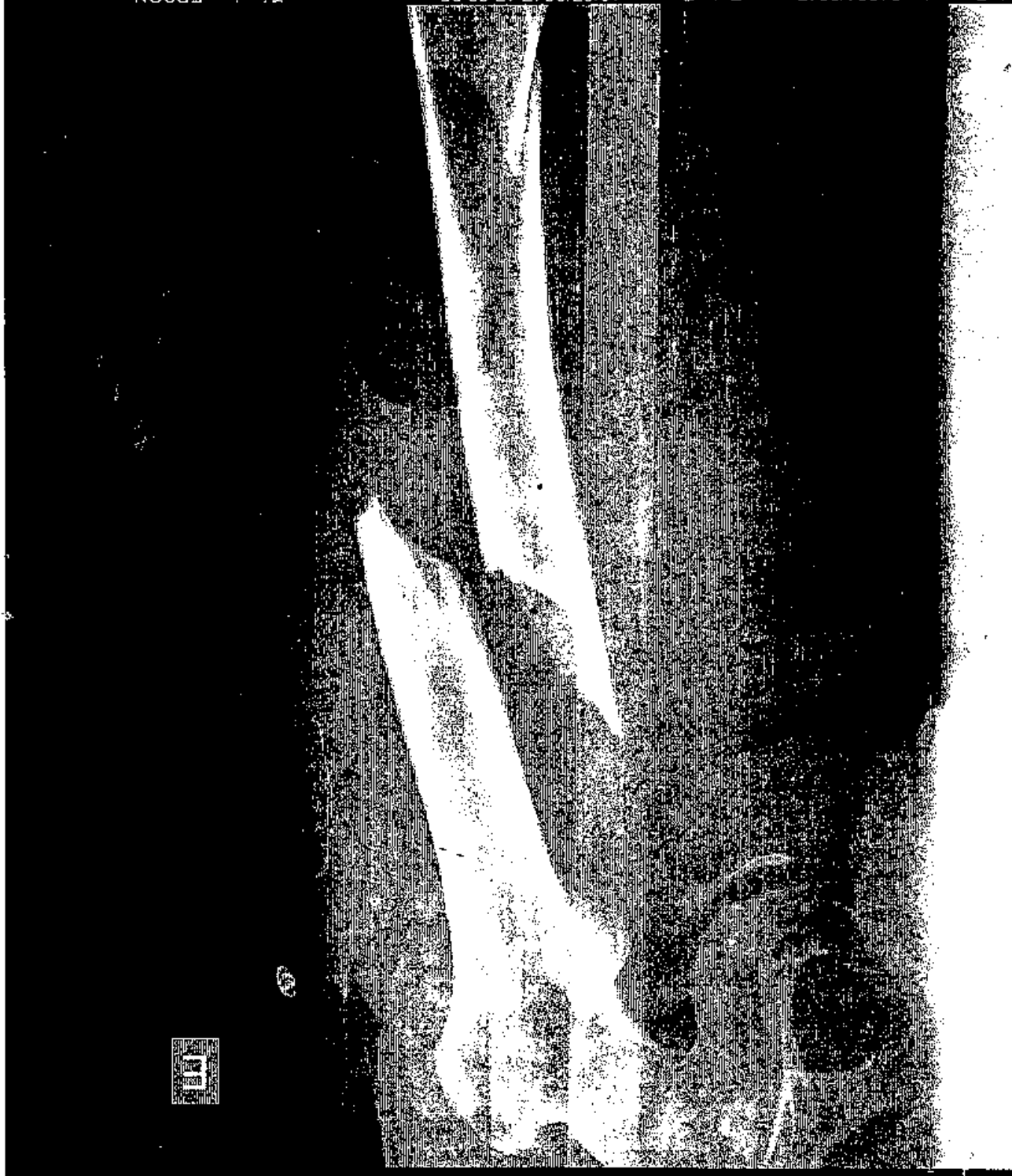
Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

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



AV. SENADOR SALGADO FILHO, S/N - TIROL - NATAL / RN - CEP.: 59015-380
TEL: (84) 3232-7500 / 3232-7530 - EMAIL: SADT@RN.GOV.BR - SITE: WWW.WALFREDOGURGEL.RN.GOV.BR

Paciente: REGINALDO CARVALHO DE LIMA
Id. Paciente: 31681/2017 Data Exame: 10/07/2017 17:23:35
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Técnico: EDSON
Idade: 46 ano(s)
TORAX AP 54,1 %



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE - SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL - PRONTO SOCORRO DR. CLÓVIS SARINHO





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

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

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2- CNES	
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA		4- CNES 3515168	
5- PACIENTE REGINALDO CARVALHO DE LIMA			
6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO 148465			
7- CARTÃO NACIONAL SUS 700600843725987	8- DATA DE NASCIMENTO -88/04/1988	9- SEXO MASCULINO	10- RAÇA/COR PARDA
11- NOME DA MÃE MARIA DAS NEVES DE LIMA		12- TELEFONE DE CONTATO 987397499	
13- NOME DO RESPONSÁVEL MARINEZ VITORINO DE LIMA		14- TELEFONE DE CONTATO	
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) SI LAGOA DA MATA, 11			
16- MUNICÍPIO NOVA CRUZ	17- BARRIO ZONA RURAL	18- UF RN	19- CEP 59215000
Justificativa de Internação			
20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS DOR + INFLAMATÓRIA + TRATAMENTO FARMACOLÓGICO NO LITET.			
21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Necessidade de Hto Cirúrgico			
22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Rx da COXA ERO API/P.			
23- CID 10 INICIAL fratura femur ero	24- CID 10 PRINCIPAL S72.3	25- CID 10 SECUND.	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Hto cirúrgico fratura femur			
28- CUNHA ortopedias	29- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	30- DOCUMENTO () CNS () CPF	31- Nº DOCUMENTO Ortopedia
32- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	33- DATA DA SOLICITAÇÃO	34- ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO	
Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)			
35- I) AC. TRANSITO	36- CNPJ DA SEGURADORA	40- Nº DO BOLHETE	41- SERIE
37- I) AC. TRABALHO TÍPICO	42- CNPJ DA EMPRESA	43- CNIE DA EMPRESA	44- CIEP
38- I) AC. TRABALHO TRAJETO			
45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO			
Autorização			
46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47- COD. ORGAO EMISSOR	
48- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		49- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO		51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

CONFERE COM ORIGINAL
20/05/20





PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA
ORTOPEDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO
		148465
DATA	HORA	CATEGORIA
20/07/2017	10:41	GIH
PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO	
REGINALDO CARVALHO DE LIMA	30/08/1969 30/08/1970	
ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	
CASADO	AGRICULTOR	
ENDEREÇO (RUA, Nº)		
SI LAGOA DA MATA, 11		
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF
NOVA CRUZ	ZONA RURAL	RN
CEP	TELEFONE	
58215000		
LOCAL DE TRABALHO		
FILIAÇÃO		
MARIA DAS NEVES DE LIMA	JOSE CARVALHO DE LIMA	
RESPONSÁVEL	TELEFONE	
MARINEZ VITORINO DE LIMA	987397499	
ENDEREÇO		
O MESMO		

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

fraturas - fêmur, crd

DATA DE ADMISSÃO

20/07/17

ALTA 06-08-17

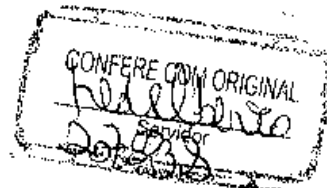
OBITO

HISTÓRIA CLÍNICA

Vitória de Ac. de Mo to Hs. O
senhora, proveniente do Hs. e / fraturas
de fêmur crd.

sem lesões neurológicas, sem traço
IC. - Antecedentes p/ Hs. crônico.

Marcos Vinicius C. Freire
Ortopedia / Traumatologia
CRM/RN 5781
TEOT 14920



la-marcos da silva de lima
RG: 1.191.081
CPF: 778865004-82



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

36 Nº 011

NOME: Reginaldo Carvalho de Lima
IDADE: 30/08/1970 COR: M SEXO: M ESTADO CIVIL: casado
NATURALIDADE: Nova Cruz - RN PROFISSÃO: Agricultor PROCEDÊNCIA:
ENDEREÇO: Rua: Sítio Lagoa da mata BAIRRO: Zona Rural
CIDADE: Nova Cruz - RN DATA: 20/07/2017 HORA: 10:05

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

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

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

TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA):

fratura fêmur tro

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

frat. fêmur tro

Marcus Vinicius C. Feire
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5761
TEOT 4910

CONFERE COM CHU
Redu
20/07/2017

EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

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

CONDUTA

⇒ Sol. intensas p/ Hto em/yo

Marcus Vinicius C. Freire
Ortopedia / Traumatologia
CRM/RN 5781
TEOT 14819

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

☐ FICOU NO LOCAL	☒ INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>Ortopedia</i>	☐ REMOVIDO EM _____ HORA _____ PARA _____
HORA _____ HS	DECISÃO MÉDICA ☐	A REVELIA ☐
RETIROU-SE POR _____	HORA _____	
DATA _____	HORA _____	
ÓBITO _____	S.V.O. ☐	I.T.E.P. ☐
ENTREGUE A FAMÍLIA ☐		
Marcus Vinicius C. Freire Ortopedia / Traumatologia CRM/RN 5781 TEOT 14819		
MÉDICO (Carimbo)	CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)	





Nome do paciente		Reginaldo Cavallho de Lima		Nº prontuário
Data operação	23/07/17	Enf.		Leito
Operador	Dr. João	1º auxiliar	Dr. Paulo	
2º auxiliar	Dr. Roberto	3º auxiliar		Instrumentador
Anestesiista	Dr. Kleber	Tipo de anestesia		
Diagnóstico pré-operatório				
fratura segmentar do fêmur e				
Tipo de operação				
tratamento cirúrgico p/ fratura do fêmur				
Diagnóstico pós-operatório				
Relatório imediato do patologista				
Exame radiológico no ato				
Acidente durante a operação				

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. Análise
2. Antropologia + Campos
3. Instalação em região Natural da costa
4. Exposição da natureza do tempo (segundo)
5. Redução da natureza + instalação em
placa + painéis
6. Reforço: evento sigto do Vitor
7. Colocação de evento sobre as peças
8. fechamento da frente para
placas
9. Conclusão

* CORRESPONDENCE
 241521002;
 00101010102400
 00101010102400
 00101010102400

PROG. CIBOLA
02408050579
CBO. 225270
CBO. 225270
6 DIAS
CBO. 5713

THE 1901-1902 YEAR

CONFESSE COM ORIGINAL

~~CONFIDENTIAL~~

2007



Hospital		MEDNL		Enfermaria		Leito		Nº prontuário	
Nome		Reginaldo Casvalho de Almeida				Idade		Sexo	
Data		28.04.17		Pressão arterial		120x80		Pulso	
Tipo sanguíneo		Hematem		Hemoglobina		Hematócrito		Glicemia	
Urina									
Ap. respiratório		Sialib				Asma		Bronquite	
Ap. circulatório		Sialib				Eletrcardiograma			
Ap. digestiva		Jejum		Dentes		Pescoco		Ap. urinário	
Estado mental		consciente		Atarácicos		Corticóides		Alergia	
Diagnóstico pré-operatório		Fratura da fêmur				Estado físico		Risco	
Anestésicos anteriores									

Medicação pré-anestésica

Aplicada às

Efeito

Software

42

○ 1011

Amesl.

॥३॥

20

09711

—

MEMORANDUM

F

ANOTAÇÕES

POSICÃO	01
---------	----

Agentes	Reocinares, Ambriz, Ciparolina, Diprona, Cladion, Raustolina, Fenoximex
Técnica	Raquiaquística com base agulha
Operação	1 ^o e 2 ^o e 3 ^o e 4 ^o e 5 ^o e 6 ^o e 7 ^o e 8 ^o e 9 ^o e 10 ^o e 11 ^o e 12 ^o e 13 ^o e 14 ^o e 15 ^o e 16 ^o e 17 ^o e 18 ^o e 19 ^o e 20 ^o e 21 ^o e 22 ^o e 23 ^o e 24 ^o e 25 ^o e 26 ^o e 27 ^o e 28 ^o e 29 ^o e 30 ^o e 31 ^o e 32 ^o e 33 ^o e 34 ^o e 35 ^o e 36 ^o e 37 ^o e 38 ^o e 39 ^o e 40 ^o e 41 ^o e 42 ^o e 43 ^o e 44 ^o e 45 ^o e 46 ^o e 47 ^o e 48 ^o e 49 ^o e 50 ^o e 51 ^o e 52 ^o e 53 ^o e 54 ^o e 55 ^o e 56 ^o e 57 ^o e 58 ^o e 59 ^o e 60 ^o e 61 ^o e 62 ^o e 63 ^o e 64 ^o e 65 ^o e 66 ^o e 67 ^o e 68 ^o e 69 ^o e 70 ^o e 71 ^o e 72 ^o e 73 ^o e 74 ^o e 75 ^o e 76 ^o e 77 ^o e 78 ^o e 79 ^o e 80 ^o e 81 ^o e 82 ^o e 83 ^o e 84 ^o e 85 ^o e 86 ^o e 87 ^o e 88 ^o e 89 ^o e 90 ^o e 91 ^o e 92 ^o e 93 ^o e 94 ^o e 95 ^o e 96 ^o e 97 ^o e 98 ^o e 99 ^o e 100 ^o e 101 ^o e 102 ^o e 103 ^o e 104 ^o e 105 ^o e 106 ^o e 107 ^o e 108 ^o e 109 ^o e 110 ^o e 111 ^o e 112 ^o e 113 ^o e 114 ^o e 115 ^o e 116 ^o e 117 ^o e 118 ^o e 119 ^o e 120 ^o e 121 ^o e 122 ^o e 123 ^o e 124 ^o e 125 ^o e 126 ^o e 127 ^o e 128 ^o e 129 ^o e 130 ^o e 131 ^o e 132 ^o e 133 ^o e 134 ^o e 135 ^o e 136 ^o e 137 ^o e 138 ^o e 139 ^o e 140 ^o e 141 ^o e 142 ^o e 143 ^o e 144 ^o e 145 ^o e 146 ^o e 147 ^o e 148 ^o e 149 ^o e 150 ^o e 151 ^o e 152 ^o e 153 ^o e 154 ^o e 155 ^o e 156 ^o e 157 ^o e 158 ^o e 159 ^o e 160 ^o e 161 ^o e 162 ^o e 163 ^o e 164 ^o e 165 ^o e 166 ^o e 167 ^o e 168 ^o e 169 ^o e 170 ^o e 171 ^o e 172 ^o e 173 ^o e 174 ^o e 175 ^o e 176 ^o e 177 ^o e 178 ^o e 179 ^o e 180 ^o e 181 ^o e 182 ^o e 183 ^o e 184 ^o e 185 ^o e 186 ^o e 187 ^o e 188 ^o e 189 ^o e 190 ^o e 191 ^o e 192 ^o e 193 ^o e 194 ^o e 195 ^o e 196 ^o e 197 ^o e 198 ^o e 199 ^o e 200 ^o e 201 ^o e 202 ^o e 203 ^o e 204 ^o e 205 ^o e 206 ^o e 207 ^o e 208 ^o e 209 ^o e 210 ^o e 211 ^o e 212 ^o e 213 ^o e 214 ^o e 215 ^o e 216 ^o e 217 ^o e 218 ^o e 219 ^o e 220 ^o e 221 ^o e 222 ^o e 223 ^o e 224 ^o e 225 ^o e 226 ^o e 227 ^o e 228 ^o e 229 ^o e 230 ^o e 231 ^o e 232 ^o e 233 ^o e 234 ^o e 235 ^o e 236 ^o e 237 ^o e 238 ^o e 239 ^o e 240 ^o e 241 ^o e 242 ^o e 243 ^o e 244 ^o e 245 ^o e 246 ^o e 247 ^o e 248 ^o e 249 ^o e 250 ^o e 251 ^o e 252 ^o e 253 ^o e 254 ^o e 255 ^o e 256 ^o e 257 ^o e 258 ^o e 259 ^o e 260 ^o e 261 ^o e 262 ^o e 263 ^o e 264 ^o e 265 ^o e 266 ^o e 267 ^o e 268 ^o e 269 ^o e 270 ^o e 271 ^o e 272 ^o e 273 ^o e 274 ^o e 275 ^o e 276 ^o e 277 ^o e 278 ^o e 279 ^o e 280 ^o e 281 ^o e 282 ^o e 283 ^o e 284 ^o e 285 ^o e 286 ^o e 287 ^o e 288 ^o e 289 ^o e 290 ^o e 291 ^o e 292 ^o e 293 ^o e 294 ^o e 295 ^o e 296 ^o e 297 ^o e 298 ^o e 299 ^o e 300 ^o e 301 ^o e 302 ^o e 303 ^o e 304 ^o e 305 ^o e 306 ^o e 307 ^o e 308 ^o e 309 ^o e 310 ^o e 311 ^o e 312 ^o e 313 ^o e 314 ^o e 315 ^o e 316 ^o e 317 ^o e 318 ^o e 319 ^o e 320 ^o e 321 ^o e 322 ^o e 323 ^o e 324 ^o e 325 ^o e 326 ^o e 327 ^o e 328 ^o e 329 ^o e 330 ^o e 331 ^o e 332 ^o e 333 ^o e 334 ^o e 335 ^o e 336 ^o e 337 ^o e 338 ^o e 339 ^o e 340 ^o e 341 ^o e 342 ^o e 3

Observações

Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias

Perd. sanguinea





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Reginaldo Carvalho de Lima Idade: 46 O/N: 30/08/1970
Pront.: 18746 Município: Alva Procedência: Interno () Externo
Data da cirurgia: 28/04/17 Hora Admissão: 09:30 Sala: 03 Hora Saída: 12:40 Peso: 72kg
Alergias: (X) Não () Sim Comorbidades: () H/S () DM () Outras nenhuma
Uso de medicações: () Não () Sim nenhuma Jejum: () Não (X) Sim
SSV: Admissão: PA: 110/70 mmHg Pulso: 72 bpm FI: 12 rpm FC: 72 bpm SpO₂: 98 % T: 36 °C
Enfermeiro(a): Lidiane Instrumentado(a): Sauy Circulante: Line Local: 03
Cirurgia: # de 2mm (E) + Enxerto de x Especialidade: Ortopedia Sala: 03
Hora Início: 10:00 Hora Término: 12:40 Tipo de cirurgia: (X) Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: Dr. Pedro Aux.: Dr. Jean Residente: Dr. Rogério
Anestesia: () Local (X) Sedação () Geral TOT: 25 () Bloqueio () Raquidiana Ag. nº 25 () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag. nº 09 Cateter nº 40 Início: 09:40 Garrote: () Smarch () Pneumático Início: 09:40 Término: 12:40
Anestesiologista: Dr. A. Lotier

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

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.	POSIÇÃO	COXIM	MMSS
FC	97	88	89	Bpm	☒ Dorsal	☐ Cabeça	☐ Anatômicos
Pulso	96	86	88	Bpm	☐ Ventral	☐ Pescoço	☒ Abduzidos
Oximetria	94%	98%	94%	%	☐ Lateral	☐ Tórax	☐ Fletidos
Capnografia				%	☐ Litotômica	☐ Lombar	☐ MMII
PA	103/57	112/63	126/72	mmHg	☐ Trendlemburg		☒ Anatômicos
					☐ Canivete		☐ Abduzidos
					☐ Proclive		☐ Fletidos

ACESSO VENOSO

☐ Punção Arterial

☒ Punção Venosa Periférica

☐ Punção Venosa Central

☐ Dissecção venosa

Local: W50

Cateter: JELCO

CONFERE COM ORIGINAL

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO

☒ Sim () Não () Metal () Descartável

Local: Paravertebral direita

DEGERMAÇÃO

☒ Sim () Não

Local: abd + mte Solução: DEG

TRICOTOMIA

☒ Sim () Não

Local: HT

SONDAGEM GÁSTRICA

SNG nº: 1

Resumo:

CATETERISMO VESICAL

SVF nº: 1 SVA nº: 1

Diurese:

Profissional responsável:

EXAMES SOLICITADOS:

() Hemograma () Gasometria

() Coagulograma () Outros

() Tipagem Sanguínea () Glicosimetria

() Radioscopia (Rádio X)

IMPLANTE CIRÚRGICO

Drenos:

Tela:

Cateter:

Ostomia:

Fio de KC:

Parafuso - tipo:

Placa - Tipo: 20 furos DCP LARGA

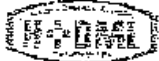
Outros:

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO

Caixa cirúrgica: 45 + base + 197 Quant. Material: OK

Val.: 04.08.17 Contagem de gaze e compressa: () Não (X) Sim





HOSPITAL REGIONAL DE OECLECIO MARINHO DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

☐ Hemoderivado Unid.		☐ Plasma Unid.		☐ Plaquetas Unid.		
☐ Albumina Unid.		☐ Expansor plasmático Unid.				
MEDICAÇÕES UTILIZADAS						
Insulina h: 11:30h				h:		
Dopamina h: 10:30h				h:		
Soro fisiológico h: 10:30h				h:		
HIDRATAÇÃO VENOSA						
☐ Soro Fisiológico: ml		☐ Soro Ringer Simples: ml		Quantidade total de volume		
☐ Soro Glicosado: ml		☒ Soro Ringer Lactato: 1000 ml		administrado: 1000 ml		
ANATOMO PATOLÓGICO						
☒ Não ☐ Sim Peça:			Peça para sepultamento: ☒ Não ☐ Sim			
Swab para cultura:			Líquido:			
CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES						
FO de aspecto: ☒ Limpo ☐ c/exsudato ☐ Contaminada ☐ Aparelho gessado ☐ Bandagens ☐ Talas ☐ Outros:						
INTERCORRÊNCIAS: Paciente acordado, sem intercorrências; pct: 100% de S.O.						
Ass: <u>Fernanda</u> Coren: <u>64399</u>						
CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO						
Nível de consciência: ☒ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Narcose ☐ Come ☐ Vigil ☐ Agitado						
Respiratório: ☐ Intubado ☐ Extubado ☐ Cânula de Guedel ☒ O ₂ ambiente Curativo: ☒ Oclusivo ☐ Compressivo ☐ Bolsa de						
colostomia ☐ Outro:						
Diurese: ☐ Espontânea ☒ Normal ☐ Hematúria ☐ Irrigação Vesical ☐ Oligúrico Destino após a cirurgia: <u>200</u>						
UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO						
Hora: <u>12:45</u> Data: <u>28/02/17</u> Nível de consciência: ☒ Acordado ☐ Sonolento ☐ Narcose ☒ Orientado						
☐ Desorientado ☐ Agitado ☐ Choro Vias aéreas: ☐ Intubado ☐ Extubado ☐ Cânula de Guedel ☐ Cateter O ₂ ☒ O ₂ Ambiente						
Mobilização MMII: ☐ Normal ☐ Diminuída ☒ Sem mobilidade Mobilização MMSS: ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Sem mobilidade						
Venoclise: ☐ Não ☒ Sim Tipo: Local: <u>MSD</u> Sondas: ☐ Gástrica ☐ Enteral ☐ Vesical						
Drenos: ☐ Sucção ☐ Torácico ☐ Penrose ☐ Kherr Ostomias: ☐ Sim ☐ Não Especifique:						
Irrigação vesical contínua: ☐ Retorno satisfatório ☐ Retorno insuficiente ☐ Coágulos						
Curativo: ☒ Oclusivo ☐ Descoberto ☒ Limpo ☐ Selo Monitorização: ☒ AECG ☒ Oxímetro ☒ PA						
INTERCORRÊNCIAS NA URPA ☐ Náuseas ☐ Vômitos ☐ Sangramento ☐ Dor ☐ Bexigoma ☐ Alteração PA ☐ Alteração FC						
Relate:						
SINAIS VITAIS						
Hora	TC	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	-	83	115x72	-	99%	Não
30'	-	85	130x70	-	100	Não
60'	-	90	140x70	-	100	Não
Alta	-	92	130x70	-	100	Não
Líquidos administrados na URPA:						
Soro glicosado: ml						
Soro fisiológico: ml						
Ringer: <u>500</u> + <u>500</u> ml						
Irrigação vesical contínua: ml						
Medicações administradas URPA:						
Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura		
					Eliminações:	
					Diurese	
					Retorno Gást.	
					Drenagem	
					Retorno da Irrigação	
					Recebido da SO	
					Desprezado URPA	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: S/ intercorrências. Liber. S.O. Segue p/ enfermaria + Rx control. Segue com prontuário em mãos.						
Ass: <u>Fernanda</u> Coren: <u>64399</u>						





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

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AII

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>Reginaldo Carlos de Azevedo</i>	6 - Nº DO PROTOCOLO					
7 - CARTÃO NACIONAL SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO	1	FEMININO	2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO					
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)	13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Fratura de humero</i>	18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Necessidade de cirurgia</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Rx Fratura de humero</i>	20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de humero</i>	21 - CID INICIAL <i>S70</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Osteossíntese</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>0408050519</i>	26 - LEITO / CLÍNICA <i>Ortob</i>	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>Dr. Ricardo Emmanuel M. Vasconcelos Ortopedia e Traumatologia CRM/RN 5387 - TEO 12485</i>	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	29 - DT SOLICITAÇÃO <i>10.07.17</i>	30 - CNS / CPF	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
---	--	--------------------------------------	--	---------------------------------------	--	----------------	--

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO		DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
41 - CID PRINCIPAL		43 - ()	44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA
42 - CID SECUNDÁRIO			

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARÉCER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AII)
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	<i>CONFERE COM ORIGINAL</i> <i>Reginaldo Carlos de Azevedo</i> Servidor <i>207.939</i>
48 - CNS / CPF	52	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

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



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 11/09/2020 11:00:41

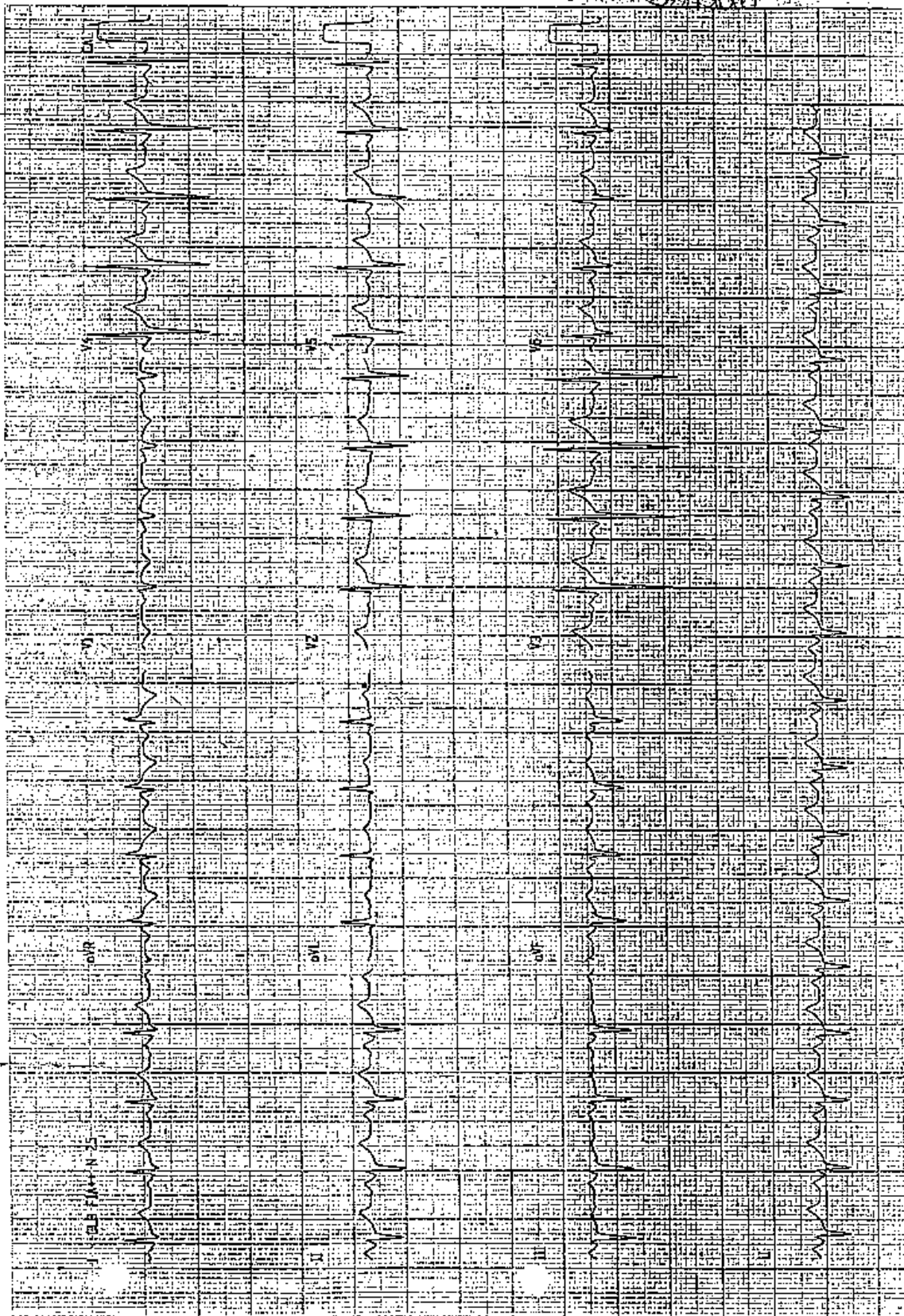
<https://pje1g.trjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091111004052100000057297674>

Número do documento: 20091111004052100000057297674

Data: 20.07.17
Hora: 11:30

Registado convulso de limbo
46 anos

CONFERE COM ORIGINAL
heloisa
20/07/17



REGINALDO CARVALHO DE LIJMA , : DX from 10/07/2017

PARA O JUIZ DE DIREITO
DO TRIBUNAL

2017/07

NOTA DE RECEBIMENTO DO DOCUMENTO
DO JUIZ DE DIREITO
DO TRIBUNAL



2017/07/10
10:00:00

2017/07/10
10:00:00





Documentos de identificação



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **778.865.004-82**

Nome: **REGINALDO CARVALHO DE LIMA**

Data de Nascimento: **30/08/1970**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Dígito Verificador: **00**

Vitima

Comprovante emitido às: **15:51:41** do dia **13/11/2017** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **1B0C.DC0F.2BA6.D976**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



13/11/2017 15:52



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 15.191.082 DATA DE EXPEDIÇÃO 06.04.1989

NOME REGINALDO CARVALHO DE LIMA

PAI JOSÉ CARVALHO DE LIMA

MARIA DAS NEVES DE LIMA

NATURALIDADE NOVA CRUZ-RN DATA DE NASCIMENTO 30.08.1970

CERT. NASC. Nº 6.939-Liv. A-65 FES

Nº 74-CART. DE NOVA CRUZ-RN

COPIA

ASSINATURA DO DIRETOR

MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CPF 78865004-8

REGINALDO CARVALHO DE LIMA

30/08/1970

ASSINATURA

REGINALDO CARVALHO DE LIMA

VALIDADE SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

ASSINATURA DO TITULAR

REGINALDO CARVALHO DE LIMA

30/08/1970

PROTOCOLADO
RECEBIDO
23 NOV 2017
TERMO DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS



DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - RN 10416		00881 Nº 013103915992	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	REN.T.C.C.	EXERCÍCIO
1	00464569150		2017
REGINALDO CARVALHO DE LIMA			
CPF/CNPJ		PLACA	
778.865.004-82		NNW3914	
PLACA ANT. AIR		CHASSI	
NNW3914/RN		9C2JC4110CR48B055	
VEÍCULO TIPO		COMBUSTÍVEL	
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO		GASOLINA	
MARCA/MODELO		ANO FAB. ANO MOD.	
HONDA/CG 125 PAN R8		2012 2012	
CAP./POT./CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
OCV/124 CILINDRADAS	PARTICULAR	ROXA	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS	
R\$ 0.00	13/03/2017	1º PAGO	
FAIXA IRVA	PARCELAMENTO / COTAS	2º PAGO	
002B44 3X	R\$ 0.00	3º PAGO	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	
*** TAXAS DETRAN: PAGO ***		PRÊMIO-TOTAL (R\$)	
ALLEN. FID. EM FAVOR DE: 03.6347220/0001-65		DATA DE PAGAMENTO	
BANCO HONDA S/A		13/03/2017	
MOTOR: JC41E1C48B055		NOVA CRUZ/RN	
COORDENADOR DE REGISTRO E LICENCIAMENTO		SOLICITANTE	
SOLICITANTE		DATA	
SOLICITANTE		13/03/2017	

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOA TRANSPORTADA OU NAOP SEGURO DPVAT			
RN Nº 013103915992 - BILHETE DE SEGURO DPVAT			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.seguradoralider.com.br			
SAC DPVAT 0800 022 1204			
VIA	CPF/CNPJ	PLACA	EXERCÍCIO
1	778.865.004-82	NNW3914	2017
RENAVAM	MARCA/MODELO	CHASSI	DATA EMISSÃO
00464569150	HONDA/CG 125 PAN R8	9C2JC4110CR48B055	13/03/2017
ANO FAB.	CALIBRE	PRÊMIO TARIFÁRIO	
2012	9	DENOMINAR (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		CUSTO DO SEGURO	
IOF (R\$)		TOTAL (R\$)	
PAGAMENTO		DATA DE OUTRA	
COTA ÚNICA		PARCELADO	
SEGURODORA LIDER - DPVAT			
CNPJ 09.248.609/0001-04			

RECEBIDO
23 NOV 2017
CORRETORA DE SEGUROS

DECLARAÇÃO

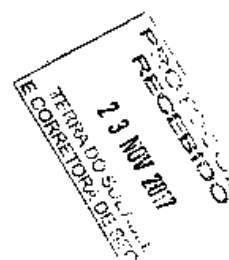
Outros



Eu, Reginaldo Carvalho de Lima, portador do RG: 1.191.082 SSP/RN e CPF: 778.865.004-82, reclamante do seguro DPVAT, venho através dessa declaração informar e comunica que não tenho mas nenhuma documentação medica só a que já consta no pleito do meu processo, que são a entrada, do Hospital Deoclecio Marques de Lucena e a do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da Samu, que demonstra e menciona as sequelas que tenho e as dificuldade que fiquei devido ao acidente de transito no dia: 10/07/2017 , por isso peço a análise da minha documentação, no qual estou precisando e necessitando, da indenização para ajuda nas lesões sofridas, pois em verdade só possuo essas documentação medica, e que não tendo mas nenhum tipo de documentação a mais hospitalar só a que está no pleito do meu processo.

Nova Cruz/RN 08 de Novembro de 2017

Reginaldo Carvalho de Lima



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170628733 **Cidade:** Nova Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO CARVALHO DE LIMA **Data do acidente:** 10/07/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO FÊMUR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO COM DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO REALIZADO E SEQUELAS EXISTENTES

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: MARIA TEREZA R DE A AMORIM

CRM do médico: 52.31475-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

Procuracao



OUTORGANTE

NOME:	Reginaldo Carvalho de Lima
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Agricultor
IDENTIDADE:	1.191.082
ENDEREÇO:	Sítio Lagoa da Mata, 11, Zona Rural, Nova Cruz/RN

OUTORGADO

NOME:	Marcos Vinício de Lima
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Agricultora
IDENTIDADE:	1.925.829
ENDEREÇO:	Sítio Lagoa da Mata, 11, Zona Rural, Nova Cruz/RN

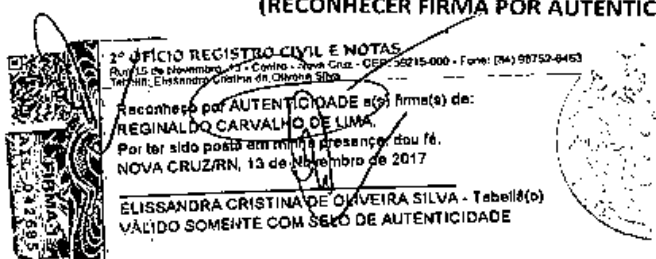
Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Nova Cruz/RN 13.11.17
LOCAL E DATA

Reginaldo Carvalho de Lima
ASSINATURA DO OUTORGANTE

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: REGINALDO CARVALHO DE LIMA

Sinistro: 3170628733

Vítima: REGINALDO CARVALHO DE LIMA

Data do Acidente: 10/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARINEZ VITURINO DE LIMA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3170628733** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00233/00234 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12313471



Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12381299

A/C: REGINALDO CARVALHO DE LIMA

Nº Sinistro: 3170628733
Vitima: REGINALDO CARVALHO DE LIMA
Data do Acidente: 10/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARINEZ VITURINO DE LIMA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: REGINALDO CARVALHO DE LIMA

Valor: R\$ 3.375,00
Banco: 104
Agência: 000000762
Conta: 0000034943-2
Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01839/01840 - carta_15R - INVALIDEZ

00020920



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

Sinistro: 3170628733 - 1
Nome do(a) Examinado(a): REGINALDO CARVALHO DE LIMA
Endereço do(a) Examinado(a): SÍTIO LAGOA DA MATA nº 11 - ZONA RURAL - NOVA CRUZ/RN
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 1191082 - SSP
Data local do exame: 02/02/2018 NATAL/RN

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Fratura da diáfise do fêmur esquerdo.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

Realizado osteossíntese com placa e parafusos de fratura do fêmur esquerdo seguido de fisioterapia. Alta em janeiro de 2018. evoluiu com limitação da flexão-extensão do joelho e do quadril esquerdo

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatómicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

deficit funcional moderado do joelho e do quadril esquerdos

IV. 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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

JOELHO ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

QUADRIL ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

ALTERADO O SEGMENTO CORPORAL -

Local e data de realização do exame médico legal:

RN - NATAL, 02/02/2018

Médico Perito: JUSTINO NOBREGA DE AZEVEDO NETO CRM:3940/RN


Dr. Justino Nobrega
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgia do Quadril
CRM 3940 - RN

Assinatura do perito Examinador - CRM



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 11/09/2020 11:00:41

<https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091111004052100000057297674>

Número do documento: 20091111004052100000057297674



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/17**

Autorização de pagamento

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)



INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL: _____ CPF da Vítima: 778.865.004-82 Nome completo da vítima: Reginaldo Carvalho de Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Reginaldo Carvalho de Lima CPF titular da conta: _____ Profissão: Agricultor
Endereço: Sítio Lagoa da Mata Número: 11 Complemento: _____
Bairro: Zona Rural Cidade: Nova Cruz Estado: RN CEP: 592155-000
Email: _____ Telefone (DDD): (084) 98280-6894

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA NRO.: 0762 D/V: 04943 D/V: 2
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome: _____ NRO: _____
AGÊNCIA NRO.: _____ D/V: _____ CONTA NRO.: _____ D/V: _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Nova Cruz/RN 13 de NOVEMBRO de 2017
Local e Data



Reginaldo Carvalho de Lima
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





AUTO-ATENDIMENTO - NOVA CRUZ
DATA: 23/11/2017 HORA: 14:29:09
TERMINAL: 07621011 CONTROLE: 076210118418

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

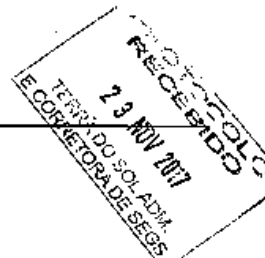
CONTA CREDITADA: 0762.013.00034943-2
NOME: REGINALDO CARVALHO DE LIMA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

NÚMERO DO ENVELOPE: 4408894638
NÚMERO DE CONTROLE: 327243381

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPO
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN
DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL - NOVA CRUZ - 6ª DRPC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA nº 1069/2017

Ocorrência: ACIDENTE MOTO
Local: SAÍDA PARA JACARAÚ - RN
Data e hora: 10/07/2017 por volta das 16:57 horas

COMUNICANTE: a própria vítima

VÍTIMA: REGINALDO CARVALHO DE LIMA

RG: 1.191.082 ITEP/RN

CPF: 778.8635004-92

Filiação: JOSE CARVALHO DE LIMA E MARIA DAS NEVES DE LIMA

Natural: Nova Cruz/RN

Profissão: AGRICULTOR.

Endereço: ZONA RURAL SÍTIO LAGOA DA MATA II - NOVA CRUZ - RN

Telefone: (84)

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DO INTERIOR
JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
6ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
Boletim de ocorrência



Nascimento: 30/08/1970

ACUSADO:XXXXXXXXXX

Endereço: XXX

Histórico: a vítima compareceu a esta Unidade de Polícia Judiciária e narrou o seguinte teor: QUE é proprietário do Veículo HONDA/ CG 125 FAN KS. COR ROXA, PLACA NNW 3914 - RN, ANO / MOD 2012/ 2012, RENAVAM nº 00464569150, CRLV em meu nome QUE NO DIA 10/07/2017 POR Volta das 16:57 hr. Perdeu o controle da sua motocicleta devido outro veículo que foi para contramão, vindo a cair, que na queda sofreu lesão corporal traumatizado com fratura no fêmur (E) com Boletim de Atendimento de nº 31681 do hospital Monsenhor Walfredo Gurgel em Natal em anexo, QUE FOI TRANSFERIDO PARA OUTRO HOSPITAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA DE N DE PRONTUÁRIO 148465 AMBOS EM ANEXO, QUE O DECLARANTE APRESENTOU UMA DECLARAÇÃO DO SAMU DATADA EM 10/07/2017. SOLICITOU O BO, para dar entrada no seguro. Nada mais a declarar.

Testemunha(s):

Providência (s) Adotada (s): Registro de B.O



Nova Cruz/RN, 08/11/17

Hora: 16:12

Reginaldo Carvalho de Lima
Assinatura do (a) Comunicante

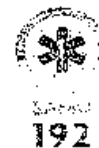
Sandro Negreiros
Assinatura e Matrícula do (a) Servidor
Sandro NEGREIROS

Rua Assis Chateaubriand, 842 - CEP. 59215-000 - fone/fax (84)3281-5905/5912





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



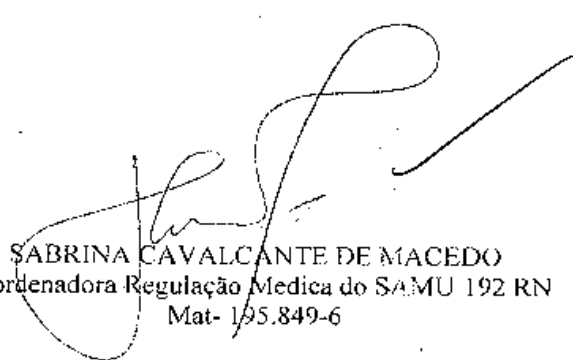
Comprovação de ato declaratório



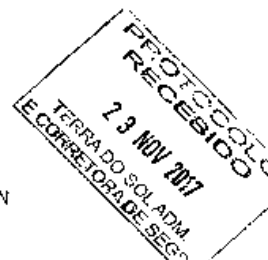
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se faz necessário,
que em busca no sistema informatizado do SAMU 192 RN que foi encontrado a
ocorrência Nº S263895 referente ao paciente **REGINALDO CARVALHO DE LIMA**
46 anos, atendido pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 RN,
no dia 10/07/2017 Nova Cruz/RN vítima queda/moto. Conforme ficha anexa.

Natal, 16 de agosto de 2017


SABRINA CAVALCANTE DE MACEDO
Coordenadora Regulação Médica do SAMU 192 RN
Mat- 195.849-6

SAMU 192 RN
END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 - BARRO VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
CEP: 59.022-545
FONE: 84 3209-5316



Cronologia



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA

FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA

FICHA DE ATENDIMENTO:	S263895
DATA DA OCORRÊNCIA:	10/07/2017 13:48:51
CIDADE:	NOVA CRUZ
BAIRRO:	
PONTO DE REFERÊNCIA:	
LOGRADOURO:	RN SENTIDO NOVA CRUZ A JACARAÚ
INTERESSADO:	ROSALVO
TELEFONE:	991107737
TIPO:	MDI
NATUREZA:	OCORRÊNCIA PARA REGULAÇÃO
IMPRESSO POR:	IVAN JOSE DE ARAUJO CARDOSO
DATA DA IMPRESSÃO:	16/08/2017 10:24:28

DATA	HORA	TERMINAL	OPERADOR	EVENTOS
10/07/2017	13:48:51	term11	79065574	PCT REGINALDO 43 ANOS
10/07/2017	13:48:51	term11	79065574	DEPOIS DO CAQUEIRO
10/07/2017	13:48:51	term11	79065574	DEPOIS DO CAMPO SOC'YT
10/07/2017	13:48:51	term11	79065574	NA SADA DE NOVA CRUZ
10/07/2017	13:49:36	regsam01	35614144	COLISAO MOTO X PEDRA
10/07/2017	13:49:52	regsam01	35614144	CONSCIENTE E MACHUCADO EM PERNA
10/07/2017	13:50:01	regsam01	35614144	LIBERO USR EM COD 2
10/07/2017	13:50:03	despsamul	19385794	VIATURA USB38 DESPACHADA - Comandante da UTR: (CIDS CIDS)
10/07/2017	13:52:03	despsamul	19385794	VIATURA USB38 EM ROTA
10/07/2017	13:52:25	despsamul	19385794	
10/07/2017	13:53:08	despsamul	19385794	SEM USB NCRUZ NO MOMENTO RETORNANDO DE MACAIBA PRO PA 13:53
10/07/2017	13:53:43	despsamul	19385794	PAZ UMA MEIA HORA
10/07/2017	13:54:02	despsamul	19385794	UTR + PROXIMA USB38 STIO ANT SAINDO DO PA 13:53
10/07/2017	14:28:23	despsamul	19385794	VIATURA USB38 CHEGOU AO LOCAL
10/07/2017	14:43:59	regsam02	10794374	USB38 REGINALDO CARVALHO DMTA 46 AO SOLO, SENTADO, CONSCIENTE E ORIENTADO.
10/07/2017	14:43:59	regsam02	10794374	QUEIDA DE MOTO APOS COLISAO COM PEDRA. NAO DESMAIOU. SUPOSTA FRATURA FECHADA
10/07/2017	14:43:59	regsam02	10794374	FEMUR E CABECA, TORAX E ABDOME INTEGROS. PA 130X90, FC 98, PR 20, SAT 96
10/07/2017	14:43:59	regsam02	10794374	IMOBILIZADO, ACESSO SRI E QTH HOSP LOCAL
10/07/2017	14:45:17	despsamul	19385794	VIATURA USB38 INFORMOU O CODIGO CL
10/07/2017	14:45:18	despsamul	19385794	VIATURA USB38 INFORMOU O CODIGO DG
10/07/2017	15:04:24	regsam02	10794374	ADIFICIO DE NOVA CRUZ, INFORMA QUE PACIENTE DEVERA SEGUIR PARA O WALFREDO GIERGEL
10/07/2017	15:04:31	regsam02	10794374	FRATURA DE FEMUR, QTH CLOVIS SARNHO
10/07/2017	17:10:07	despsamul	19385794	VIATURA USB38 INFORMOU O CODIGO CL
10/07/2017	17:10:08	despsamul	19385794	VIATURA USB38 INFORMOU O CODIGO LG
10/07/2017	18:30:28	despsamul	19385794	USR QTH CLOVIS 16:40
10/07/2017	18:30:37	despsamul	19385794	PCTE AC DE DR FREDERICO ORTOPEDIA
10/07/2017	18:30:41	despsamul	19385794	18:30
10/07/2017	18:30:44	despsamul	19385794	NA CA PRISA
10/07/2017	18:31:22	despsamul	19385794	VIATURA USB38 INFORMOU O CODIGO CL
10/07/2017	18:31:25	despsamul	19385794	VIATURA USB38 INFORMOU O CODIGO LG
10/07/2017	20:17:38	despsamul	26853714	VIATURA USB38 FINALIZOU A OCORRÊNCIA COMO (FSP) [ENCAMINHADO HOSPITAL] COMENTÁRIO ADICIONAL: SEM COMENTÁRIO

168.0.5/mvc/cronologia/impressao/S263895



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 11/09/2020 11:00:41

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091111004052100000057297674

Número do documento: 20091111004052100000057297674

Num. 59715583 - Pág. 42

Cronologia

SABRINA CAVALCANTE DE MACÊDO
COORDENADORA DE REGULAÇÃO MÉDICA



168.0.5/mvc/cronologia/impressao/S263895

2/2

