

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIELE TEIXEIRA DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05876-9

CONTA: 000000015669-8

Nr. Autenticação

BRABESCO1007202005000000000023705876000000015669472500 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200234480 **Cidade:** Caiçara do Rio do Vento **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIELE TEIXEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 17/01/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ACETÁBULO ESQUERDO. P14
FRATURA DO RAMO ISQUIOPÚBICO À DIREITA. P20
FRATURA EXPOSTA DA PATELA ESQUERDA COM EXTENSA LESÃO DE PARTES MOLES. P4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P9/18
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO.

**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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200234480

Vítima: DANIELE TEIXEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 17/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDRIELLE KAROLAINÉ DO NASCIMENTO BARROS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIELE TEIXEIRA DA SILVA

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\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: DANIELE TEIXEIRA DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 000005876-9

Conta: 0000015669-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 3073 /2020
Admissão: 17/01/2020 14:34:11

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 160523 - DANIELLY TEIXEIRA DA SILVA (28 a 6 m 2 d)

Nascimento: 15/07/1991 Natural: JOAO CAMARA.BRASIL

CNS:

CPF:

Prof:

Sexo: F Cor: PARDA

Mãe: LINDALVA BEZERRA DA SILVA

Pai:

Logradouro: MANOEL COIMBRA, 1

CEP: 59550000

Bairro: CENTRO

Cidade: JOAO CAMARA

Telefone: 84 996158005

Compl: PACIENTE NAO PORTA DOCUMENTOS

Motivo: CARRO X CARRO

Origem: AMBUL. INTERIOR

Tipo: REFERENCIAL

Empresa:

Discriminador:

Classificação: 17/01/2020 14:29:40

Fluxograma:

OBS:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	PO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISAO CARRO/CARRO COM NA COXA ESQUERDA

Hora:

Paciente vítima de colisão carro-carro - W⁺ 1430. Alto impacto. Queixa de dor na perna esquerda e fêmur. 2º do membro em fratura simples e fechada. Nega dor torácica.

ULTRA

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

DATA: 17/01/2020 HORA: 14:30

Tipo de Exame: US DPT - 102

- A Vin sem ferir color s/ curvaturas
B Músculos sim. h/nto intacto
C Per. LT 3nt. PA dolor: 7x40; não flexão.
D Gânglios 14 s/ dpt motor.
E Ferimento em perna (E) + Edema fêmur (E).

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Anal. físico, fôcais, dpt, dgo doloroso des. ligamento. Per. intacto.

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por FRANCISCO DE ASSIS DE ABITO Impresso em 17 de Janeiro de 2020

FIAT EXPOSTA JOECHA
FEMUR ACETABULO, TACUS

Realizado em: 17/01/2020
Técnico: [assinatura]

A
B
C
D
E

A(ALERGIAS)

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

Rx de fêmur R.
Rx de CAXA @ AP/imp.
Rx de pelvis @ AP/imp.
Rx de fêmur @ AP/imp.

CONDUTA PRIMÁRIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

Rx de tornozelo e pé @ AP/imp.

tc de crânio, tórax e abdome.

Exames S.O.D.

- Tórax em S.O.D. Agor

- tc de tórax S/realização de laudo
ou função tórax.

- tc de abdome: S/realização de laudo ou função tórax. Afecção

- R. e função de fêmur @

- dissecção fêm. S.O.D.

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Ht + Cs

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Dr. Getúlio Marinho
Cirurgião Geral
CRM PE: 26535
CRM RN: 7331

Dr. Getúlio Marinho
Cirurgião Geral
CRM PE: 26535
CRM RN: 7331

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

NCR

ESPECIALISTA 2

BNT

ESPECIALISTA 3

At. de fêmur

Dr. Getúlio Marinho
Cirurgião Geral
CRM PE: 26535
CRM RN: 7331

DATA: 17/01/20

DATA: 17/01/20

DATA: 17/01/20

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA / / HORA

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

OBITO: DATA / / HORA

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

ANAMNESE

NS
Colina - com x com
ECC. 15, 1015 / de f. 1. f. 1
TCC / evidencia de p. 1. 1
p. 1. 1

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Red LIBERADA S/ NC

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

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Dr. Vladimir de Oliveira Melo
Neurocirurgião
CRM/RN 8566

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Oftos se abrem espontaneamente.	4
Oftos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3.)	3
Oftos se abrem por estímulo doloroso	2
Oftos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
(Clareza) (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, data, e por aí vai.)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala aleatória, mas sem traço conversacional.)	3
Som ininteligível. (Gemer com articulação palmar.)	2
Suspiro.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordem verbal. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Resposta inespecífica a dor.	4
Padrão flexo à dor (Desorientação).	3
Padrão extensor à dor (Desorientação).	2
Sem resposta motora.	1

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS		
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO	
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15	= 4
	9-12	= 3
	8-8	= 2
	4-5	= 1
	3	= 0
FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA	19-29	= 4
	>30	= 3
	8-18	= 2
	1-5	= 1
	0	= 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90	= 4
	70-89	= 3
	50-59	= 2
	1-49	= 1
	0	= 0

"Escala de Trauma Revisada (RT): É um índice de subavaliação para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.J. Copes, et al; A revision of the Trauma score. J. Trauma 29(5) 624, 1989.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE
(ATLS 2005)*

03 - 08=grave (necessidade de intubação imediata);
09- 13= moderado;
14-15=leve

* **Reference:** TEASDALE G, JENNET B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet* 1974;2:81-84

— A escola proposta aplica-se a docentes conscientes e que colaborarem com idade superior a 3 anos. Na Escola Qualitative sublinha-se no mesmo que classifique a intensidade de sua dor de acordo com os seguintes adjectivos:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intense	PI Pos
0	1	2	3	4

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2: DANIELLY DE SOUZA M SILVA #201 14/05/2020

ANAMNESE

paciente 28a, acidente de carro.
Apresenta que estava com um corte de superfície
no punho, houve perda de movimento do carpo.

EXAME FÍSICO no momento: EF=55, membros superiores e inferiores, movimentando bem os membros, pupila de 3mm, reage a luz, sem déficit de sensibilidade.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA Poliomiosite Focal (EM) PNEUMONIA e FEM

EXAMES COMPLEMENTARES: RADIOLOGIA E IMAGEM****

Re como
Rafael
Rafael Ferreira Amador
Neurocirurgia
CRM/RN 7238

LABORATÓRIO

SAEIA + NEUMONIA, TÁLUS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

em e contra

INTERNAÇÃO Hospital

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: ONCOLOGIA

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. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAÇÃO 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. ☐

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou

CNES: 2653923
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **160523 DANIELLY TEIXEIRA DA SILVA**
CNS: Nascimento: 15/07/1991 Sexo: Feminino Prontuário:
Mãe: LINDALVA BEZERRA DA SILVA Pai: Cor: PARDA
Endereço: RUA MANOEL COIMBRA, 1 - CENTRO - JOAO CAMARA Fone: 996158005 /
Município: JOAO CAMARA Código Municipal IBGE: 240580 UF: RN CEP: 59550-000

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 2087 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO CARRO X CARRO COM TRAUMA EM JOELHO ESQUERDO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
PROCEDIMENTO CIRURGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RX E EXAME FISICO



Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.0 FRATURA DA ROTULA [PATELA]*408050527. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXACAO INT

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

NÃO SE APLICA;3

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão

☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS

CRM: 4781 / RN

Data da Solicitação 17/01/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____ Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

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

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 597 /2020

Prontuário: 1193080

Paciente: 160523 - DANIELLY TEIXEIRA DA SILVA

Cartão SUS:

CPF:

Dt Nasc: 15/07/1991

Idade: 28 anos 6 meses 2 dias

Sexo: F

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: LINDALVA BEZERRA DA SILVA

Nome do pai:

Rua/Av: MANOEL COIMBRA

Nº: 1

Complemento: PACIENTE NAO PORTA DOCUMENTOS

Bairro: CENTRO

CEP: 59550000

Cidade: JOAO CAMARA

Telefone: 84 996158005 84 996158005

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1003

Responsável: DANIELLY TEIXEIRA DA SILVA -

Usuário: FRANCISCO DE ASSIS DE BRITO

Admissão: 17/01/2020 16:15:34

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.0 - FRATURA DA ROTULA [PATELA]
408050527 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

Pelotização

RESUMO DE ALTA

Paciente pelotizada, com fratura
aberta S/ devida a (E) + fratura
exposta de patela com perda de substância
pelo defeito + fratura de tíbia
exposta

Alta em 7º de janeiro

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 01/07/20

MAT. Nº. 184873

SAME

ASSINATURA

Dr. Orlando C. de Lora Jr.
CRM 1193080 - ROR
ROR 7025 - TEL 1193080

NATAL, 17 de Janeiro de 2020.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Danielly Teixeira da Silva

DATA DE NASCIMENTO: 15/07/1991 IDADE: 28 anos

REGISTRO: 1193080

DATA DE ADMISSÃO: 17/01/2020 HORA: 19:30

ADMISSÃO DO PACIENTE:

CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Ortopedia

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

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

INCONSCIENTE: ()

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

SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE (x) 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: _____

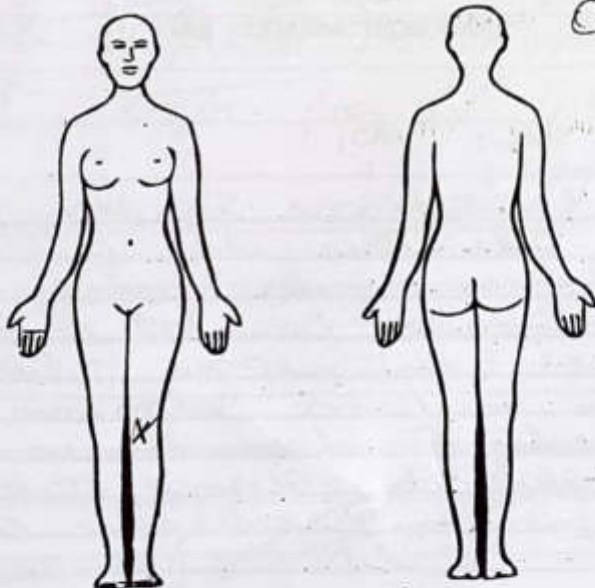
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM (x) NÃO ()

OBSERVAÇÃO: Rx

ÁREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____

ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____

OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



OBS. Paciente serenamente

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 01/07/20
MAT. Nº 152873
SAME
G
ASSINATURA

INSTRUMENTADO: Comanville JALECO Nº _____ ACESSO CENTRAL: _____

CIRCULANTE: Francisco

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

OBS: _____

ANESTESISTA: Deisele

INÍCIO DE ANESTESIA: 20:10

TÉRMINO DE ANESTESIA: 21:45

ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: Oxacilina 2g, gentamicina 20mg, flagyl 500mg

HORA: 20:10

INICIO DE CIRURGIA: 20:35

CIRURGIÃO: Dr. Cascalow

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

TIPO DE CIRURGIA: Tratamento cirúrgico de fratura exposta de
joelho e limpeza + desbridamento

TÉRMINO DE CIRURGIA: 21:00

SONDAGEM VESICAL: SIM () NÃO (X)

Nº DA SONDA:

SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (X)

Nº DA SONDA:

EXAMES LABORATORIAIS: SIM (X) NÃO ()

RX:

SIM ()

NÃO (X)

RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO (X)

TIPO:

RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO (X)

TIPO:

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO ()

FEITO FICHA: SIM ()

NÃO (X)

MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO (X)

ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO SIM ()

NÃO (X)

FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM () NÃO ()

DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO ()

COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM () NÃO (X)

QUANTIDADE:

GAZES CONFERIDAS: SIM () NÃO (X)

QUANTIDADE:

CAIXA CIRÚRGICA: Citopeda delicada

COMPLETA: SIM (X) NÃO ()

OBS.:

ÓBITO: SIM () NÃO (X)

HORA:

REALIZADO RCP: SIM ()

NÃO (X)

RESPONSÁVEL PELA RCP:

PACIENTE ENCAMINHADO: CRO (X) UTI () ALTA ()

EM AR AMBIENTE: SIM (X) NÃO ()

TRAQUEOSTOMIZADO: SIM ()

NÃO (X)

ENTUBADO: SIM () NÃO (X)

PREENCHIDO AIH: SIM (X) NÃO ()

FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM (X) NÃO ()

FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM (X) NÃO ()

OBSERVAÇÕES: Paciente admitida na S.O. em H.V.P.,
monitorizada com oxímetro de pulso +
PNT + cardiopneumografia, realizada indução
para anestesia geral, intubada com tubo N. 7.0,
realizado desbridamento + antiseptismo + colocação
de curativos operatórios. 20:10 h. Administração
medicação pela anestesiologista dexatensina 10mg,
ketamina 2mg, Compens B 10mg, morfina
2mg e.v. Procedimento realizado sem
intubação, feito curativo + colocação
de gesso. Paciente encaminhada para S.O. em H.V.P.
21:40 h. Administração de oxigênio 2g e.v.

Assinatura do (a) Enfermeiro(a)

Assinatura do Circulante

Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



VERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

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

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Vanuilly Linsuak de Silva Reg. NºDiagnóstico pré-operatório: Fratura de tíbia com lesão de fíbula e joelhoIndicação terapêutica: LTC + drenagem Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: 17/01/2020 Início: Término: Duração:Operador: B. Oualda Linsuak CRM/CRO:

1º Auxiliar: CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador: CRM/CRO:

Anestesista: Dr. Linsuak CRM/CRO:

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 01/10/20
MAT. Nº: 15263
SAME
CF
ASSINATURA

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- 1) Incisão de curativo dorsal pelo freio
- 2) Anestesia + aspiração
- 3) Lavagem extensiva com SF 0,9% (10L)
- 4) Drenagem + sutura de tecido conectivo
- 5) Lavagem com SF 0,9%
- 6) Sutura de pele
- 7) Curativo + talco com pedicelo

Dr. Osvaldo C. de Linsuak
CRM-PB 7224 - TEL 31-11876

Obs: Paciente com 8 h de evolução de fratura exposta
com alto grau de contaminação

04.13.04.017-8 (3) 581.0 (744, 69)

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

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



FICHA DE ANESTESIA

Paciente: DANIELLY TEIXEIRA DA SILVA ASA: IE
Idade: 28 Sexo: F Registro: 1193080
Diagnóstico: Trauma MLE Data: 17/01/2020
Cirurgia Realizada: Limpeza + Desbridamento de fratura exposta
Cirurgião: Oswaldo Auxiliar: Ø
Anestesiologista: Priscila Enfermagem: Francil. + Manu ferra Verg
História Clínica Admissional: Admitida HUWG às 14:34, trauma grave às 13h.
Fratura exposta Joelho E, fratura bacia/bulco E, sonolenta. Hipotensão
Arterial e pérvio. Nega alergias/comorbidades

Técnica Anestésica: ANESTESIA GERAL BALANÇADA (EX+IN)
Indução sequencial rápida, sem intubação. TCR +0.
Remoção de I. Por Peep 4 + FiO2 0.40 PC 18 DP 10. Ventilador
calibrado para teóflurano. Não há filtro bact. Ocultar Ad.

S+Ar
AMSD
SpO2
ETCO2
MSD



ECG
PANI
SpO2
ETCO2

200
175
150
125
100
75
50
25



HV
SFO2/500ml
SRL 500ml

Início: X 20:10 Ø 20:35 Término: Ø 21:00 X 21:45

Anestésicos Utilizados:

- Do {
1. OXALICINA 2g ex — 4 FR
 2. ROCURÔNIO 15mg ex — 1 FR
 3. GENTAMICINA 240mg ex — 3 AMP
 4. DEXAMETASONA 10mg ex — 1 amp
 5. FENTANIL 250mcg ex — 1 FR
 6. VIT C 2g ex — 4 amp
 7. LIDO 100mg ex — 1 amp
 8. Campl. B 1 amp ex
 9. Propofol 100mg ex — 1 FR
 10. MORFINA 1mg ex + 1mg 1 amp / 2mg
 11. ETOMIDATO 5mg ex — 1 AMP
 12. DIPIRONA 2g ex — 2 amp
 13. Enclacin 100mg ex — 1 amp
 14. _____

Encaminhamento: colhidas hemograma coagulograma e eletrólitos
AUS + Extubação. A SPPA aldieste 17/01/2020 9/10.

Dra. Priscila Mesquita
Anestesiologista
CRM RN 6792

Assinatura do Anestesiologista - CRM

102 9469 3998 SUS 701 1030 1661 2210 600



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 26

NOME: Danielle Lixiane da Silva
IDADE: 15/11/1991 COR: 1 SEXO: F ESTADO CIVIL: Solteira
NATURALIDADE: Natal RN PROFISSÃO: Do lar PROCEDÊNCIA: DTT
ENDEREÇO: Unipar Com. Br. BAIRRO: Centro
CIDADE: João Câmara DATA: 2/2/2020 HORA: 18:35

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

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

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

TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)
Tamam Fx M/G

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL
Fx Patras
Fx A. Comiss.
Fx T.M.G.

HRDML / SESAP
CONFERIR C/ O ORIGINAL
Parnamirim-RN, 20/02/2020
Mat. 96944

fevereiro



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

0- DATA	1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2- CNES
03/02/2020	HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA	3515168
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4- CNES
HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA		3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE	6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO		
DANIELE TEIXEIRA DA SILVA	168751		
7- CARTÃO NACIONAL SUS	8- DATA DE NASCIMENTO	9- SEXO	10- RAÇA/COR
701 1030 1461 2210	095111224-46	15/11/1991	FEMININO
11- NOME DA MÃE	12- TELEFONE DE CONTATO		
LINDALVA BEZERRA DA SILVA	90615-9001		
13- NOME DO RESPONSÁVEL	14- TELEFONE DE CONTATO		
ELOUIZE JORDANA PAIVA DA SILVA (CUNHADA)			
15- ENDEREÇO (RUA, Nº)			
RUA MIGUEL SEABRA, 75			
16- MUNICÍPIO	17- BAIRRO	18- UF	19- CEP
JOAO CAMARA	CENTRO	RN	59550-000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Reclamação sobre trauma no MIE.
Dor + limitação funcional

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Guia interna

22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

Fisioterapia + Rx

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

FRATURA PATELA E

FRATURA QUADRIL E

Procedimento Solicitado

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

SCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TTT CIRURGICO

29- CLÍNICA	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31- DOCUMENTO	32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
-------------	---------------------------	---------------	--

Ortopedia

() CNS () CPF

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34- DATA DA SOLICITAÇÃO	35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
---	-------------------------	---

Dr. Dielma Carlos de

Ortopedia - Traumatologia

CRM 2795

CREMEP 5471

36- () ADL TRABALHO TRAJETO

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

38- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO RILHETE

41- SER.F

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNPJ DA EMPRESA

44- CBOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

HRDML / SESAP

CONFERIR COM ORIGINAL

Panamirim-RN, 20/02/2020

Mat. 96921-4

EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

CONDUTA

Intomagens
Aspirar

Dr. André C. Marques
Cirurgia e Traumatologia
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia e Traumatologia

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____
HORA ____ HS	<i>Ortopedia</i>	HORA ____
		PARA ____

RETIROU-SE POR

DECISÃO MÉDICA ☐

A REVELIA ☐

DATA ____/____/____

HORA ____

ÓBITO ____/____/____

HORA ____

ENTREGUE

A FAMÍLIA ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA ORTOPEDIA		REGULAÇÃO WALFREDO GURGEL		OBS
ENFERMARIA Nº	LEITO			PRONTUÁRIO 168751
DATA 03/02/2020	HORA 9:51	CATEGORIA		GIN
PACIENTE DANIELE TEIXEIRA DA SILVA				DATA DE NASCIMENTO 15/11/1991
ESTADO CIVIL SOLTEIRO		PROFISSÃO DO LAR		
ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA MIGUEL SEABRA, 75				
MUNICÍPIO JOAO CAMARA	BAIRRO CENTRO	UF RN	CEP 59550-000	
LOCAL DE TRABALHO				TELEFONE
FELIAÇÃO LINDALVA BEZERRA DA SILVA DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA				
RESPONSÁVEL ELOUIZE JORDANA PAIVA DA SILVA (CUNHADA)				TELEFONE 99615-9001
ENDEREÇO 095111224-44				

DIAGNOSTICO PROVISORIO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

Fratura Acetabulo e + Fratura Pelve E

DATA DE ADMISSAO

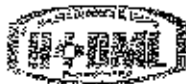
ALTA 12/02/20

OBITO

HISTORIA CLINICA

Dr. Dielma Carlos de A.
Especialista em Traumatologia
CRM RN 2785
R. 111 - Sala 71

HRDML / SESAP
CONFERIDO ORIGINAL
Paranaíba, RN, 26/06/2020
Mat. 96921-4



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:
() Hemocentrado _____ Unid. () Plasma _____ Unid. () Plaquetas _____ Unid.
() Albumina _____ Unid. () Expansor plasmático _____ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

h:	h:	h:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

HIDRATAÇÃO VENOSA
() Soro Fisiológico: _____ ml () Soro Ringer Simples: _____ ml
() Soro Glicosado: _____ ml () Soro Ringer Lactato: _____ ml

Quantidade total de volume administrado: _____

ANATOMO PATOLÓGICO
() Não () Sim Peça: _____
Sivas para cultura: _____
Peça para sepultamento: () Não () Sim
Líquido: _____

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES
FO de aspecto: () Limpo () c/exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Talas () Outros: _____
INTERCORRÊNCIAS: S/intercorrências.

Ass: Coren Coren: 118642

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO
Nível de consciência: () Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () O₂ ambiente Curativo: () Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro: _____
Diurese: () Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: UTI

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO
Hor: 18:55 Data: 10.02.2020
Nível de consciência: () Acordado () Sonolento () Narcose () Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Cateter O₂ () O₂ Ambiente
Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não () Sim Tipo: _____ Local: _____ 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 () Sujo Monitorização: () ECG () Oxímetro () PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexigoma () Alteração PA () Alteração FC
Relate: _____

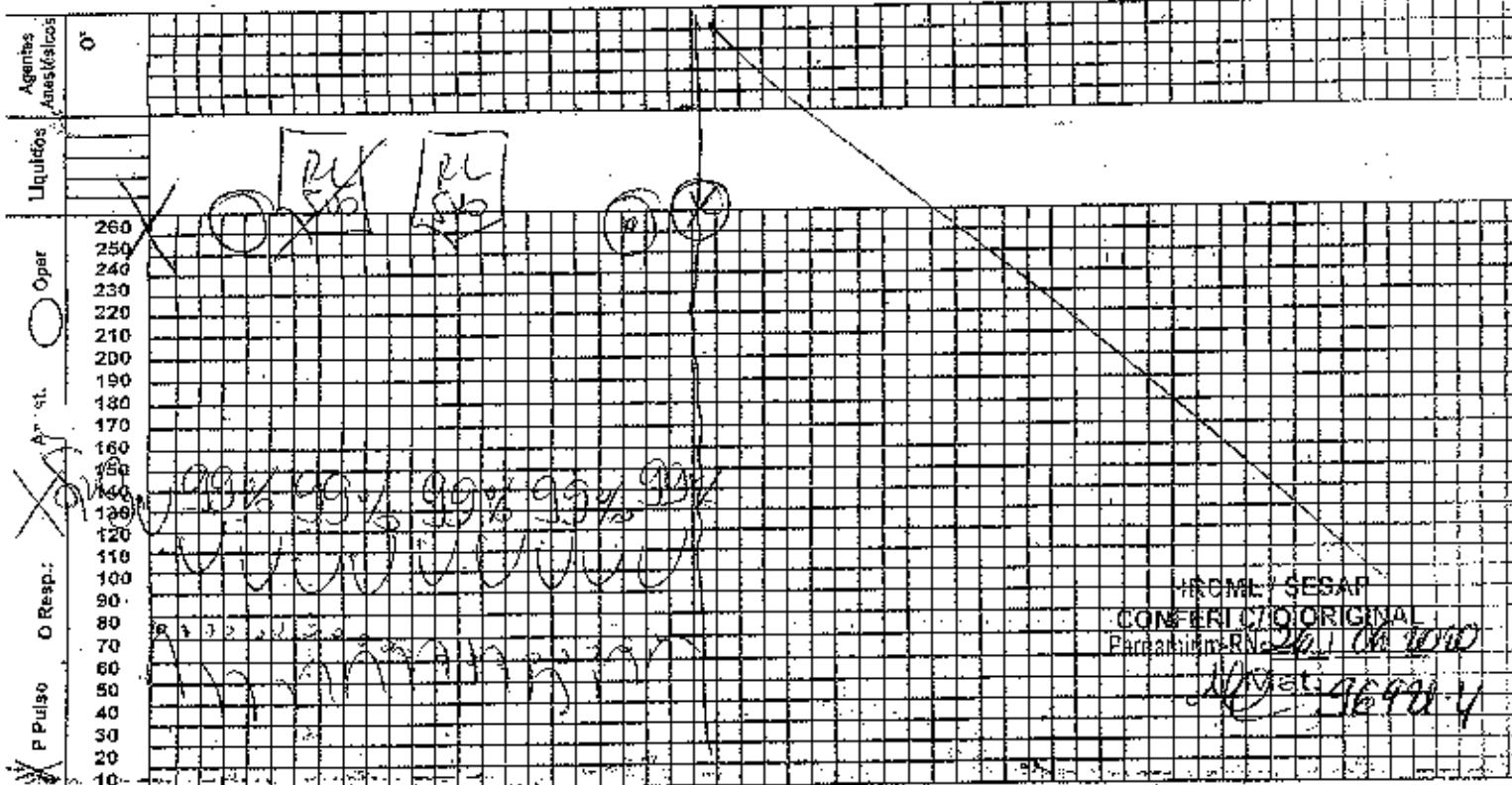
SINAIS VITAIS							Líquidos administrados na URPA:		
Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor	Soro glicosado:	_____ ml	
Admissão		59	-	-	99		Soro Fisiológico:	_____ ml	
30'		54	-	-	98		Ringer:	_____ ml	
60'							Irrigação vesical contínua:	_____ ml	
Alta									

Medicações administradas URPA:					Eliminações:				
Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: Após procedimento cirúrgico e observação paciente encaminhada a UTI para o cuidado com o retorno em sua UMI
Ass: mpere Coren: 197112

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermaria		Leito		Nº prontuário	
Nome				Idade		Sexo F	
Data 10/02/20		Pressão arterial		Pulso		Respiração	
Tipo sanguíneo		Hematias		Hemoglobina		Hematócrito	
		Urina		Glicemia		Ureia	
Ap. respiratório Eupneico				Asma Mepe		Bronquite	
Ap. circulatório KCR em 2T				Eletrocardiograma			
Ap. digestivo N.O.N				Dentes		Pescoco	
Estado mental consciente				Atarracados		Corticoides	
D. óstico pré-operatório				Estado físico ASA I		Risco	
Anestésias anteriores							
Medicação pré-anestésica				Aplicada às		Efeito	



SÍMBOLOS	Cefazolin 3g	Neocasto	ondamitron 8mg
E	Midazolam 5mg	Piracade = 15mg	
ANOTAÇÕES	Fentanyl 50ug	Morpha = 100ug	
POSICÃO	Landoline 50ug		
Agentes	ondamitron 8mg		
Técnica	Rapagunastina lombal (ly-ly) + Sedacao		
Operação	Testamento eueigica da bolista da palite		
Cirurgiões	Dr. Marcus Augusto	Dr. Fabris Roberto	Dr. Jackson Douglas N. de Oliveira
Anestésistas	Jackson Douglas		

Procedimento si interconvenções



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Danielle Teixeira da Silva Idade: 27 D/N: 15/11/1991
Pront.: 108.751 Município: João Câmara Procedência: ☒ Interno ☐ Externo
Data da cirurgia: 02/02/2010 Hora Admissão: Bloco: Sala: Hora Saída: Peso: 48 kg
Alergias: ☒ Não ☐ Sim Comorbidades: ☐ HAS ☐ DM ☐ Outras: nefro
Uso de medicações: ☒ Não ☐ Sim Jejum: ☐ Não ☒ Sim
SSVV Admissão: PA: 120x80 mmHg Pulso: 80 bpm FI: rpm FC: 80 bpm SpO₂: 98 % T: °C

Enfermeiro(a): Alana Instrumentado(a): Rita Circulante: Cecy

Cirurgia: 111 cir. pat. de patela E Especialidade: Ortopedia Sala: 01
Hora Início: 17:50 Hora Término: 18:35 Tipo de cirurgia: ☒ Eletiva ☐ Urgência ☐ Limpa ☐ Contaminada ☐ Infectada
1º Cirurgião: D. Fabio Roberto Aux.: D. Carlos Augusto Residente:

Anestesia: ☐ Local ☐ Sedação ☐ Geral TOT: ☐ Bic. queiro ☒ Baquidiana Ag. nº: 27 ☐ Peridural ☐ c/cateter ☐ s/cateter
Ag. nº Cateter nº: Início: 17:35 Garrote: ☒ Smarch ☐ Pneumático Início: 17:45 Término: 18:40
Anestesiologista: D. Jackson

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

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>63</u>	<u>59</u>	<u>60</u>	Bpm
Pulso	<u>63</u>	<u>59</u>	<u>60</u>	Bpm
Oximetria	<u>97</u>	<u>99</u>	<u>98</u>	%
Capnografia				%
PA	<u>115x55</u>	<u>111x62</u>	<u>112x70</u>	mmHg

ACESSO VENOSO
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Arterial
<input type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica
<input type="checkbox"/> Punção Venosa Central
<input type="checkbox"/> Dissecção venosa
Local:
Cateter:

SONDAGEM GÁSTRICA
<input type="checkbox"/> SNG nº
Retorno:
CATETERISMO VESICAL
<input type="checkbox"/> SVF nº
<input type="checkbox"/> SVA nº
Diurese:
Profissional responsável:

EXAMES SOLICITADOS:	
<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Gasometria
<input type="checkbox"/> Coagulograma	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	<input type="checkbox"/> Glicosimetria:
<input type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)	

POSIÇÃO	COXIM	MIMAS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input type="checkbox"/> Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/> Anatómicos
<input type="checkbox"/> Ventral	<input type="checkbox"/> Pescoço	<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Flexíveis
<input type="checkbox"/> Litotômica	<input type="checkbox"/> Lombar	<input type="checkbox"/> MIMAS
<input type="checkbox"/> Trendlemburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatómicos
<input type="checkbox"/> Canivete		<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Proclive		<input type="checkbox"/> Flexíveis

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Metal <input type="checkbox"/> Descartável
Local:
DEGERMAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Local: <u>M.E.</u> Solução: <u>clorux</u> Local:

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos:
Tela:
Cateter:
Ostomia:
Fio de KC: <u>Vazado (01)</u> Parafuso - tipo:
Placa - Tipo:
Outros:

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: <u>Bás P. perivascular</u> Material:
Val.: <u>02/05/20</u> Contagem de gaze e compressa: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim



Nome do paciente

Daniel Teixeira da Silva

Nº prontuário

Data operação 10/02/2020

Enf.

Leito

Operador Dr. Carlos Augusto

1º auxiliar

Dr. Fabio Roberto

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesista Dr. Jackson

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

fratura de patela @

Tipo de operação

fixação cirúrgica da patela @

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

CIRURGIAS MÚLTIPLAS

(04150100.2)

POLITRAUMATIZADO

(0415030013)

PROC. CLÍNICO

PROC. CIRÚRGICO

CBO. 325225

CBO. 325270

DIAS

CID S92.2

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1) Ferida em diâmetro de 10cm sob a pele
- 2) Incisão em região anterior do joelho @
- 3) Drenagem para a pele
- 4) Incisão para a pele
- 5) Redução da fratura de patela
- 6) Lavagem cirúrgica com 3% a 0.5%
- 7) Sutura plástica
- 8) Curativo

Dr. Fabio Roberto
Cirurgião e Traumatologista
CRM 5004 - RJ (2013/2014)

cod: 834 BB2264



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 AIH

424

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 DANIELLE TEIXEIRA DE SILOA 28a		6 - Nº DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS 703.10304612210	8 - DATA DE NASCIMENTO 15/11/1991	9 - SEXO F	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL LINDALVA BEZERRA DA SILVA
11 - TELEFONE DE CONTATO 9648-5602 9469-3998		12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) MANOEL EDILBERTA	
13 - INÍCIO JOÃO CAMARÁ	14 - BAIRRO CENTRO	15 - UF RN	16 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Pericite com trauma no joelho
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Tratamento Cirúrgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura patela	21 - CID INICIAL S82.0	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
--	---------------------------	---------------------	------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tratamento Cirúrgico	25 - LEITO / CLÍNICA	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Dr. [Assinatura]
28 - DT SOLICITAÇÃO 28.01.2020	29 - CNES / CPF	30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	47 - DT AUTORIZ.	48 - CNES / CPF	49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	51 - DT AUTORIZ.	52 -	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) HROML / SESAP CONFERI CI O ORIGINAL Parnamirim-RN, 28/01/2020 Mat. 964844			



Paciente: DANIELE TEIXEIRA DA SILVA

Data do exame: 05/02/2020

L-6

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA BACIA

TÉCNICA:

Foram obtidas imagens por aquisição volumétrica *multislice*, sem a administração endovenosa de contraste, com reformatações multiplanares.

RELATÓRIO:

Fratura do acetábulo esquerdo e ramo ísquio púbico direito.

Demais estruturas ósseas de formato habitual, sem sinais de fraturas.

Articulações coxofemorais de contornos regulares.

Articulações sacroilíacas conservadas.

Não há sinais de derrame articular.

Planos musculares sem alterações tomográficas.

Laudado gerado: 05/02/2020 18:11. Para baixar uma cópia, acesse <https://validar.rnsrad.com.br/>, utilize data/hora e a chave: hDL0hTPH.

Marcel Dantas de Sousa

Laudado Por:
Marcel Dantas de Sousa
CRM-RN 4557 / RADIOLOGISTA

HRDML / SESAP
CONFERI C/ O ORIGINAL
Parnamirim-RN, 22/06/2020

Mat. 364214

Resumo

Medicamentos

Prescrição

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

PRESCRIÇÃO MÉDICA

INDICAÇÃO

MEDICAMENTO

1. TRIMETOPRIM

2. SULFAMETOXAZOL

3. AMOXICILINA

4. METOCLOPRAMIDA

INDICAÇÃO

5. AMOXICILINA

6. METOCLOPRAMIDA

7. AMOXICILINA

8. METOCLOPRAMIDA

9. AMOXICILINA

10. METOCLOPRAMIDA

11. AMOXICILINA

12. METOCLOPRAMIDA

13. AMOXICILINA

14. METOCLOPRAMIDA

15. AMOXICILINA

16. METOCLOPRAMIDA

17. AMOXICILINA

18. METOCLOPRAMIDA

19. AMOXICILINA

20. METOCLOPRAMIDA

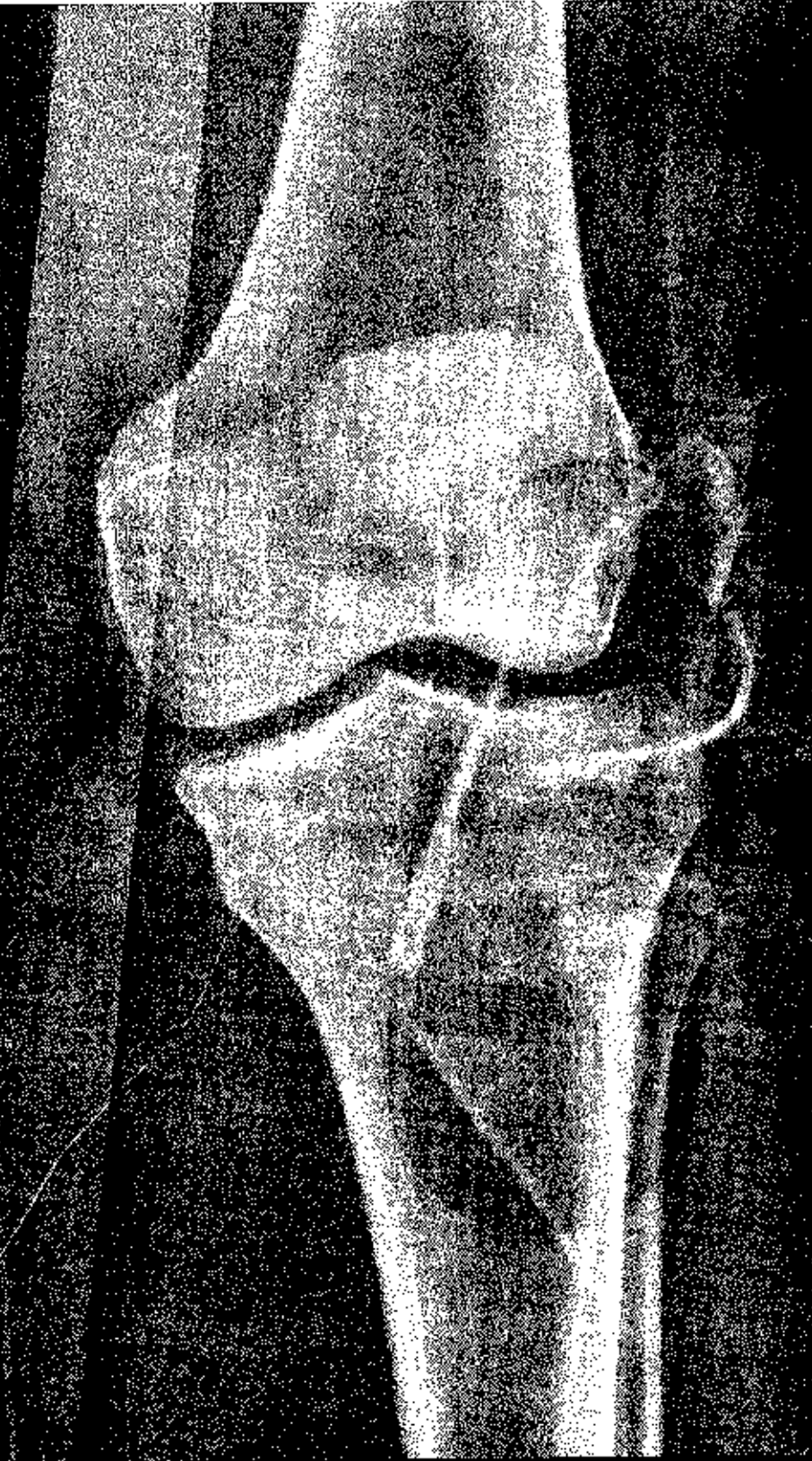
21. AMOXICILINA

22. METOCLOPRAMIDA

23. AMOXICILINA

24. METOCLOPRAMIDA

E



Id. Paciente: 3070/2020 Data Exame: 17/01/2020 15:14:24
Paciente: DANIELLY TEIXEIRA DA SILVA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: EDSON
Idade: 28 ano(s) JOELHO AP
Tam: real

E

Id. Paciente: 3070/2020 Data Exame: 17/01/2020 15:14:24
Paciente: DANIELLY TEIXEIRA DA SILVA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: EDSON
Idade: 28 ano(s)
JOELHO LAT
Tam. real



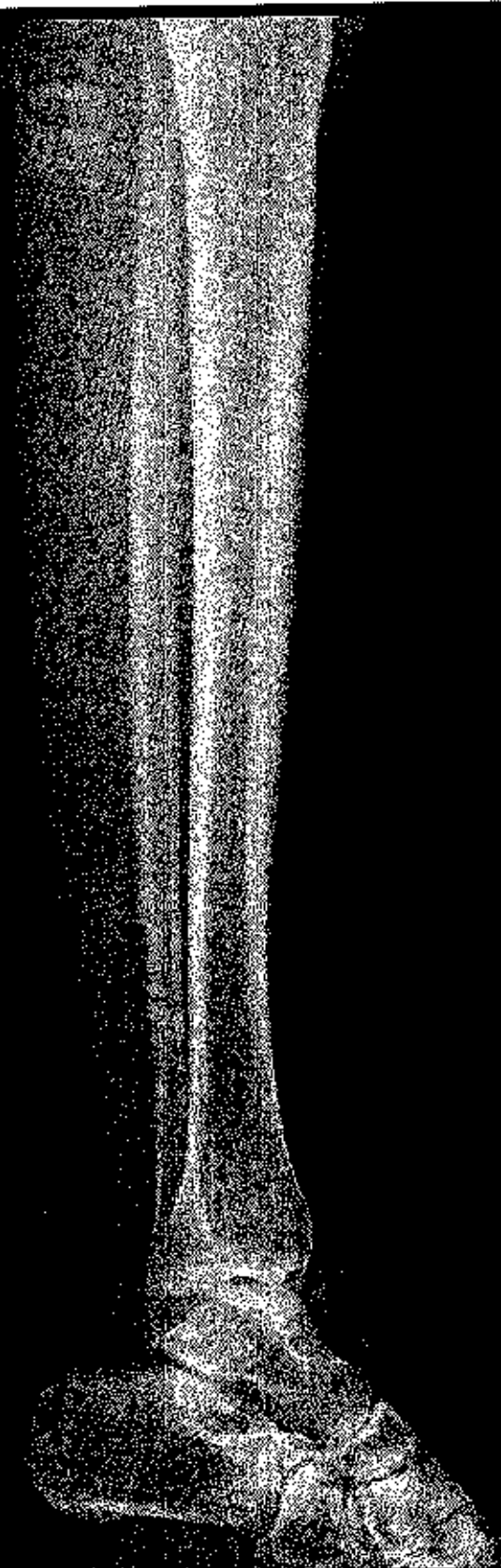
Técnico EDSCA

data: 28/01/20

Data Exame: 30/01/2020 15:14:24

Paciente: DANIELLY TEIXEIRA DA SILVA

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL



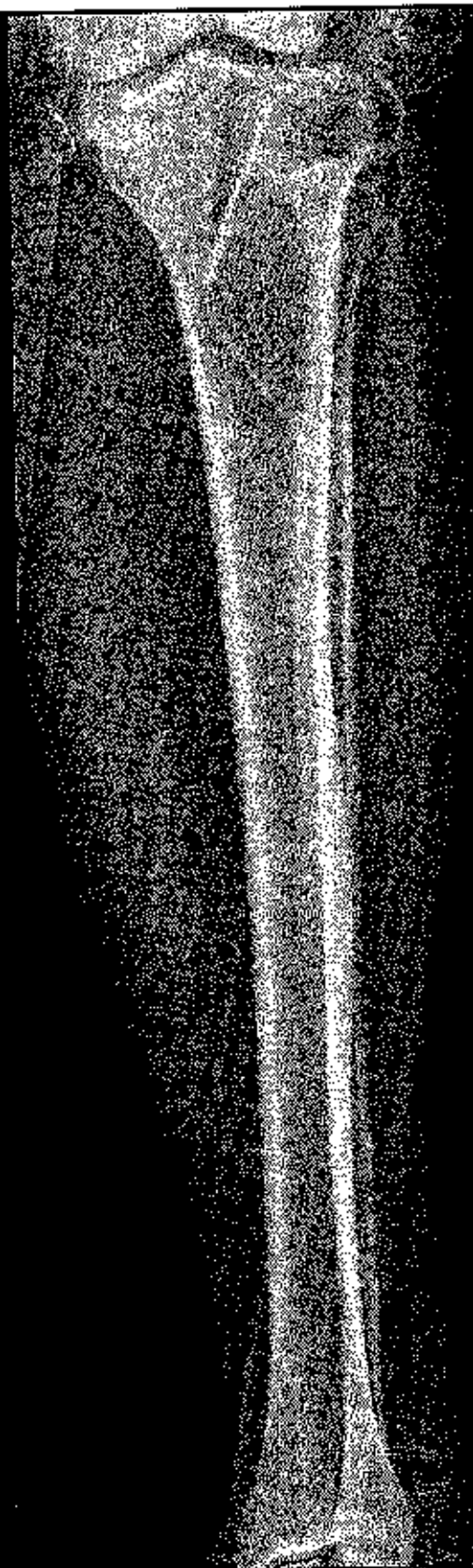
PERNA D.T.

Id. Paciente: 3070/2020

Data Exame: 17/01/2020 15:14:24

Paciente: DANIELLY TEIXEIRA DA SILVA

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL



PERNA AP

Técnico: EDSON

Idade: 28 ano(s)

E

Id. Paciente: 3070/2020 Data Exame: 17/01/2020 15:14:24

Técnico: EDSON

Paciente: DANIELLY TEIXEIRA DA SILVA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Idade: 28 ano(s)

PE AP
Tam. real

TR11

E

Id. Paciente: 3070/2020 Data Exame: 17/01/2020 15:14:24

Paciente: DANIELLY TEIXEIRA DA SILVA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: EDSON

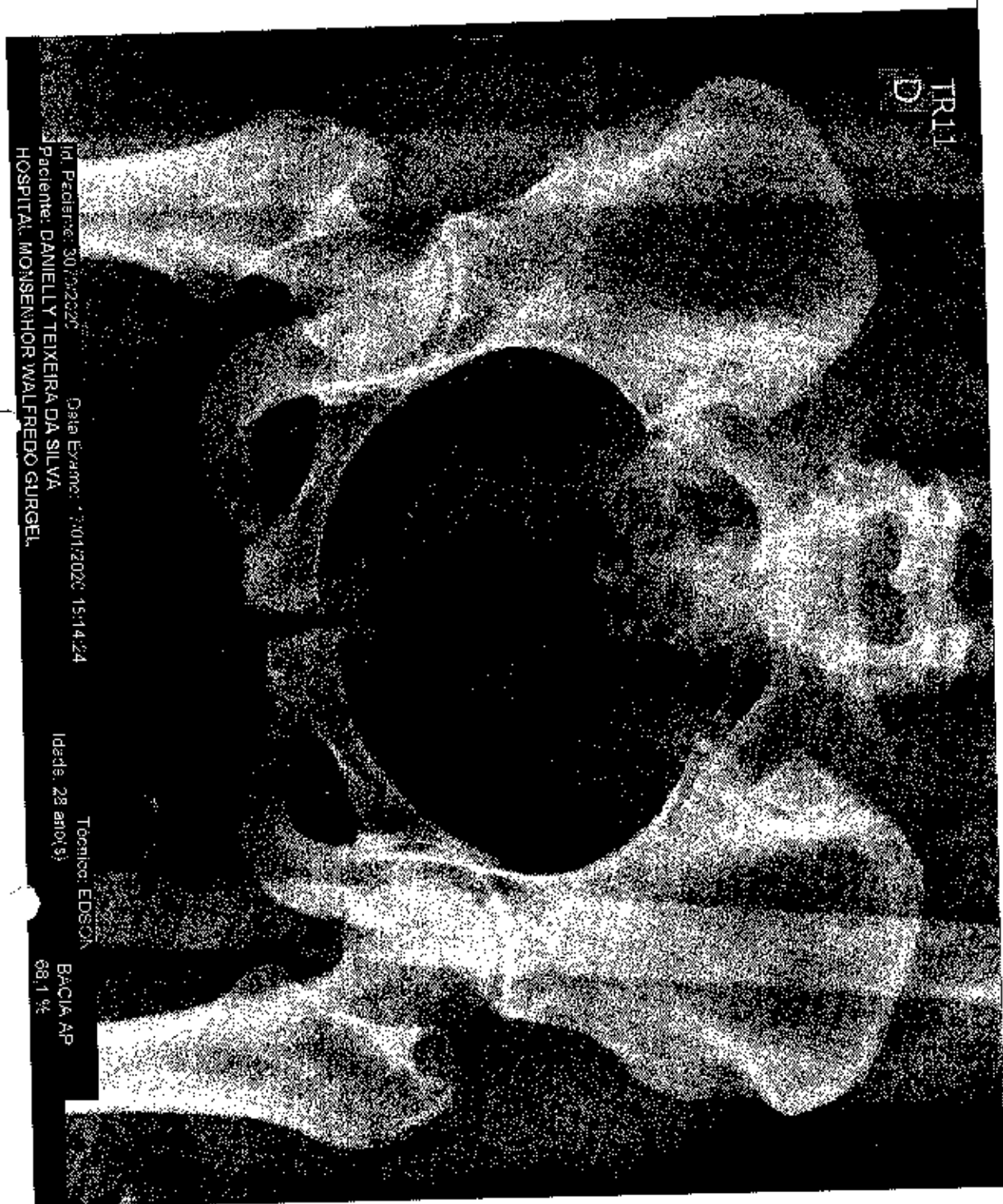
Idade: 28 ano(s)

FEMUR AP
58,7 %

TR11
D

Id. Paciente: 30722220
Data Exame: 13/01/2023 15:14:24
Paciente: DANIELLY TEIXEIRA DA SILVA
HOSPITAL MONSENHOR WILFREDO GURGEL

Técnico: EDSCH
Idade: 23 anos(s)
BACIA AP
68.1 %



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0183499/20

Vítima: DANIELE TEIXEIRA DA SILVA

CPF: 095.111.224-44

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/01/2020

Titular do CPF: DANIELE TEIXEIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANDRIELLE KAROLAINÉ DO NASCIMENTO BARROS : 100.915.444-32

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

DANIELE TEIXEIRA DA SILVA : 095.111.224-44

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

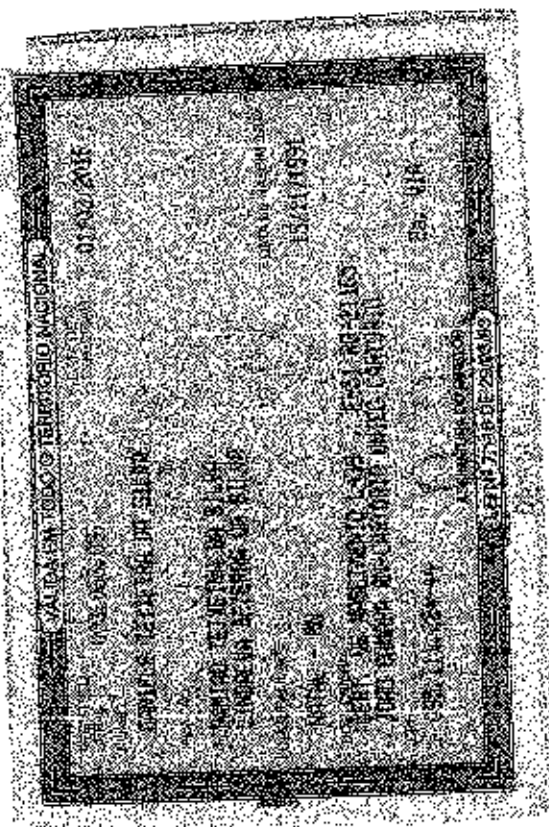
Data da apresentação: 01/07/2020
Nome: ANDRIELLE KAROLAINÉ DO NASCIMENTO BARROS
CPF: 100.915.444-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/07/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

ANDRIELLE KAROLAINÉ DO NASCIMENTO BARRC

GERCIA LOURENCO DA SILVA



Vitima



Tarifa Social de Energia Elétrica Oficiada pela Lei 10.438 de 26/04/02

COSERN
Companhia Energética de São Paulo S.A.
Rua Moreira, 150, Barro, RAI - SP, CEP: 06032-090
CNPJ: 06.924.195/0001-91 | Insc. Est.: 06.658.186-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
Endereço: Rua Moreira, 150, Barro, RAI - SP, CEP: 06032-090

ENDEREÇO DA UNIDADE DE CONSUMIDOR
Endereço: Rua Moreira, 150, Barro, RAI - SP, CEP: 06032-090

CLASSIFICAÇÃO
VIA FISCAL: 06032-090
RUA MOREIRA, 150, BARRO, RAI - SP, CEP: 06032-090

PERÍODO DE FISCALIZAÇÃO
06/06/2020 a 06/07/2020

VALOR DO DÉBITO
166,39

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR (R\$)
Energia Elétrica (Residencial)	24,00 kWh	0,241186	5,79
Energia Elétrica (Comercial)	2,00 kWh	0,241186	0,48
Energia Elétrica (Industrial)	0,00 kWh	0,241186	0,00
Energia Elétrica (Serviço Público)	0,00 kWh	0,241186	0,00
Energia Elétrica (Outros)	0,00 kWh	0,241186	0,00
Total	26,00 kWh	0,241186	6,27

TOTAL DO DÉBITO
166,39

Nº DO RECORRER	TPD DA FUNÇÃO	ANTERIOR	DATA	ANTERIOR	DATA	ANTERIOR	DATA	ANTERIOR	DATA
06032-090	RAI	06032-090	06/06/2020	06032-090	06/06/2020	06032-090	06/06/2020	06032-090	06/06/2020

DESCRIÇÃO	VALOR	%
ICMS	1,48	10,00%
PIS	0,00	0,00%
COFINS	0,00	0,00%
Total	1,48	10,00%



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 20003164B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: www.prf.gov.br/novobat /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br **Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.**



Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373285, Policial Rodoviário Federal, em 21/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003164B01 e o número de controle ABC388828A8FEB29729354C35A2D6D.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003164B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 17/01/2020 Hora: 11:30 Município: CAICARA DO RIO DO VENTO/RN
BR: 304 KM: 222,9 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: JUSSIER, 1373285

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Molhada
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Não
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Chuva	Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 17/01/2020 por volta das 11:30h, na BR 304, km 222,9, no município de Caiçara do Rio do Vento-RN, aconteceu um acidente do tipo colisão frontal seguida de colisão lateral com 4 feridos graves e 1 ferido leve. Os veículos envolvidos foram V1: IMP/ VW GOL CL 1.6 MI de placas MXQ-0904; V2: FIAT/SIENA FIRE FLEX de placas MYR-5172; V3 : I/FORD RANGER XL CD4 22C de placas QEG-3247. Com base na análise dos vestígios identificados, constatou-se que o veículo V1, que seguia no sentido decrescente da rodovia, repentinamente, perde o controle da direção, invade a faixa de contra-mão de direção e colide frontalmente contra o veículo V2, que sai da pista e capota, V1, por sua vez, retorna à faixa de origem e colide lateralmente contra o veículo V3. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi o veículo V1 ter perdido o controle da direção e ter invadido a faixa de contra-mão de direção, no sentido oposto.



Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373285, Policial Rodoviário Federal, em 21/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003164B01 e o número de controle ABC38828A8FEB29729354C35A2D6D.

191

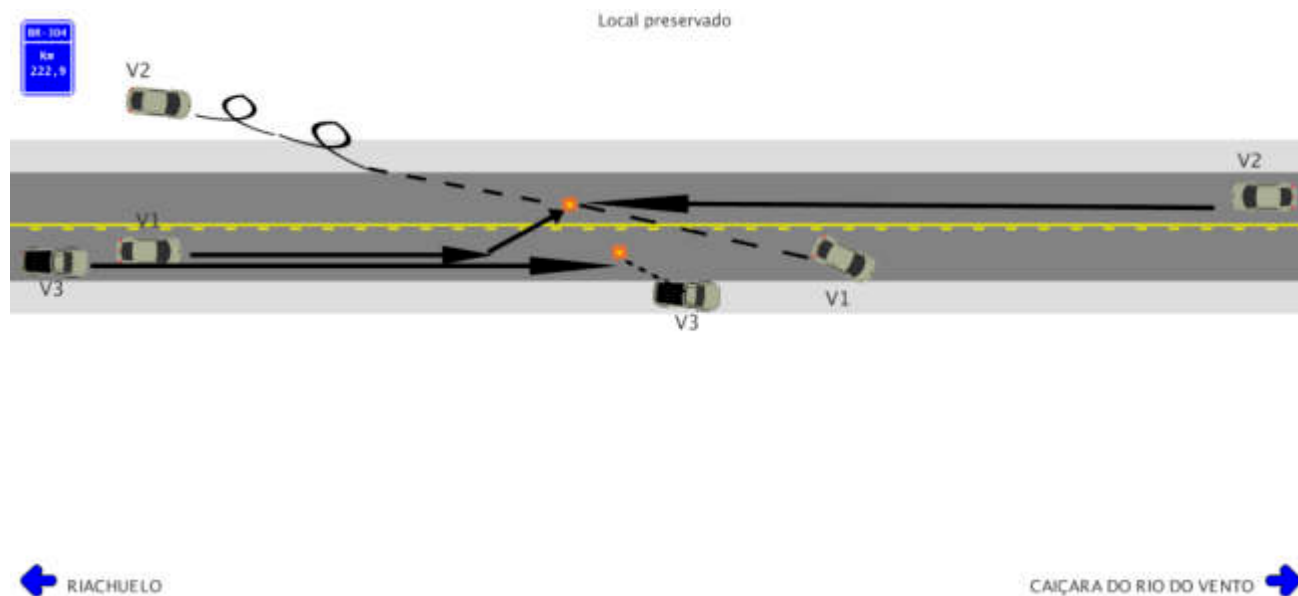


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003164B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão frontal	V2, V1
2	Colisão lateral	V3, V1

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
1	V1			
1	V2			
2	V1			
2	V3			

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
---------------	-------------	----------------

V1 - VEÍCULO 1 - MXQ0904 - AUTOMÓVEL

V1 - Informações



Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373285, Policial Rodoviário Federal, em 21/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003164B01 e o número de controle ABC388828A8FEB29729354C35A2D6D.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003164B01

Placa: MXQ0904 Marca/modelo: IMP/VW GOL CL 1.6 MI
Ano fabricação: 1997 Chassi: 8AWZZZ377VA911538
Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Renavam: 00176931015
Tipo de veículo: Automóvel
Cor: Branca



Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373285, Policial Rodoviário Federal, em 21/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003164B01 e o número de controle ABC388828A8FEB29729354C35A2D6D.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003164B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / IMP/VW GOL CL 1.6 MI

Placa: MXQ0904

Nº BOAT: 20003164B01

Nome do Agente: JUSSIER

Matrícula do Agente: 1373285

Data: 17/01/2020

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Painel corta-fogo		X		
2	Longarina dianteira esquerda		X		
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X		
4	Estrutura da soleira esquerda		X		
5	Air Bags Frontais		X		
6	Air Bags Laterais		X		
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X		
8	Estrutura da coluna central esquerda		X		
9	Estrutura da coluna traseira esquerda			X	
10	Caixa de roda traseira esquerda			X	
11	Assoalho central esquerdo		X		
12	Longarina traseira esquerda		X		
13	Assoalho portamalas ou caçamba			X	
14	Longarina traseira direita			X	
15	Caixa de roda traseira direita			X	
16	Estrutura da coluna traseira direita			X	
17	Estrutura da soleira direita		X		
18	Estrutura da coluna central direita		X		
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X		
20	Assoalho central direito		X		
21	Caixa de roda dianteira direita		X		
22	Longarina dianteira direita		X		

Dano de Monta: Grande



Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373285, Policial Rodoviário Federal, em 21/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.pr.f.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003164B01 e o número de controle ABC388828A8FEB29729354C35A2D6D.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003164B01

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA

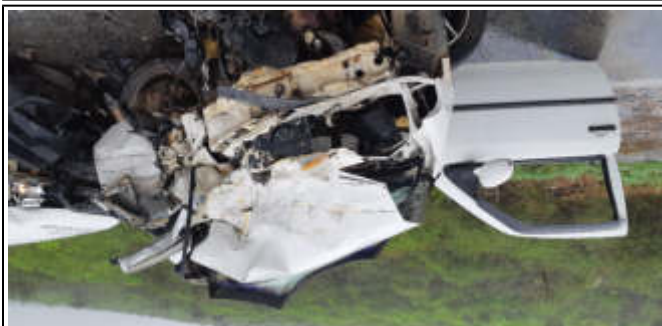


IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373285, Policial Rodoviário Federal, em 21/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003164B01 e o número de controle ABC388828A8FEB29729354C35A2D6D.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003164B01

V1 - Proprietário

Nome: DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA

CPF/CNPJ: 011.299.494-60

Email:

Telefone:

Endereço: JOAO CAMARA-RN

V1C - CONDUTOR DE V1 - DANILA TEIXEIRA DA SILVA

V1C - Informações

Nome: DANILA TEIXEIRA DA SILVA

Data de Nascimento: 19/10/1994

CPF: 017.444.254-85

Estado civil: Não Informado

Sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Ignorado

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: B

Primeira habilitação: 06/02/2017

Nº Registro: 06790868632

UF: RN

Vencimento da habilitação: 02/08/2021

Motorista profissional: Não

Observações CNH: 99

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: FRANCISCO CARLOS GAIOS, 99, AP 301, NOVA PARNAMIRIM, PARNAMIRIM-RN

Telefone:

Email:

V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - DANIELE TEIXEIRA DA SILVA

V1P1 - Informações

Nome: DANIELE TEIXEIRA DA SILVA

Data de Nascimento: 15/11/1991

CPF: 095.111.224-44

Sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: Sim

V1P1 - Dados do Contato

Endereço: VINTE E NOVE DE OUTUBRO, 1038, MARCOS GESSO, BOA VISTA, JOAO CAMARA-RN

Telefone: 008491563281

Email:

V2 - VEÍCULO 2 - MYR5172 - AUTOMÓVEL

V2 - Informações



Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373285, Policial Rodoviário Federal, em 21/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003164B01 e o número de controle ABC38828A8FEB29729354C35A2D6D.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003164B01

Placa: MYR5172 Marca/modelo: FIAT/SIENA FIRE FLEX
Ano fabricação: 2008 Chassi: 9BD17206G83404257
Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Renavam: 00955185211
Tipo de veículo: Automóvel
Cor: Prata



Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373285, Policial Rodoviário Federal, em 21/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003164B01 e o número de controle ABC388828A8FEB29729354C35A2D6D.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003164B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / FIAT/SIENA FIRE FLEX

Placa: MYR5172

Nº BOAT: 20003164B01

Nome do Agente: JUSSIER

Matrícula do Agente: 1373285

Data: 17/01/2020

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Painel corta-fogo			X	
2	Longarina dianteira esquerda		X		
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X		
4	Estrutura da soleira esquerda			X	
5	Air Bags Frontais		X		
6	Air Bags Laterais			X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X		
8	Estrutura da coluna central esquerda		X		
9	Estrutura da coluna traseira esquerda			X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X		
11	Assoalho central esquerdo			X	
12	Longarina traseira esquerda			X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba			X	
14	Longarina traseira direita			X	
15	Caixa de roda traseira direita		X		
16	Estrutura da coluna traseira direita			X	
17	Estrutura da soleira direita		X		
18	Estrutura da coluna central direita		X		
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X		
20	Assoalho central direito			X	
21	Caixa de roda dianteira direita		X		
22	Longarina dianteira direita		X		

Dano de Monta: Grande



Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373285, Policial Rodoviário Federal, em 21/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003164B01 e o número de controle ABC388828A8FEB29729354C35A2D6D.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003164B01

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373285, Policial Rodoviário Federal, em 21/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003164B01 e o número de controle ABC388828A8FEB29729354C35A2D6D.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003164B01

V2 - Proprietário

Nome: LUIZ GONZAGA DOS SANTOS
Email:
Endereço: IPANGUACU-RN

CPF/CNPJ: 030.753.668-89
Telefone:

V2C - CONDUTOR DE V2 - LUIZ GONZAGA DOS SANTOS

V2C - Informações

Nome: LUIZ GONZAGA DOS SANTOS
CPF: 030.753.668-89
Sexo: Masculino
Usava cinto de segurança: Sim

Data de Nascimento: 06/08/1955
Estado civil: Casado(a)
Estado físico: Lesões Graves

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: B
UF: RN
Observações CNH: A

Primeira habilitação: 24/08/1982
Vencimento da habilitação: 24/02/2024

Nº Registro: 02958249448
Motorista profissional: Não

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: PO NOVA DESCOBERTA, 78, CASA, NOVA DESCOBERTA, IPANGUACU-RN
Telefone: Email:

V2P1 - PASSAGEIRO 1 DO V2 - MARIA EDUARDA DA SILVA SANTOS

V2P1 - Informações

Nome: MARIA EDUARDA DA SILVA SANTOS
CPF: 127.173.064-20
Estado físico: Lesões Graves

Data de Nascimento: 01/10/1999
Sexo: Feminino
Usava cinto de segurança: Ignorado

V2P1 - Dados do Contato

Endereço: NOVA DESCOBERTA, ZONA RURAL, ACU-RN
Telefone: Email:



Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373285, Policial Rodoviário Federal, em 21/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003164B01 e o número de controle ABC38828A8FEB29729354C35A2D6D.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003164B01

V2P2 - PASSAGEIRO 2 DO V2 - LUIZ EDUARDO DA SILVA SANTOS

V2P2 - Informações

Nome: LUIZ EDUARDO DA SILVA SANTOS

CPF: 715.048.674-67

Estado físico: Lesões Graves

Data de Nascimento: 17/12/2003

Sexo: Masculino

Usava cinto de segurança: Ignorado

V2P2 - Dados do Contato

Endereço: NOVA DESCOBERTA, 1885, ZONA RURAL, IPANGUACU-RN

Telefone:

Email:

V3 - VEÍCULO 3 - QEG3247 - CAMINHONETE

V3 - Informações

Placa: QEG3247 Marca/modelo: I/FORD RANGER XL CD4 22C

Ano fabricação: 2018 Chassi: 8AFAR23N3KJ117848

Espécie: Especial Categoria: Particular

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Renavam: 01174704478

Tipo de veículo: Caminhonete

Cor: Branca



Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373285, Policial Rodoviário Federal, em 21/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003164B01 e o número de controle ABC388828A8FEB29729354C35A2D6D.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003164B01

V3 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V3 / I/FORD RANGER XL CD4 22C

Placa: QEG3247

Nº BOAT: 20003164B01

Nome do Agente: JUSSIER

Matrícula do Agente: 1373285

Data: 17/01/2020

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M		X	
2	Carroçaria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroçaria com o chassi.	M		X	
3	Para choque traseiro danificado.	M		X	
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M		X	
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M		X	
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M		X	
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	
16	Air bags (se existir)	M		X	

Dano de Monta: Pequena



Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373285, Policial Rodoviário Federal, em 21/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003164B01 e o número de controle ABC388828A8FEB29729354C35A2D6D.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003164B01

V3 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373285, Policial Rodoviário Federal, em 21/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003164B01 e o número de controle ABC388828A8FEB29729354C35A2D6D.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003164B01

V3 - Proprietário

Nome: NORTE GERADORES IMP EXP E LOC DE MAQUINA

CPF/CNPJ: 63.876.114/0001-10

Email:

Telefone:

Endereço: BENEVIDES-PA

V3C - CONDUTOR DE V3 - FRANCISCO JERFFSON SOUSA SANTOS

V3C - Informações

Nome: FRANCISCO JERFFSON SOUSA SANTOS

Data de Nascimento: 03/11/1989

CPF: 054.137.753-18

Estado civil: Não Informado

Sexo: Masculino

Estado físico: Ileso

Usava cinto de segurança: Sim

V3C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AD

Primeira habilitação: 31/08/2011

Nº Registro: 05293265273

UF: CE

Vencimento da habilitação: 18/01/2024

Motorista profissional: Não

Observações CNH: 15

V3C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Resultado obtido: 0,00 mg/l

V3C - Dados do Contato

Endereço: R PARACATU, 202, PARQUE POTIRA, CAUCAIA-CE

Telefone:

Email:



Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373285, Policial Rodoviário Federal, em 21/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003164B01 e o número de controle ABC388828A8FEB29729354C35A2D6D.

191

Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200234480

Vítima: DANIELE TEIXEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 17/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDRIELLE KAROLAINÉ DO NASCIMENTO BARROS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANIELE TEIXEIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você