



Número: **0800478-85.2020.8.20.5160**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **31/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FERNANDA ALVES PEREIRA (AUTOR)	LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)
SEGURADORA DPVAT (RÉU)	Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60427 256	22/09/2020 08:24	<u>2752659_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	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, 10 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200209477 **Vítima: FERNANDA ALVES PEREIRA**

Data do Acidente: 10/03/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ANTONIO SERGINALDO FREITAS MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FERNANDA ALVES PEREIRA

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 15847555

Pag. 00477/00478 - carta_01 - INVALIDEZ



00020239



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 08:24:37
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092208243675000000057981137>
Número do documento: 20092208243675000000057981137

Num. 60427256 - Pág. 1



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, 25 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200209477 **Vítima: FERNANDA ALVES PEREIRA**

Data do Acidente: 10/03/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ANTONIO SERGINALDO FREITAS MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FERNANDA ALVES PEREIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: FERNANDA ALVES PEREIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 004

Agência: 000000033

Conta: 0000049160-9

Tipo: CONTA CORRENTE

Pag. 01303/01304 - carta_30 - INVALIDEZ



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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) item(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE Morte

2 - NIF do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

096.623.944-18 Fernanda Alves Pereira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E BAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CÍRCULAR SUSEP NR 445/2012

5 - Nome completo: Fernanda Alves Pereira
 6 - CEP: 096.623.944-18
 7 - Profissão: Agropecuária
 8 - Endereço: Rua Antônio Soárez de Souza
 9 - Bairro: Entre
 10 - Cidade: Upanema
 11 - CEP: 55640-000
 12 - Estado: RN
 13 - Número: 21
 14 - Complemento: Ribeira
 15 - E-mail: NaoPoteu@Gmail.com
 16 - Telefone: (84) 9 824 00 66

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 12 A 25 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CEP do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REÚSO-INFORMAR R\$1,00 a R\$1.000,00 R\$2.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Sómente para os bancos citados. Adicione mais opção)
 Bradesco (237) Itaú (343)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (109)

CONTA CORRENTE (dados do banco)

Nome do BANCO: Nordeste

AGÊNCIA: 000033 CONTA: 49360-09

(Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, só as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins da requerente de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a requisito do cliente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a requisito do cliente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o preenchimento da análise da meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica preventiva, caso necessário, às custas do segurado, conforme o disposto na Lei 8.194/74.

Declaro que este autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou rendição ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE Morte

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Vívo 24 - Data de óbito da vítima:

25 - Seu Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Seu vínculo deixa companheiro(a): informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não Seu filhos, informar: Sim Não Vivos: Falecidos: 30 - Vítima: Sim Não Vivos: Falecidos: 31 - Vítima: Sim Não Vivos: Falecidos: 32 - Seu filhos, informar: Sim Não Vivos: Falecidos: 33 - Vítima: Sim Não Vivos: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidos, a indenização do Seguro DPVAT por morte de quaisquer beneficiários que eu apresentarem e preverem, ressalvada a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome: 35 - Nome: 36 - Nome: 37 - Nome: 38 - Nome: 39 - Nome: 40 - Nome: 41 - Nome: 42 - Nome: 43 - Nome:

34 - CPF: 35 - CPF: 36 - CPF: 37 - CPF: 38 - CPF: 39 - CPF: 40 - CPF: 41 - CPF: 42 - CPF: 43 - CPF:

34 - Assinatura da testemunha: 35 - Assinatura da testemunha: 36 - Assinatura da testemunha: 37 - Assinatura da testemunha: 38 - Assinatura da testemunha: 39 - Assinatura da testemunha: 40 - Assinatura da testemunha: 41 - Assinatura da testemunha: 42 - Assinatura da testemunha: 43 - Assinatura da testemunha:

44 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 45 - Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante): 46 - Assinatura do beneficiário (se houver):

R\$ 0,00 0002/2014







ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR-DPCIN
2º DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE UPANEMA-RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 57/2020

Natureza da Ocorrência: Acidente

Local da Ocorrência: Rua Antônio Vitorino, próximo a Churrascaria Wilson e a Churrascaria O Alpendre

Data da Ocorrência: Dia 10/03/2020, por volta das 16h:40min

Comunicante: FERNANDA ALVES PEREIRA, RG N° 2850719, brasileira, solteira, agricultora, nascida em 13/07/1992, natural de Mossoró-RN, filha de Luzienne Alves Pereira Fernandes, residente e domiciliada na Rua Antônio Carlos de Carvalho, n° 21, Bairro Pégas, Upanema – RN. Fone: (84) 999262471.

Vítima: A comunicante

Autor do Fato: A Escclarecer

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

A comunicante compareceu a esta Unidade Policial para noticiar que na data e local supracitados, foi vítima de acidente. A comunicante relata que ia buscar o filho no colégio, indo em direção Centro – Pégas, quando ultrapassou um carro. O motorista do carro não percebendo que a comunicante se deslocava, parou o veículo de forma repentina e abriu a porta, neste momento, a comunicante colidiu com a porta do carro, caindo rapidamente. A comunicante relata que houve fraturas de tibia direita e joelho esquerdo. A motocicleta envolvida no acidente trata-se de uma HONDA CG 125 FAN, ano 2008-2008, chassi 9C2JC30708R159931, PLACA myr8753, renavam 00960111891. Motivo pelo qual registra o presente BO para fins de seguro.

OBS: As informações acima mencionadas são de inteira responsabilidade do comunicante.

Data e Horário do Registro: 29/04/2020, às 09h47min.

Comunicante: Fernanda Alves Pereira

Registrante: _____

Jozivan Cosme de Medeiros
APC Jozivan COSME DE MEDEIROS
Mat. 96.491-3



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: 18/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FERNANDA ALVES PEREIRA

BANCO: 004

AGÊNCIA: 00033

CONTA: 000000049160-9

Nr. da Autenticação E2A20A610A7F0A13



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 08:24:37
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092208243675000000057981137>
Número do documento: 20092208243675000000057981137

Num. 60427256 - Pág. 7



COSERN

DAUDIR DA CUNHA
FERNANDA ALVES PEREIRA

BRUNSWICK COLLEGE LIBRARIES, COLUMBIA UNIVERSITY

CFF 036.623.974-1B

CENTRO/AREA URBANA

ELABORACIÓN

59076-030

RESUME

卷之三

7015001849 03/2020
13/04/2020 06/04/2020
9,55

Consumo Ávvo(KWh-TUSD)
Consumo Ávvo(KWh-1€)
Consumo 1m3 Publica Municipio
Millas per alquiler-NF 075655888 - 08/01/20
-Kms per alquiler-NF 025655888 - 09/01/20
Alquileres ICPM-NF 035655888 - 11/01/20

NAME/NUMBER	PABCO (HS)	VALOR (HS)
130.000000	1,333,333.774	49,10
131.000000	0,326,253.919	42,76
		3,65
		1,21
		0,16
		0,05

TOTAL PARATIBA 9/89

IP DO MATERIAL C 00000001	TIPO DA AUXÍLIO (AT)	DATA USO/DET	LEITURA 4.157,00	DATA 05/01/2005	ANALIS 4.081,00	Nº DE LIGAÇ 19	CONSTANTE 1.000	ATRIBUTO 100000	CONTABILIZADO 120,00
---------------------------------	----------------------------	-----------------	---------------------	--------------------	--------------------	----------------------	--------------------	--------------------	-------------------------



DEPARTAMENTO ESTADUAL	VALOR R\$ 000,00	UNIDADE	TÍTULO TITULAR	UNIDADE APENAS	TÍTULO BENEFICIÁRIO	UNIDADE VINCULADA VALOR R\$ 000,00
						VALOR R\$ 000,00
BIG	0,00	5,19	10,98	20,77	220	202
HIC	0,00	1,37	9,11	12,70		285



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 08:24:37

<https://pie.jtjr.jus.br:443/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092208243675000000057981137>

Número do documento: 20092208243675000000057981137

Núm. 60427256 - Pág. 8



COSERN

DADOR DE CLÍQUERTE
FERNANDA ALVES PEREIRA

BRUNSWICK COLLEGE LIBRARIES, COLUMBIA UNIVERSITY

CCF 036.623.974-1B

CENTRO/AREA URBANA

Digitized by srujanika@gmail.com

CENTRO/AREA URBANA
LT 2011EMA.RN
59076-000

101622175 1111-A 0507220

7015001849 03/2020
13/04/2020 06/04/2020
97,55

Consumo Año (kWh)-TUSD
Consumo Año (kWh)-IE
Consumo Precio Mínimo
MWh por alza de 4% msof98889 - 08/01/20
.kWhs por alza de 4% msof98889 - 08/01/20
Un alza de 4%P/I-F msof98889 - 08/01/20

MANUFACTURER	PABCO (HS)	VALOR (PH)
100CCC0000	0,33345274	49,10
131FEE0000	0,22656250	42,75

TOTAL DE FALTAS: 0/29

NR DO REGISTRO	TIPO DA LIGAÇÃO	DATA USO/DEVOU	ANTERIOR LEITURA	DATA USO/DEVOU	ATUAL LEITURA	Nº DE MAS	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
10000001	1	01/03/09	4197,00	05/03/09	4198,32	13	1,32	0,00	120,00



DEPARTAMENTO ESTADUAL	VALOR R\$ 000,00	UNIDADE	TÍTULO TITULAR	UNIDADE APENAS	TÍTULO BENEFICIÁRIO	UNIDADE VINCULADA VALOR R\$ 000,00
						VALOR R\$ 000,00
BIG	0,00	5,19	10,98	20,77	220	202
HIC	0,00	1,37	9,11	12,70		285



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 08:24:37

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092208243675000000057981137>

Número do documento: 200922082436750000005798137

Num. 60427256 - Pág. 9



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e profissões) da Seguradora Lider (0800 022 22 04)

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e profissões) da Seguradora Lider (0800 022 22 04)

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 01 89 | SAC (para deficiências auditivas e de fala): 0800 022 17 06 | Central Divulgação: 0800 021 8135

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL/ASPx3720.aspx?ID=18&CDIGO=29536>

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 constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA, PRIVADA, CAPITALIZAÇÃO E RÉSSEGURO. * CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTERAGENTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADES DISCIPLINAR, APRECIAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI N.º 9.613/98.

Pelo exposto, eu Antônio Segnolder Freitas Marques

inscrito (a) no CPF/CNEF 062 492 164 / 64, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário.

Fernando Ulisses Pereira inscrito (a) no CPF sob o N° 086 623 974 / 18

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Fernando Ulisses Pereira

inscrito (a) no CPF sob o N° 086 623 974 / 18, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou pleno de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Antônio Segnolder Freitas Marques</u> Bairro: <u>entre</u> Cidade: <u>Uponema</u> E-mail: <u>Wldei Pottau</u>	Número: <u>23</u> Estado: <u>RN</u>	Complemento: <u>edc</u> CEP: <u>59640 - 000</u> Tel. (DDD):
---	--	---

Local e Data:

Uponema RN 28/05/20

Antônio Segnolder Freitas Marques
Assinatura do beneficiário

DLDRL.001 V001/2017



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE UPANEMA
RUA JOÃO FRANCISCO, 90, CENTRO
CNPJ (ME) 08.085.771/0001-30



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA DE SAÚDE RAIMUNDO NONATO CÂNDIDO**

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

NOME Fernanda Alves Pereira REG. 487.250
 D. NASC. 13/07/92 COR. LA SEXO F EST. CIVIL Solteira
 NATURALIDADE Upanema PROFISSÃO agricultora
 END. R. Antônio Carlos de Carvalho CIDADE Upanema
 DATA ATENDIMENTO 10/03/2020 HORA ATENDIMENTO 17:10
 ATEND. 1^ª VEZ
 SUBSEQUENTE RESP. PREENCHIMENTO Lívia Karina

TA 120x82 PULSO RESPIRAÇÃO TE PESO

HISTÓRICO CLÍNICO
CONDUTA

Paciente vítima de Acidente Moto x carro, as 16:40h.
 Do Exame: consiente, Orientada.
 A - Vía Aérea perfeita, sem cervicalgias.
 B - Boa ventilação, Síntese Sot 98% FC: 102 bpm.
 C - S/ sinais de choque.
 D - PIFL: 0h 15.
 E - Fratura de tibia (R), fechada, estável

ENFERMEIRO - CARIMBO

cb: Requerido Ortopédia H.R.T.M - Dr. João Fransino 17:20h

ra Paula Thissianny de O. Gurgel
Médica
CRM/RN 10.115

MÉDICO - CARIMBO

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO	DESTINO DO PACIENTE
FICOU NO LOCAL () INTER. NO SERV. DE _____	REMOVIDO <u>Upanema</u> HORA <u>18:00</u> PARA <u>H.R.T.M.</u>
ALTA POR ORDEM MÉDICA () A PEDIDO () A REVELIA () DATA <u>1/1/</u>	ÓBITO <u>/ /</u> HORA _____



SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS-MAIA
 Executante: O solicitante ou

CNES: 2503689
 CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **58764 FERNANDA ALVES PEREIRA** Nascimento: 13/07/1992 Sexo: Feminino
 CNS: _____
 Mãe: LUZIENE ALVES PEREIRA FERNANDES Pai: _____
 Endereço: RUA ANTONIO CARLO DE CARVALHO, 21 - UPANEMA - UPANEMA
 Município: UPANEMA Código Municipal IBGE: 241460 UF: RN

Prontuário: _____
 Cor: PARDA
 Fone: 99262471 /
 CEP: 59670-000

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo: 371 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:**

PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA EM MEMBROS INFERIORES
 RADIOGRAFIA EVIDENCIANDO FRATURA FECHADA DE OSSOS DA Perna DIREITA E FECHADA DE PATELA
 NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
 NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
 RADIOGRAFIA E EXAME FÍSICO

03090/0019

Diagnóstico e Procedimento Inicial:
 S82.2 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA*408850225:REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA / LESAO FISARIA DIST

102-3

✓ 499

Profissional Solicitante / Assitente:

PABLO ROMERO DA ESCOSSIA PINHEIRO

CRM: 5924 / RN Data da Solicitação 10/03/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

() Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: _____ Nº do bilhete: _____ Série: _____
 () Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____
 () Acidente de Trabalho Trajetô

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Orgão Emissor: _____ Nº Autorização da AIH: _____

Documento: () CNS () CPF nº _____

Data da Autorização: _____ / _____ / _____ Assinatura/Carimbo: _____

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORÓ *[Assinatura]*

SAME / ARQUIVADO

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 08:24:37

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 1242 /2020

Prontuário: 212418

Paciente: 58764 - FERNANDA ALVES PEREIRA
Cartão SUS: 708108878238510 CPF: 09662397418 Dt Nasc: 13/07/1992
Idade: 27 anos 7 meses 28 dias Sexo: F Etnia: PARDA Estado Civil: NÃO INFORMADO
Nome da mãe: LUZIENNE ALVES PEREIRA FERNANDES
Nome do pai: NADA CONSTA N.º: 21
Rua/Av: ANTONIO CARLOS DE CARVALHO Bairro: PEGAS
Complemento: Cidade: UPANEMA
CEP: 59670000
Telefone: 84 99262471 84 99262471 Unidade: OBS FEMININA Leito: 1. 26E
Especialidade: CLINICA CIRURGICA
Responsável: FERNANDA ALVES PEREIRA -
Usuário: SONIA MARIA DA SILVA

Admissão: 10/03/2020 19:56:48 Alta: Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.2 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
408050225 -

HISTÓRIA CLÍNICA

Pct ferido de dor do pé no dia 01/03/2020.
Ferido de pente.

C12: luxação
interno

Dr. Pablo Romano Gómez Pinto
Ortopedista e Traumatologista
TELEFONE: 84 99262471
SALVADOR/BA

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ

SAME / ARQUIVO

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

MOSSORÓ, 10 de Março de 2020.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Fernanda Alves Pereira Idade: _____ Nº Reg. _____

Serviço: ~~ANESTESIA~~ Enfº: 302 Leito: 04

AO SERVIÇO: ORTOPEDIA

MOTIVO DA CONSULTA: (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo)

Serviço PUSCO CIRURGICO

Mossoró, 22 de 03 de 2020

Médico que solicita o parecer

Dr. Vitorino Andrade
ORTOPEDIA / ORTOPEDICO

PARECER:

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTAMPA-FORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ / PUSCO / 2020

SAME / ARQUIVO





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE UPANEMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL

CNPJ Nº 13.911.008.0001-51

Av. 16 de Setembro, nº 08 – Ladeira do Sol – Upanema /RN – Fone (84) 3325-0009

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a Senhora **FERNANDA ALVES PEREIRA** inscrita no CPF Nº **096.623.974-18**, RG Nº **003.308.803** cadastrada no cadastro único para programas sociais do Governo Federal (CadÚnico) com NIS: **1620390517-9** desde o dia 02 de Dezembro de 2011. De acordo com as informações declaradas pelo responsável legal da família, é residente na Rua Antonio Carlos de Carvalho, Nº 21, Município de Upanema RN, há 04 (quatro) pessoas na família. A renda familiar mensal é de R\$ 200,00 e per capita de R\$ 50,00 por pessoa. De acordo com informações do SIBEC (Sistema de benefícios ao cidadão) a mesma é beneficiária do Programa Bolsa Família.

Upanema – RN, 17 Março de 2020.

Maiara Niedja de A. Diniz
Maiara Niedja de Aquino Diniz

Coordenadora do Programa Bolsa Família e Cadastro Único



Prontuário: 212418



SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **FERNANDA ALVES PEREIRA** (Fia: 1242/2020), CPF:09662397418.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 10 de Março de 2020.

Fernanda Alves Pereira Fernandes
Paciente ou responsável

CCIH - HRTM

DATA 10/03/2020

Rafaela

Assinatura

**NUCLEO DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLOGICA - H.R.T.M.**

DATA 10/03/2020

Rafaela

Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ

Rafaela
SAME / ARQUIVO





**ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE UPANEMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL**

CNPJ Nº 13.911.008.0001-51

Av. 16 de Setembro, nº 08 – Ladeira do Sol – Upanema /RN – Fone (84) 3325-0009

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a Senhora **FERNANDA ALVES PEREIRA** inscrita no CPF Nº **096.623.974-18**, RG Nº **003.308.803** cadastrada no cadastro único para programas sociais do Governo Federal (CadÚnico) com NIS: **1620390517-9** desde o dia 02 de Dezembro de 2011. De acordo com as informações declaradas pelo responsável legal da família, é residente na Rua Antonio Carlos de Carvalho, Nº 21, Município de Upanema RN, há 04 (quatro) pessoas na família. A renda familiar mensal é de R\$ 200,00 e per capita de R\$ 50,00 por pessoa. De acordo com informações do SIBEC (Sistema de benefícios ao cidadão) a mesma é beneficiária do Programa Bolsa Família.

Upanema – RN, 17 Março de 2020.

Maiara Niedja de A. Diniz
Maiara Niedja de Aquino Diniz

Coordenadora do Programa Bolsa Família e Cadastro Único



Prontuário: **212418**



SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **FERNANDA ALVES PEREIRA** (Fia: 1242/2020), CPF:09662397418.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 10 de Março de 2020.

Fernanda Alves Pereira Fernandes
Paciente ou responsável

CCIH - HRTM

DATA 10/03/2020

Ronaldo

Assinatura

NOVO LÉO - DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA - H.R.T.M.

DATA 10/03/2020

Ronaldo

Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 10/03/2020

Ronaldo
SAME / ARQUIVO



SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

CNES: 2503689

Executante: O solicitante ou:

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **58764 FERNANDA ALVES PEREIRA**

Prontuário:

CNS: Nasascimento: 13/07/1992

Sexo: Feminino

Cor: PARDA

Mãe: LUZIENE ALVES PEREIRA FERNANDES

Pal:

Endereço: RUA ANTONIO CARLO DE CARVALHO, 21 - UPANEMA - UPANEMA

Fone: 99262471 /

Município: UPANEMA

Código Municipal IBGE:

241460 UF: RN

CEP: 59670-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo: 371 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA EM MEMBROS INFERIORES

RADIOGRAFIA EVIDENCIANDO FRATURA FECHADA DE OSSOS DA PERNAS DIREITA E FECHADA DE PATELA

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RADIOGRAFIA E EXAME FÍSICO

Diagnóstico e Procedimento Inicial:

03080/0019

S82.2 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA*4600550225 REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA / LESAO FISARIA DIST

*T81.3**✓ 999*

Profissional Solicitante / Assitente:

PABLO ROMERO DA ESCOSSIA PINHEIRO

CRM: 5924 / RN

Data da Solicitação 10/03/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

- Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: _____ Nº do bilhete: _____ Série: _____
 Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____
 Acidente de Trabalho Trajetos CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

Vínculo com previdência: Empregado Empregador Autônomo Desempregado Aposentado Não Segurado**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador: _____ Orgão Emissor: _____ Nº Autorização da AIH: _____

Documento: CNS CPF nº _____

Data da Autorização: _____ / _____ / _____ Assinatura/Carimbo: _____

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ *10/03/2020*
BRUNO

SAME / ARQUIVO



HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 1242 /2020

Prontuário: 212418

Paciente: 58764 - FERNANDA ALVES PEREIRA

Cartão SUS: 708108878238510

CPF: 09662397418

Dt Nasc: 13/07/1992

Idade: 27 anos 7 meses 28 dias

Sexo: F

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: LUZIENNE ALVES PEREIRA FERNANDES

Nome do pai: NADA CONSTA

Rua/Av: ANTONIO CARLOS DE CARVALHO

Nº:21

Complemento:

Bairro: PEGAS

CEP: 59670000

Cidade: UPANEMA

Telefone: 84 99262471 84 99262471

Especialidade: CLÍNICA CIRURGICA

Unidade: OBS FEMININA

Leito: 1. 26E

Responsável: FERNANDA ALVES PEREIRA -

Usuário: SONIA MARIA DA SILVA

Admissão: 10/03/2020 19:56:48

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.2 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
408050225 -

HISTÓRIA CLÍNICA

Pai: Pedro de Souza do Nascimento
Falecido

CD: 11/01/2020
Internamento

Dr. Zélio Ribeiro de Souza Filho
Ortopedia e Traumatologia
TEC 14361
CRM 10004

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ

SAME / ARQUIVO

MOSSORÓ, 10 de Março de 2020.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Fernanda Alves Pereira Idade: _____ Nº Reg. _____

Serviço: TRALMATOLOGIA Enr: 302 Leito: 04

AO SERVIÇO: Cirurgia.

MOTIVO DA CONSULTA: (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo)

Serviço Russo Cirurgico

Mossoró, 12 de 03 de 2020

Dr. Vicente Andrade
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

Médico que solicita o parecer

PARECER:

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ / 11-09-2020

SAME / ARQUIVO



12/03/2020

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRSCRIÇÃO MÉDICA

Nome: FERNANDA ALVES FERREIRA 27 ANOS
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 302-4
DATA DA ADMISSÃO: 18/03/2020 UPAONEMA-RN CODIGO: 31764

DATA: EVOLUÇÃO
Nº fraturas: 2º DIH POR FRACTURA DE OSSO DA PERNAS DIREITA - EM USO DE TALA INGUINOPÓDALICA E FIXAÇAO FECHADA DE
02 PATELA ESQUERDA - EM USO DE TALA JOELHEIRA
(ALERGIA A BEZETACIL)

QP: DOR EM MEMBRO ACOMETIDO

EF: BEG, COTE, EUPNÉICA, NORMOCORADA, HIGIENIZADA E AFERIDA.
ACV: RCR, 2T, SEM SOPRO, BNF
ARI: MV: EM AMBOS HUMITÓRAX, SRA.
ABD: PLANO, FLACÍDIO E INDOLOR A PALPAÇÃO PROFUNDA
MID: NEUROVASCULAR PRESERVADO, SEM SINAIS DE TEP.
MIE: NEUROVASCULAR PRESERVADO SEM SINAIS DE TEP.

SITUAÇÃO:

SOLICITAÇÃO PARA INCLUSÃO NO SISTEMA PREMÓDICA E ANEXADA - AGUARDA MARCAÇÃO DA CIRURGIA
LABORATÓRIO (11/03/20): HB: 13,7 - PT: 36,9 LEUCO: 7.400 (79% SEG) PLAO: 174.000 URG: 16

CD: SOLICITO RISCO CIRÚRGICO: 2 (CIRURGICO) MARCA DA: P/ NO DIA: 12/03/20 (SIC)
VPM + SUSPC MDR R. CIXXANE
PARTE FOLHA

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA VO LIVRE	Almoço
2	SF 0,9% 1000 ML - EV P/ 24 HORAS	12/03/20
3	DIPIRONA 2ML + 8ML DE ABD, EV, 5/5 HR SN	SN
4	TRAMADOL 50MG + 1,00ML SF 0,9% EV 8/8 HORAS SN	SN
5	OMOPRAZOL 40 MG EV PELA MANHÃ	06
6	CIXXANE 40 MG SC - 1X/DIA (SU SPÉ + 80)	16
7 D2/25	TIATIL 40 MG - DILUENTIL - EV 1X/DIA	10
8	FISIOTERAPIA MOTORA	Almoço
9	SSMV + CCGG	Almoço

Dr. Imprensa: Celso L. Nogueira
Ortopedista
CRM: 4023

12/03/20

16:20 2020 Rosineira Petró Túlio com evolução

Tratamento adequado. Bem-visto transpirável

Fora de janela vidro de vidro.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 11/03/2020

SAME FARQUIVO

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6320



ORTOPEDIA

Per fratura no punho ①, ②.

Rx: Fratura fechada. Orto do punho ②
Fratura de metatarso ③.

c1. Lindalgesia

metadiazepam

Ortopedia não recomendada cirurgia

INTERAMENTO

TALA JOELHEIRA punho ④

TALA COXO PINDOBES punho ⑤

Dr. Fabiano Sampaio Pinto
Ortopedia e Traumatologia
TEOT 14381
CRM/RN 5834

10/03/2020

vitória no que se refere ao seu domínio
GTS, no entanto
sua dor no cotovelo, C7/L1.

El informa: Sua dor no cotovelo melhorou.

Até de volta

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MEIRA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAMU MOSSORÓ 111 04 8000
SAMU/ARQUIVO B1AD

Após Carnito da Costa
Neurocirurgia
Carmen 6346



12/03/2020

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: FERNANDA ALVES PEREIRA 21 ANOS
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 302-4
DATA DA ADMISSÃO: 10/03/2020 LIPANEMA - RN CODIGO: 58764

DATA: EVOLUÇÃO
Nº fraturas: 2º DIH POR FX OSSOS DA PERNAS DIREITA - EM USO DE TALA INGUNOPODALICA + FX FECHADA DE
02 PATELA ESQUERDA - EM USO DE TALA JOELHEIRA
(ALERGIA A BEZETACIL)

QP: DOR EM MEMBRO ACOMESIDO

EP: BEG, COTE, EUPNEICA, NORMOCORADA, HIDRATADA E AFEBRIL
ACV: RCR, 21, SEM SOPRO, BNP
ARI: MV= EM AMBOS HEMOTORAX, SRA.
ABD: PLANO, FLACÍDITO, INDOLOR A PALPAÇÃO PROFUNDA
MID: NEUROVASCULAR PRESERVADO, SEM SINAIS DE TVP.
MIE: NEUROVASCULAR PRESERVADO, SEM SINAIS DE TVP.

SITUAÇÃO:
SOLICITAÇÃO PARA INCLUSÃO NO SISREG PREEMCHIDA E ANEXADA - AGUARDA MARCAÇÃO DA CIRURGIA
LABORATÓRIO (11/03/20): HB: 11,7 HT: 36,9 LEUCO: 7.400 (79% SEG) PLAQ: 174.000 UH: 16

CD: SOLICITO RISCO CIRÚRGICO **BAIXO** MARCADA P/ NO JORNAL 12/03/20 (53.6)
VPM + SUSPE. ADG R. CLEXANE

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA VÓ LIVRE	Manh
2	SF 0,9% 1000 ML - EV PARA 24 HRS	1º/2
3	DIPIRONA 2ML + 8 ML DE ABD, EV, 6/6 HR SN	SN
4	TRAMADOL 50MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8 HORAS SN	SN
5	OMEPRAZOL 20 MG EV PELA MANHÃ	06
6	CLEXANE 40 MG SC - 1X/DIA (suspenso)	16
7 D2/05	TILATIL 40 MG + DILUENTE - EV 1X/DIA	10
8	FISIOTERAPIA MOTORA	
9	SSVV + CCGG	Manh

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedista
CRM/RN 6320

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6320

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAMM MOSSORÓ

SAMM / ARQUIVO

OKTOBER/11

Pdci fratura no pene ①, ②.

Rx: Fratura fechada. Orto de pene ②
Fratura de pene ③.

c11. luxações
múltiplas
Avulsão do membro frangido

INTERAMENTO

TALP JOGLERIA pene ④

TALP Corre parâmetros pene ⑤

Dr. Paulo Domingos Estácio Pinto
Ortopedia e Traumatologia
TEOT 14391
EMERG 69224

10/03/2011

Wane m opõe m mto p se abrindo

GTS, m dfrs

m dfr. m abrindo CTF

TL como: m dfr. m abrindo

Abre de WAE

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SALME MOSSOPA 11/04/2010
SARE/ARQUIVO

Dr. Camilo da Costa
Neurocirurgia
Gabinete 030





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 5138 /2020
Admissão: 10/03/2020 18:49:57

OK

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 58764 - FERNANDA ALVES PEREIRA (27 a 7 m 28 d)

Nascimento: 13/07/1992

Natural: MOSSORÓ.BRASIL

CNS:

CPF: 09662397418

Sexo: F Cor: PARDA

Mãe: LUZIENE ALVES PEREIRA FERNANDES

Prof:

Logradouro: ANTONIO CARLO DE CARVALHO, 21

Pai:

CEP: 59670000

Bairro: UPANEMA

Cidade: UPANEMA

Telefone: 84.99262471

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO
Origem: AMBULANCIA OUTRO

TIPO: REGULADO

*Empresa:

OBS:

						Classificação:		PESO:	
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FI02	F.R.	F.C. / P脉	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PCT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO SIC. COLISÃO MOTO CARRO. QUEIXA DE DOR EM MMIS D E ESQUERDO.
Dt e Hora:

Vitima de colisão moto - carro
moto ciclista (traseiro) não usava capacete.
EGD, coste, Equimessa, Nego vaso feso.
Referia perda de consciência ~ 1 minuto.

Diagn. Inicial:

Assin:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
pós acidente.			
TF: Glasgow 15.			
Fratura e deformação de L - Perna direita			
Fratura - leve em Perna direita			
CD: Sustento Rx			
Possível NCR.			
			HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ
			SAME / ARQUIVO
(1) SE = 3x 500 ml C.			
(2) SE = 3x 1000 ml + 1 - Dipirona 260			
			Dr. Leandro Freire
			Ortopedia e Traumatologia
			Cirurgia de Ortopedia
			CRM/RN 7/39 TEC 1608 NQE 3741

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID/PROC)

CID

Proc.

Data:

/

/20.

Hr:

Medico:

*Gerado via SX por FRANCISCO KLEBER PINHEIRO MEDEIROS. Impresso em 10 de Março de 2020.

(Assinar e



12/03/2020

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCISO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: IEPONDA ALVINS PEREIRA
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA CC
DATA DA ADMISSÃO: 10/03/2020
IDADE: 21 ANOS
Lote: 302-4
UF: PERNAMBUCO - RN
CÓDIGO: 58764
Nº do ato: 02
EVOLUÇÃO:
3/ DIT PÓR NO OSSO DA PERNHA DIREITA - EM USO DETALH. ENG. ENOPODAL/ATÉ EXPOCHADA DA PERNHA
02 PATELA ESQUERDA - EM USO DETALH. ENG. ENOPODAL/ATÉ EXPOCHADA DA PERNHA
(ALERGIA A BEZETACIL)

QD: DOR EM VIÉSMO ACOMETIDO

EE: BEG, COTF, FUPNCA, NORMOCRADA, HIC VAIADA E AFEGR L.
ACV: RCR, 2T, COM SORPO, INF
AE: NIV: FM: AMIGS HUMITÓRAX, SVA
AED: PLANO, T. ACDE E INDOLOR A PALPAÇÃO - PROFUNDA
MID: NFURO/CSCLAR PRESERVAD. SEM SINAIS DE TIP.
MIE: NEUROVASCULAR PRESERVAD. SEM SINAIS DE TIP.

SITUAÇÃO:

SOLICITAÇÃO PARA INCLUSÃO NO SISTEMA PRFEP. LIDA E ANEXADA - AGUARDA MARCHAÇO DA CIRURGIA
LABORATÓRIO: 21/03/2020 H0: 21,7 TE: 36,9 LEU: 30: 2400 (75% SEG) PIAQ: 174,000 URGIB

ER: SOLICITO PISCO CIRÚRGICO. **PARA CIRURGIA MARCA DA PV** **MP 16, 12/03/2020 (83%)**
VPM: **F. S. LIMA MARCA DA PV** **16/03/2020 (83%)**
PARTICIPAL

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETAVO PVRS	
2	9F 0,9% 1000 ml EV/PARA 24HRS	
3	DIPRORNA 2ML + 8ML DE AED. EV. B/1 HR 5N	
4	TRAMADOL 50MG + COXIL 100MG EV 5/8 HORAS 5N	
5	OXTIPRAZOL 0,05MG EN PELA MÁXIMA	
6	CIX XANE 40MG BC - 1X/TEIA (500 PGS 20/20)	06
7 02/05	TRALTE 40 MG - BILUENTE - EV 1/6/01	16
8	FIOSITERAPIA FOTOOL	10
9	SEN/CCG	23/03

Dr. Ezequiel da Silveira, Neurocirurgião
Ortopedista
CRM: 1017

HOSPITAL REGIONAL TARCISO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAMM MOSSEIRO

ESTAMOS A SEU DISPOSIÇÃO

Dr. Raposo Machado Corrêa
Ortopedista e Traumatologista
CRM: 26.1029

SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 5138 /2020

Admissão: 10/03/2020 18:49:57

OK

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 58764 - FERNANDA ALVES PEREIRA (27 a 7 m 28 d)

Nascimento: 13/07/1992 Natural: MOSSORÓ, BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: CPF: 09662397418

Prof:

Mãe: LUZIENE ALVES PEREIRA FERNANDES

Pai:

Logradouro: ANTONIO CARLO DE CARVALHO, 21

CEP: 59670000

Bairro: UPANEMA

Cidade: UPANEMA

Telefone: 84.99262471

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

*Empresa:

OBS:		Classificação:		PESO:					
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C. / Puleo	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PCT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO SIC. COLISÃO MOTO CARRO. QUEIXA DE DOR EM MMIS D'E ESQUERDO.

Dt e Hora:

Vítima de colisão moto - carro
 moto ciclista () não usava capacete.
 EGD, Cote, Expressa, não visto fiss.
 Refer, perda de consciência - inverte

Diagn. Inicial:

Assin:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
pós acidente.			
TF: Glasgow 15.			
Referir e informar ao Dr. Fábio D.R.			
Extravasado líquido pleural			
CD: Sobreposto Rx	HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA		
Parecer Dr. NCR	ESTÁ CONFORME O ORIGINAL		
	SAME MOSSORÓ		
	SAME / ARQUIVO		
① SCo, 9% 500 ml t/			
② Sf o, 3% 100 ml t/			
	- Lipídeo 26		
	- f. i. lat. / 40 mg		
	CV 20/16		
	Dr. Leandro Freire		
	Ortopedia e Traumatologia		
	Cirurgia de Orteles		
	CRM/RN 7439 TED 18086 RQE 3741		

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

CID

Proc.

Data:

/20. Hr:

Medico:

(Assinar e

*Gerado via SX por FRANCISCO KLEBER PINHEIRO MEDEIROS. Impresso em 10 de Março de 2020.
 (Assinar e
 Carregar)

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 08:24:37

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092208243675000000057981137

Número do documento: 20092208243675000000057981137



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Fernanda Myles De Freitas Idade: _____ N° Reg. _____

Serviço: Transtorno G. Enfº: 302 Leito: 04

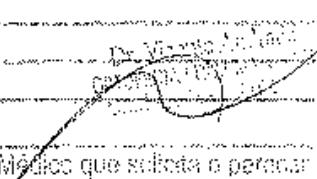
AO SERVIÇO: Ortopedia.

MOTIVO DA CONSULTA: (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo)

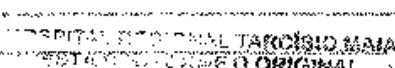
Serviço Risco Cirurgico

Si

Mossoró, 12 de 03 de 2020


Médico que solicita o parecer

PARECER:


HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SAME / ARQUIVO



Prontuário: 212418



SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **FERNANDA ALVES PEREIRA** (Fia: 1242/2020), CPF:09662397418.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 10 de Março de 2020.

Fernanda Alves Pereira
Paciente ou responsável

CCIH - HRTM

DATA 10/03/2020

Rofato

Assinatura

MOBILIZ. DR. VICENTE ANTONIO
SANTOS MOLINA - H.R.T.M.
DATA 10/03/2020
Rofato
Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAMM MОСГОРО

02/03/2020
SAMM / ARQUIVO



SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

CNES: 2503689

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **58764 FERNANDA ALVES PEREIRA**

Prontuário:

CNS: _____ Nascimento: 13/07/1992 Sexo: Feminino

Cor: PARDA

Mãe: LUZIENE ALVES PEREIRA FERNANDES

Pai:

Endereço: RUA ANTONIO CARLO DE CARVALHO, 21 - UPANEMA - UPANEMA

Fone: 99262471 /

Município: UPANEMA

Código Municipal IBGE: 241460 UF: RN CEP: 59670-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo: 371 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA EM MEMBROS INFERIORES

RADIOGRAFIA EVIDENCIANDO FRATURA FECHADA DE OSSOS DA Perna DIREITA E PECHADA DE PATELA

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RADIOGRAFIA E EXAME FÍSICO

0309010019

Diagnóstico e Procedimento Inicial:

S82.2 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA*4900030225 REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA / LESAO FISARIA DIST

*102.3**✓ 899*

Profissional Solicitante / Assitente:

PABLO ROMERO DA ESCÓSSIA PINHEIRO

CRM: 5924 / RN

Data da Solicitação: 10/03/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS) Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: _____ Nº do bilhete: _____ Série: _____ Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____ Acidente de Trabalho Trajetô CNPJ da Empresa: _____Vínculo com previdência: Empregado Empregador Autônomo Desempregado Aposentado Não Segurado**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador: _____ Orgão Emissor: _____ Nº Autorização da AIH: _____

Documento: CNS CPF nº _____

Data da Autorização: _____ / _____ / _____ Assinatura/Carimbo: _____

*HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAMÉ MOSSORÓ 11/03/2020
SAMÉ / ARQUIVO*

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 08:24:37

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092208243675000000057981137>

Número do documento: 20092208243675000000057981137

WILSON KUDALU

SANTO ANTONIO - MOSSÔBO/BN - 59611-010

CNPI: 35.650.324/2001-50

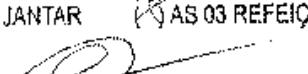
Atendimento	1226335
Data:	12/03/2020
Hora:	17:25

Nº AIIH

CABALLA

BOLETIM DE ADMISSÃO

454157 - FERNANDA ALVES PEREIRA

SOLTEIRO(A) - Sexo: FEMININO - 13/07/1992 - 27 A,7 M,30 D		CPF: 096.623.974-18	RG: 2850719																								
CNS: 708108878238510		Convênio: PARTICULAR - PLANO ÚNICO																									
Leito: 105-02		Enfermaria: 305-405 - ENFERMARIA <i>AC 1</i>																									
Endereço: RUA ANTONIO CARLOS DE CARVALHO, N° 21 - CEP: 59670-000		Bairro: PEIGA																									
Cidade: Cód.: 2414605 - UPANEMA/RN		Profissão:	Especialidade: ORTOPEDIA CIRÚRGICA																								
Pai:		Mãe: LUZIENNE ALVES PEREIRA FERENANDES																									
Naturalidade: MOSSORÓ		Caráter de Atendimento: ELETIVO																									
Responsável: LUZIENNE ALVES PEREIRA FERENANDES																											
Procedimento Solicitado: FRATURA DE TIBIA - SSZ - FRAT DA PERNAS INCL TORNOCÉLO																											
Diagnóstico Definitivo:		Acomodação:																									
Médico: 6320 - RAPHAEL MACHADO GONCALVES																											
Carteira: Validade: 30/12/1999 Autorizado: HOSPITAL WILSON ROSADO Autorização de REFEIÇÕES Senha: Guia: CONVÉNIO: <i>Particular</i> () DESJEJUM () ALMOÇO () JANTAR () AS 03 REFEIÇÕES  RESPONSÁVEL		Resultado <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Curado</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Removido</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>-48 Horas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Melhorado</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Pedido</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>+48 Horas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Inalterado</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Evasão</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Piorado</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Indisciplina</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Obito</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/>	Curado	<input type="checkbox"/>	Removido	<input type="checkbox"/>	-48 Horas	<input type="checkbox"/>	Melhorado	<input type="checkbox"/>	Pedido	<input type="checkbox"/>	+48 Horas	<input type="checkbox"/>	Inalterado	<input type="checkbox"/>	Evasão	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Piorado	<input type="checkbox"/>	Indisciplina	<input type="checkbox"/>	Obito
<input type="checkbox"/>	Curado	<input type="checkbox"/>	Removido	<input type="checkbox"/>	-48 Horas																						
<input type="checkbox"/>	Melhorado	<input type="checkbox"/>	Pedido	<input type="checkbox"/>	+48 Horas																						
<input type="checkbox"/>	Inalterado	<input type="checkbox"/>	Evasão	<input type="checkbox"/>																							
<input type="checkbox"/>	Piorado	<input type="checkbox"/>	Indisciplina	<input type="checkbox"/>	Obito																						
Transferido:																											

Diagnóstico Provável

Dr. Radhakrishna Jammalamadla
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6320

www.myschools.com

2024 RELEASE UNDER E.O. 14176



Eu, abaixo qualificado,

Responsável LUZIENNE ALVES PEREIRA FERENANDES	Parentesco MAE	
Paciente FERNANDA ALVES PEREIRA	Nascimento 13/07/1992	RG 2850719
Endereço RUA ANTONIO CARLOS DE CARVALHO	Lelto 105-02	Enfermaria 105 105 - ENFERMARIA

Ao final firmado (a) como responsável pelo(a) paciente retroqualificado(a) autorizo por esta a melhor forma de direito, a internação hospitalar do(a) referido paciente neste CARDIODIAGNÓSTICO LTDA, sediado a PEDRO VELHO, 250 de MOSSORÓ.

Esta autorização, representando minha livre expressa manifestação de vontade, inclui internação hospitalar, tratamento clínico ou cirúrgico, realização de exames e prova complementares, invasivas ou não, hemoterapia e tudo mais que se fizer necessário para o tratamento do(a) paciente.

Declaro para os devidos fins que, NO CASO DO PACIENTE POSSUIR CONVÊNIO MÉDICO, estou ciente de que para ter direito a cobertura do custo do tratamento, HÁ NECESSIDADE DE EXPRESSA AUTORIZAÇÃO da empresa (Convênio) PARTICULAR - PLANO ÚNICO

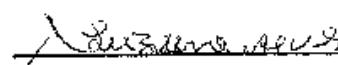
Declaro que, em caso de optar por acomodação de nível superior ao estipulado pelo convênio, assumo a diferença de acomodação e de honorários médicos conforme tabela AMB.

Declaro, ainda, estar ciente de que a ausência de autorização, SEJA QUAL FOR O MOTIVO, impede o hospital efetuar cobrança de quaisquer valores do convênio médico.

Assim, ASSUMO, PERANTE O HOSPITAL, TOTAL RESPONSABILIDADE PELO PAGAMENTO DAS DESPESAS DECORRENTES DO ATENDIMENTO MÉDICO FORNECIDO AO PACIENTE ACIMA CITADO, CASO O CONVÊNIO NÃO FORNEÇA A INDISPENSÁVEL AUTORIZAÇÃO, sendo certo que, nesta hipótese, os valores corresponderão aqueles praticados pelo próprio convênio em idêntica situação, ressaltando-se também o direito de solicitar a transferência do paciente caso seu estado de saúde o permita, arcando apenas com o custo do tratamento efetivamente fornecido.

Declaro para os devidos fins que, no caso do(a) paciente não possuir convênio, a internação se torna particular, aceito os valores da tabela particular praticada pelo Hospital, conforme cópia que me é apresentada neste ato. Concordo também que as contas serão fechadas e apresentadas a cada 3 (três) dias, e abatidas do valor pago antecipadamente, por ocasião da internação, sendo certo que quando a mesma atingir 70% (setenta por cento) do valor pago antecipadamente, farei novos pagamentos quaisquer forem necessários.

MOSSORÓ, 12 de março de 2020


LUZIENNE ALVES PEREIRA FERENANDES

Testemunha

Nome: _____

RG: _____

Testemunha

Nome: _____

RG: _____





Cardiodiagnóstico Ltda.
Hospital Wilson Rosado
Rua Pedro Velho, 250 – Fone (84) 3318-9000
CEP 59611-010 – Mossoró – RN

JO - 9

Autorização de Internação

Paciente: FERNANDA ALVES PEREIRA

Cirurgião: DR. RAPHAEL

Acomodação: ENFERMARIA Diária (s) 01 UTI: _____

Convênio: PARTICULAR Senha: _____

Data da Internação: 12/ 02/ 20

Data da Saída: 13/ 02/ 20 Hora: _____

Hora da Internação: ____ : ____ hs Hora da Cirurgia: ____ : ____ hs

OBS: NÃO INCLUI EXAMES

DR. RAPHAEL
CARIDIODIAGNÓSTICO LTDA.
CNPJ: 35.850.224/0001-61

PACOTE DE PROCEDIMENTOS:

- FRATURA DE TÍBIA
- _____
- _____
- _____

AUTORIZAÇÃO DE REFEIÇÃO PARA ACOMPANHANTE

DEJEJUM ALMOÇO JANTAR AS 03 REFEIÇÕES SEM FEEIÇÃO

Mossoró, 12 De MARÇO De 2020

Izabela Félix / Lívia Thais / Luan Carlos
Contas Particulares / Autorização (84) 3318-9006/9044





CAMI
CLÍNICA DA ANESTESIOLOGIA
DE ARACAJU/SE

Clínica de Anestesiologia de Mossoró Ltda.

FICHA DE ANESTESIA

NOME Fernanda Alves Pereira								DATA 12/02/01
SERVIÇO HU		ANESTESISTA Dr. Lúcio		CIRURGÃO Dr. Pedro				
IDADE 25	SEXO F	COR	RR. ART. 70	PULSO 60	TEMP. 36,5	ESTADO FÍSICO 1 2 3 4 5	PRÉ-ANESTÉSICO	
DIAGNÓSTICO								

OPERAÇÃO REALIZADA

INÍCIO	TERMINO	DURAÇÃO	ROTINA	EMERGÊNCIA	EXTRA
SpO ₂	70 73 75 78 79 78				Intubado
ETCO ₂					
HORA					
A					
G					
E					
N					
T					
E					
S					
CÓDIGO					
ANESTESIA X	220				
OPERAÇÃO (●)	200				
INTUBAÇÃO X					
ENDOTRAQUEAL	180				
	160				
PRES.	V	140			
SISTOL.	A	120			
PRES.	DISTOL.	100			
PULSO.	◆	60			
RESP.	-RA	60			
ASSIST.	-RE	40			
RESP.	-RC	20			
RESP.	CONTR.	0			
POSIÇÃO					
ABERTURAS					

TÉCNICA ANESTÉSICA: () INALATÓRIA; () ENDOVENOSA; () BALANCEADA; () SEDAÇÃO; ()

ANEST. GERAL: () INHALATORIA: () ENDOVEROSA: () BALANCEADA:

AGENTES, EMPREGADOS.

ACORDADO NÃO SALA DE RECUPERAÇÃO NÃO CONDIÇÕES P M P ÓBITO





HOSPITAL
WILSON ROSADO
CURATURA

Convênio: *Bradesco*
Paciente: *Programa Cidadão Saneado*
Data: 13/03/2020

1.	DIETA LIVRE	
2.	SF 0,9% 500ML EV DE 12/12H	12 24
3.	DIPIORNA 1G + ABD EV DE 6/6H	10 16
4.	TILATIL 40MG + 100ML SF 0,9% EV, 1X/DIA (suspenso)	SUSPENSO
5.	TRAMAL 50MG + 100ML SF 0,9% EV DE 8/8H, SE DOR	SN
6.	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H	10 16 22 04
7.	CURATIVO DIARIO	OK
8.	SSSVV + CCGG	Recomendado
09.	ALTA HOSPITALAR	OK
10.		
11.		
12.		
13.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		

EVOLUÇÃO MÉDICA

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6220

Paciente evolui em BEG, sem queixas.

FO em bom aspecto, neurovascular sem alteração.

Conduta: ALTA HOSPITALAR



Descrição dos procedimentos cirúrgicos

- ① Fixação com 2x1000 com parafuso
- ② Relevo articular + suporte com alicates
- ③ Relevo com limpeza fino para alicate
- ④ Limpeza da ferida
- ⑤ Limpeza da ferida
- ⑥ Relevo com parafuso fino
- ⑦ Fixação com ferro 1,5 mm com 3x1000 com parafuso
- ⑧ Limpeza
- ⑨ Sutura de ferida + curativo

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedista e Traumatologista
CRM/RN 6320





HOSPITAL
WILSON ROSADO

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA.

Rua Pedro Velho, 250 - Sto. Antônio - Mossoró/RN
CEP: 59611-010 - Fone: (84) 3318.9000
CNPJ: 36.650.324/0001-50

EDISTIM DE SALA

DO - P - 010

Paciente: Fernanda Alves Pereira N° Reg.: _____

Convenio: Pern.

Cirurgia Realizada: _____

Data da Cirurgia: _____

Início: 21:00

Término: 02:30

MATERIAIS		MATERIAIS	
Abocath N°		Gorros Desc.	07 Unid.
Algodão Ortopédico cm		Látex	01 Unid.
Aguila Descartável N°	5/0 x 10 cm	Lâmina de Bisturi N° 11	01 Unid.
Ag. Raque	01 Unid.	Lâmina de Bisturi N°	
Ag. Peridural	40 x 10	Luva Estéril N° 6.0	01 Unid.
Ag. Sutura Curva	15x0.7	Luva Estéril N° 6.5	01 Unid.
Atadura Gessada cm	200cm	Luva Estéril N° 7.0	01 Unid.
Atadura Crepom cm		Luva Estéril N° 7.5	01 Unid.
Atadura Crepom cm		Luva Estéril N° 8.0	01 Unid.
Azul de Metileno ml		Luva Estéril N° 8.5	
Bolas de Algodão		Luva de Procedimento	01 Unid.
Bolsa para Colostomia		Máscara Desc.	01 Unid.
Capa para Vídeo		Microponte cm	
Capa Microscópico		Multi Vias	
Cateter para Oxigênio		Óleo Dersane ml	
Cateter Acesso Central		Perfusor 7	
Cateter Peridural		Pinalt	
Cera Óssea		Propós	01 Unid.
Compressas 05 und	05 Unid.	Pomada Kolagenase G	
Coletor de Urina Aberto		Saco Estéril	
Coletor de Urina Fechado		Scalp	
Cotonóides g.		Seringa 1 ml	
Clip Cirúrgico		Seringa 3 ml	
Dreno Tórax		Seringa 5 ml	01 Unid.
Dreno Penrose N°		Seringa 10 ml	01 Unid.
Dreno Portovak N°		Seringa 20 ml	01 Unid.
Escovas com PVPI	01 Unid.	Seringa 60 ml	
Equipo para Soro		Sonda Endotraqueal N°	
Equipo BIC		Sonda Nasogástrica N°	
Equipo p/ Hemocomponente		Sonda Vesical Netalon N°	
Equipo Fotossensível		Sonda Vesical Foley 02 Vias N°	
Eletrodo Desc.	05 Unid.	Sonda Vesical Foley 03 Vias N°	
Esparadrapo		Sugicel	
Extensor de Equipo		Tela de Prolípropileno	
Faixa de Smarch cm		Tubos de Ventilação	
Frasco p/ Biópsia		Verde Brilhante	
Gases 10 und	05 Unid.	Xilocalhna Gel	
Gel Foan		Xilocalhna Spray	
Gel para Eletrodo	01 Unid.	Traqueostomo	
MEDICAMENTOS		MEDICAMENTOS	
ABD 10 ml	03000	Dormonid	
ABD 1000 ml		Decadron	01000
Adrenalina		Dipirona	00100
Atracúrio		Dramin	
Atropina	03000	Efedrin	01000
Aturgyl Colírio		Efortil	
Cafelolina 1%	01000	Efedrina	



MEDICAMENTOS		SOLUÇÕES ANTI-SÉPTICAS	
Etomidato		Água oxigenada	
Fentanil		Álcool a 70% ml	
Ipsilon	10ml	Clorexidine alcoólica 0,5 ml	100ml
Narciso	10ml	Clorexidine aquosa ml	20ml
Neocaina Pesada	10ml	Clorexidine desgermante ml	
Neocaina 0,50% c/ Adren.	10ml	Éter ml	150ml
Novabupi c/ Adren.		Formol líquido ml	
Nimbium		PVPI alcoólico ml	
Ondasterona		PVPI desgermante ml	
Pavulon		PVPI tópico ml	
Plasil			
Profenid		FIOS	
Prostiguimino		Acifex	
Propofol		Algodão	
Quelicim		Algodão	
Rop		Catgut Cromado	
Sufentalina		Catgut Cromado	
SF 0,9% 250 ml		Catgut Simples	
SF 0,9% 500 ml		Catgut Simples	
SF 0,9% 1000 ml		Caprofyl	
SG 5% 250 ml		Ethibond	
SG 5% 500 ml		Ethibond	
SRS 500 ml		Fita Cardíaca	
SRL 500 ml		Monocryl	
Sterli Drape		Monocryl	
Tilatil		Mononylon	100m
Thiopental	10ml	Mononylon	
Transamim	10ml	Mononylon	
Tissuol		Mononylon	
Vacuren		Prolene	
Xilocaína 2% S/V		Prolene	
Xilocaína C/V		Vicryl	100m
ANESTÉSICOS INALATÓRIO		TAXAS DE APARELHO	
Enflurane ml		Aspirador de Parede	
Halotano ml		Bisturi Elétrico	
Isoflurano ml		Craniótomo	1200
Servorane ml		Dril	
GASES		Intensificador de Imagens	
Ar Comprimido		Lipoaspirador	100m
Co2		Microscópio	
Oxigênio	100ml	Monitor Cardíaco	
Nitrogênio	100ml	Oxímetro de Pulso	100m
ALTO CUSTO		Oxicapinógrafo	
		Respirador	
		Serra Elétrica	
		Sistema de Vídeo	
		Motor Ortopédico	
Obs. Enf.:			
Visto Enfermeiro:		Erica Juliana Silva Azevedo CORE/SP/001/27.655-TE	





HOSPITAL
WILSON ROSADO

Evolução e Prescrição Médica

Nome: Juarez, L. P. Idade: 10
 Reg. Geral: 1031 Convênio: Unidade/Leito: 103-1
 Clínica: Neuro Data: 21/09/20

Evolução Médica

Ex. Ponto de ferida não é de ferida.
Ex. Exames: ECG, Fazendo bem e normal.
Q. Vira + lax

Prescrição Médica	Aprazamento
<u>1) Clorotetraxina 100 mg 1x dia</u>	<u>OK</u>
<u>2) Sip. 3x. 100 mg 1x dia</u>	<u>Dr. Raphael Machado Gonçalves Ortopedia e Traumatologia CRM/MA 6320</u>
<u>3) Cefalotina 1g + 100 mg 1x dia</u>	<u>10/10</u>
<u>4) Cefixima 40 mg 1x dia</u>	<u>OK</u>
<u>5) Sulfato 100 mg + 100 mg 1x dia</u>	<u>OK</u>
<u>6) Paracetamol 1000 mg + 200 mg 1x dia</u>	<u>OK</u>
<u>7) In 318ms (diluado 10x)</u>	<u>OK</u>
<u>8) Tetracida 200 mg + 100 mg 1x dia</u>	<u>OK</u>
<u>9) Metronidazol 200 mg + 100 mg 1x dia</u>	<u>OK</u>
<u>10) Clorazol 40 mg + 100 mg 1x dia</u>	<u>OK</u>

Medicação administrada por:

M DR LIVIA + CRG/MA

N Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/MA 6320





Paciente: Jeronimo Jose Ferreira
Idade: _____ Data: 27/03/20
Convênio: Brasília

Relatório de Cirurgia

1. Cirurgia Principal:	<u>Intervenção para descompressão da articulação do pulso</u>		
2. Cirurgia Secundária:	_____		
3. Cirurgião:	<u>Dr. Wilson Rosado</u>	CRM:	_____
1º Auxiliar:	<u>Dr. Wilson Rosado</u>	CRM:	_____
2º Auxiliar:	_____	CRM:	_____
Enfermeiro(a):	_____	COREN:	_____
4. Anestesista:	<u>Dr. Wilson Rosado</u>	CRM:	_____
5. Instrumentador:	<u>Enfermeiro(a)</u>	COREN:	_____

6. Tecido removidos:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Especificar: _____
7. Anátomo Patológico:	<input checked="" type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/> Sim
Laudo:	<input type="checkbox"/> Maligno	<input type="checkbox"/> Benigno	Dr. _____
8. Classificação da Cirurgia:	<input checked="" type="checkbox"/> Limpa	<input type="checkbox"/> Contaminada	<input type="checkbox"/> Potencialmente contaminada
	<input type="checkbox"/> Contaminada	<input type="checkbox"/> Infectada	<input type="checkbox"/> Infectada
9. Contaminação Intra-operatória:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	_____
10. Programação:	<input checked="" type="checkbox"/> Efetiva	<input type="checkbox"/> Urgência	<input type="checkbox"/> Emergência
11. Trauma:	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	Data: _____ / _____ / _____ Hora: _____
12. Infecção atual em outro Sistema:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Tipo: _____
13. Drenos:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Tipo: _____
14. Prótese (s):	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Tipo: _____
15. Descrição do procedimento cirúrgico no verso	_____		

Assinatura Cirurgião:	_____		
Data:	<u>27/03/20</u>		
Para anestesia local, informar:	_____		
Hora do Início do procedimento:	_____	:	Horário término do procedimento: _____

Dr. Raphael Mariano Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 01.01.01



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - CÓD. RENAVAM - R.N.I.H.C. - EXERCÍCIO
1 00960111891 ***** 2019

NOME
ANTONIO SERGINALDO FREITAS MARQUES

CPF / CNPJ - PLACA
062.492.164-64 MYR8733

PLA04 ANI /UE MYR8733 /RN CHASSI 9C2JC30708R159931

ESPECIE / TIPO PASSAGEIRO / MOTOCICLETA / NÃO APLICÁVEL COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / CG 125 FAN

CAF / POI / CIL. 0CV / 124 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA R\$ 0,00	VENTO COTA ÚNICA 11/04/2019	1º ISENTO
FAIXA I.PVA 0028113K	PARCELAMENTO / COTAS R\$ *****	2º ISENTO
		3º ISENTO

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) - IGF (R\$) - PRÉMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
*** LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES
ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 45.441.789/0001-54
ADMINISTRADORA DE CONSORCIO NACIONAL HONDA LTDA
MOTOR: JC30E78159931

UF/ANOME / RN
Ceará - Universo da Silva
Concessionária de Veículos de Veículos
correio.com.br / RN

DATA
15/07/2019

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN N° 014528984802 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

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 0900 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 15/07/2019

VIA 1 CPF / CNPJ 062.492.164-64 PLACA MYR8733

RENAVAM 00960111891 MARCA / MODELO HONDA / CG 125 FAN

ANO FAB. 2008 DATA INI. 9 N.º CIPASSI 9C2JC30708R159931

PRÉMIO TARIFÁRIO RENAVAM (R\$) 0,00 O XO REGISTRO (R\$) 0,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) IGF (R\$) TOTAL DA PREMIAÇÃO (R\$) 0,00

PAGAMENTO PARCELADO DATA PÉ OUTRAÇÃO

COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200209477 **Cidade:** Upanema **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDA ALVES PEREIRA **Data do acidente:** 10/03/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TIBIA DIREITA.
FRATURA DE PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TIBIA E CONSERVADOR DAS DEMAIS LESÕES. ALTA MÉDICA.
(P1,10,13,14,15,17,22,25,27,28)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200209477 **Cidade:** Upanema **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDA ALVES PEREIRA **Data do acidente:** 10/03/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TIBIA DIREITA.
FRATURA DE PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TIBIA E CONSERVADOR DAS DEMAIS LESÕES. ALTA MÉDICA.
(P1,10,13,14,15,17,22,25,27,28)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Fernanda Alves Pereira, brasileiro (a),
Estado civil: solteira, Profissão: Agricultor, Data do Acidente: 10.03.20
Cobertura: Impedida, Portador (a) do RG: 2850479, Órgão Expedidor:
SSP RN e do CPF: 096.623.944-18, residente no(a) R: Antônio Carlos
de carvalho, nº 21
Bairro: Pejões, Município: Ipomema, RN

OUTORGADO:

Nome: Antônio de Sinaldo Freitas Marques, brasileiro (a),
Estado Civil: solteiro, Profissão: Agricultor,
Portador (a) do RG: 2308686, Órgão Expedidor: Tjup RN
E do CPF: 069.499.364-64, residente no(a)
R: Antônio Carlos de carvalho, nº 21
Bairro: Pejões, Município: Ipomema, RN

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber Correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro DPVAT, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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



Ipomema, RN 29/04/20

Local e data

Fernanda Alves Pereira

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

Serviço Único Notarial e Registratário
Avenida Antônio Vitorino, 99, Centro, CEP 59670-000
(84) 3325-0249

Reconhecimento por AUTENTICIDADE a(s) firma(s)
de:
FERNANDA ALVES PEREIRA

Selo Digital: RN2020050854710001713AUK

Código: 1 Autenticidade em <http://tjup.tjrn.jus.br>
Upanema/RN 29/04/2020 13:23
Lívia Karina Freitas da Silva
Emissor: Ofício Único de Upanema-RN
Emissor: Ofício Único de Upanema-RN
AB01758

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0162632/20

Vítima: FERNANDA ALVES PEREIRA

CPF: 096.623.974-18

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/03/2020

CPF de: Próprio
Titular do CPF: FERNANDA ALVES PEREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ANTONIO SERGINALDO FREITAS MARQUES : 062.492.164-64

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

FERNANDA ALVES PEREIRA : 096.623.974-18

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/06/2020
Nome: ANTONIO SERGINALDO FREITAS MARQUES
CPF: 062.492.164-64

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/06/2020
Nome: GERCA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

ANTONIO SERGINALDO FREITAS MARQUES

GERCA LOURENCO DA SILVA



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 08:24:37
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092208243675000000057981137>
Número do documento: 20092208243675000000057981137

Num. 60427256 - Pág. 48