



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	2765225_CONTESTACAO_Anexo_04	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



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 - OSTEOSÍNTESE. 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**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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: 083107104-45 4 - Nome completo da vítima: 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) 98833-6586

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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (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 9 CONTA: 55163 5

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

Assinatura legível da vítima ou beneficiário

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 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª 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)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia 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: 18/05/1987
3.7 Sexo: MASCULINO 3.8 RG: Não informado
3.9 CPF: 08310710445 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 VÍTIMA 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ANTONIO DE FREITAS Inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.342.644 / 07 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 083.107.104 / 45 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDOZ da Vítima CLEILTON 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, COMPROVANTE 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 <u>RUA TRAVASSOL GUMERCINDO SARAIVA</u>		Número <u>701</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>PAZUCCA</u>	Cidade <u>NATAL</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <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 Antonio de Freitas
Assinatura do Declarante





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

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **20286 /2019** BOLETIM COM REGISTRO

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:

BOLETIM FATURADO

Mãe: MARIA ODETE CARLOS DOS SANTOS

Pai:

EM. **25/09/19**

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

Fluorograma:

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 APOS ACIDENTE DE MOTO

Hora: **19:10**

*PCTE SOPRADO QUEDA DE MOTO COM
TRAUMA DE MÃO E PUNHO (E). NEGA TCE OU
OUTRAS MANEIRAS*

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A *NON*

B *NON*

C *NON*

D *DEFORMIDADE DE PUNHO E MÃO (E)*

E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Núcleo Hospitalar de Epidemiologia

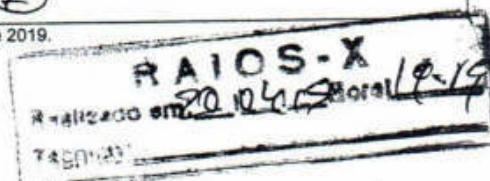
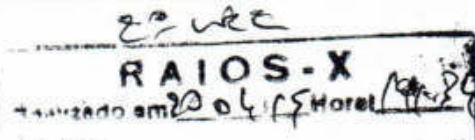
22/04/19

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

TRAUMA MÃO (E)

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



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

Interferência
Paciente de Trauma e Polifarmácia
Rx. com prescrição
de medicação
sofisticada
Muito
falta de
Oxigênio

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 28/04/20
MAT. Nº 1520873
ASSINATURA

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Outros se abrem espontaneamente.	4
Outros se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3.)	3
Outros se abrem por estímulo doloroso	2
Outros não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Pergunta orientada e apropriadamente as perguntas sobre seu nome, idade, endereço, etc., e responde a data e etc.)	5
Consciente (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma distorção e confusão)	4
Palavras incoerentes (Fala aleatória, mas sem troca conversacional.)	3
Som incoerente. (Geme ou sons articulados palavras.)	2
Apático.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordem verbal. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulos dolorosos.	5
Reflexo inespecífico a dor.	4
Padrão flexo a dor (Decorticação).	3
Padrão extensor a dor (Decorticação).	2
Som resposta motora.	1
Total	

"ESCALA DE TIRAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4 9-12 = 3 6-8 = 2 4-5 = 1
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	19-20 = 4 12-18 = 3 10-11 = 2 6-9 = 1
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	> 90 = 4 70-90 = 3 50-69 = 2 1-69 = 1 0 = 0

"Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.L. Copes, et al: A review of the Trauma score, J. Trauma 29(5) 624, 1995.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)*

83 - 88-grave (necessidade de intervenção imediata);
69-82-moderado;
14-68-leve

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

** A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que estiverem com nível superior a 3 mm. No Escala Qualitativa indicam-se os doentes que classificam a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos:

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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA ORTOPÉDICA

CARTÃO SUS: 704104215273271

Nº 01

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Cleton Chagas Carlos Santos

RACIA COR:

SEXO: ☒ MASC ☐ FEM

D. NASC: 21/04/87

IDADE: 31

ESTADO CÍVIL:

ENDEREÇO: R. Santa Eulália 11

CEP: 59123290

BAIRRO: Pajuçara

CIDADE: Natal

PHONE: 98799-3534

NOME DA MÃE: Maria Betelê da Silva

RG: 002823584

CPF:

PROFISSÃO/ESCOLARIDADE:

DATA: 27/04/19 HORA: 07:20

DOENÇAS

☐ HIPERTENSÃO; ☐ DIABETES; ☐ INSUF. RENAL; ☐ EPILEPSIA; ☐ ALZHEIMER

OUTRAS:

MEDICAMENTOS

ALERGIA

☐ AAS; ☐ DÍPIRONA; ☐ DICLOFENACO/AINE; OUTROS:

Aparentemente BEM

☐

Consciente/Orientado

☐

Inconsciente

☐

Agitação

☐

REGULAR

☐

Aparentemente alcoolizado

☐

Hemorragias

☐

Traumatismo Craniano

☐

GRAVE

☐

Respira c/ dificuldade

☐

Convulsão

☐

Desmaio ou Vômito(s)

☐

Politraumatizado

☐

Atropelamento

☐

Colisão

☐

Queda

☐

PA

FC

FR

TEMP

SPO2

HGT

PESO

DOR

LEVE

MODERADA

INTENSA

AZUL

VERDE

AMARELO

VERMELHO

OBSERVAÇÕES:

Rita de Cassia F. Nunes
Especialista
COREN/RN 249.151
RUA DE LAZARZ/COREN

Paciente em punho @ no 01mg. História de fratura do punho há mais de 10 anos, não tratada e assintomática.

EXAME FÍSICO: sem edema ou limitação do punho

HOSPITAL MUNICIPAL DE NATAL
Rua Coronel Joaquim Manuel, 654
Petrópolis - Natal/RN - CEP 59.012-330
TEL: 3215-9857
CNPJ 14.518.573/0001-70
CRES: 3708920

mm x punho @: AP P

José de Menezes
Ortopedia - Traumatologia
CRM 6718

CONFIRMAÇÃO
O ORIGINAL

PSICODIAGNÓSTICO DO CASO

MÉDICO/CRM





PLANTÃO 24 HORAS

ORTOPEDIA
TRAUMATOLOGIA
ORTODONTIA
ODONTOLOGIA
FISIOTERAPIA
ULTRASSONOGRAFIA

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

A JES

Encontro o paciente com
crack no lado direito com fratura
unidade (pseudotumor) do escápulo
esquerdo, com necessidade de
avaliação com ortopedista experimen-
tado em cirurgia de mão.
Solicito atendimento em pedi-
atria para o seu filho de 12 anos
de idade.

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

15/5/19

Natal,





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 – Natal – RN – F: 31334200



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

R/ 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 - 5500

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
📷 drheliopolido

☎ (84) 4009.8100
📞 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 pseduoartrose do escafoide 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 – Natal – RN – F: 31334200





LAUDO MÉDICO PARA INTERNAÇÃO CIRÚRGICA

Estabelecimento Solicitante	CNES
Estabelecimento Executante	CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE Carmão SUS			
RG 304 1041 1527 3271	Data de Nascimento 18.06.1987	Sexo <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	Idade: 31 anos
CPF 002.823.585	CPE 083.107.104-45	Telefone(s) 98799-3534	
Responsável O mesmo		Tel. 9 8787-6514	
Endereço Rua Santa Eulália 11			
Cidade Papicane	Município natal	UF RN	

LAUDO TÉCNICA E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

em anexo (2)

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

em anexo (2)

RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

DIAGNÓSTICO INICIAL LUXAÇÃO DO ULNAR (2)	CID PRINCIPAL M89.1	CAUSAS ASSOCIADAS
---	------------------------	-------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO curativa	CÓD
CLÍNICA/LEITO 070922	CARÁTER DA INTERNAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> ELETIVO <input type="checkbox"/> URGÊNCIA
MÉDICO SOLICITANTE Jesse de Moura L. Neto	CRM 27009/19
ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO Ortopedia - Traumatologia CRM - 6718	

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

<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> ACID. TRABALHO	<input type="checkbox"/> VIOLÊNCIA	<input type="checkbox"/> 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



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

FICHA DE INTERNAMENTO

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 de Internamento

Num. Internamento: 2

Entrada: 05/02/2020 10:25 Previsão saída: 07/02/2020 11:00 Atendente: THALYTARCS

Convênio: SUS MUNICIPAL

Matricula/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 esta 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 gráfico 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

Cleilton Chagas Carlos Santos

Observações

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

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

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

Página

CONFERE COM ORIGINAL
EM, 28/02/20

MedicWare



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 05/02/2020 10:25

Dados do Paciente

Paciente: GLEILTON 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: _____ Diagnostico Definitivo: _____

Procedencia: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatorio sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratorios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurológico: _____

Ap. Urinario e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____

MedicWare

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

Página 1

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____



Hospital Memorial
São Francisco

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 a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: S7956 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.
Preenchido pelo responsável do paciente

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

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

MedicWare

HOSPITAL MEMORIAL
SAO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____

Página 1 / 1



Código Solicitação: 324933790

Número AIH: 242010010129-8

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante: CNES: 2408252
 HOSPITAL MEMORIAL
 Unidade Executante: CNES: 2408252
 HOSPITAL MEMORIAL
 Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
 JUVENAL LAMARTINE - 979 - TIROL
 Central Reguladora NATAL
 Data de Solicitação 03.02.2020 - 09:02:44
 Data de Autorização 03/02/2020 - 09:29:07
 Data de Reserva 05.02.2020
 Data de Internação 04.02.2020
 Data Prevista de Alta 20.06.2047
 Data de Alta 04/02/2020 - 11:49:31
 Motivo da Alta 1.1 ALTA CURADO

Operador 08243509445ANDRIKELLY
 Operador 05184645470KALLINE
 Operador 18129862204LUCIMAR
 Operador 18129862204LUCIMAR

DADOS DO PACIENTE

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

DADOS DA SOLICITAÇÃO

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

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos: PACIENTE COM DOR + DEFICIT FUNCIONAL DO ESCAFOIDE "D" COM PSEUDOARTROSE PARA ENXERTO, AVALIADO POR DR. HELIO R./td>
 Principais Resultados de Provas Diagnósticas: EXAME FÍSICO + RX
 Condições que Justificam a Internação: TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDOARTROSE + OSTEOTOMIA

PARER

Motivo de Impedimento do Regulador: ---
 Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

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

Data da Extração dos Dados: 06/02/2020 16:26





GOVERNO DO ESTADO RN
SEC. SAÚDE PÚBLICA
HOSP. MONS. WILFREDO GURGEL

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		4 - CNES	
7 - CARTÃO NACIONAL SUS 204104115273271		8 - N° DO PRONTUÁRIO	
6 - DATA DE NASCIMENTO 18.06.87		9 - SEXO MASCULINO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MÃE = D. E. dos Santos		11 - TELEFONE DE CONTATO 98799-3534	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) Rua SIA Eulázia 12		13 - MUNICÍPIO Mossoró	
14 - BAIRRO BOQUEIRÃO		15 - UF RN	
16 - CEP 55		17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
Dor + déficit funcional do escafoíde D com pseudoartrose para enxerto tipo Fisk artroscópico			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Necessidade cirúrgica			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Exame físico + RX			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Pseudoartrose escafoíde D		21 - CID 10 PRINCIPAL M84	
22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CAUSAS ASSOCIADAS	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MÚLTIPLAS - Tratamento cirúrgico de pseudoartrose - Osteotomia da pelve		PROCEDIMENTO SOLICITADO	
25 - COD. DO PROCEDIMENTO 0415020034 - 0408020601 - 0408040157		26 - LEITO/CLÍNICA	
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Dr Hélio Rubens Polido Garcia	
29 - DT. SOLICITAÇÃO		30 - CNS / CPF Dr. Hélio Rubens Polido Garcia CRM 5580 - RN Cirurgia da Mão e Microcirurgia	
31 - ASSINATURA E CARIMBO (N° REG. NO CONSELHO)		32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	
33 - CNPJ DA SEGURADORA		34 - N° DO BILHETE	
35 - BÔNUS		36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	
37 - CNPJ		38 - () ACID. TRABALHO TRAJETO	
39 - () CID. 10 PRINCIPAL		40 - () CID. 10 SECUNDÁRIO	
41 - () CID. 10 SECUNDÁRIO		42 - () CID. 10 SECUNDÁRIO	
43 - ()		44 - () GRAVE	
45 - () GRAVÍSSIMA		46 - () GRAVÍSSIMA	
47 - () GRAVÍSSIMA		48 - () GRAVÍSSIMA	
49 - () GRAVÍSSIMA		50 - () GRAVÍSSIMA	
51 - () GRAVÍSSIMA		52 - () GRAVÍSSIMA	
53 - () GRAVÍSSIMA		54 - () GRAVÍSSIMA	
55 - () GRAVÍSSIMA		56 - () GRAVÍSSIMA	
57 - () GRAVÍSSIMA		58 - () GRAVÍSSIMA	
59 - () GRAVÍSSIMA		60 - () GRAVÍSSIMA	
61 - () GRAVÍSSIMA		62 - () GRAVÍSSIMA	
63 - () GRAVÍSSIMA		64 - () GRAVÍSSIMA	
65 - () GRAVÍSSIMA		66 - () GRAVÍSSIMA	
67 - () GRAVÍSSIMA		68 - () GRAVÍSSIMA	
69 - () GRAVÍSSIMA		70 - () GRAVÍSSIMA	
71 - () GRAVÍSSIMA		72 - () GRAVÍSSIMA	
73 - () GRAVÍSSIMA		74 - () GRAVÍSSIMA	
75 - () GRAVÍSSIMA		76 - () GRAVÍSSIMA	
77 - () GRAVÍSSIMA		78 - () GRAVÍSSIMA	
79 - () GRAVÍSSIMA		80 - () GRAVÍSSIMA	
81 - () GRAVÍSSIMA		82 - () GRAVÍSSIMA	
83 - () GRAVÍSSIMA		84 - () GRAVÍSSIMA	
85 - () GRAVÍSSIMA		86 - () GRAVÍSSIMA	
87 - () GRAVÍSSIMA		88 - () GRAVÍSSIMA	
89 - () GRAVÍSSIMA		90 - () GRAVÍSSIMA	
91 - () GRAVÍSSIMA		92 - () GRAVÍSSIMA	
93 - () GRAVÍSSIMA		94 - () GRAVÍSSIMA	
95 - () GRAVÍSSIMA		96 - () GRAVÍSSIMA	
97 - () GRAVÍSSIMA		98 - () GRAVÍSSIMA	
99 - () GRAVÍSSIMA		100 - () GRAVÍSSIMA	

HOSPITAL MEMORIAL

SAO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____



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

<https://pje1g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111617513824200000060233903>

Número do documento: 20111617513824200000060233903

Num. 62817267 - Pág. 19



Hospital Memorial
São Francisco

DESCRIÇÃO 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 312

0408040157 3-3566

Cirurgia realizada

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

Equipe cirúrgica:

Cirurgião: HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

CRM

5500

Anestesiologista: FRANCISCO DA SILVA MELO

4539

Instrumentador: perenise

Instrumentador Empresa: antonia

Grau de Contaminação: Limpo

Profilaxia Antimicrobiana:

Anatomopatológico: Não

Exame: Não se aplica

Descrição dos materiais especiais utilizados:

Fusa 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 volar punho E + Divulsão romba
4. Tratamento cirúrgico da pseudoartrose escafóide D (Fisk-Fernandes)
5. Enxerto osseo 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





Hospital Memorial
São Francisco

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

BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

Dados do Paciente

Paciente: **CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS**

CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS IH: 0

Cirurgia Realizada
ENXERTO+OSTEOTOMIA DE ESCAFOIDE

Data
06/02/2020

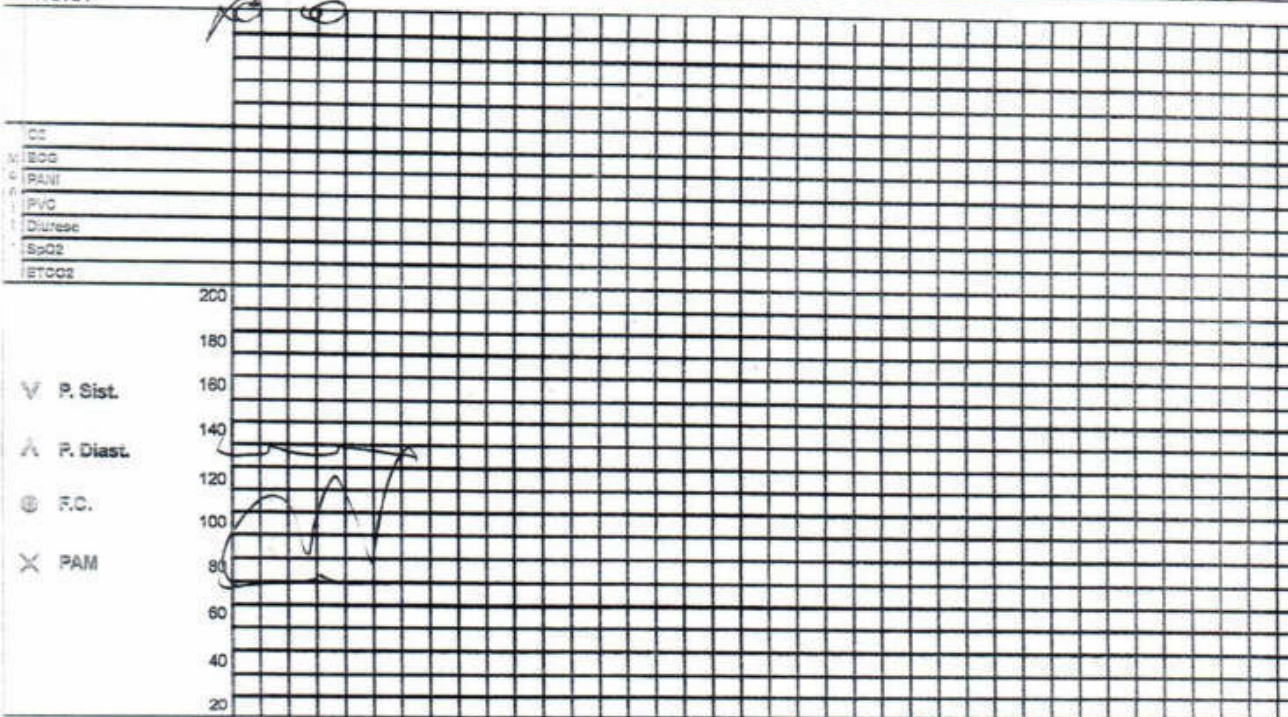
Cirurgião
DR. HÉLIO RUBENS

1º Auxiliar

2º Auxiliar

Anestesiologistas
DR. FRANCISCO MELO

HORA



Exames Laboratoriais

PaO2		
PO2S		
CO		
EEG		
PaCO2		
SHbO2		
Hb		
Hc		
As		
K		
Ca		
Glucose		
Medicamentos		
PENTANIL	500MG	02
MIDAZOLAN	15MG	01
NEOCAINA	0,5%	0
DIMORF	0,2MG	
SUPENTANIL	10MG	
ROCURONIO	50MG	
ATRACURIO	25MG	
PROPOVAN	1%	
EFEDRINA	50MG	
ARAMIN	15MG	
CEFAZOLINA	1G	02
DIPIRONA	1G	002
DRAMIN	3MG	01
DEXAMETASONA	15MG	
RANITIDINA	50MG	
ONASSETRONA	8MG	
NEOCAINA	0,5%	
ISOBARICA	0,6X	
CETOPROFENO	150mg	

TÉCNICA ANESTÉSICA: BLOQUEIO PLEXO+SEDAÇÃO

BLOQUEIO:

LOCAL DA PUNÇÃO:

NÍVEL ANESTESIA:

BLOQUEIO MOTOR: 2

POSIÇÃO: Antes:

APARELHO:

TÉCNICA: ABERTO

INTUBAÇÃO/OXIGENAÇÃO: ORAL

TRAUMÁTICA: ~~NAO~~

SONDA:

CUFF:

INDUÇÃO:

MANUTENÇÃO:

CONDIÇÃO FINAL:

AGULHA:

Depois:

TIPO:

LATÊNCIA:

LIQUOR:

Nº

V.T.:

V.M.:

F.R.:

PLT.:

REFLEXOS:

CONSCIÊNCIA:

BALANÇO

OBSERVAÇÕES

DURAÇÃO: 30MIN

INÍCIO: 19:00

EM, _____ FINAL: 19:30

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



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 CIRURGICO DE PSEUDO-RETARDO. CONSCIENTE, ORIENTADO RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, PUNCIONADO COM CATETER VENOSO VIABILIZANDO SF0.9% E SEGUE 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: CONSCIENTE

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, SEGUE 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: OCCLUSIVO

Tem material para biópsia/cultura: NÃO

Sangue: NÃO

Monitoração correta: SIM

Placa de bisturi: SIM

Antibiótico profilático?: 2G CEFAZOLINA

Início 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 O 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 ÊXITO ENCAMINHADO AO SRPA EM O AMBIENTE CONSCIENTE COM FERIDA OPERATORIA LIMPA E OCLUIDA SEQUE 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
Convênio: SUS MUNICIPAL Reg.: 136545 Idade: 32 anos
Unidade: CENTRO CIRURGICO Prontuário:
Leito: LEITO RESERVA 04 305 B
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
1	DIETA LIVRE, Ao dia	DO (endi)
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL Uso: 1 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.	DO 08:00
3	CEFALOTINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 10 ML DE ABD.	DO 08:00
4	DIFENIDOL 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD	DO 18:00
5	TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.	DO 10:00
6	DIMENIDRINATO B6 DL 10mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.	DO 12:00
7	DICLOFENACO SODICO 50mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	DO 08:00
8	RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	DO 12:00
9	OBSERVAR PERFUSÃO DISTAL, Ao dia	DO

Handwritten signature

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA
CRM - 5500

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

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



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1226
hmemorial@veloxmail.com.br

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**

UH 2

Leito: **ENFERMARIA 305B**

Turno: **Noturno**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **POI DO ESCAFOIDE DA MÃO ESQ**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Alergias Medicamentosas:

Sinais Vitais

Temperatura: **36,4 °C**

Saturação O2: **99%**

Respiração: **18 RPM**

Pressão Arterial:

130x80

Frequência Cardíaca: **76**

Acesso Venoso

Periférico

VSD

Dieta

VO

ACEITA

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Curativo:

LIMPO E SECO

Medicações:

SEM MEDICAÇÕES CPM :

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

EUPNEICO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **AG**

Intestinais: **PRESENTE**

Aspectos:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Intercorrência:

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

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

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____

Página



REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS**

Registro: **136545**

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

Leito: **ENFERMARIA 305B**

Curto: **Diurno**

Antecedentes:

História Diagnóstica: **POI DO ESCAFOIDE DA MÃO ESQ**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Alergias Medicamentosas:

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Sinais Vitais

Temperatura: **36,2 °C**

Saturação O2: **99%**

Respiração: **18 RPM**

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial: **120x80**

Frequência Cardíaca: **75**

Acesso Venoso

Dieta

Periférico

VO

MSD

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.:

Intestinais: **PRESENTE**

Aspectos:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

ADM MEDICACÕES CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA

Intercorrência:

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

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, _____

COREN: 1232295 - VALDEISA RODRIGUES COELHO

05/02/2020 09:58:04



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1238
hmemorial@veloxmail.com.br

Data: 06/02/2020 16:19

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: **704104115323271**

Data/Hora: **06/02/2020 16:19** CID: **M84**

Exames Solicitados:

1) RX DE PUNHO

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA
CRM - 5500

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

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

CONFERE COM ORIGINAL
EM, _____

MedicWare - 06/02/2020 16:19

Página 1 / 1



RECEITUÁRIO MÉDICO

Laudo Médico

Cleiton Chagas Carlos Santos Blum

Dolo do tendão:

Lesão sobre tendão ulnar que evolui com fadiga de pulso quando (mão e escore). Quadro grave e crônico.

Sintoma que é perda de flexão em 30% do pulso.

552 + 192

11/06/2020

Dr. Tiago Antônio Rodrigues
Ortopedia e Traumatologia
CREMER 6214

AV. PRESIDENTE MÉDICI Nº 256 - GAPO - NATAL/RN CEP. 59106000

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

21/06/2020



