



Número: **0822557-50.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **19ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **30/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado		
CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS (AUTOR)	ERIC TORQUATO NOGUEIRA (ADVOGADO) CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO (ADVOGADO) BRUNO HENRIQUE CORTEZ DE PAULA (ADVOGADO)		
MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62817 267	16/11/2020 17:51	<u>2765225_CONTESTACAO_Anexo_04</u>	Outros documentos

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02623-9

CONTA: 000000055163-5

Nr. da Autenticação B3730917BC37E0FE



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/11/2020 17:51:38
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111617513824200000060233903>
Número do documento: 20111617513824200000060233903

Num. 62817267 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200189020 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS **Data do acidente:** 20/04/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ESCAFOIDE ESQUERDO, EVOLUINDO COM PSEUDOARTROSE. P4/6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE. P14
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO 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 LEVE DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, PÁGINA 26, PELO DR. TIAGO ANDRADE RODRIGUES, CRM: 6224.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75





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

Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200189020 **Vítima: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS**

Data do Acidente: 20/04/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ANTONIONE DE FREITAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000002623-9

Conta: 0000055163-5

Tipo: CONTA CORRENTE

Pag. 01659/01660 - carta_15R - INVALIDEZ



00036830

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
083107104-45 CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS	6 - CPF: 083107104-45		
7 - Profissão: GARÇON	8 - Endereço: RUA SANTA EULALIA	9 - Número: 11	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: Pajuçara	12 - Cidade: NATAL	13 - Estado: RN	14 - CEP: 59.123-290
15 - E-mail:	16 - Tel (DDD): (84)98837-6586		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 7623 CONTA: 55.163
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (váneis): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim pais/avós vivos? Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha:

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data, NATAL RN 22.05.2020

X Cleilton Chagas Carlos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/11/2020 17:51:38

<https://pje19.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011161751382420000060233903>

Número do documento: 2011161751382420000060233903

Num. 62817267 - Pág. 4



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Policia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva.
A aceitação deste documento está condicionada a verificação de sua autenticidade pela Internet na área de acompanhamento e
consulta de registro de Ocorrências da Delegacia Virtual, no endereço <http://www.defesasocial.m.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL

Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001015032 1.2 Data de Expedição: 04/05/2020 10:17:59
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 20/04/2019 19:07:00 2.2 Logradouro: AV SALGADO FILHO
2.3 Número: S/N 2.4 CEP:
2.5 Complemento: 2.6 Ponto de Referência: EM FRENTE AO WALFREDO GURGEL
2.7 Bairro: TIROL 2.8 Cidade: NATAL
2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS 3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.3 Etnia: NEGRO 3.4 Pai:
3.5 Mãe: MARIA ODETE CARLOS DOS SANTOS 3.6 Data de Nascimento: 18/06/1987
3.7 Sexo: MASCULINO 3.8 RG: Não informado
3.9 CPF: 06310710445 3.10 Passaporte:
3.11 Nacionalidade: 3.12 Naturalidade: RUI BARBOSA/RN
3.13 Profissão: 3.14 E-Mail: CLEILTONCHAGASG@GMAIL.COM
3.15 Telefone(s): 84 987993534 3.16 Logradouro: RUA SANTA EULALIA
3.17 Número: 11 3.18 CEP:
3.19 Bairro: PAJUÇARA

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)

6. DADOS DA OCORRÊNCIA

7. DOS FATOS

7.1 Histórico

O DECLARANTE RELATA QUE PAROU NO SINAL NA AV SALGADO FILHO PROX AO MIDWAY, QUANDO UM CARRO BATEU NA TRASEIRA DA SUA MOTO HONDA/CG 125 I FAN, COR VERMELHA, GASOLINA, ANO/FAB 2018, ANO/MOD 2018, PLACA QGN3117, RENAVAM 01164606694, DE PROPRIEDADE FRANCISCO NILTON DE MOURA, FAZENDO A VITIMA CAIR. O ACUSADO SE EVADIU, NÃO CONSEGUINDO O DECLARANTE VER PLACA, COR E MODELO DO CARRO.

8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

9. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Comunicante: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

Data: 04/05/2020 15:15:12

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.

Atendimento: 1702742 - RUBENS PAES BEZERRA FILHO

Impresso por: WEB em 12/05/2020 09:54:09

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Antonione de Freitas inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.347.644 / 07, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CLÉILTON CHAGAS CARLOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 083.107.104 / 45 do sinistro de DPVAT cobertura INVAL/052 da Vítima CLÉILTON CHAGAS CARLOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 083.107.104 / 45, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios
CNH, COM PROVANTE DE RESIDÊNCIA

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>RUA FRANCISCO GUMERCINDO SANTANA</u>		<u>701</u>	<u>C95A</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Prado</u>	<u>NATAL</u>	<u>RN</u>	<u>59.122.740</u>
Email:	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
			<u>(84) 99820-4547</u>

NATAL RN, 22 de MAIO de 2020
Local e Data

x Antonione de Freitas

Assinatura do Declarante

LDRL.001 V001/2017



SEMAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 20286 / 2019

Admissão: 20/04/2019 19:07:35

SAÍDA
EM 20/04/2019

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 123901 - CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS (31 a 10 m 2 d)

Nascimento: 18/06/1987 Natural: RUY BARBOSA, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 704104115273271

CPF: 08310710445

Prof:

Mãe: MARIA ODETE CARLOS DOS SANTOS

Pai:

Logradouro: SANTA EULALIA, 12

CEP: 59123290

Bairro: PAJUÇARA

Cidade: NATAL

Telefone: 84 987993534

Compl: (LOT N REPUBLICA)

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: SOZINHO

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 20/04/2019 19:00:54

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO APÓS ACIDENTE DE MOTO

Hora: 19:10

PCFE caiu de moto com
trauma de mão e punho (E). Nega retra
ou outras anomalias.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A non

B non

C non

D lesão grave de punho e mão (E)

E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

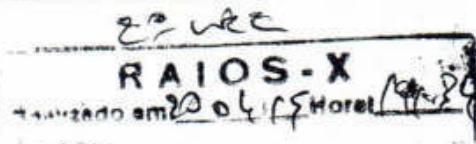
Núcleo Hospitalar de Epidemiologia
22/04/19

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

TRAUMA MXT (E)

Gerado via SX por CLAUDIA LUCIANA CAVALCANTI DE FRANCA. Impresso em 20 de Abril de 2019.



ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1- AVALE A VÍTIMA 2- PEÇA A VÍTIMA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 CLORO 1511) 3- FAÇA UM DESFIBRILADOR (DE) 4- AVALE RESPIRAÇÃO (VER, OLHAR, SENTIR), 5- SE APENAS, APlique 2 VENTILAÇÕES DE RESSPIRACAO (DISPOSITIVO INOLIGA, VALVA, MASCARA), 6- ANALISE PULSO CAROTÍDEO (OU FERULAR IRBRANQUIAL, EM LACTENTES), 7- SE PULSO (OU) 8- AUSCULTA, INICIE COMPRIMIDOS TORACICAS (TINHIN PIPERIDINA 300 mg) 9- BILHETE CHOCAVEL (APLIQUE 1 CLOZET 300 mg) 10- PIPERIDINA 100 mg 11- ANALISE O RINHO, 9- BILHETE CHOCAVEL, 10- PIPERIDINA 100 mg 12- VAME RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADO ASSUMIR, 13- COLOGUE A VÍTIMA SE MEXA, 14- COLOGUE A EM POSIÇÃO DE TRAUMA (TTS).

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Oral de 10h
Paciente de baixa faixa etária
HT com hipertensão
de 150/90 mmHg
SO abdominal
Máis
falta de ar
dor abdominal

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 28/04/20
MAT. N. 1520883
Assinatura

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Aberman Ocular (AO)	
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem com estímulo verbal. (Bala evitando tocar o olho ou despertar de sono profundo, se esse for marqu 4, se não 3)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, etc., e pergunta, a data e etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras incoerentes (Fala desorientado, mas tem traços conversacionais.)	3
Sono intermitente (Desconhece seu entorno e palavras.)	2
Acossado.	1
Melhor resposta motora (MMR)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Locomoção estimulada.	5
Retração inespecífica a dor.	4
Padrão Rez à dor (Desorientação).	3
Padrão extensor à dor (Desorientação).	2
Sons resposta motora.	1
Total	

“ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS”	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
13-158	4
9-125	3
8-80	2
4-50	1
30	0
19-296	4
>296	3
8-90	2
1-50	1
00	0
>90	4
75-99	3
30-75	2
1-49	1
00	0

“Escala de Trauma Revisada (RTS): Bala indica discriminador para pacientes de trauma fechado. Referência: Adams J, Chapman H.R, Sacco W.L, Cooper, et al: A revision of the Trauma score, J Trauma 29(3):424, 1990.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2003)*

03 - 09-grave (insensibilidade de intensidade imediata);
09-3+ moderado;
14-15 leve

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

** A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que conservam zona de dor superior a 2 anos. No Exame Quantitativo solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com as seguintes adjectivas:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA ORTOPÉDICA

CARTÃO SUS: 704104115273271

Nº 01

IDENTIFICAÇÃO	NOME: Eletor Esgos Carlos Santos	
	RACA COR:	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM D. NASC: 18/06/87 IDADE: 31 ESTADO CÍVIL:
	ENDERECO: R. Santa Euláia 11 CEP: 59123290	
	BAIRRO: Pequenos	CIDADE: Natal FONE: 88799-3534
	RG: 002883584	PROFISSÃO/ESCOLARIDADE: CPF: DATA: 27/04/19 HORA: 07:20

DOR/DOENÇA		<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO; <input type="checkbox"/> DIABETES; <input type="checkbox"/> INSUF. RENAL; <input type="checkbox"/> EPILEPSIA; <input type="checkbox"/> ALZHEIMER
OUTRAS:		

ALERGIA		<input type="checkbox"/> AAS; <input type="checkbox"/> DIPIRONA; <input type="checkbox"/> DICLOFENACO/AINE; OUTROS:
---------	--	---

Aparentemente BEM	<input type="checkbox"/>	Consciente/ Orientado	<input type="checkbox"/>	Inconsciente	<input type="checkbox"/>	Agitação	<input type="checkbox"/>
REGULAR	<input type="checkbox"/>	Aparentemente alcoolizado	<input type="checkbox"/>	Hemorragias	<input type="checkbox"/>	Traumatismo Craniano	<input type="checkbox"/>
GRAVE	<input type="checkbox"/>	Respira c/ dificuldade	<input type="checkbox"/>	Convulsão	<input type="checkbox"/>	Desmaio ou Vomito(s)	<input type="checkbox"/>
Politraumatizado	<input type="checkbox"/>	Atropelamento	<input type="checkbox"/>	Colisão	<input type="checkbox"/>	Queda	<input type="checkbox"/>

PA	FC	FR	TEMP	SPO2	HGT	PESO	LEVE	MODERADA	INTENSA
----	----	----	------	------	-----	------	------	----------	---------

AZUL	VERDE	AMARELO	VERMELHO
OBSERVAÇÕES:		Rita de Cassia F. Nunes Eduardo CORE/NR 249.151 INTERNAÇÃO/COREN	

Primo in primo (2) m. 01m. História de furtos do seu carro há mais de 10 anos, não tentava e assintomática.

EXAME FÍSICO: Sem lesões ou limitação do movimento

HOSPITAL MUNICIPAL DE NATAL
Rua Coronel Joaquim Manuel, 654
Petrópolis - RN 59012-330
TEL: 3215-9857
CNPJ 04.518.572/0001-70
CRESS 3708920

Mov. x pulmão (2): AP S

Assinatura de: José de Moraes
Ortopedia - Traumatologia
CRM 6718

UNIVERSIDADE
ORIGINAL

DESCONTROLOSE DO ESCAPÔIDE

MÉDICO/CRM





PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel
Prontoclinica da criança Ltda.

PLANTÃO 24 HORAS

EXAMES GERAIS
EXAMES DE HEMATOLOGIA
EXAMES DE ANALESSES
EXAMES DE RAYO-X
EXAMES DE SONOGRAFIA

Rua Monte Sinai, 1948 - Fone: (84) 4008-5000 - (Ao lado do Nordestão Ponta Negra) - Natal/RN

A UBS

Encontrou o paciente com lesões
cravadas causas graves com entusiasmo
único (pseudoartrose) do escafóide
esquerdo, com necessidade de
realizar com ortopedia especiali-
zado em cirurgia de mão.
Sua recuperação é sob responsa-
bilidade sob sua cura do dr. nelson
de Freitas.

Frederico de O. Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 7514

Natal,



15/5/19





Cirurgia da Mão de Natal

CIMAN

DR. HÉLIO RUBENS POLIDO GARCIA – CRM 5500
CIRURGIA DA MÃO - MICROCIRURGIA - ARTROSCOPIA

RELATÓRIO MÉDICO

Nome: Cleilton C C Santos

Diagnóstico: Pseudoartrose do escafoide E

Prognóstico: Moderado. Ainda com dor e limitação. Deve seguir em reabilitação. Em programação cirúrgica para 23.07.2019

Recomendação: Deve afastar-se de suas atividades por 4 (quatro) meses, a critério do perito

CID: S62/ Z98.8

12.06.19

Dr Hélio R P Garcia
CRM 5500

Dr Hélio R. Polido Garcia
Cirurgia da Mão
Microcirurgia
CRM 5500

Dr Hélio Rubens Polido Garcia
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM 5500

Hospital Memorial – Av. Gov Juvenal Lamartine, 979 – Tirol – RN – F: 31334200



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/11/2020 17:51:38
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111617513824200000060233903>
Número do documento: 20111617513824200000060233903

Num. 62817267 - Pág. 11

C.N.P.J.: 02.561.150/0001-08
Av. Lima e Silva, 1337 - Lagoa Nova - Natal/RN
Fone: (84) 4009-8100 - www.traumacenter.com.br



Hélio Polido

Cirurgia da Mão e Microcirurgia
Artroscopia de punho e cotovelo

P/ CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

LAUDO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente de nome acima apresenta pseudoartrose instável do escafoide E, com dor e sinais de degeneração. Está em programação cirúrgica para 05.02.2020. Deve afastar-se de suas atividades por 4 (quatro) meses, a critério do perito

CID - 10 - M84

Dr. Hélio R. Polido Garcia
Cirurgia da Mão
Microcirurgia
CRM - 5530

Natal, 07/01/2020.

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA - 5500

Ortopedia & Traumatologia

Trauma Center

Av. Lima e Silva, 1337
Lagoa Nova - Natal/RN

✉ drheliopolido@gmail.com ☎ (84) 4009.8100
 @ drheliopolido WhatsApp 99983.0043



Cirurgia da Mão de Natal

CIMAN

DR. HÉLIO RUBENS POLIDO GARCIA - CRM 5500
CIRURGIA DA MÃO - MICROCIRURGIA - ARTROSCOPIA

RELATÓRIO MÉDICO

Nome: Cleilton C Carlos Santos

Diagnóstico: Pop pseduartorose do escafóide E em 05.02.2020

Prognóstico: Moderado. Ainda com dor e limitação. Segue em acompanhamento.

Recomendação: Deve afastar-se de suas atividades de carga por 4 (quatro) meses, a critério do perito.

CID: M84 / Z98.8

20.02.2020

Dr Hélio R P Garcia
CRM 5500

Dr Hélio R. Polido Garcia
Cirurgia da Mão
Microcirurgia
CRM - 5500

**Dr Hélio Rubens Polido Garcia
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM 5500**

Hospital Memorial – Av. Gov Juvenal Lamartine, 979 – Tirol – RN – F: 31334200



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/11/2020 17:51:38
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111617513824200000060233903>
Número do documento: 20111617513824200000060233903

Num. 62817267 - Pág. 13

LAUDO MÉDICO PARA INTERNAÇÃO CIRÚRGICA



Ministério da Saúde

Ministério da Saúde

Estabelecimento Solicitante	CNES
Estabelecimento Executante	CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente		Carmos (nws Sertu)		
Nome SUS	RG	Data de Nascimento	Sexo	Idade:
204 1041 1527 3271	002 823.585	18/06/1987	<input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	31 anos
Responsável	Tel. 9 8787-6514			
Endereço		Rua Santa Búlalia, 11		
Bairro		Município	UF RN	
Papicara		natal		

LAUDO TÉCNICA E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

dores no joelho

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

dores no joelho

RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

DIAGNÓSTICO INICIAL	CID PRINCIPAL	CAUSAS ASSOCIADAS
dores no joelho	M84.1	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição	Cuidado	Cód
CLÍNICA/LEITO	CEPOMA	CARÁTER DA INTERNAÇÃO
MÉDICO SOLICITANTE	CRM	<input checked="" type="checkbox"/> ELETIVO <input type="checkbox"/> URGÊNCIA
ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO Jesse de Moura L. Neto Ortopedia - Traumatologia CRM - 6718		DATA 29/09/19

PREENCHER EM CASO DE CAUSA DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

ACIDENTE DE TRÂNSITO ACID. TRABALHO VIOLENCIA OUTROS

ESPECIFICAR:

SOLICITAÇÃO DE OPME- Órteses, Próteses e Materiais Especiais.

SOLICITAÇÃO

JUSTIFICATIVA

AUTORIZAÇÃO	AIH Nº _____
NOME DO AUDITOR RESPONSÁVEL	CNS/CRM
ASSINATURA E CARIMBO	DATA / /



FICHA DE INTERNAMENTO

306A 62
Data: 05/02/2020 10:2

Paciente: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

Registro: 136545

Num. RG: 2823585 CPF: 083.107.104-45 Nascimento: 18/06/1987 33 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Casado(a)

Endereço: SANTA EULALIA

N.: 12

Bairro: PAJUCARA

Cidade : NATAL

UF: RN

CEP: 59123290

Fone: 8498799353

Profissão: COZINHADOR DE ALIMENTOS

Mãe: MARIA ODETE CARLOS DOS SANTOS

Dados do Internamento

Num. Internamento: 2 Entrada: 05/02/2020 10:25 Previsão saída: 07/02/2020 11:00 Atendente: THALYTARCS
Convênio: SUS MUNICIPAL Matrícula/CNS: 704104115273271
Médico : Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA CRM: 5500 **LEITO RESERVA 04**

Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

Parentesco:

Termo de Responsabilidade

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial.

Declaro para os fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não foi paga ao Hospital Memorial de Natal pela instituição conveniada a qualquer título.

Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo seja acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora está autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

Autorizo a liberação da documentação do meu caso médico, através de fotografia, ou de exames gráficos ou de imagens, bem como o seu arquivamento por meio digital, papéis, fotografias ou quaisquer meios para os seguintes fins:

- a. Diagnóstico;
- b. Planejamento e Terapêutico;
- c. Ensino e Pesquisa.

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

Cláudio Chagas Carlos Santos

Observações

COM AIH, DOCS, SISREG, EXAMES LAB, 2 PELICULAS RX, MEDICO CIENTE.

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol Página
Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL
EM, *28/01/20*

MedicWare

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@uol.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 05/02/2020 10:25

Dados do Paciente

Paciente: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS Registro: 136545
Num. RG: 2823585 CPF: 083.107.104-45 Nascimento: 18/06/1987 33 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Casado(a)
Endereço: SANTA EULALIA N.: 12 Bairro: PAJUCARA
Cidade : NATAL UF: RN CEP: 59123290 Fone: 84987993534
Profissão: COZINHADOR DE ALIMENTOS Mãe: MARIA ODETE CARLOS DOS SANTOS

Dados do Internamento

Num. Internamento: 2 Entrada: 05/02/2020 10:25 Previsão saída: 07/02/2020 11:00 Atendente: THALYTARCS
Convênio: SUS MUNICIPAL Matrícula/CNS: 704104115273271
Médico : Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA CRM: 5500 LEITO RESERVA 04

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____

Data da Baixa: _____ No. de dias de hospitalização: _____ No. de US: _____

Doc. Apresentado: _____ Diagnóstico Definitivo: _____

Procedencia: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatório sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratórios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neuroológico: _____

Ap. Urinário e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____

HOSPITAL MEMORIAL

SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, _____ / _____ / _____

Página 1

MedicWare

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

Data: 05/02/2020 10:25

Dados do Paciente

Paciente: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS Registro: 136545
Num. RG: 2823585 CPF: 083.107.104-45 Nascimento: 18/06/1987 33 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Casado(a)
Endereço: SANTA EULALIA N.: 12 Bairro: PAJUCARA
Cidade: NATAL UF: RN CEP: 59123290 Fone: 84987993534
Profissão: COZINHADOR DE ALIMENTOS Mãe: MARIA ODETE CARLOS DOS SANTOS

Dados do Internamento

Num. Internamento: 2 Entrada: 05/02/2020 10:25 Previsão saída: 07/02/2020 11:00 Atendente: THALYTARCS
Convênio: SUS MUNICIPAL Matrícula/CNS: 704104115273271
Médico: Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA CRM: 5500

LEITO RESERVA 04

Dados do Responsável

Responsável: CPF: RG:
Parentesco:

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

1. - Autorizo o(a) Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA S7956 a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDO-RETARDO / CONSOLIDACAO / PERD
2. - O(A) Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
3. - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

Razão por que o paciente não assinou o presente Termo de Ciência e Consentimento e Responsabilização.
Preenchida pelo responsável do paciente

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

Clilton Chagas Carlos Santos

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Certifico que expliquei detalhadamente a este paciente, ou ao seu responsável, o procedimento, cirurgia, seus benefícios, riscos e suas alternativas, respondi satisfatoriamente todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente / responsável compreendeu todo o que expliquei.

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA - CRM 5500

HOSPITAL MEMORIAL

SAO FRANCISCO Página 1 / 1

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, _____



Código Solicitação: 324933790

Número AIH: 242010010129-8

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:	CNES:		
HOSPITAL MEMORIAL	2408252		
Unidade Executante:	CNES:		
HOSPITAL MEMORIAL	2408252		
Lagradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro	Município Executante		
JUVENAL LAMARTINE - 979 - TIROL	NATAL		
Central Reguladora	NATAL		
Data de Solicitação	03/02/2020 - 09:02:44	Operador	08243509445ANDRIKELLY
Data de Autorização	03/02/2020 - 09:29:07	Operador	05184645470KALLINE
Data de Reserva	05.02.2020		
Data de Internação	04.02.2020	Operador	18129862204LUCIMAR
Data Prevista de Alta	20.06.2047		
Data de Alta	04/02/2020 - 11:49:31	Operador	18129862204LUCIMAR
Motivo da Alta	1.1 ALTA CURADO		

DADOS DO PACIENTE

CNPJ:			
704104115273271			
Nome do Paciente:	Nome Social/Apellido:		
CEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS	---		
Nome da Mãe:	Naturalidade:		
MARIA GDETE CARLOS DOS SANTOS	RUY BARBOSA - RN		
Sexo:	Raça:		
MASCULINO	AMARELA		
Data de Nascimento:	Tipo Sanguíneo:		
18/06/1987 (32 anos)	---		
Tipo Logradouro:	Logradouro:		
RUA	SANTA EULALIA		
Número:	Bairro:		
11	PAJUCARA		
País de Residência:	Município de Residência:		
BRASIL	NATAL		
Telefone(s):	Complemento:		
(84) 98799-3534 • (84) 99194-1501 (Exibir Lista Detalhada),	A		
CEP:			
59123-290			
UF:			
RN			

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:	Nome do Médico Solicitante:	Status da Solicitação:
19561917807	HELIOS RUBENS POLIDO GARCIA	APROVADA
CPF do Médico Executante:	Nome do Médico Executante:	
19561917807	HELIOS RUBENS POLIDO GARCIA	
Diagnóstico Inicial - CID:		
M841 - AUSÊNCIA DE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA [PSEUDO-ARTROSE]		
Caráter:	Classificação de Risco	
10 - Eletrivo	Prioridade 3 - Atendimento eletivo	
Clinica:	Clínica Complementar:	
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	Nenhuma	
Procedimento Solicitado:	Código:	
TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS	0415010012	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA UNIMAÇÃO**Principais Sinais e Sintomas Clínicos:**

PACIENTE COM DOR + DEFCIT FUNCIONAL DO ESCAFOIDE "D" COM PSEUDOARTROSE PARA ENXERTO, AVALIADO POR DR. HELIO R./ba>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

EXAME FÍSICO + RX

Condições que Justificam a Internação:

TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDOARTROSE + OSTEOTOMIA

PARCERIA**Motivo de Impedimento do Regulador:**

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**
Data da Solicitação: 03/02/2020 09:29:07

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, _____ / _____ / _____



05/02/12

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE		2 - CNES	
5 - NOME DO PACIENTE		IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
7 - CARTÃO NACIONAL/SUS 204104115273271		6 - DATA DE NASCIMENTO 13.06.57	8 - SEXO MASCULINO
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Márcia de Souza Santos		9 - FEMININO	11 - TELEFONE DE CONTATO 98799-3534
12 - ENDERECO (RUA, N°) Av. Sis. Colabor. 12		13 - MUNICÍPIO Natal	14 - BAIRRO Poco das 15 - UF RN
16 - CEP 55810-020		17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Dor + déficit funcional do escafóide D com pseudoartrose para enxerto tipo Fisk artroscópico	18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Necessidade cirúrgica
19 - PRINCIPAIS EXAMES E EXAMINADORES (EXAMES E EXAMINADORES)		20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Pseudoartrose escafóide D	
21 - CID 10 PRINCIPAL M84		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS - Tratamento cirúrgico de pseudoartrose - Osteotomia da pelve		25 - LEITO/CLÍNICA	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
27 - DT. SOLICITAÇÃO 0415020034 - 0408020601 - 0408040157		28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Dr Hélio Rubens Polido Garcia	
29 - DT. SOLICITAÇÃO 0415020034 - 0408020601 - 0408040157		30 - CNS / CPF Dr. Hélio Rubens Polido Garcia CRM 5580 - RN Cirurgia da Mão e Microcirurgia	
31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)		32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	
33 - CNPJ DA SEGUROADORA		34 - N° DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO		37 - CNPJ	38 - 40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO		41 - () CID. 10 PRINCIPAL	
42 - () CID. 10 SECUNDÁRIO		43 - () DESCRIÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL 44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA	
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO		47 - AUTORIZAÇÃO	
48 - DT. AUT.		49 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE DE RISCO / AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO	
50 - CNS / CPF		51 - DT. AUT.	
52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)		53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	
54 - CONFIRMAÇÃO DE INTERNAÇÃO		55 - HOSPITAL MEMORIAL SAO FRANCISCO Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol Cep: 59022-020 - Natal/RN CONFERE COM ORIGINAL EM: _____	



DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS
Data do Procedimento: 05.02.2020
Registro: 136545 IH: 2

Diagnóstico pré operatório: M84 TRANSTORNOS DA CONTINUIDADE DO OSSO

Código do procedimento

0408020601 310

0408040157 3-346

Cirurgia realizada

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDO-RETARDO / CONSOLIDACAO / PERD
OSTEOTOMIA DA PELVE

Equipe cirúrgica:

Cirurgião: HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

CRM

5500

Anestesiologista: FRANCISCO DA SILVA MELO

4539

Instrumentador: berenice

Instrumentador Empresa: antonia

Grau de Contaminação: Límpo

Profilaxia Antimicrobiana:

Anatomopatológico: Não

Exame: Não se aplica

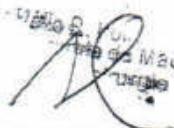
Descrição dos materiais especiais utilizados:

Clips steinmann

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados:

Descrição da cirurgia:

1. Paciente em DDH sob bloqueio M Sup E
2. Assepsia e antisepsia
3. Via de acesso violar punho E + Divulsaõ romba
4. Tratamento cirúrgico da pseudoartrose escafóide D (Fisk-Fernandes)
5. Enxerto ósseo do escafóide E
6. RX intra-op
7. Limpeza + sutura + curativo + tala gessada



CRM: 5500 - HELIO RUBENS POLIDO GARCIA
05/02/2020 19:33:22

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM: / /

Página 1



PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: 136545 IH: 2 Paciente: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS
Nascimento: 18/06/1987 33 anos Internação: 05/02/2020 10:25:09 Leito: ENFERMARIA 305B

ANTES DO ATO CIRÚRGICO

05/02/2020 18:24:00 - COREN - 604508 - LUIZA BEZERRA DANTAS

Observações:

CLIENTE ADMITIDO NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDO-RETARDO, CONSCIENTE, ORIENTADO RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, PUNCIONADO COM CATETER VENOSO VIABILIZANDO SF0,9% E SEGUO AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Doença pré-existente: NÃO

Há reserva sanguínea: NÃO Prótese: NÃO Jóias: NÃO Membro e lado da cirurgia: MSD

Exame Laboratorial: SIM Risco Cirúrgico: NÃO

Raio X: PRÉ: SIM-QTD: 01

Alergias (medicamentos, lodo, esparadrapo): NÃO

Assinatura Responsável

Outros Exames:

SRPA

COREN - 604508 - LUIZA BEZERRA DANTAS

Nível consciência: CONSCINETE

Oxigenoterapia: NÃO

Acesso venoso: SIM

Diurese: SIM

Acianótico: SIM

Pálido: NÃO

Sudorese: NÃO

Tremores: NÃO

Hipotensão: NÃO

Raio X de Controle: SIM-QTD: AG

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE DE POI DE PSEUDORETARDO, CONSCIENTE, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, NA HVP, VIABILIZANDO SF0,9%, COM CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO, DIURESE ESPONTÂNEA, ANEXO AO PRONTUÁRIO EXAMES, SEGUO ACOMPANHADO ATÉ O LEITO DO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM.

Assinatura Responsável

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, _____ / _____ / _____

Dados do Paciente

Registro: 136545 IH: 2 Paciente: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS
Nascimento: 18/06/1987 33 anos Internação: 05/02/2020 10:25:09 Leito: ENFERMARIA 305B

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: BIER + BLOQUEIO DE PLEXO

Anestesiologista: DRº MELO

Tipo: ESCAFOIDE DA MÃO ESQUERDA

Cirurgião: DRº HELIO

Instrumentador: ANTONIA+ BERENICE

Circulante: SARA+ FELIPE

Tipo curativo: OCLUSIVO

Tem material para biópsia/cultura: NÃO

sanguínea: NÃO

Monitoração correta: SIM

Placa de bisturi: SIM

Antibiótico profilático?: 2G CEFAZOLINA

Inicio da cirurgia:

Fim da cirurgia:

Tempo de cirurgia:

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

CLIENTE ADMITIDO NA SALA PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO DE ESCAFOIDE EM MÃO ESQUERDA CONSCIENTE E ORIENTADO EM O² AMBIENTE DEAMBULANDO FOI PUNCIONADO COM CATETER DE 20 EM MSD VIABILIZANDO SF 0,9% FOI MONITORADO COM CATETER NASAL PARA AUXILIO DA RESPIRAÇÃO PROCEDIMENTO REALIZADO COM EXITO ENCAMINHADO AO SRPA EM O² AMBIENTE CONSCIENTE COM FERIDA OPERATORIA LIMPA E OCLUIDA SEGUO AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Potencial de Contaminação: :

SARA BORGES LOPES DA SILVA
Técnico(a) COREN - 819960

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, _____/_____/_____



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Hospital Memorial
São Francisco

Paciente: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS Idade: 32 anos
Convênio: SUS MUNICIPAL Reg.: 136545 Prontuário:
Unidade: CENTRO CIRURGICO
Leito: LEITO RESERVA 04 3053
Admissão: 05/02/20 10:25 0 dia(s) de internação
Diag.: M84 - Transtornos da continuidade do osso

05/02/2020 19:31

		Horários de Aplicação	
		DO	(sai)
DIETA LIVRE, Ao dia		DO	(sai)
SORO FISIOLOGICO 0,9% 500mL		DO	08:00,
Uso: 1 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.		DO	08:00,
CSEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola		DO	08:00,
Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.		DO	08:00,
SILVIR EM 10 ML DE ABD.		DO	08:00,
CISTIRONA 500mg/mL ampola		DO	16:00
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.		DO	16:00
SILVIR EM 8 ML DE ABD		DO	16:00
TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola		DO	10:00,
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.		DO	10:00,
SIMENIDRINATO B6 DL 10mL ampola		DO	12:00
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.		DO	12:00
DICLOFENACO SODICO 50mg comprimido		DO	08:00,
Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.		DO	08:00,
RANITIDINA 150mg comprimido		DO	12:00
Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.		DO	12:00
OBSERVAR PERFUSÃO DISTAL, Ao dia		DO	

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA
CRM - 5500

recon - 05/02/2020 22:46 (U487/ASSIST.6.0) / (DWO:158)

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av.Juvenal Lamartine, 979 - Tiro
Cep:59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM: _____



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/11/2020 17:51:38
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111617513824200000060233903>
 Número do documento: 20111617513824200000060233903

Num. 62817267 - Pág. 24

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

Nascimento: 18/06/1987 33 anos Data Internação: 05/02/2020 10:25:09

Registro: 136545 IH 2

Turno: Noturno

Antecedentes:

Proteíse Diagnóstica: POI DO ESCAFÓIDE DA MÃO ESG

Estado Geral: Bom

Alergias Medicamentosas:

Sinais Vitais

Temperatura: 36,4 °C

Saturação O2: 99%

Respiração: 18 RPM

Pressão Arterial: 130x80

Frequência Cardíaca: 76

Acesso Vascular

Periférico

VSC

HGT

Correção:

Dieta

VO

ACEITA

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Oxigênioterapia

Em O2 Ambiente

EUPNEICO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs: AG

Intestinais: PRESENTE

Aspectos:

Drenos

Data:

Tipos:

Local:

Aspecto:

Obs:

Curativo:

LIMPO E SECO

Medicamentos:

ADM MEDICAÇOES CPM :

Intercorrência:

PCT ADMITIDO VINDO DO CC, EM O² AMB, EM MACA, AFERIDOS SSVV.



HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, / / /

Página

COREN: 1153651 - LUANA PATRÍCIA RODRIGUES L DE OLIVEIRA
05/02/2020 23:14:12



REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

Nascimento: 18/06/1987 33 anos Data Internação: 05/02/2020 10:25:09

Registro: 136545

Turno: Diurno

Antecedentes:

Leito: ENFERMARIA 305B

Histórico Diagnóstica: POI DO ESCAFOIDE DA MÃO ESC

Estado Geral: Bem

Coloração da Pele: Normocorado

Isolamento de contato:

Alergias Medicamentosas:

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Sinais Vitais

Temperatura: 36,2 °C Saturação O2: 99% Respiração: 18 RPM

Oxigêniooterapia

Pressão Arterial: 120x80

Frequência Cardíaca: 75

Em O2 Ambiente

Acesso Venoso

Centrífugo

162

Dieta

VO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.:

Intestinais: PRESENTE

Aspectos:

Correção:

Correção:

Drenos

Correção:

Correção:

Data:

Correção:

Correção:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Turno:

Medicações:

ADM MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA

Intercorrência:

AS 07H RECEBO PACIENTE 32 ANOS, CONSCIENTE, ORIENTADO, O2 AMBIENTE, DIETA V.O COM BOA ACEITAÇÃO, DIURESE PRESENTE, REALIZADO A HIGIENE CORPORAL EM WC, AFERIDO SSVV E SEGUO AOS CUIDADOS DA EQUIPE.
AS 10:25 PACIENTE DEIXOU A UNIDADE POR ALTA MEDICA, ACOMPANHADO DP MAQUEIRO+ FAMILIAR.

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
COREN: 1232295 - VALDEISA RODRIGUES C085622-020 - Natal/RN
05/02/2020 09:58:04

CONFERE COM ORIGINAL

EM: _____



SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Dados do Paciente

Paciente: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS Registro: 136545
Num. RG:2823585 CPF:083.107.104-45 Nascimento: 18/06/1987 33 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Casado(a)

Telefone: 84987993534 Titular: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

Dados do Atendimento

Número Internamento:2 Admissão: 05/02/2020 10:25 OS: 120.42612
Unidade: UNIDADE III Leitos: ENFERMARIA 305B
Convênio:SUS MUNICIPAL Matrícula/CNS: 7041041158232271
Data/Hora:06/02/2020 16:19 CID: M84

Exames Solicitados:

1) RX DE PUNHO

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA
CRM - 5500





RECEITUÁRIO MÉDICO

Loulo Hélio

Cleiton Chaves Cordeiro Souto Loulo

Dolo do paciente:

Paciente apresenta quadro radiológico que evolui com falso de pulso equino (rodado e escorrido). Quadro grave e progressivo.

Sintomas: dor e perda de flexão em 30% do pulso.

552 + 192

AV. PRESIDENTE MÉDICO Nº 256 (GÁPO) – NATAL/RN CEP. 59106000

CNPJ 06126677/0001-57 FONE: 3315-6901/ 3615-6900

Dr. Tiago Andrade Rodrigues
Ortopedia e Traumatologia
CREMERN 624

21/06/2020



