

BRADESCO

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

BRADESCO10072020050000000002370587600000015669472500 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

Valorização 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

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, 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 KAROLAINA 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, 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



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 Joelho RL

Rx de Coxas L e R

Rx de joelho L e R

Rx de Perna L e R

CONDUTA PRIMÁRIA(MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Rx de tomografia de pé L e R

tc de couro, fôr e diafragma

- Poxos SVD

- Tomografia de fôr. fôr

- tc de tórax S/ niclemico - de braço em fuso fôr.

- tc abd diafragma - S/ evolução de braço ou fuso fôr. Apenas fôr abd de fôr.

- Rx de fôr abd de fôr

- observar fôr. fôr

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Ht + CS

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

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

19:45 - Vérificado P.A.
90x70 - P.R. P.R.

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

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

NCR

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

DATA: 17/01/20

ESPECIALISTA 2

BNT

HORA:

DATA: 17/01/20

ESPECIALISTA 3

O. L. L. L.

HORA:

DATA: 17/01/20

DESTINO DO PACIENTE:

DATA / /

HORA

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

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

OBITO: DATA / / HORA

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

ALGORITMO PRIMÁRIO DE VIDA: 1- AVALIE A VIDA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAL) E PEÇA UM DESFIBRILADOR (DEA); 2- PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAL) E PEÇA UM PULSO CAROTÍDEO (OU FEMORAL) EM LACTENTE (7-SE PULSO 0-1) 3- AVALIE PULSO CAROTÍDEO (OU FEMORAL) EM ADULTO (10-SE PULSO 0-1) 4- AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 1- SE APNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESSUSCITAÇÃO (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MASCARAS), 1- SE APNEIA, APLIQUE 1 CICLO DE 30:2 VENTILAÇÕES DE RESSUSCITAÇÃO (100MIN (PROPORÇÃO 30:2) ATÉ A CHEGADA DO DEA) 5- RITMO (RITMO, 1- RITMO CHOCANTE: APLIQUE 1 CICLO DE 30:2 VENTILAÇÕES DE RESSUSCITAÇÃO (100MIN (PROPORÇÃO 30:2) ATÉ A CHEGADA DO DEA) 6- RITMO NÃO CHOCANTE, REINICIE RCP (30:2, 11- AVALIE O RITMO D-BITÔMICO A CADA 5 CICLOS, 12- PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADO ASSUMIR, OU CASO A VITIMA SE MELHOR, 13- COLOCAR A VITIMA DE REPOSO DE RECUPERAÇÃO).

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNESE

NE Palmo com a cor
ECG, 15/10/15 / c/ cefo. / face
TCC c/ evanescência da pálpe-
bra / novo sangramento

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Reabilitada / NC

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

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Dr. Vladimir de Oliveira Melo
Neurocirurgião
CRM-SP 8566

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONFERE COM ORIGINAL

NATAL, 01/07/20
MAT. N° 1520873

SAME

ASSINATURA

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW

Abertura Ocular (AO)

Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa alucinada, se assim for marcar 4, se não 3)	3
Olhos se abrem por estímulos dolorosos.	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Olvidou. (Responde superficialmente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, voz, e pergunta, e dizia o que.)	5
Confuso. (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala absurda, mas com traços conversacionais.)	3
Bons intelectuais. (Conversa com artísticas palavras.)	2
Anarca.	1
Melhor resposta motora (MMR)	
Obedece à ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenada.)	6
Lacerações extremais dolorosas.	5
Responde incompreensivel a dor.	4
Padrão fino à dor (Desorientação).	3
Padrão extenso à dor (Desorientação).	2
Bom respostas motora.	1

“ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS”

DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	12-15 = 4 9-12 = 3 6-8 = 2 4-5 = 1 3 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	19-29 = 4 29 = 3 8-18 = 2 1-7 = 1 0 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	> 90 = 4 76-90 = 3 56-70 = 2 0-55 = 1

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2003)*

03 - Muito grave (necessidade de intubação imediata);
09 - 3+ moderado;
14-19-leve

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

“Escala de Trauma Revisada (RTS): Ela indica de sobrevida para pacientes de trauma fechado, heterotípico. Adaptado de Champion H.R. Sacco W.J. Copes, et al; A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5) 834, 1989.

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	PI Post
0	1	2	3	4

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2: Danielly Rebeca da Silva 17/01/2020

ANAMNESE

Bruxa 28+, estudante de com.
Agitação com sentimento de urgência.
Nenhum, houve perda funcional de concussão.

14h40

EXAME FÍSICO No momento: EGP=35, membro inferior Ex, movimentando bem os dedos
membros, pupila de 3 ptos negativa, sem dor à palpação de olhos c/OLC.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA Bruxismo Fisiológico EGP PNF/PCA + FMS

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

RECOMENDAÇÕES
Ricardo Ferreira Aranha
Neurocirurgião
CRM/RN 7238
RFATH.

LABORATÓRIO

Bruxismo + reumatismo, Tálus

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Oral e Contra

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

excesso -

INTERNAÇÃO FORÇADA

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

ON FOLONIA

DATA:

/ /

HORA:

SÁIDA:

DATA:

/ /

HORA:

Decisão Médica

À Revelia

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado

S.V.O.

I.T.E.P.

83847
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:

SÁIDA:

DATA:

/ /

HORA:

Decisão Médica

À Revelia

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado

S.V.O.

I.T.E.P.

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

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **160523 DANIELLY TEIXEIRA DA SILVA**

Prontuário:

CNS:

Nascimento: 15/07/1991

Sexo: Feminino

Cor: PARDA

Mãe: LINDALVA BEZERRA DA SILVA

Pai:

Endereço: RUA MANOEL COIMBRA, 1 - CENTRO - JOAO CAMARA

Fone: 996158005 /

Município: JOAO CAMARA

Código Municipal IBGE:

240580 UF: RN

CEP: 59550-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 2087 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

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 FÍSICO

CONFERE COM ORIGINAL
 NATAL, 01/07/2020
 MAT. N°. 160523
 SAME
 CR
 ASSINATURA

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

882.0 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 / Assitente:

GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS

CRM: 4781 / RN

Data da Solicitação 17/01/2020

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 Trajeto

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Orgão 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

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1003

Especialidade: ORTOPEDICA

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:

Pelotearia

RESUMO DE ALTA

Paciente pelotearia, com fraturas
acetabular S/ envio a ORTOPEDIA + fraturas
exposta de patela com perda de substance
metálica difusa + Fratura de tibia
e/ou fêmur.

Maintém de 7º fer poligráf

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 07/01/2020
MAT. N° 180003
SAME
Assinatura

DR. USTED C. de LARA JR
CRM-RN 11071806

NATAL, 17 de Janeiro de 2020.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

João comara
Fie 592

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Danielly Teixeira do 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: outro prédio

HIDRATAÇÃO: SIM NÃO VIA: PERIFÉRICO ACESSO CENTRAL:

NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE ORIENTADO VIGIL AGITADO

INCONSCIENTE:

ESTADO GERAL: BOM REGULAR GRAVE

SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE M.V. ENTUBADO TRAQUEOSTOMIZADOR

ALÉRGICO: SIM NÃO HIPERTENSO: SIM NÃO

DIABÉTICO: SIM NÃO ASMÁTICO: SIM NÃO

DOENÇA RENAL: SIM NÃO OUTRAS PATOLOGIAS: _____

MEDICAÇÕES EM USO: _____

CIRURGIAS ANTERIORES: _____

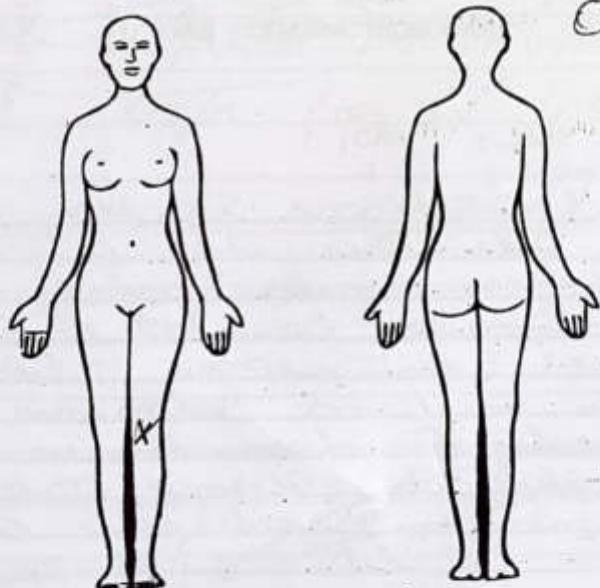
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM NÃO

OBSERVAÇÃO: RX

ÁREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____

ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____

OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



OBS. Pacient

sentente

CONFERE COM ORIGINAL	
NATAL, <u>01/01/20</u>	
MAT. N°. <u>154873</u>	
SAME	
CH	
ASSINATURA	

JALECO N°: _____ ACESSO CENTRAL: _____

INSTRUMENTADO: Eromanselle

CIRCULANTE: Francais

TIPO DE ANESTESIA: GERAL RAQUI PERIDUAL B.P.B. LOCAL

OBS.: _____

ANESTESISTA: Dra. Priscila

INÍCIO DE ANESTESIA: 20:10

TÉRMINO DE ANESTESIA: 21:45

ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: Okacelis 2g + gentam-cin 20mg, flagyl 500mg

HORA: 20:10

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

INÍCIO DE CIRURGIA: 20:35

CIRURGIANO: Dr. Cardoso

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

TIPO DE CIRURGIA: Intervenção de fratura exposta ou
fechada e hemicíge + desbridamento.

TÉRMINO DE CIRURGIA: 21:00

SONDAGEM VESICAL: SIM () NÃO (x)

Nº DA SONDA:

SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()

Nº DA SONDA:

EXAMES LABORATORIAIS: SIM (x) NÃO ()

RX: SIM () NÃO ()

RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO ()

TIPO:

RETRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO (x)

TIPO:

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO () FEITO FICHA: SIM () NÃO ()

MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO () ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO SIM () NÃO ()

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

DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO ()

COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM () NÃO () QUANTIDADE:

GAZES CONFERIDAS: SIM () NÃO () QUANTIDADE:

CAIXA CIRÚRGICA: Caixa plástica de caixa de

COMPLETA: SIM (x) NÃO () OBS.: _____

ÓBITO: SIM () NÃO () HORA: _____ REALIZADO RCP: SIM () NÃO ()

RESPONSÁVEL PELA RCP:

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

EM AR AMBIENTE: SIM (x) NÃO () TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO ()

ENTUBADO: SIM () NÃO ()

PREENCHIDO AIH: SIM (x) NÃO ()

FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIANO: SIM (x) NÃO ()

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

OBSERVAÇÕES: Paciente admitido na 50, em H.U.P, monitorizada com oximetro de pulso + PNT + espirometria, realizada endotracheal para anestesia geral, intubada com tubo N 7,0 + bocalizado de gengivas + antissepsis + colocadas compresas operatórias. 20:15hs Administração medicamentos. Pela anestesista oximotatômetro 10mg, fentanyl e de compresa B 0,1mg, morfina 2mg ev. Pode procedimento realizado sem intubação, feito punções + drenagem tubo de gesso.
Paciente feita extubação. 21:50 Paciente encaminhado a SRA em seu ambiente + H.U.P
21:45 hs Administração diphirine 2g ev

Assinatura do (a) Enfermeiro(a)

Francisco

Assinatura do Circulante

Cominutto

Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



IDENTIFICAÇÃO

Nome: Danielly dos Reis de Souza Reg. N°Diagnóstico pré-operatório: PT exposta de fálico com lesão gáfica eIndicação terapêutica: LHC + Enxerto fálico Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: 17/01/2020 Início: _____ Término: _____ Duração: _____Operador: Bruna da Cunha CRM/CRO: CONFERE COM ORIGINAL1º Auxiliar: _____ CRM/CRO: NATAL, 01/01/202º Auxiliar: _____ CRM/CRO: MAI. N. 1529-3Instrumentador: _____ CRM/CRO: SAMEAnestesista: Bia Braga CRM/CRO: 03 ASSINATURA

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- ① Preparo de fálico dorsal com preservativo
- ② Abordagem + aspiração
- ③ lavagem exsanguina com SF 0,9% (100)
- ④ Enxerto fálico + sutura da tecido conjuntivo
- ⑤ Enxerto de SF 0,9%.
- ⑥ Sutura de PTF
- ⑦ Encerrado + tatu com fita de pedra

Dr. Danielly dos Reis de Souza
Dr. Danielly dos Reis de Souza
CRM-PB 1529-3 / CREFITO-11870

04-13-04-0178 (3) 581.0 (743,69)

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 ✅ 70kg Registro: 1193080
Diagnóstico: Trauma MLE Data: 17/10/2020
Cirurgia Realizada: Limpeza + desbridamento de fratura exposta
Cirurgião: Osvaldo Auxiliar: Ø
Anestesiologista: Priscila Enfermagem: Franklin + Maria Francisca Verg

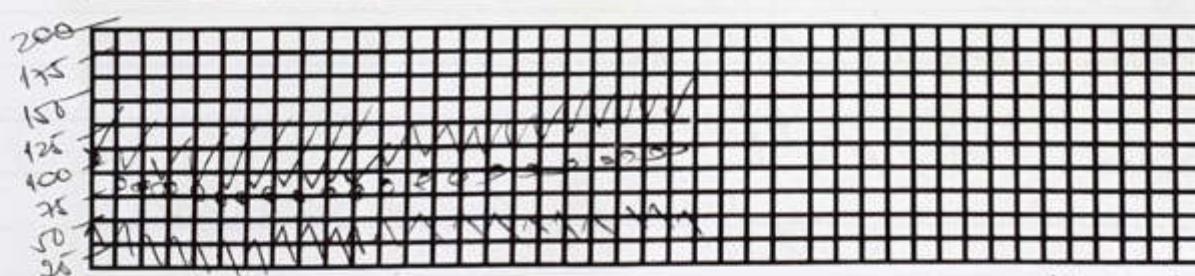
História Clínica Admisional: Admitido HmWQ às 14:34, trauma fraco, às 13h. Fatura exposta velho E, fatura hestábilco E, sonolenta. Hipotensão. Acesso BY perior. Nega alergia/ comorbidades.

Técnica Anestésica: ANESTESIA GENERAL BALANCEADA (EV+IN)

Induções sequenciais rápidas sem intercorrências. TOT 70. Lembrete leitura I. PCV PEEP 4-5 e 2940 PC 18 DP 10. Vaporizador calorímetro para sevoflurano. Não há filtro bact. Odorizante Ad.



ECG
PANI
SpO₂
ETCO₂



thr
sf0.9/500ml |
sf1 500ml 5

Inicio: X 20:10 O 20:35 Término: O 21:00 X 21:45

Término: 021:00 X 21.45

Anestésicos Utilizados:	
Do {	OXACILINA 2g ER — 4 FR
3.	GENTAMICINA 240mg ER — 3 And
5.	FENTANIL 250mcg ER — 1 FR
7.	UDO 100mg ER — 1 amp
9.	Propofol 100mg ER — 1 FR
11.	Etomidato 50mg ER — 1 And
13.	Enaltecina 100mg ER — 1 amp

2. ROCURONIO 15mg ER — 1Fr
4. DEXAMETASONA 10mg ER — 1amp
6. VIT C 2g ER — 4amp
8. compl. B 1amp ER
10. MORFINA 1 mg ert+nytamp / 2mg
12. DIPIRONA 2g ER — 2amps
14.

Encaminhamento: colídos hemograma espirometria e eletrólitos
ANTS + extubação. A SPPA adverte horário 9/10.

Dra. Priscila Mesquita
Anestesiologista
CRM-SE 6792

Assinatura do Anestesiologista - CRM

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

PR 9469 3998 SUS 701:1030-1661 2210. 6-6



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 Oliveira da Silva
 IDADE: 15 ANOS COR: 1 SEXO: F ESTADO CIVIL: Solteira
 NATURALIDADE: PIAUI PROFISSÃO: Dois filhos PROCEDÊNCIA: 0111
 ENDEREÇO: Av. 10 de Novembro, 1000, Centro BAIRRO: Centro
 CIDADE: João Pessoa DATA: 21/2/2020 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)

Trauma da mão

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fractura
Fractura
Fractura

HRDML / SESAP
CONFIRA C/ O ORIGINAL
Paranámirim-RN 20/02/2020
Mat. 96744



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

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

FEVEREIRO

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

Identificação do Paciente			
5-PACIENTE	6-NÚMERO DO PRONTUÁRIO		
DANIELE TEIXEIRA DA SILVA	16B751		
7-CARTÃO NACIONAL SUS	CPF	8-DATA DE NASCIMENTO	9-SEXO
701 1030 1461 2210	095111224-46	15/11/1991	FEMININO
11-NOME DA MÃE	10-RAÇA/COR		
LINDALVA BEZERRA DA SILVA	99615-9001		
13-NOME DO RESPONSÁVEL	14-TELEFONE DE CONTATO		
ELÓUIZE JORDANA PAIVA DA SILVA (CUNHADA)			
15-ENDEREÇO (RUA, N°)	17-BAIRRO	18-UF	19-CEP
RUA MIGUEL SEBRA, 75	CENTRO	RN	59650-000

Justificativa de Internação

20-PRINCIPAIS SÍMOS E SINTOMAS CLÍNICOS

Recente reper trauma no MIE.
Dor + limitação funcional

21-CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Grau inter.

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

Sem lesões + Rx

23-DIAGNÓSTICO INICIAL

24-CID 10 PRINCIPAL

25-CID 10 SECUND.

26-CODIGO ASOCIADAS

FRATURA PTÉCAL E

FRATURA QUADRIL E

SCRÍO DO PROBLEMA SOLICITADO

Procedimento Solicitado

28-CODIGO DO PROCEDIMENTO

TTT CIRÚRGICO

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. Djalma Carlos de Oliveira

26/01/2020

36-TRANSTO 541

37-TRAJETO TÍPICO

38-() ADITIVO TRAJETO

39-CNPJ DA SEGURADORA

40-Nº DO RILHETE

41-SERIE

42-CNPJ DA EMPRESA

43-CNAE 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

CONFÉRICA/ ORIGINAL

Paranámirim-RN 26/01/2020

Mat. 969214

EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

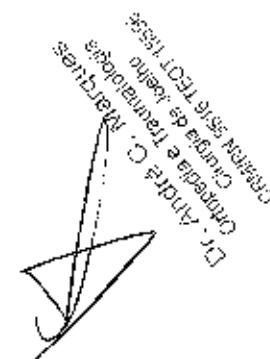
<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input 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

INTENÇÃO

ADSPITAL

Ass. do Responsável
 Dr. Kintche C. Marques
 Clínica de Emergência
 Centro de Terapia Intensiva



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>União</i>	HORA _____ PARA _____

RETIROU-SE POR

DECISÃO MÉDICA

AREVELIA

DATA _____ / _____ / _____

HORA _____

ÓBITO _____ / _____ / _____

HORA _____

ENTREGUE

À FAMÍLIA

S.V.O.

I.T.E.P.

MÉDICO (Carimbo)

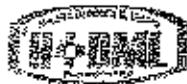
CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA ORTOPEDIA	REGULAÇÃO WALFREDO GURGEL	OBS		
ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO 166751		
DATA	HORA	CATEGORIA GIH		
03/02/2020	9:51	DATA DE NASCIMENTO 15/11/1991		
PACIENTE DANIELE TEIXEIRA DA SILVA	ESTADO CIVIL SOLTEIRO	PROFISSAO DO LAR		
ENDERECO (RUA, Nº) RUA MIGUEL SEABRA, 75	MUNICÍPIO JOÃO CAMARA	BAIRRO CENTRO	UF RN	CEP 59550-000
LOCAL DE TRABALHO				TELEFONE
RELACION LINDALVA BEZERRA DA SILVA		DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA		
RESPONSÁVEL ELOUIZE JORDANA PAIVA DA SILVA (CUNHADA)			TELEFONE 99615-9001	
ENDERECO 095111224-44				
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO				
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <u>Fratura Acetáabulo E + Fratura Pefle E</u>				
DATA DE ADMISSÃO	ALTA 12/02/20			ÓBITO
HISTÓRIA CLÍNICA				
<i>Dr. Djalma Carvalho de A. Traumatologista 2795 Parnamirim-RN 02/02/2020 Mat. 9691-4</i>				

HODAM / SESAP
CONFIRMO O ORIGINAL
Parnamirim-RN, 26/02/2020
Mat. 9691-4



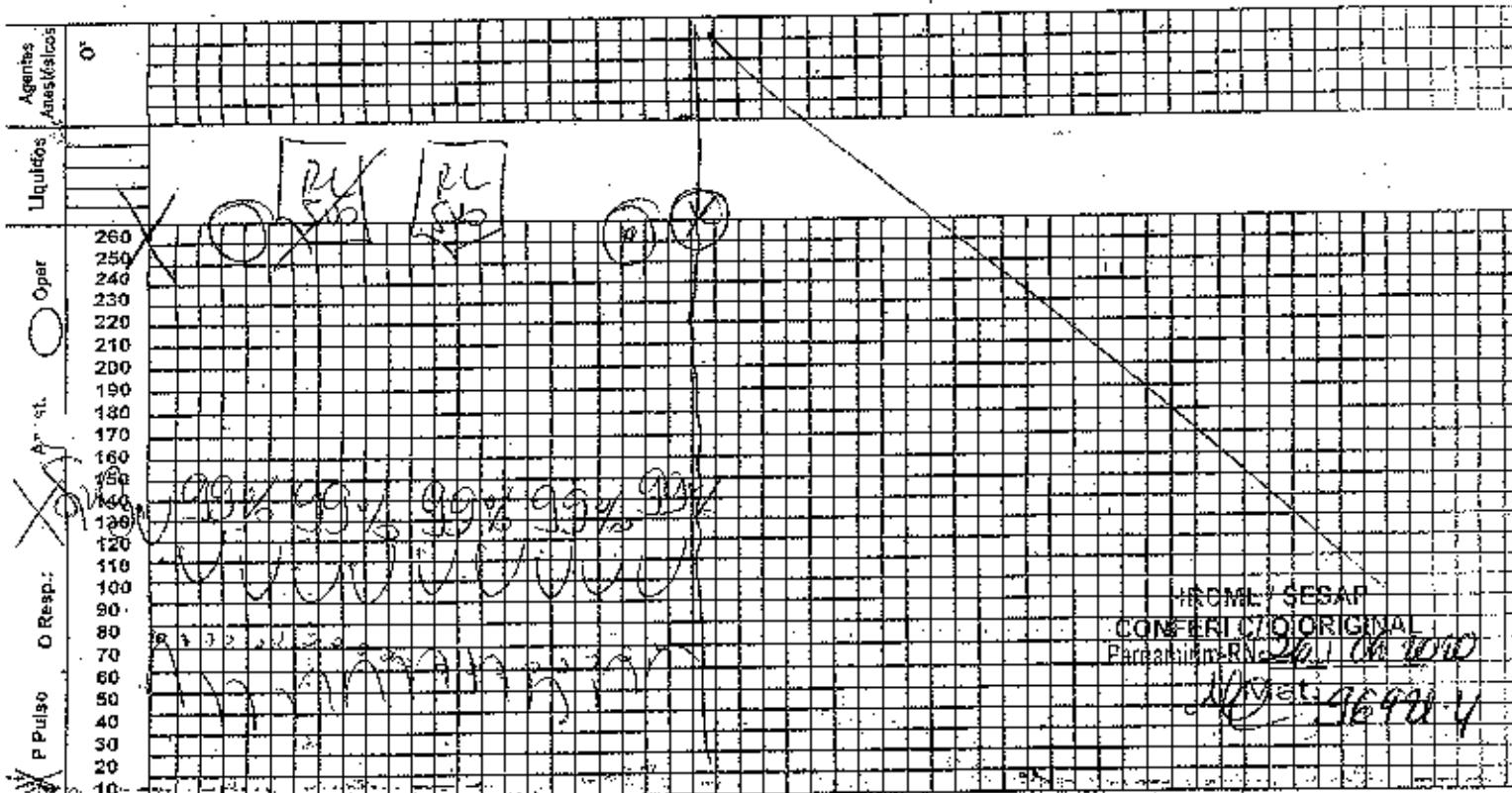
HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

<input checked="" type="checkbox"/> Hemoconcentrado _____ Unid.	<input checked="" type="checkbox"/> Plasma _____ Unid.	<input checked="" type="checkbox"/> HEMOTRANSFUSÃO:	<input checked="" type="checkbox"/> Plaquetas _____ Unid.						
<input checked="" type="checkbox"/> Álbumina _____ Unid.	<input checked="" type="checkbox"/> Expansor plasmático _____ Unid.	MEDICAÇÕES UTILIZADAS							
h: _____	h: _____	h: _____	h: _____						
h: _____	h: _____	h: _____	h: _____						
h: _____	h: _____	h: _____	h: _____						
<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico: _____ ml <input checked="" type="checkbox"/> Soro Glicosado: _____ ml		<input checked="" type="checkbox"/> Soro Ringer Simples: _____ ml <input checked="" type="checkbox"/> Soro Ringer Lactato: _____ ml	Quantidade total de volume administrado: _____						
<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Peça: Swab para cultura:		Peça para sepultamento: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Líquido:							
ANÁTOMO PATOLÓGICO									
CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES									
FO de aspecto: <input checked="" type="checkbox"/> Limpo <input type="checkbox"/> c/exsudato <input type="checkbox"/> Contaminada <input type="checkbox"/> Aparelho gessado <input type="checkbox"/> Bandagens <input checked="" type="checkbox"/> Talas <input type="checkbox"/> Outros: _____									
INTERCORRÊNCIAS: <i>S/ intercorrências.</i>									
Ass: <i>Cleusa</i> Coren: <i>118641</i>									
CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO									
Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Narcose <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Vigil <input type="checkbox"/> Agitado									
Respiratório: <input type="checkbox"/> Intubado <input checked="" type="checkbox"/> Extubado <input type="checkbox"/> Cânula de Guedel <input checked="" type="checkbox"/> O ₂ ambiente Curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Oclusivo <input type="checkbox"/> Compressivo <input type="checkbox"/> Bolsa de colostomia <input type="checkbox"/> Outro: _____									
Diurese: <input type="checkbox"/> Espontânea <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Irrigação Vesical <input type="checkbox"/> Oligúrico Destino após a cirurgia: _____									
UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO									
Horas: <i>18:55</i>	Data: <i>10/02/2020</i>	Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Acordado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Narcose <input checked="" type="checkbox"/> Orientado							
		<input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Choroso Vias aéreas: <input type="checkbox"/> Intubado <input type="checkbox"/> Extubado <input type="checkbox"/> Cânula de Guedel <input type="checkbox"/> Cateter O ₂ <input checked="" type="checkbox"/> O ₂ Ambiente							
		<input type="checkbox"/> Mobilização MMSS: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Sem mobilidade							
		<input type="checkbox"/> Venoclise: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Tipo: _____ Local: _____ Sondas: <input type="checkbox"/> Gástrica <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Vesical							
		<input type="checkbox"/> Drenas: <input type="checkbox"/> Sucção <input type="checkbox"/> Torácico <input type="checkbox"/> Penrose <input type="checkbox"/> Kher Ostomias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Especifique: _____							
		<input type="checkbox"/> Irrigação vesical contínua: <input type="checkbox"/> Retorno satisfatório <input type="checkbox"/> Retorno Insuficiente <input type="checkbox"/> Coágulos							
		<input type="checkbox"/> Curativo: <input type="checkbox"/> Oclusivo <input type="checkbox"/> Descoberto <input type="checkbox"/> Limpo <input type="checkbox"/> Sujo Monitorização: <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Oxímetro <input type="checkbox"/> PA							
INTERCORRÊNCIAS NA URPA: <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Bexigoma <input type="checkbox"/> Alteração PA <input type="checkbox"/> Alteração FC									
Relate:									
SINAIS VITAIS									
Horas	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor	Líquidos administrados na URPA:		
Admissão	<i>29</i>	—	—	—	<i>90%</i>		Soro glicosado: _____ ml		
30'	<i>31</i>	—	—	—	<i>98%</i>		Soro Fisiológico: _____ ml		
60'							Ringer: _____ ml		
Alta							Irrigação vesical contínua: _____		
Medicações administradas URPA:									
Horas	Medicação	Dose	Via	Assinatura	Eliminações:	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno de Irrigação
					Recebido da SO				
					Desprezado				
					URPA				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: <i>Após procedimento cirúrgico e curativo procedeu-se a monitorização a paciente com o protocolo concebido e executado no P.U. ocorrendo conceito e evolução com imprevisível em seu MUITO</i>							Ass: <i>mpaseo</i>	Coren: <i>197811</i>	

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital				Enfermagem	Leito	Nº prontuário
Nome				Idade	Sexo	Cor
Data	Pressão arterial	P脉	Respiração	Temperatura	Peso	Outros
30/02/20					550kg	
Tipo sanguíneo	Hematíes	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia	
	Urina					
Ap. respiratório	Soprores				Asma	Bronquite
Ap. circulatório	RGR em ST				Eletrocardiograma	
Ap. digestivo	N. D. N		Dentes	Pescoço	Ap. urinário	
Estado mental	Consciente		Alucinóicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores
D. anestésico pré-operatório				Estad. fisiológico		Risco



SÍMBOLOS E	Cefazoline 2g Midodrine 5mg Festamul 500mg	Nexaline pirade = 15mg	ondanestron 8mp
ANOTAÇÕES			

POSIÇÃO Landoltine Sóly Morfina = 100 mg.

Agenteas ~~Administración~~ Técnica ~~Programación~~ ~~laboral~~ (Ley-17) + Sedcens N. de Oficina

Operação tratamento genérico da folicina de palte Dr. J. S. 1000 mg

1) ~~Procedimientos~~ 2) interacciones



Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

Nome: Danielle Teixeira da Silveira Idade: 22 D/N: 15/11/2016
 Front: 10P-7SL Município: José de Freitas Procedência: Interno Externo
 Data da cirurgia: 20/10/2016 Hora Admissão: Bloco: 1 Sala: 1 Hora Saída: Peso: 48 kg
 Alergias: Não Sim Comorbidades: HAS DMR Outras: menor
 Uso de medicações: Não Sim Jejum: Não Sim
 SSVV Admissão: PA: 110x80 mmHg Pulo: 80 bpm F: — rpm FC: 80 bpm SpO₂: 98 % T: — °C

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

Cirurgia: H2 cir. pat. de rotela E Especialidade: Ortopédica Sala: 01
 Hora Início: 17:30 Hora Término: 18:25 Tipo de cirurgia: Eletiva Urgência Limpa Contaminada Infectada
 1º Cirurgião: Dra. Fabio Roberto Aux.: Dra. Carlos Augusto Residente:

Anestesia: Local Sedação Geral TOT: Bloqueio 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: Dra. Jackson

EUROMUSCULAR		PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/>	Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Jejico	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
	Letárgico	<input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
	Coma	<input checked="" type="checkbox"/> Clamótica	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input checked="" type="checkbox"/> Capnografia
<input checked="" type="checkbox"/>	Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input checked="" type="checkbox"/> Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
	Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input checked="" type="checkbox"/> Estimul. Nerv.
	Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Integra	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input checked="" type="checkbox"/> Diprifusor
	Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input checked="" type="checkbox"/> Choque	<input checked="" type="checkbox"/> SVD	<input checked="" type="checkbox"/> BIC
	Deambulá	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfigmico	<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia	<input checked="" type="checkbox"/> Desfibrilador
<input checked="" type="checkbox"/>	t/dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica -	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia	
	Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Dispnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Dreno:	
	Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Dispositivo O ₂	<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado	
	Tetraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Manchas		<input checked="" type="checkbox"/> Tração	
	Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input checked="" type="checkbox"/> Talas	

SINAIS VITAIS	Ínicio	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
Dimetria	<u>97</u>	<u>99</u>	<u>98</u>	%
Capnografia				%
PA	<u>115x85</u>	<u>111x62</u>	<u>112x70</u>	mmHg

ACESSO VENOSO

<input checked="" type="checkbox"/> Punção Arterial
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Central
<input checked="" type="checkbox"/> Dissecção venosa

Local:

Cateter:

SONDAGEM GÁSTRICA

SNG nº:

Retorno:

CATETERISMO VESICAL

SVF nº: 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	MABGS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input checked="" type="checkbox"/> Ventral	<input checked="" type="checkbox"/> Pescoco	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input checked="" type="checkbox"/> Lateral	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Flexidos
<input checked="" type="checkbox"/> Litotômica	<input checked="" type="checkbox"/> Lombar	<input checked="" type="checkbox"/> MABGS
<input checked="" type="checkbox"/> Trendlemburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input checked="" type="checkbox"/> Canivete		<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input checked="" type="checkbox"/> Prólide		<input checked="" type="checkbox"/> Flexidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO

Sim Não Metal Descartável

Local:

DEGERMAÇÃO

Sim Não Sim Não

Local: MIE Solução: clorox Local:

IMPLANTE CIRÚRGICO

Drenos:

Tela:

Cateter:

Ostomia:

Fio de KC: Vogado (01) Parafuso - tipo:

Placa - Tipo:

Outros:

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO

Caixa cirúrgica: Baixa perfuração Material:

Val.: 07/05/20 Contagem de gaze e compressa: Não Sim

Nome do paciente		Daniel Teixeira de Silva		Nº prontuário
Data operação	10/02/2020	Enf.	Leito	
Operador	Dr. Raulos Augusto	1º auxiliar	Dr. Fabio Roberto	
2º auxiliar		2º auxiliar		
Anestesista	Dr. Jackson	Tipo de anestesia		
Diagnóstico pré-operatório		<input checked="" type="checkbox"/> CIRURGIAS MULTIPLAS <input checked="" type="checkbox"/> (0415010072) <input checked="" type="checkbox"/> POLIRUAUMATIZADO <input checked="" type="checkbox"/> (0415338019) <input checked="" type="checkbox"/> PROC. CLÍNICO <input checked="" type="checkbox"/> PROC. CIRURGICO <input checked="" type="checkbox"/> (0415338019) <input checked="" type="checkbox"/> CBO 325326 <input checked="" type="checkbox"/> CBO 325270 <input checked="" type="checkbox"/> 14 DIAS <input checked="" type="checkbox"/> CIO 53321		
Diagnóstico pós-operatório				
Relatório imediato do patologista				
Exame radiológico no ato				
Acidente durante a operação				

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1) Fazete em diâmetro aberto sob margem
- 2) Incisão em região anterior do joelho (R)
- 3) Passar pro planos
- 4) Passar pelo inferior do joelho
- 5) Retirar tecido subcutâneo extenso. d) Oftalmod
- 6) Tângi interno. c) 3x a 0.5x
- 7) Suturar pro planos
- 8) Encravar

RESUMO
Operação realizada a respeito
de uma fratura no joelho de um paciente

Lod. 324 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

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	6 - N° DO PROTOCOLO
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO
701.103014612210	15/11/1991
9 - SEXO	MASCULINO FEMININO
F	1 2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO
LINDA VILA BEZERRA DA SILVA	9648-5602
12 - ENDEREÇO (RUA, N°)	9469.3998
MANDEL 2014 BARRA	
13 - INÍCIO	14 - BAIRRO
20/01/2020	CENTRO
15 - UF	16 - CEP
EN	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

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

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)	20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
R	Fractura patela	S82.0		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - LEITO / CLÍNICA	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
Tratamento Cirúrgico			
28 - DÍGITO DO PROCEDIMENTO			29 - DT SOLICITAÇÃO
108050683			28/01/2020
30 - CNS / CPF			31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - N° DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			DESCRIPÇÃO ... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LÉGAL
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 - N° DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
								HRDML / SESAP CONFERI C/ O ORIGINAL Partamirim-RN 28/01/2020 Mat. 564114

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



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL DR. DEOCLÉIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA



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 pélvico direito.

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

Articulações coxofemorais de contornos regulares.

Articulações sacroiliacas conservadas.

Não há sinais de derrame articular.

Planos musculares sem alterações tomográficas.

Laudo gerado: 05/02/2020 16:11. Para baixar uma cópia, acesse <https://validar.vbsrad.com.br/>, utilize data/hora e a chave: hDLDbTPh.

Marcel Dantas de Sousa

Assinado Por:

Marcel Dantas de Sousa
CRM-RN 1557 / RADIOLISTA

HRDML / SESAP
CONFIR C/ O ORIGINAL
Parnamirim-RN 26/06/2020
Mat. 969214



1. **RESUMO**

2. **ANAMNESE** (1000)

3. **EXAME FÍSICO** (1000)

4. **EXAMES COMPLEMENTARES** (1000)

5. **DIAGNÓSTICO** (1000)

6. **TRATAMENTO** (1000)

7. **PROGNÓSTICO** (1000)

8. **COMENTÁRIO** (1000)

9. **ANEXOS** (1000)

10. **ASSINATURA** (1000)

11. **ANEXOS** (1000)

12. **ASSINATURA** (1000)

13. **ANEXOS** (1000)

14. **ASSINATURA** (1000)

15. **ANEXOS** (1000)

16. **ASSINATURA** (1000)

17. **ANEXOS** (1000)

18. **ASSINATURA** (1000)

19. **ANEXOS** (1000)

20. **ASSINATURA** (1000)

21. **ANEXOS** (1000)

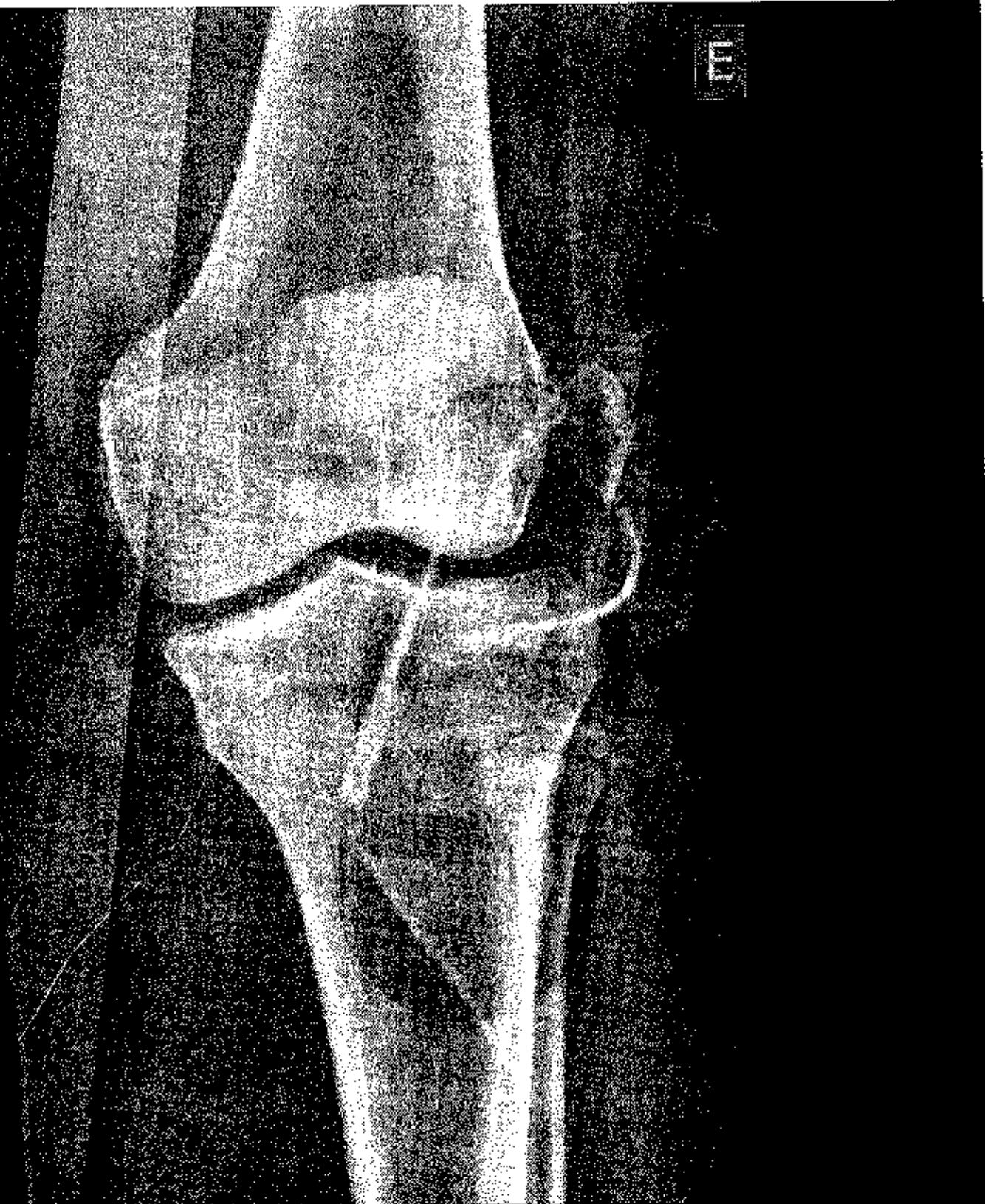
22. **ASSINATURA** (1000)

23. **ANEXOS** (1000)

24. **ASSINATURA** (1000)

25. **ANEXOS** (1000)

26. **ASSINATURA** (1000)



Id. Paciente: 3070/2020

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

Técnico: EDSON

Paciente: DANIELY TEIXEIRA DA SILVA

Idade: 28 ano(s)

JOELHO AP

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Tam. real



Id. Paciente: 3070/2020

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

Paciente: DANIELY TEIXEIRA DA SILVA

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: EDSON

Idade: 28 ano(s)

JOELHO LAT

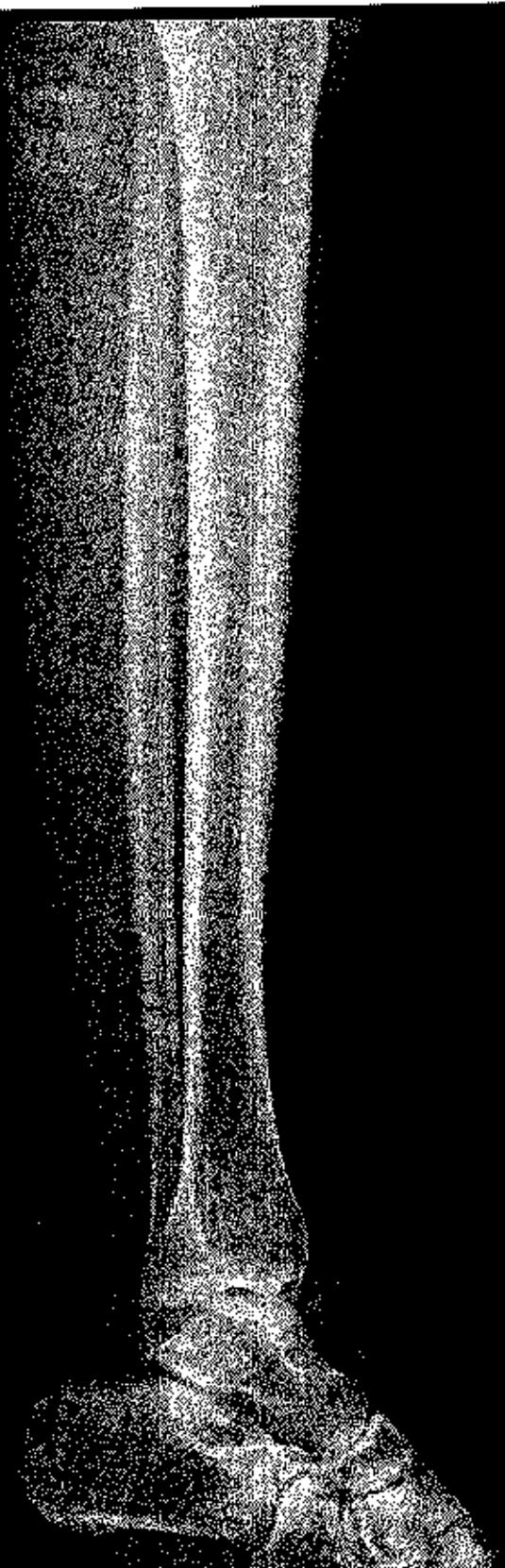
Tam. real



TOB:OZEL/03838 Data Exame: 07/01/2020 15:14:24

C. Paciente: 31702029
Paciente: DANIELLY TEIXEIRA DA SILVA
Hospital: MONSENHOR WALFREDO GURGEL

TOB:OZEL/03838 Técnico: EDSON
data: 26/01/2020
Paciente: DANIELLY TEIXEIRA DA SILVA
Hospital: MONSENHOR WALFREDO GURGEL



PERNA LAT

Id. Paciente: 3070/2020

Paciente: DANIELLY TEIXEIRA DA SILVA

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

55.2%

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

PLRNA AP

53.9%

Técnico: EDSON

Idade: 28 ano(s)



Id. Paciente: 3070/2020

Data Exame: 17/01/2020 15.14.24

Técnico: EDSON

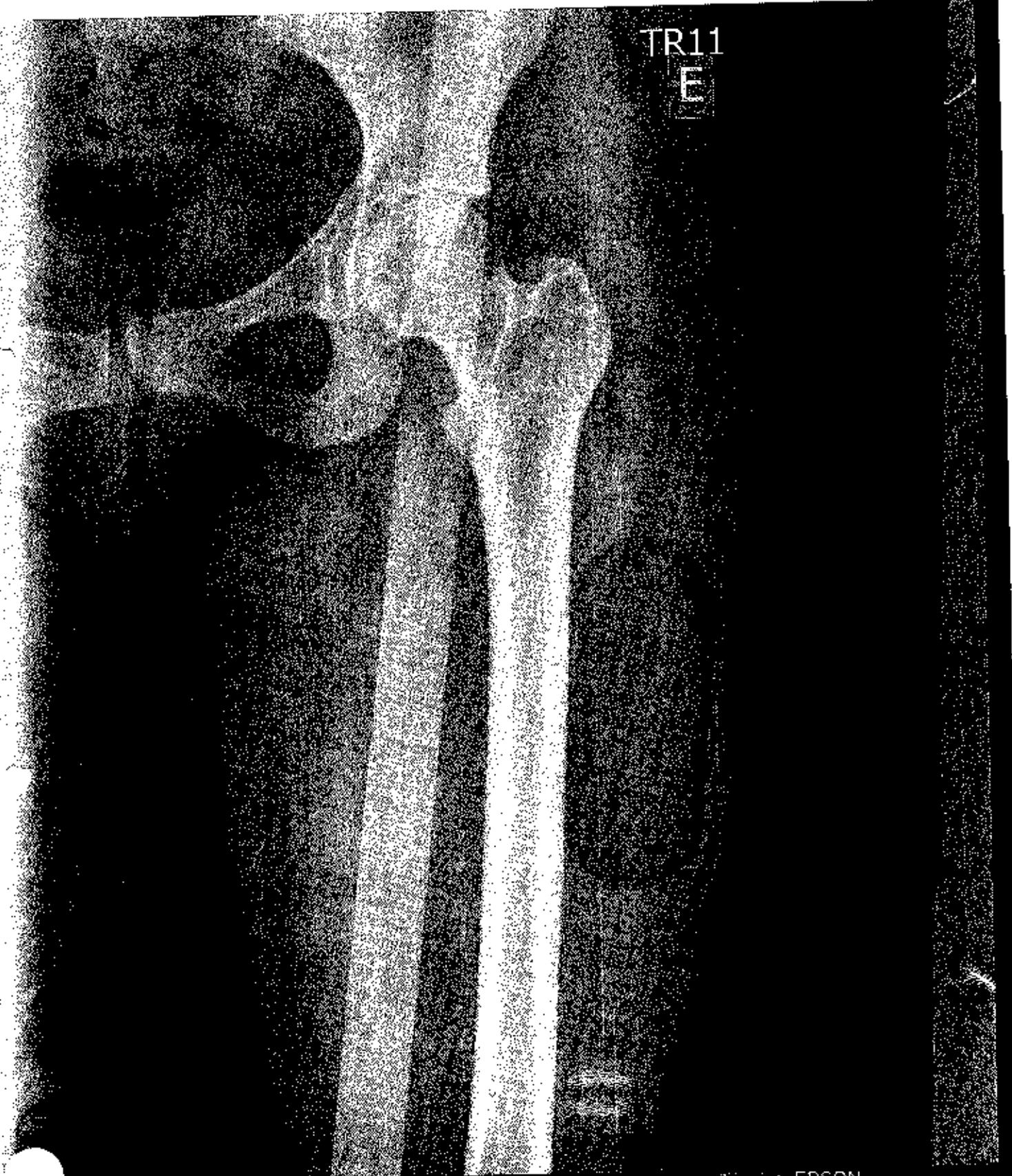
Paciente: DANIELLY TEIXEIRA DA SILVA

Idade: 28 ano(s)

PÉ AP

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Tam. real



TR11

E

Id. Paciente: 3070/2020

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

Técnico: EDSON

Paciente: DANIELY TEIXEIRA DA SILVA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Idade: 28 ano(s)

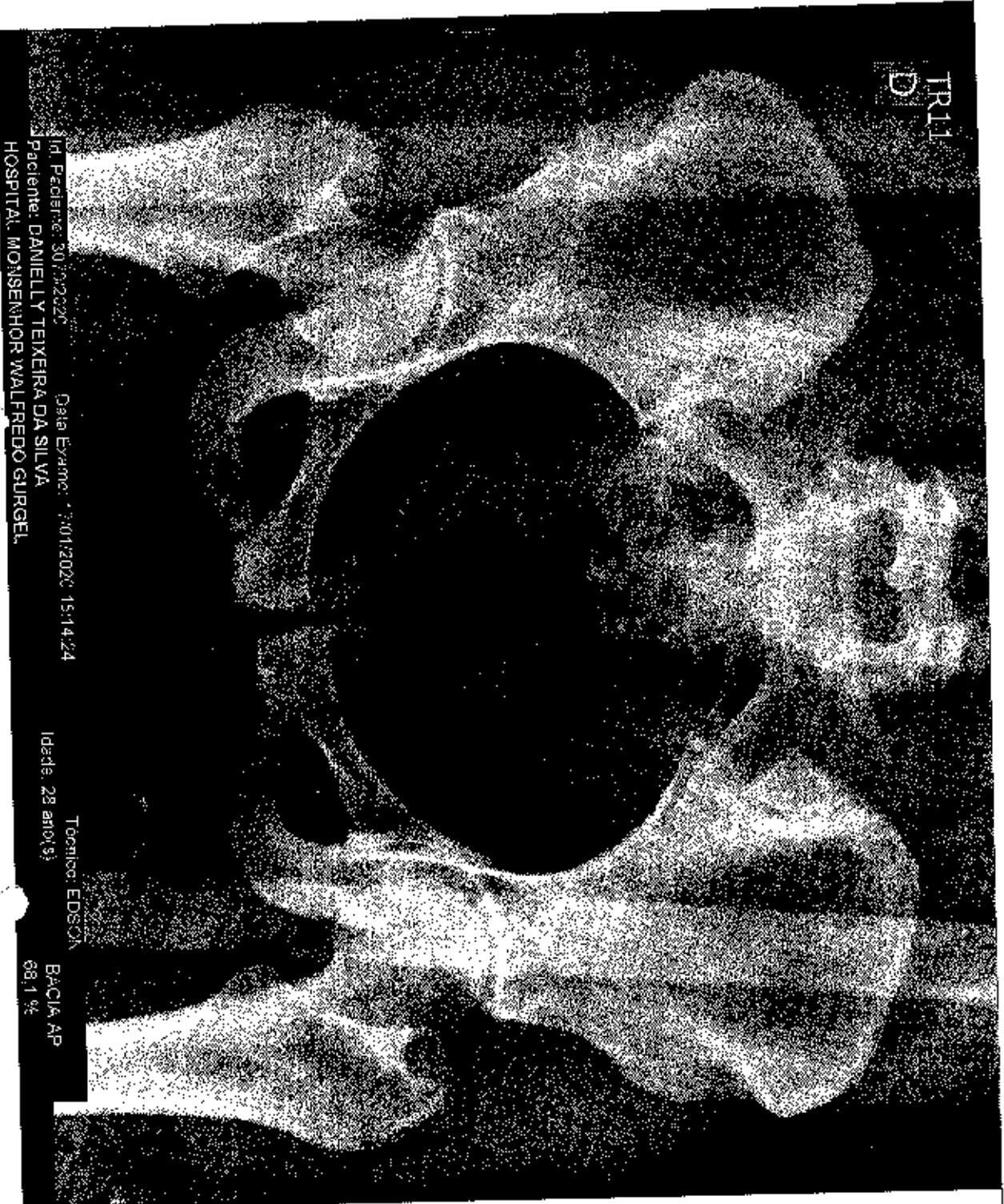
FEMUR AP
58,7 %

TR11
D

Id. Paciente: 3076220
Data Exame: 10/01/2020 15:14:24
Paciente: DANIELLY TEIXEIRA DA SILVA
HOSPITAL: MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: EDSON
Idade: 28 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/01/2020

Titular do CPF: DANIELE TEIXEIRA DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANDRIELLE KAROLAINA 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

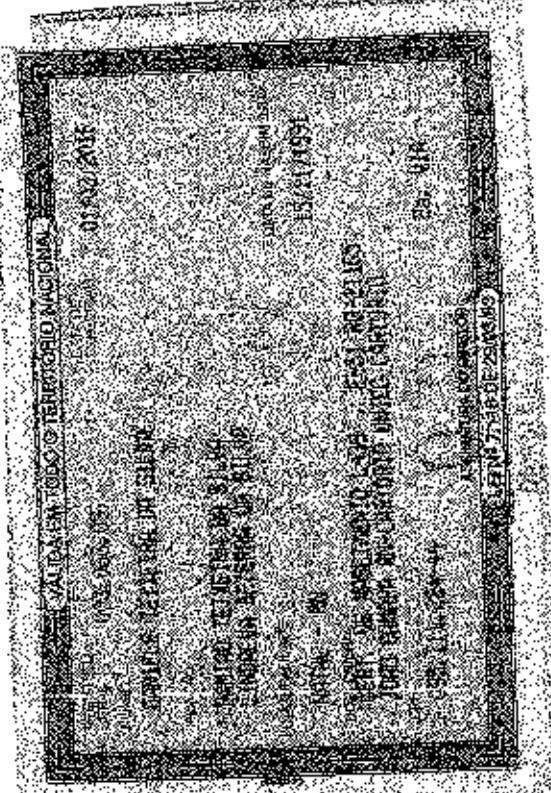
Data da apresentação: 01/07/2020
Nome: ANDRIELLE KAROLAINA DO NASCIMENTO BARROS
CPF: 100.915.444-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANDRIELLE KAROLAINA DO NASCIMENTO BARROS

GERCIA LOURENCO DA SILVA



Tesis Social de Economía Política. Oficina 10128, 26.04.2013

COSFRN

DETALHES DO CLIENTE

www.BECD.ca/1000deCONsInOne

1185 6200 102 014-102

مکالمہ میں ایک ایسا مسئلہ

CLASSIFICAÇÃO
PROBLEMAS
RESPOSTAS
BIBLIOGRAFIA

卷之三

0432, 1029

卷之三

Centroamericano y del Caribe
Centroamericano y del Caribe
Centroamericano y del Caribe
Centroamericano y del Caribe
Centroamericano y del Caribe

Qualitative	PRECONDITION	VALUATION
2.0: width	U-24-48	46.88
2.0: height	U-32-72	73.84
		35.00
		9.44
		2.12
		0.48

卷之三

卷之三

Nº DO MEMORI	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		MÉD. CONSTANTE	VALOR	CONSUMO (WPS)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA			
040736	EXI	2000-01-01	1.000.000	2000-01-01	1.000.000	00	0.0000	0.0000



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PRF

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



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO 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.



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.

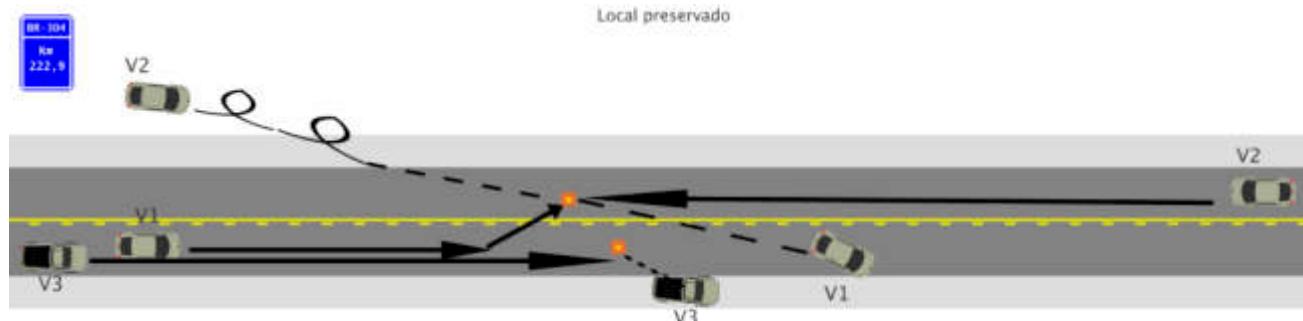
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003164B01 e o número de controle ABC388828A8FEB29729354C35A2D6D.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003164B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



← RIACHUELO → CAIÇARA DO RIO DO VENTO

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

Renavam: 00176931015

Ano fabricação: 1997 Chassi: 8AWZZZ377VA911538

Tipo de veículo: Automóvel

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Cor: Branca

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



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



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

Nome do Agente: JUSSIER

Placa: MXQ0904

Matrícula do Agente: 1373285

Nº BOAT: 20003164B01

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



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



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 20003164B01

V1 - Imagens Obrigatorias



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



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003164B01

V1 - Proprietário

Nome: DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA
Email:
Endereço: JOAO CAMARA-RN

CPF/CNPJ: 011.299.494-60
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - DANILA TEIXEIRA DA SILVA

V1C - Informações

Nome: DANILA TEIXEIRA DA SILVA
CPF: 017.444.254-85
Sexo: Feminino
Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 19/10/1994
Estado civil: Não Informado
Estado físico: Lesões Leves

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
Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: 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
CPF: 095.111.224-44
Estado físico: Lesões Graves

Data de Nascimento: 15/11/1991
Sexo: Feminino
Usava cinto de segurança: Sim

V1P1 - Dados do Contato

Endereço: VINTE E NOVE DE OUTUBRO, 1038, MARCOS GESEN, 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 ABC388828A8FEB29729354C35A2D6D.





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



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



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO 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



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003164B01

V2 - Imagens Obrigatorias



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



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	Primeira habilitação: 24/08/1982	Nº Registro: 02958249448
UF: RN	Vencimento da habilitação: 24/02/2024	Motorista profissional: Não
Observações CNH: A		

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 ABC388828A8FEB29729354C35A2D6D.

191



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

Data de Nascimento: 17/12/2003

CPF: 715.048.674-67

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

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

Renavam: 01174704478

Ano fabricação: 2018 Chassi: 8AFAR23N3KJ117848

Tipo de veículo: Caminhonete

Espécie: Especial Categoria: Particular

Cor: Branca

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



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



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO 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		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 chassis.	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



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



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 20003164B01

V3 - Imagens Obrigatorias



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



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 POTIRAMA, 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

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, 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 KAROLAINA 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

