

BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SUELIO JUSTINO DA FONSECA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02114-8

CONTA: 000000066406-5

Nr. Autenticação

BRADESCO2102202005000000000023702114000000066406506250 PAGO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200044373

**Cidade:** Natal

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** SUELIO JUSTINO DA FONSECA

**Data do acidente:** 27/10/2019

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE 5º METATARSO DO PÉ ESQUERDO, 5º MTC DA MÃO À DIREITA E FALANGE PROXIMAL DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**Descrição do exame físico:** 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA APRESENTA LIMITAÇÃO MODERADA PARA FLEXÃO NA IFP, 5º METACARPO E DEDO DA MÃO DIREITA COM DESVIO ROTACIONAL, APRESENTA CICATRIZES OPERATÓRIAS CICATRIZADAS, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DE PREENSÃO COM A MÃO DIREITA, EDEMA NA REGIÃO LATERAL DO PÉ ESQUERDO, FERIDA COM SAÍDA DE SECREÇÃO NA REGIÃO LATERAL DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** RESULTADOS ADEQUADOS COM OS TRATAMENTOS PRECONIZADOS.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MÃO DIREITO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 04/02/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                                                     | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de uma das mãos                                        | 70 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%     | R\$ 2.362,50          |
| Perda funcional completa de um dos pés                                          | 50 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão | 10 %                                         | Em grau intenso - 75 %                               | 7,5%      | R\$ 1.012,50          |
| Total                                                                           |                                              |                                                      | 37,5 %    | R\$ 5.062,50          |

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3200044373  
Nome do(a) Examinado(a): Suelio Justino da Fonseca  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Dom Antonio de Almeida Lustosa, S/N  
Planalto Natal RN CEP: 59073-110  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 001625945  
Data local do acidente: [ 27/10/2019 ]  
Data local do exame: [ 04/02/2020 ] NATAL [ RN ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DE 5º METATARSO DO PÉ ESQUERDO, 5º MTC DA MÃO À DIREITA E FALANGE PROXIMAL DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: FRATURA DE 5º METATARSO DO PÉ ESQUERDO REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, 5º MTC DA MÃO DIREITA (TRATAMENTO CIRÚRGICO) E FALANGE PROXIMAL DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA (TRATAMENTO CONSERVADOR).  
Data da Alta: 15/01/2020**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**5º DEDO DA MÃO ESQUERDA APRESENTA LIMITAÇÃO MODERADA PARA FLEXÃO NA IFP, 5º METACARPO E DEDO DA MÃO DIREITA COM DESVIO ROTACIONAL, APRESENTA CICATRIZES OPERATÓRIAS CICATRIZADAS, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DE PRENSÃO COM A MÃO DIREITA, EDEMA NA REGIÃO LATERAL DO PÉ ESQUERDO, FERIDA COM SAÍDA DE SECREÇÃO NA REGIÃO LATERAL DO PÉ ESQUERDO.**
- IV. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**( X ) Sim ( ) Não**
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**( X ) Sim ( ) Não**
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**INVALIDEZ AO NÍVEL DO PÉ ESQUERDO, 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA E MÃO DIREITA COM LIMITAÇÃO DA ADM.**  
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).  
( ) "Vítima em tratamento" ( ) "Sem sequela permanente"  
*Esta avaliação médica deve ser repetida em dias* *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>MÃO - Lado Direito</b><br>% do dano: ( ) 10% residual <b>( X ) 25% leve</b><br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br><b>PÉ - Lado Esquerdo</b><br>% do dano: ( ) 10% residual <b>( X ) 25% leve</b><br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
**DR. URAÍ DE OLIVEIRA**  
**ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA**  
**CRM-RN 4315**



CLÍNICA

OTÁVIA ROSADO

Louco Mielero

# Suelis Jurema do Figueira 40 anos

# Dolo do Peio: 27/10/19

# Perda de função ocular unilateral que  
resultou em falha de p. e não (direta  
e esquerda). Anosio corrigido.

# Alunos refusa dar em mão e  
seu perda de peso de no mínimo  
em 30%.

4T92/T13

Allo Mielero

Dr. Tiago André Rodrigues  
Ortopedia e Traumatologia

Data: 16/12/19

CREMER: 6224

| MOSSORÓ:                                                                  | SERRA DO MEL:                                                                       | ASSÚ:                                                             | PARNAMIRIM                                                       | NATAL:                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Rua Juvenal Camartine, 119<br>Centro<br>Fones: (84) 3315-6900 / 3315-6901 | Rua Cônego Severino Lázaro da Costa, 224<br>Vila Brasília<br>Fone: (84) 9.8778-1592 | Av. Senador João Câmara, 1304<br>Centro<br>Fone: (84) 9.9839-0438 | Av. Beila Parnamirim, 880<br>Vila Nova<br>Fone: (84) 9.9624-2021 | Av. Presidente Médice, 256<br>Igarapé - Zona Norte<br>Fone: (84) 9.9839-0260 |



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 55880 /2019  
Admissão: 27/10/2019 19:43:40

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **149360 - SUELIO JUSTINO DA FONSECA** (40 a 9 m 26 d )

Nascimento: 01/01/1979 Natural: SANTA CRUZ.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: CPF: Mãe: MARIA GLEIDE JUSTINO DA FONSECA

Prof: Pai: FELICIANO ALVES

Logradouro: AGRESTINA, 30 CEP: 59073270

Cidade: NATAL

Bairro: PLANALTO Telefone: 84 .88722193

Compl:

Motivo: ATROPELAM. POR CARRO  
Origem: FAMILIA

Tipo: NÃO REFERENCIADO

\*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 27/10/2019 19:41:27

| HORA | P.A. | HGT | SatO2 | FIO2 | F.R. | F.C. | TEMP. | Glasgow | RTS |
|------|------|-----|-------|------|------|------|-------|---------|-----|
|      |      |     |       |      |      |      |       |         |     |
|      |      |     |       |      |      |      |       |         |     |
|      |      |     |       |      |      |      |       |         |     |
|      |      |     |       |      |      |      |       |         |     |

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: ATROPELAMENTO/ TRAUMA EM MMII+ALCOLIZADO

Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Paciente deu entrada no serviço por meios próprios relatando atropelamento não sabe a quanto tempo. Nega perda de consciência, vômitos, náuseas, dor torácica e abdominal. Relata dor em MMII. Apresenta-se extremamente agitada. Nega uso de álcool e outros drogas.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A VAP s/ cervicalgia
- B Taquicárdico, agitado, pouco colaborativo ao exame
- C FC: 144
- D ECG: 14, pupilas bem mióticas
- E Escaneamentos com MMII

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdome: Plano, flácido, s/ insuflação peritoneal  
Pelve: s/ alterações  
2-BA

\*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Fratura não deslocada de 2ª e 3ª falange da 2ª e 3ª dedos da mão direita

\*Gerado via SX por GISONILDO PEREIRA. Impresso em 27 de Outubro de 2019.

Tratado com 145 pontos

Dr. Ricardo Araújo  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 50017-0/1-2019

A

B

C

D

E

A(ALÉRGICAS) NegaM(MEDICAÇÃO EM USO) Nega

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V(PASSADO VACINAL)

CONFERE

NATAL

MAT. Nº

SABE

ASSINATURA

## EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

Rx de tórax AP

Rx de pelve AP

Rx de joelho E e D

Rx de perna E e D

Rx de p. de E AP e oblíqua  
Rx de mão de E AP e oblíqua

AP e perfil

AP e perfil

OUTROS

## CONDUTA PRIMÁRIA(MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Rx 1) SFO, 9% 3000ml, EV, aleto

2) Dipirona 50mg - 02AMP

+ AND, EV, água

3) Voltaren 75mg - 01AMP, IM, água

Radiografia de tórax e/ou  
dinul de hemopneumotórax

4) realizada antissepsia

e assepsia, seguida de anes-

tesia com ilodocaina sem vaso.

Feita

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

sutura com fio 3/0, seguida de limpeza  
e curativo.

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ESPECIALISTA 1

ORTOPEDIA

HORA:

DATA:

27/10/19

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

## DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

/ /

HORA

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

OBITO: DATA / / HORA

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

HOSPITAL MONSENHOR WILFREDO GURGEL  
Missão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 10260 /2019

Prontuário: 1190333

Paciente: 149360 - SUELIO JUSTINO DA FONSECA

Cartão SUS:

CPF:

Dt Nas: 01/01/1979

Idade: 40 anos 9 meses 26 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA GLEIDE JUSTINO DA FONSECA

Nome do pai: FELICIANO ALVES

Rua/Av: AGRESTINA

Nº:30

Complemento:

Bairro: PLANALTO

CEP: 59073270

Cidade: NATAL

Telefone: 84 88722193 84 88722193

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1011

Responsável: SUELIO JUSTINO DA FONSECA -

Usuário: GILBERTO DA SILVA CARLOS

*Transf.*

Admissão: 27/10/2019 22:56:49

Alta: 19/11/19

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S92.3 - FRATURA DE OSSOS DO METATARSO  
408050462 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL  
MAT. Nº  
13/12/19

NATAL, 27 de Outubro de 2019.

VISADO  
Data: 21/11/19  
*Alanna*

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



## FICHA DE EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

NOME: SUELIO JUSTINO DA FONSECA

ENFERMARIA: ANEXO

LEITO: 11

IDADE: 40

| DATA     | EVOLUÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 06/11/19 | <p><u>* ADMISSÃO HOSPITALAR</u></p> <p>ADMITO O PACIENTE SUPRACITADO, PROVENIENTE DO HMUG, ONDE FOI INTERNADO EM 24/10/19 POR FRATURA DE 5º METATARSO ESQUERDO, 5º FALANGE PROXIMAL DA MÃO ESQUERDA E 5º METACARPO DIREITO, DECORRENTE DE ATROPELAMENTO POR UM AUTOMÓVEL.</p> <p>NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS<br/>NEGA HAS E DM<br/>REFERE KILISMO E TABAGISMO</p> <p>EX. FÍSICO:<br/>EG B, EUDÉICO, COMATO, HIDRATADO, AFEBRIL E ORIENTADO</p> <p>AR: MUCO SIMÉTRICO S/RA SAT O<sub>2</sub> = 98% (A.A) ; FR = 18 IPM<br/>AC: RCR EM 2E, BNF, SEM SUPLEX FC = 64 BPM; TA = 130x90<br/>ABD: NÃO EXAMINADO<br/>MELI: MIF C/ TALASSEMI<br/>MID: EDEMA + EQUIMOSE EM PE DIR<br/>MRS: MACH C/ IMOBILIZAÇÃO</p> <p>H/D: FRATURA DE 5º METATARSO ESQ<br/>" 5º FALANGE PROXIMAL DA MÃO ESQ.<br/>" 5º METACARPO DIR</p> <p>CD: LABORATÓRIO<br/>ANALGESIA<br/>AGUARDA CX ORTOPÉDICA (APTO A PRÍNCÍPIO)</p> |

DR. CESAR C. GOS AMOS  
Clínica Médica  
CRM 4458

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

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL  
Executante: O solicitante ou \_\_\_\_\_

CNES: 2653923  
CNES: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: **149360 SUELIO JUSTINO DA FONSECA**

CNS: \_\_\_\_\_

Nascimento: 01/01/1979

Sexo: Masculino

Prontuário: \_\_\_\_\_

Cor: PARDA

Mãe: MARIA GLEIDE JUSTINO DA FONSECA

Pal: FELICIANO ALVES

Endereço: RUA AGRESTINA, 30 - PLANALTO - NATAL

Fone: 88722193 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE: \_\_\_\_\_

240810 UF: RN

CEP: 59073-270

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 30402 / 2019

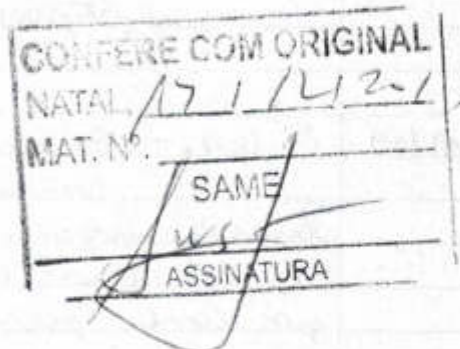
**JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

FRATURA DO PE ESQ (QUINTO METATARSO) E FRATURA DA MÃO DIREITA (QUINTO METACARPO) APÓS ATROPELAMENTO, S.I.C.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:  
RISCO DE COMPLICAÇÃO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:  
SEMIOLOGIA E RAIOS X



Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S92.3 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO\*408050462. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS M

**Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?**

NÃO SE APLICA;3

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão

☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

RICARDO ARAUJO

CRM: 5001 / RN

Data da Solicitação 27/10/2019

**PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

( ) Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: \_\_\_\_\_ Nº do bilhete: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_

( ) Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: \_\_\_\_\_ CNAE da Emp.: \_\_\_\_\_ CBOR: \_\_\_\_\_

( ) Acidente de Trabalho Trajeto

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

**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

Número da Autorização: \_\_\_\_\_

Data da Autorização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_



### FICHA DE EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

NOME: Suelio Justino da Fonseca IDADE: 40 anos  
ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: 11

| DATA     | EVOLUÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15/11/19 | <p>2º DIH por: - Ex. falanges e metatarsos<br/>- Etulismo + Talalgismo.</p> <p>Paciente evoluindo estável. Sem<br/>queixas. Apetite preservado. FE+<br/>SO Ex.: NDN</p> <p>Conduta:<br/>- Aguardar cirurgia ortopédica - Apto</p>                                                                                          |
| 16/11/19 | <p>3º DIH - Ex. falanges e metatarsos<br/>Etulismo + Talalgismo</p> <p>Paciente segue estável e queixas de dor em<br/>HID, o qual o pct. recusou a imobilizar<br/>por conta própria</p> <p>cd: Duro analgético<br/>Apto o curativo</p>                                                                                     |
| 17/11/19 | <p>4º DIH.</p> <p>Paciente evoluindo estável com bom apetite. FE+ preservado<br/>TA estável e estável.</p> <p>As - exames ECG e punção de urina - h. estável.</p> <p>AB: NUP - nível de 1/144 SatO2 98%</p> <p>AC: ROR 24, BNF 1/144 R: 40 bpm</p> <p>Abdom: macio</p> <p>MMII: sem sinais de TVP</p> <p>Conduta: Apto</p> |

Thais Suassuna  
Médica  
RM/RN 1371

Drª Daliane S. Figueira  
Médica  
CRM 8868

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL. 12/12/19  
AIME

| DATA              | EVALUATION                                                                                                        |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 18/11/19<br>13:30 | Exame físico                                                                                                      |
|                   | S = DTA + Acumula criança                                                                                         |
|                   | Paciente grave estado agudo, sono e funções vitais preservadas. Não desmaiou.                                     |
|                   | Bebê, prematuro, corado, hidratado, consciente.<br>AC: SI melhora                                                 |
|                   | MAT II: SI diminui de TUP                                                                                         |
|                   | Condição: estável                                                                                                 |
|                   | Acumula criança                                                                                                   |
|                   | Dra. Emmanuelle Tenório das Neves<br>Médica<br>CRM/RN 8097                                                        |
|                   | CONFERE COM ORIGINAL<br>NATAL 12/12/2019<br>MAT. Nº. [assinatura]<br>SOME [assinatura]<br>ASSINATURA [assinatura] |

Dra. Emmanuelle Terra G. das Neves  
Médica  
CRM/RN 8097

| DATA     | EVOLUÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 07/11/19 | 1ª DH - Admissão waljudo 27/10<br>-fx 3ª metacarpo (E), 5ª falange proximal (E) e<br>5ª metacarpo (D) - acidente carro<br>- Etihismo + Tabagismo<br>Paciente sem queixas. PA OK. FE ⊕.<br>ECB, urado, hidratado. ACP sl alt. mmij s/dorma.<br>ur. apto pl ex. ortopedico. Aguardo exames admisso |
| 08/11/19 | 2ª DH - Paciente sem queixas. PA OK. FE ⊕.<br>ECB, urado, hidratado. ACP sl alt. mmij s/dorma.<br>ur. apto pl ex. ortopedico.<br>Lab. 08/11: Hb: 12,4 Leuc: 7.460 Plq: 293.000 Celc: 84<br>U: 5 Cr: 0,8 Na: 105 K: 4,1 CT: 175 TGL: 121<br>TGO: 35 TAP: 142 TAP: 99,1.                           |
| 09/11/19 | 3ª DH - Paciente sem queixas. PA OK. FE ⊕.<br>ECB, urado, hidratado. ACP sl alt. mmij s/dorma.<br>ur. apto pl ex. ortopedico.<br>Lab. 08/11: Na: 142 K: 4,3 TGO: 32 TGL: 91                                                                                                                      |
| 10/11/19 | 4ª DH - Paciente sem queixas. PA OK. FE ⊕.<br>ECB, urado, hidratado. ACP sl alt. mmij s/dorma.<br>ur. apto pl ex. ortopedico.                                                                                                                                                                    |
| 11/11/19 | 5ª DH - Paciente sem queixas. PA OK. FE ⊕.<br>ECB, urado, hidratado. ACP sl alt. mmij s/dorma.<br>ur. apto pl ex. ortopedico.                                                                                                                                                                    |
| 11.11.19 | NHE - RP                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 12/11/19 | 6ª DH - Paciente sem queixas. PA OK. FE ⊕.<br>ECB, urado, hidratado. ACP sl alt. mmij s/dorma.<br>ur. apto pl ex. ortopedico                                                                                                                                                                     |
| 12/11/19 | Amareloso Considero urea                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 13/11/19 | 7ª DH - Paciente sem queixas. PA OK. FE ⊕.<br>ECB, urado, hidratado. ACP sl alt. mmij s/dorma.<br>ur. apto pl ex. ortopedico.                                                                                                                                                                    |
| 14/11/19 | 8ª DH - Paciente sem queixas. PA OK. FE ⊕.<br>ECB, urado, hidratado. ACP sl alt. mmij s/dorma.<br>ur. apto pl ex. ortopedico                                                                                                                                                                     |

Dra. Sílvia Figueiredo  
MEDICA  
CRM/RN 6258

Dra. Sílvia Figueiredo  
MEDICA  
CRM/RN 6258

Dra. Sílvia Figueiredo  
MEDICA  
CRM/RN 6258

Dra. Sílvia Figueiredo  
MEDICA  
CRM/RN 6258

Dra. Sílvia Figueiredo  
MEDICA  
CRM/RN 6258

Dra. Sílvia Figueiredo  
MEDICA  
CRM/RN 6258

Dra. M. Gisela de Lima  
Cirurgia Dentista  
CRO 1514/RN

Dra. Sílvia Figueiredo  
MEDICA  
CRM/RN 6258

ORIGINAL  
NATAL, MAT. No. 1  
ISAME

Dra. Sílvia Figueiredo  
MEDICA  
CRM/RN 6258

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

REINTEGRAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

DATA:

DATA: / /

HORA:

Assinatura Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

DESTINO:

DATA: / /

HORA:

Reque à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

REINTEGRAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

DATA:

DATA: / /

HORA:

Assinatura Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

DESTINO:

DATA: / /

HORA:

Reque à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

**ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:**

## ANAMNESE

## EXAME FÍSICO

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

CONFERE COM ORIGINAL

NATAL 17/12/2047  
MAT. N°.

SAME

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

## OUTROS

**CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)**

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

UTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

R0. ps po (6) 3/4 es/0

A0. ps po (6) 3/4 es/0

ESPANOLIN ps po (6) 3/4 es/0

TALIS (us) ps po (6) 3/4 es/0

- TALIS 3/4 ps po (6) 3/4 es/0

Lapso clínico

- Ao ps po (6) 3/4 es/0

Olimp  
Olimp

Assinatura e Carimbo do Responsável

Dr. Ricardo Araújo  
Ortopedia e Traumatologia

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

| ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASSOW                                                                                                       |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Abertura Ocular (AO)                                                                                                                      | 4 |
| Outros se abrem espontaneamente.                                                                                                          |   |
| Outros se abrem no comando verbal. (Não confundi com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, e não 3.)               | 3 |
| Outros se abrem por estímulo doloroso                                                                                                     | 2 |
| Outros não se abrem.                                                                                                                      | 1 |
| Melhor resposta verbal (MRV)                                                                                                              |   |
| Orientado (Responde adequadamente e apropriadamente às perguntas sobre sua pessoa, tempo, lugar, estado civil, o pessoal, o dia e o mês.) | 5 |
| Confuso (Responde às perguntas adequadamente, mas há alguma desorientação e confusão)                                                     | 4 |
| Falavas inapropriadas (Fala absurda, mas sem palavras incoerentes.)                                                                       | 3 |
| Sons inarticulados, (Controla sem articular palavras.)                                                                                    | 2 |

| "ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS" |           |
|----------------------------------------------|-----------|
| DISCRIMINADOR                                | PONTUAÇÃO |
| ESCALA DE COMA DE GLASGOW                    | 13-15 = 4 |
|                                              | 9-12 = 3  |
|                                              | 6-8 = 2   |
|                                              | 4-5 = 1   |
|                                              | 3 = 0     |
| FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA                      | 10-20 = 4 |
|                                              | >20 = 3   |
|                                              | 6-30 = 2  |
|                                              | 1-5 = 1   |
|                                              | 0 = 0     |
| PRESSÃO ARTERIAL                             | >90 = 4   |
|                                              | 70-90 = 3 |
|                                              | <70 = 2   |

CLASSIFICAÇÃO DO TCE  
(ATLS 2005)\*

83 - 88 grave (necessidade de  
intubação imediata);  
89- 92 moderada;  
93-100 leve

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

\* A escola proposta aplica-se a alunos necessitados e que elaboraram com idade superior a 3 anos. Na Escola Qualitativa solicita-se ao aluno que descreva a sua situação de acordo com as seguintes opções:

## CÃO TEÓRICA



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

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

|                                                                       |                                                                        |                         |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 1- DATA<br>20/11/2019                                                 | 2- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br>HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA | 3- CNES<br>3515166      |
| 4- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE<br>HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA | 5- CNES<br>3515166                                                     |                         |
| Identificação do Paciente                                             |                                                                        |                         |
| 6- PACIENTE<br>SUELIO JUSTINO DA FONSECA                              | 7- NÚMERO DO PRONTUÁRIO<br>188231                                      |                         |
| 8- CARTÃO NACIONAL SUS<br>708 0393 1782 7342                          | 9- DATA DE NASCIMENTO<br>19/03/1979                                    | 10- SEXO<br>MASCULINO   |
| 11- RAÇA/COR<br>12- TELEFONE DE CONTATO<br>99921-4216                 | 13- NOME DA MÃE<br>MARIA CLEIDE JUSTINA DA FONSECA                     | 14- TELEFONE DE CONTATO |
| 15- NOME DO RESPONSÁVEL<br>MARIA CLEIDE(MÃE)                          | 16- ENDEREÇO (RUA, Nº)<br>RUA DOM ANTONIO DE ALMEIDA LUSTOSA 141       |                         |
| 17- MUNICÍPIO<br>NATAL                                                | 18- BAIRRO<br>PLANALTO                                                 | 19- UF<br>RN            |
| 20- CEP<br>59073-110                                                  |                                                                        |                         |

Justificativa de Internação

|                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 21- HISTÓRICO DAS DOENÇAS E SINTOMAS CLÍNICOS<br><i>Paciente após trauma na<br/>cabeça com fratura de base do crânio.</i> |
| 22- EXAMES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO<br><i>Guia interna</i>                                                             |
| 23- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)<br><i>Sociologia + RX</i>             |

24- CID 10 PRINCIPAL 25- CID 10 SECUND. 26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

|                                                                    |                                              |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br><i>Trat. cirúrgico</i> | 28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO                   |
| 29- CLÍNICA                                                        | 30- CARACTER DA INTERNAÇÃO                   |
| 31- DOCUMENTO<br>( ) CNS ( ) CPF                                   | 32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE |
| 33- NOME DO PROFISSIONAL QUE REALIZA O EXAME                       | 34- DATA DA SOLICITAÇÃO                      |
| 35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)              |                                              |
| 36- ( ) AC. TRANSITO                                               | 37- ( ) AC. TRABALHO                         |
| 38- ( ) AC. TRABALHO TRANSITO                                      |                                              |

|                                                                                                                           |                                              |                                                       |                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 39- VINCULO COM A PREVIDÊNCIA<br>( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURO | 40- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR         | 41- CID, ORGÃO EMISOR                                 | 42- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR |
| 43- DOCUMENTO<br>( ) CNS ( ) CPF                                                                                          | 44- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | 45- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) |                                                |
| 46- DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                                                                   |                                              |                                                       |                                                |

HIDMIL / SESAP  
CONFERI C/ O ORIGINAL  
Em 27/11/2019  
Mat. 96921-V



## PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

| CLINICA<br>ORTOPEDIA                   |             | REGULACAO<br>WALFREDO GURGEL |            | OBS                  |
|----------------------------------------|-------------|------------------------------|------------|----------------------|
| ENFERMARIA Nº                          | LETO        |                              |            | PRONTUARIO<br>168231 |
| DATA                                   | HORA        | CATEGORIA                    |            | GEM                  |
| 20/11/2019                             | 10:30       |                              |            |                      |
| PACIENTE                               |             |                              |            | DATA DE NASCIMENTO   |
| SUELIO JUSTINO DA FONSECA              |             |                              |            | 19/06/1979           |
| ESTADO CIVIL                           | PROFISSAO   |                              |            |                      |
| SOLTEIRO                               | ELETRICISTA |                              |            |                      |
| ENDEREÇO (RUA, Nº)                     |             |                              |            |                      |
| RUA DOM ANTONIO DE ALMEIDA LUSTOSA 141 |             |                              |            |                      |
| MUNICIPIO                              | BAIRRO      | UF                           | CEP        |                      |
| NATAL                                  | PLANALTO    | RN                           | 59073110   |                      |
| LOCAL DE TRABALHO                      |             |                              | TELEFONE   |                      |
| FILIAÇÃO                               |             |                              |            |                      |
| MARIA CLEIDE JUSTINA DA FONSECA        |             | FELICIANO ALVES DA FONSECA   |            |                      |
| RESPONSÁVEL                            |             |                              | TELEFONE   |                      |
| MARIA CLEIDE(MÃE)                      |             |                              | 99921-4218 |                      |
| ENDERECO                               |             |                              |            |                      |
| O MESMO                                |             |                              |            |                      |
| DIAGNOSTICO PREVISORIO                 |             |                              |            |                      |
| DIAGNOSTICO DEFINITIVO                 |             |                              |            |                      |
| DATA DE ADMISSAO                       |             | ALTA                         | CEITO      |                      |

## HISTORIA CLINICA

05. 706 0093 1782 7342 QD 99921 42/8



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

AWG

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

NOME: Mauro de Jesus Gusmano de Sousa Nº: 77  
Sobrenome: Gusmano de Sousa  
NOME: Suelio Gusmano de Sousa  
Nº: 19106/1949  
COR: BR SEXO: M ESTADO CIVIL: solteiro  
PROFISSÃO: Deficiente PROCEDÊNCIA: Flamengo  
BAIRRO: Flamengo  
DATA: 19/11/2019 HORA: 16:55

NOTA DE REGISTRO  
AUTORIZADO

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PARIENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐  
HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSAO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

LESÃO ADJUNTA DE TRABALHO ☐ SIM ☐ NÃO ☐

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

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

TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO TA

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)  
Paciente após trauma no  
lado D/E + Pc 3

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

| HORA | PRESSÃO ARTERIAL | RESPIRAÇÃO | GLASGOW | SCORE FINAL | TEMP. | PULSO |
|------|------------------|------------|---------|-------------|-------|-------|
|      |                  |            |         |             |       |       |
|      |                  |            |         |             |       |       |
|      |                  |            |         |             |       |       |
|      |                  |            |         |             |       |       |
|      |                  |            |         |             |       |       |

NOTA DE REGISTRO  
CONFIRMAÇÃO ORIGINAL  
Parnamirim-RN  
27/11/2019  
Mat. 96921-11

DIAGNÓSTICO INICIAL

## EXAMES COMPLEMENTARES

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

Ass. do Responsável

## CONDUITA

|                                         |                                         |                                       |                                       |                                     |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA    | <input type="checkbox"/> NEUROLOGIA     | <input type="checkbox"/> NEFROLOGIA   | <input type="checkbox"/> CIR. ASCULAR | <input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA |
| <input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA | <input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL | <input type="checkbox"/> ORTOPIEDIA   | <input type="checkbox"/> BUCCO-FACIAL | <input type="checkbox"/> UROLOGIA   |
| <input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA  | <input type="checkbox"/> OTORRINO       | <input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA | <input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA  | <input type="checkbox"/>            |

## DESTINO DO PACIENTE

☐ FICOU NO LOCAL

HORA \_\_\_\_\_ HS

☒ INTERNADO NO SERVIÇO DE

ENTRADA

PARA \_\_\_\_\_

HORA \_\_\_\_\_

☐ REMOVIDO EM \_\_\_\_\_

RETIROU-SE POR

DECISÃO MÉDICA

☐

A REVELIA

☐

DATA \_\_\_\_\_

HORA \_\_\_\_\_

ÓBITO \_\_\_\_\_

HORA \_\_\_\_\_

ENTREGUE

A FAMÍLIA

☐

S.V.O.

☐

L.T.E.P.

☐

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



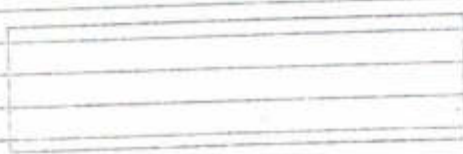
|                                                          |                           |                      |  |
|----------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------|--|
| Hospital                                                 |                           | Nº prontuário        |  |
| Nome do paciente                                         |                           |                      |  |
| Sexo                                                     | Idade                     | Leito                |  |
| Operador                                                 | 1º assistente             | Instrumentador       |  |
| 2º assistente                                            | SUELIO JUSTINO DA FONSECA |                      |  |
| Anestesiista                                             | Tipo de anestesia         |                      |  |
| Diagnóstico pré-operatório                               |                           |                      |  |
| Tipo de operação                                         |                           |                      |  |
| 22/11/19                                                 |                           |                      |  |
| Diagnóstico pós-operatório                               |                           | DR. GEAN GUARNIERE   |  |
|                                                          |                           | DR. HAUSEMANN MORAIS |  |
| Relatório imediato do pediatra                           |                           |                      |  |
| Exame radiológico no ato                                 |                           |                      |  |
| Assistente durante a operação                            |                           |                      |  |
| FRATURA (5ª MTC) DIREITO HA MAIS DE 30 DIAS              |                           |                      |  |
| TRATAMENTO CIRURGICO DE SEQUELA DE FRATURA (5ª MTC) DIR. |                           |                      |  |

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA.
2. ASSESPSIA E ANTISSEPISIA.
3. CAMPOS ESTÉREIS.
4. REDUÇÃO INCRUENTA + FIXAÇÃO COM FIOS DE CERCAGEM, SOB ESCOPIA.
5. TALA LUVA DIR
6. CRO
7. RX CONTROLE

*[Handwritten signature]*



COPIA: SESAP  
ORIGINAL  
27/11/19  
Mat. 96921-4



|                                                                                                |                             |                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Nome do paciente: <b>Juliano Gustavo de Sousa</b>                                              |                             | Nº protocolo: _____   |
| Data operatória: <b>26/11/98</b>                                                               |                             |                       |
| Operador: <b>Dr. Carlos G. Junior</b>                                                          | Assistente: <b>Fernando</b> |                       |
| 2º assistente: _____                                                                           | 3º assistente: _____        | Instrumentador: _____ |
| Anestesiologista: <b>Rosana</b>                                                                | Tipo de anestesia: _____    |                       |
| Diagnóstico pré-operatório: <b>Fratura de base do 5º MTT E (xaxela)</b><br><b>há 42 dias</b>   |                             |                       |
| Tipo de lesão: <b>traumática</b> <b>Cirúrgico de reparo de fratura do</b><br><b>base do 5º</b> |                             |                       |
| Diagnóstico pós-operatório: _____                                                              |                             |                       |
| Relatório final do patologista: _____                                                          |                             |                       |
| Exame radiológico no ato: _____                                                                |                             |                       |
| Acidente durante a operação: _____                                                             |                             |                       |

#### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Objetivo - técnica e técnica - materiais - planejamento - sítio - material empregado - aspecto - viceres

Realizada no DTA sob anestesia e  
circulação local de pernas operatórias  
incisão lateral ao nível do 5º MTT E, dissecção  
para por dentro, atingindo tuberosidade do polo do  
processo pediculado da costela (xaxela) e/ou  
tubo do Kirschner 1,5 mm fixado lateral do fêmur  
e/ou de costela.  
Surgimento de fratura, realizado após (66666)  
de base do fêmur nas costelas 1 e 2, sendo  
2. base após o procedimento.

Francisco Carlos Júnior  
Ortopedia e Traumatologia  
Clínica do Caxambu Vertebral  
CRM/RN: 4120

PRIMEIRA SEMANA  
CONFERÊNCIA ORTOPÉDICA  
Painel de RN: 27/11/014

100 46921-4



## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

( ) Hemocentrado \_\_\_\_\_ Unid. ( ) Plasma \_\_\_\_\_ Unid. ( ) Plaquetas \_\_\_\_\_ Unid.  
( ) Albumina \_\_\_\_\_ Unid. ( ) Expensor plasmático \_\_\_\_\_ Unid.

## MEDICAÇÕES UTILIZADAS

h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_  
b: \_\_\_\_\_ b: \_\_\_\_\_ b: \_\_\_\_\_  
a: \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_

## HIDRATAÇÃO VENOSA

( ) Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml ( ) Soro Ringer Simples: \_\_\_\_\_ ml Quantidade total de volume  
( ) Soro Glicosado: \_\_\_\_\_ ml ( ) Soro Ringer Lactato: \_\_\_\_\_ ml administrado: 1000ml

## ANATOMIA PATOLÓGICA

( ) Não ( ) Sim Pega: \_\_\_\_\_ Pega para sepultamento: ( ) Não ( ) Sim  
Envio para cultura: \_\_\_\_\_ Líquido: \_\_\_\_\_

## CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: ( ) Limpo ( ) Exsudato ( ) Contaminada ( ) Aparelho gessado ( ) Bandagens ( ) Talas ( ) Outros:

Intercorrências: (1) Realizada amputação de dedo anelar, (2) Medicamentos  
marcados e administrados pelo enfermeiro, (3) Realizada  
cura de ferida, com curativo a vácuo, (4) Realizada a  
curação da ferida de um intercostal.

Ass: \_\_\_\_\_ Coren: \_\_\_\_\_

## CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: (X) Consciente ( ) Inconsciente ( ) Narcoze ( ) Coma ( ) Vigli ( ) Agitado  
Respiratório: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel ( ) O<sub>2</sub> ambiente Curativo: ( ) Oclusivo ( ) Compressivo ( ) Boia de  
colostomia ( ) Outro: \_\_\_\_\_  
Diurese: ( ) Espontânea ( ) Normal ( ) Hematúria ( ) Irrigação Vesical ( ) Oligúrica Destino após a cirurgia: OK

## UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO

Hora: 17:30 Data: 26/11/19 Nível de consciência: (X) Acordado ( ) Sonolento ( ) Narcoze ( ) Orientado  
( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Choro Vias aéreas: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel ( ) Cateter O<sub>2</sub> ( ) O<sub>2</sub> Ambiente  
Mobilização MMII: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade Mobilização MMSS: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade  
Vendagem: ( ) Não ( ) Sim Tipo: AIP Local: VSE Sondas: ( ) Gástrica ( ) Enteral ( ) Vesical  
Drenos: ( ) Sução ( ) Torácico ( ) Penrose ( ) Kerr: ( ) Otomito ( ) Sim ( ) Não Especifique: \_\_\_\_\_  
Irrigação vesical contínua: ( ) Retorno satisfatório ( ) Retorno insuficiente ( ) Coágulos  
Curativo: ( ) Oclusivo ( ) Descoberto ( ) Limpo ( ) Solo Monitorização: ( ) ECG ( ) Oxímetro ( ) PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA ( ) Náuseas ( ) Vômitos ( ) Sangramento ( ) Dor ( ) Bexigoma ( ) Alteração PA ( ) Alteração FC  
Relato: \_\_\_\_\_

## SINAIS VITAIS

## Líquidos administrados na URPA:

| Hora     | TC | P  | PA | FR | Sat.% | Dor | Soro glicosado: _____ ml             |
|----------|----|----|----|----|-------|-----|--------------------------------------|
| Admissão |    | 63 |    |    | 98    | Não | Soro Fisiológico: _____ ml           |
| 30'      |    | 68 |    |    | 98    |     | Ringer: _____ ml                     |
| 60'      |    |    |    |    |       |     | Irrigação vesical contínua: _____ ml |
| Alta     |    |    |    |    |       |     |                                      |

## Verificações administradas URPA:

## Eliminações:

| Hora | Medicação | Dose | Via | Assinatura | Diurese | Retorno Gást. | Drenagem | Retorno da Irrigação |
|------|-----------|------|-----|------------|---------|---------------|----------|----------------------|
|      |           |      |     |            |         |               |          |                      |
|      |           |      |     |            |         |               |          |                      |
|      |           |      |     |            |         |               |          |                      |

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: Paciente admitido no C.A. em 17:30h, 26/11/19.  
Em que os exames de laboratório foram realizados e o resultado foi normal.

Ass: \_\_\_\_\_ Coren: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WILFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: 149360 SUELIO JUSTINO DA FONSECA 40

Prontuário:

OBS: 4060093 17827342 Nascimento: 01/01/1979

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA GLEIDE JUSTINO DA FONSECA

Pai: FELICIANO ALVES

Endereço: RUA AGRESTINA, 30 - PLANALTO - NATAL

Fone: 98722193 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE:

240810 UF: RN

CEP: 59073-270

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEdia Laudo Nº 30402 / 2019

## JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

FRATURA DO PE ESQ (QUINTO METATARSO) E FRATURA DA MÃO DIREITA (QUINTO METACARPO) APÓS ATROPELAMENTO, S.I.C.

Núcleo de Regulação  
NIR / HDML  
AUTORIZADO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

RISCO DE COMPLICAÇÃO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

SINIOLOGIA E RAO X

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S92.3 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO\*408050462. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS M

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

SE APLICA:

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Faz Antibioticoterapia☐ Diabetes☐ Hipertensão☐ Obesidade☐ Lesão por pressão☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

RICARDO ARAUJO

CRM: 5001 / RN

Data da Solicitação 27/10/2019

Dr. Ricardo Araújo  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 5001 RN 11.95

## PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

☐ Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: \_\_\_\_\_

Nº do bilhete: \_\_\_\_\_

Série: \_\_\_\_\_

☐ Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: \_\_\_\_\_

CNAE da Emp.: \_\_\_\_\_

CBOR: \_\_\_\_\_

☐ Acidente de Trabalho TrajetadoVínculo com previdência: ☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_

Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

Número da Autorização: \_\_\_\_\_

Data da Autorização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_

HDML / SESAP

CONFERIR C/C ORIGINAL

Prontuário-RN, 27/11/2019

967214

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 001.625.945 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/03/2010

NOME SUELIO JUSTINO DA FONSECA

RELACAO FELICIANO ALVES DA FONSECA MARIA CLEIDE JUSTINA DA FONSECA

NATURALIDADE SANTA CRUZ RN DATA DE NASCIMENTO 19/06/1979

DCC ORIGEM CERT. DE NASCIMENTO L-000H F-7 RG-6423 SANTA CRUZ RN-2 CARTORIO

CPF 028.876.724-10

3a. VIA

*[Assinatura]*  
ASSINATURA DO DIRETOR  
Cristiano Bezerra de S. Dantas  
Diretor-Geral

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

 POLEGAR DIREITO 

Suelio Justino da Fonseca

ASSINATURA DO TITULAR

# PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

|                |                                                    |               |                |
|----------------|----------------------------------------------------|---------------|----------------|
| NOME:          | Suelio Justino da Fonseca                          |               |                |
| NACIONALIDADE: | Brasileiro                                         | ESTADO CIVIL: | Solteiro       |
| PROFISSÃO:     | Eletricista                                        |               |                |
| IDENTIDADE:    | 003.623.943                                        | CPF:          | 028.876.724-10 |
| ENDEREÇO:      | Rua Dom Antonio de Almeida Lustosa nº 141 Planalto |               |                |

OUTORGADO

|                |                                       |               |                |
|----------------|---------------------------------------|---------------|----------------|
| NOME:          | Marcos Bernardino de Souza            |               |                |
| NACIONALIDADE: | Brasileiro                            | ESTADO CIVIL: | casado         |
| PROFISSÃO:     | Moto Boy                              |               |                |
| IDENTIDADE:    | 3896734                               | CPF:          | 061.089.354-80 |
| ENDEREÇO:      | Rua Brasilcio Camilo nº 122 Goianinha |               |                |

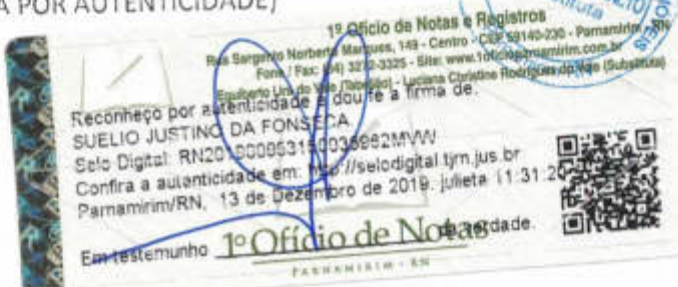
DATA DO ACIDENTE: 27-10-2019 COBERTURA: invalidez / danos.

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

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

1º Panamirim/13-12-19  
 LOCAL E DATA

Suelio Justino da Fonseca.  
 ASSINATURA DO OUTORGANTE  
 (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



---

**Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200044373**

**Vítima: SUELIO JUSTINO DA FONSECA**

**Data do Acidente: 27/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), SUELIO JUSTINO DA FONSECA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200044373**

**Vítima: SUELIO JUSTINO DA FONSECA**

**Data do Acidente: 27/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), SUELIO JUSTINO DA FONSECA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 17 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200044373**

**Vítima: SUELIO JUSTINO DA FONSECA**

**Data do Acidente: 27/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), SUELIO JUSTINO DA FONSECA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200044373**

**Vítima: SUELIO JUSTINO DA FONSECA**

**Data do Acidente: 27/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), SUELIO JUSTINO DA FONSECA**

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\$ 5.062,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%  
Graduação: Em grau leve 25%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%  
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%  
Graduação: Em grau leve 25%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%  
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer  
um dentre os outros dedos da mão 10%  
Graduação: Em grau intenso 75%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%  
Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

**Recebedor: SUELIO JUSTINO DA FONSECA**

**Valor: R\$ 5.062,50**

**Banco: 237**

**Agência: 000002114-8**

**Conta: 0000066406-5**

**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.



# 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: 028.876.724-10 4 - Nome completo da vítima: Suelio Justino da Fonseca

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

5 - Nome completo: Suelio Justino da Fonseca 6 - CPF: 028.876.724-10  
7 - Profissão: Recurso 8 - Endereço: Rua Dom Antonio de Almeida Junior 141 9 - Número: 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: Planalto 12 - Cidade: Natal 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59073-110  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (84) 99134-3008 / (84) 99806-1091

## 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\$1.00 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: 2044 013 CONTA: 000 88637 5  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

### ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, Parangaricutzingo 13 de 3 de Setembro de 2014.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

Unidade Policial: DELEGACIA DE PLANTÃO ZONA SUL DE NATAL EQUIPE 2  
Endereço: AV. INTERVENTOR MARIO CAMARA, 2550, CIDADE DA ESPERANÇA, NATAL, FONE/FAX: (84) 3232-6305/6306

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019108002393  
1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL DOLOSA C/ HOMEM

1.2 Data de Expedição: 27/10/2019 23.28.33  
1.4 Ligou CIOSP: Sim

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 27/10/2019 19.00.00  
2.3 Fato: Consumado  
2.5 Melo(s) empregado(s): Outros  
2.6 Tipo do local: Via Pública  
2.8 Número: S/N  
2.10 Complemento:  
2.12 Bairro: PLANALTO III  
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida  
2.4 Flagrante: Não  
2.7 Logradouro: RUA PARACATI  
2.9 CEP:  
2.11 Ponto de Referência:  
2.13 Cidade: NATAL

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: MARIA SUELMA DA FONSECA SANTOS  
3.3 Nome Social:  
3.5 Etnia: Parda  
3.7 Sexo: MASCULINO  
3.9 CPF:  
3.11 Nacionalidade:  
3.13 Profissão: PROFESSORA  
3.15 Telefone(s): 84 987537234  
3.17 Número: 141  
3.19 Bairro: PLANALTO  
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
3.23 Cidade: NATAL

3.2 Estado civil: Casado(a)  
3.4 Pai:  
3.6 Mãe: MARIA GLEIDE JUSTINO DA FONSECA  
3.8 Orientação Sexual:  
3.10 Identidade de Gênero:  
3.12 Data de Nascimento: 04/09/1975  
3.14 RG: 001483193 - SSP/RN  
3.16 Passaporte:  
3.18 Nacionalidade: SANTA CRUZ  
3.20 E-Mail:  
3.22 Logradouro: RUA DOM ANTONIO DE ALMEIDA LUSTOSA  
3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 Nome Completo: SUELIO JUSTINO DA FONSECA  
4.1.3 Nome Social:  
4.1.5 Mãe:  
4.1.7 Orientação Sexual:  
4.1.9 Sexo: NÃO IDENTIFICADO / SEM INFORMAÇÃO  
4.1.11 CPF:  
4.1.13 Nacionalidade:  
4.1.15 Logradouro:  
4.1.17 Número:  
4.1.19 Bairro:  
4.1.21 Estado:

4.1.2 Estado civil:  
4.1.4 Pai:  
4.1.6 Identidade de Gênero:  
4.1.8 Etnia:  
4.1.10 Data de Nascimento:  
4.1.12 RG: Não informado  
4.1.14 Profissão:  
4.1.16 Passaporte:  
4.1.18 E-Mail:  
4.1.20 CEP:  
4.1.21 Cidade:

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S)

5.1.1 Nome Completo:  
5.1.3 Nome Social:  
5.1.5 Estado civil:  
5.1.7 Etnia:  
5.1.9 Data de Nascimento:  
5.1.11 RG: Não informado  
5.1.13 Profissão:  
5.1.15 Passaporte:  
5.1.17 Características:  
5.1.18 Logradouro: RUA DOM ANTONIO DE ALMEIDA LUSTOSA  
5.1.19 Número:  
5.1.21 Bairro: PLANALTO - MERCADINHO RANIEL  
5.1.23 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

5.1.2 Alcunha: JUNIOR  
5.1.4 Pai:  
5.1.6 Mãe:  
5.1.8 Identidade de Gênero:  
5.1.10 Orientação Sexual:  
5.1.12 Sexo: NÃO IDENTIFICADO / SEM INFORMAÇÃO  
5.1.14 CPF:  
5.1.16 Nacionalidade:  
5.1.20 CEP:  
5.1.22 Cidade: NATAL

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS VEÍCULOS)

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

A COMUNICANTE COMPARECEU A ESTA UNIDADE POLICIAL DE PLANTÃO PARA RELATAR QUE SEU IRMÃO (VÍTIMA), NA DATA DE HOJE (27/10/2019), FOI ATROPELADO PELO CUNHADO (JUNIOR) QUE É IRMÃO DE SUA ESPOSA E QUANDO AO CHÃO FOI AGREDIDO COM UMA BARRA DE FERRO POR DIVERSAS VEZES NAS PERNAS E NOS BRAÇOS; QUE JÁ EXISTIA RIXA ENTRE A VÍTIMA E O ACUSADO, EM RAZÃO DE UMA SUSPEITA DE QUE A VÍTIMA TERIA ROUBADO O MERCADINHO DO PAI DO ACUSADO; QUE A VÍTIMA SE ENCONTRA HOSPITALIZADO AGUARDANDO UMA CIRURGIA, TENDO O ACUSADO SE EVADIDO DO LOCAL DA OCORRÊNCIA. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

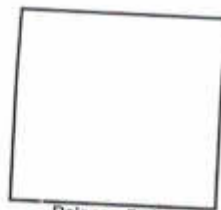
11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.  
Data 27/10/2019 23.28.33

Policial

Interessado

Atendimento: 1539000 - VANUSA CRUZ BRANDÃO  
Impresso por: 1539000 - VANUSA CRUZ BRANDÃO em 27/10/2019 23:28:48



Polegar direito

FINAL DO BOLETIM DE OCORRNCIA