

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200017762 **Cidade:** Extremoz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEFA RAFAEL DA SILVA **Data do acidente:** 12/10/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
RODRIGUES DO AMARAL

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO OLECRANO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICA + DESBRIDAMENTO + SUTURA) E ALTA MÉDICA. PÁG 6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO COTOVELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200017762

Vítima: JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMARAL

Data do Acidente: 12/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RICARDO ALEXANDRE RODRIGUES DO AMARAL

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMARAL

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: 3200017762

Vítima: JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMARAL

Data do Acidente: 12/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RICARDO ALEXANDRE RODRIGUES DO AMARAL

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMARAL

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 cotovelos

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: JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMARAL

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001859

Conta: 000008423-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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: 850.568.04487 4 - Nome completo da vítima: Jéssica Karla da Silva Rodrigues do Amaral

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

5 - Nome completo: Jéssica Karla da Silva Rodrigues do Amaral 6 - CPF: 850.568.04487
7 - Profissão: Diarista 8 - Endereço: Rua Pedro Vasconcelos 9 - Número: 483 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Central Parque Clube 12 - Cidade: Extremoz 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59575-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 84 20300637 988171020

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: 1859 CONTA: 8.9234

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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(vainascer)? ☐ 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, Natal RN 12/01/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Govorno 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 MUNICIPAL DE EXTREMOZ

Endereço: RUA COMANDANTE DIDDIER VIANA, S/N, CONJUNTO ESTRELA DO MAR, EXTREMOZ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019021002505

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 11/12/2019 15.10.52

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 12/10/2019 15.00.00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: S/N

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: PASSAGEM DA VILA

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RUA PRINCIPAL DE EXTREMOZ

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: EXTREMOZ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: RICARDO ALEXANDRE RODRIGO DO AMARAL

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Parda

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF:

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: POLICIAL MILITAR

3.15 Telefone(s): 84 996656918

3.17 Número: 483

3.19 Bairro: CJ. BOSQUE DAS FLORES

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: EXTREMOZ

3.2 Estado civil: Casado(a)

3.4 Pai: JOÃO DE SOUZA DO AMARAL

3.6 Mãe: JOZILENE RODRIGUES DO AMARAL

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 08/10/1975

3.14 RG: 13251 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: NATAL/RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: RUA PEDRO VASCONCELOS

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi: *****16236

7.1.5 Placa:

7.1.7 Marca: YAMAHA

7.1.9 Ano do Modelo: 2020

7.1.11 Cor do veículo: PRETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: RICARDO ALEXANDRE DO AMARAL

7.1.17 Nome do condutor: O MESMO

7.1.18 Observações: CNH DO CONDUTOR 04208634501

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam:

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.8 Modelo: YBR150 FACTOR ED

7.1.10 Ano de Fabricação: 2019

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE INFORMA QUE ESTAVA EM DESLOCAMENTO NO LOCAL CITADO NESTA OCORRÊNCIA, COM SUA ESPOSA NA GARUPA, QUANDO UM VEÍCULO DO TIPO GOL DE COR PRETA E PLACAS OKC-6726, COLIDIU NA SUA MOTO NA TRASEIRA, FAZENDO COM QUE AMBOS CAÍSEM E ELE FRATUROU O BRAÇO ESQUERDO E SUA ESPOSA TEVE UMA FRATURA EXPOSTA NO BRAÇO ESQUERDO E FORAM SOCORRIDOS PELA SAMU VTR USB-65 (MACAIBA), SENDO ENCAMINHADOS PARA O HOSPITAL DE SANTA CATRINA E DEPOIS FORAM LEVADOS PARA O HOSPITAL CLÓVIS SARINHO. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

ENCAMINHADO AO SETOR COMPETENTE.

10. COMPLEMENTOS

Data do Complemento: 23/12/2019

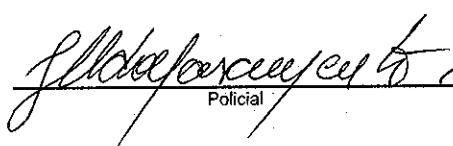
Usuário: 1943189 - JEFFERSON VASCONCELOS DO NASCIMENTO

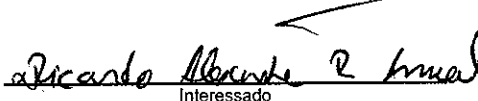
Complemento: INFORMANDO OS DADOS PESSOA DA VÍTIMA: JOSEFA RAFAELA DA SILVA RODRIGUES DO AMARAL, RG Nº 001.325.529, CPF 850.568.044-87, NATURAL DE SÃO JOSÉ DE CAMPESTRE/RN E DATA DE NASCIMENTO 21/05/1972. NADA MAIS DISSE.

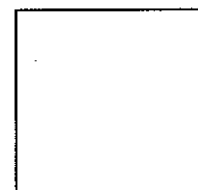
11. DECLARAÇÃO

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

Data 11/12/2019 15.10.52


Policial


Interessado



Polegar direito

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: 850.568.04487 4 - Nome completo da vítima: Jéssica Karla da Silva Rodrigues do Amaral

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

5 - Nome completo: Jéssica Karla da Silva Rodrigues do Amaral 6 - CPF: 850.568.04487
7 - Profissão: Diarista 8 - Endereço: Rua Pedro Vasconcelos 9 - Número: 483 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Central Parque Clube 12 - Cidade: Extremoz 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59575-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 84 20300637 988171020

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: 1859 CONTA: 8.9234

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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(vainascer)? ☐ 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, Natal RN 12/01/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Jéssica Karla S.R. do Amaral

43 - Assinatura do Procurador (se houver) Ricardo Alexandre do Amaral

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 23/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMAR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01859

CONTA: 000000008423-4

Nr. da Autenticação 80148A6A1B5A7129



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 /RN

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fazem necessários, que foi encontrada a ocorrência de
Nº 179968/1 referente ao paciente **JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO**
AMARAL, 47 anos, atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN,
no dia 12/10/2019 em Extremoz. Conforme ficha anexa.

Natal, 27 de novembro de 2019.

Ubiratan Wagner de Sousa
Coordenador da Regulação Médica do SAMU 192 RN
Matrícula: 210991-3



END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 – BARRO VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
CEP: 59.022-545 - FONE: 84 3209-5321

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 179968/1

Data: 12/10/2019

CHAMADO

TARM: FABIANA MARIA DA SILVA ALVES

Médico Regulação: ALEXANDRE DE ABREU FREIRE

Rádio Operador: GABRIEL FERNANDES DUTRA PONTES

Médico Cena: NATALIA DE SOUZA GUEDES

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 65 (MACAÍBA)

Equipe VTR: JOSE CARLOS MUNIZ - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
SÉRGIO RICARDO ALVES C - TÉCNICO DE ENFERMAGEMREGULAÇÃO
MÉDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

QUEDA DA
LIGAÇÃOCONTATO COM EQUIPE
SAMU

TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: EXTREMOZ

Nome do Solicitante: EDIVAN

Telefone: (84) 98716-9721

Nome do Paciente:

RICARDO ALEXANDRE RODRIGUES DO AMARAL

Idade: *

44 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

Endereço: RN SENTIDO EXTREMOZ

Nº:

Bairro:

Outro Bairro: RN

Referência/Complemento: PROX PORTAL DE EXTREMOZ/PROX DA LAGOA DE EXTREMOZ

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Observações Rádio Operador: PACIENTE AOS CUIDADOS DO DR ADRIANO.

Queixa Primária: CARRO*MOTO

Quem Solicitou:

Distância do paciente:

Local:

Histórico Regulação Médica:

12/10/2019 15:13:57 - Dr(a). ALEXANDRE DE ABREU FREIRE

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: DUAS VITIMAS DE COLISÃO CARRO - MOTO, UMA DEAMBULANDO COM A QUAL FALO AO TELEFONE E APRESENTA PEQUENAS ESCORIAÇÕES. A OUTRA VITIMA ENCONTRA-SE AO SOLO, CONSCIENTE, E COM RELATO DE DOR NO BRAÇO. SEM SINAIS DE DEFORMIDADE OU SANGRAMENTO DE GRANDE MONTA. LIBERO USB COD 3

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

Apoio:



OBSERVAÇÕES

Data: 12/10/2019 15:15:55 Usuário: (RADIO OPERADOR) GABRIEL FERNANDES DUTRA PONTES

Observação: Controle de frota: USB 65 ACIONADA.

Data: 12/10/2019 16:10:47 Usuário: (TARM) FABIANA MARIA DA SILVA ALVES

Observação: LIGO PARA HOSPITAL CLÓVIS SARINHO PORÉM O MÉDICO NÃO QUIS ACEITA O PACIENTE PASSO PARA DR ALEXANDRE.

Data: 12/10/2019 18:42:20 Usuário: (RADIO OPERADOR) GABRIEL FERNANDES DUTRA PONTES

Observação: Controle de frota: PACIENTE AOS CUIDADOS DO DR ADRIANO.

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:	Regulação Médica:	Solicitação VTR:	Saída VTR:	Chegada Local:
12/10/2019	12/10/2019	12/10/2019	12/10/2019	12/10/2019
15:09:34	15:13:57	15:15:11	15:15:52	15:47:00
Saída Local:	Chegada Destino:	Liberação Destino:	Liberação VTR:	
12/10/2019	12/10/2019	12/10/2019	12/10/2019	
16:30:00	17:48:00	18:15:00	18:42:14	

SINAIS VITAIS / OUTROS ACHADOS

Tipo de APH:

TRAUMA - ACIDENTE AUTO X MOTO ▾

Hipótese Diagnóstica:

Sinais Vitais:

12/10/2019 15:41

1º PA - 100x70

2º FC - 65

3º FR - 20

4º SAT - 97%AA

6º GLASGOW - 15

Antecedentes:

☐ Cardiopatia☐ Diabetes☐ Epilepsia☐ Etilismo☐ Hipertensão☐ HIV☐ Nefropatia☐ Neoplasia☐ Pneumopatia☐ Sequela AVC

Outros Antecedentes:

Pupilas:

Direita:

-- SELECIONE -- ▾

Esquerda:

-- SELECIONE -- ▾

Situação:

-- SELECIONE -- ▾

Reativas:

-- SELECIONE -- ▾

Nível de consciência:

☐ Normal☐ Confuso☐ Torporoso☐ Inconsciente

Respiração:

☐ Não Respira☐ Normal☐ Ruidosa / Dispneia☐ Via aérea obstruída☐ Via aérea pervia

Sudorese:

-- SELECIONE -- ▾

Coloração da pele:

-- SELECIONE -- ▾

Sangramento:

-- SELECIONE -- ▾

História Progressiva da Moléstia Atual:

DEC DORSAL APOS SE MOVIMENTAR E SEM CAPACETE, RETIRADO PELO POPULOAR. DOR EM OMBRO E COTOVELO ESQ COM RESTRICAO DE MOVIMENTO.

DERMAIS ESTRUTURAS INTEGRAS.

SEGUNDA VITIMA, JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMARAL, CORTE CONTUSO EM COTOVELO ESQUERDO. 9120X80 FC 80 FR 20 S0298).

Uso de algum Medicamento:

Alergia:

Prioridade:

☒ Vermelho☐ Laranja☐ Amarelo☐ Verde☐ Azul

Observação:

Evento Adverso:

Observação do Apoio:

CONDIÇÃO

☒ Remoção

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL (NP) - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE -- ▾

H. ligação ao serv prop.:

F:

Recebido por:

Número do conselho:

Número da ficha de Remoção:

☐ Vaga Negada☐ Vaga Zero

Motivo da entrada:

▾

Ass:

PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:

ACIDENTE DE TRABALHO?

☐ Sim ☒ Não

VIOLENCIA A VULNERÁVEIS?

☐ Sim ☒ Não



COSERN

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Memoz, 150, Baldo, Natal - RN, CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Inscrição: 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

RICARDO ALEXANDRE RODRIGUES DO AMARAL

CPF: 024.081.884-90

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA PEDRO VASCONCELOS 483 QD- 44
LT- D

CENTRAL PARQUE CLUBE/AREA URBANA
EXTREMOZ RN
59575-000

DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	QUANTIDADE
03/05/2018	14/11/2019	UNICA

14/11/2018	3011436944	2745438
------------	------------	---------

7013875647	11/2019
11/12/2019	16/12/2019
205,34	

Consumo Ativo (kWh)
Acréscimo Bandeira AMARELA
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Contrib. Ilum. Pública Municipal

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
254,0000000	0,6578427	169,10
		2,87
		6,50
		27,07

TOTAL DA FATURA

205,34

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR LEITURA	DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWh)
2171068803	CAT	15-10-2019	3.399,00	14-11-2019	3.652,00	30	1,00000		254,00

Mês/Ano kWh	NOV 19	OUT 19	SET 19	AGO 19	JUL 19	JUN 19	MAY 19	ABR 19
254	275	249	265	318	285	278	264	
BASE DE CÁLCULO	178,27	178,27	178,27	178,27	178,27	178,27	178,27	
%	18,00	1,08	1,92	8,89				
VALOR DO IMPOSTO	32,08	1,92	8,89					
ICMS								
PIS								
COFINS								
GERAÇÃO DE ENERGIA	R\$ 69,37	38,35%						
TRANSMISSÃO	R\$ 6,42	3,50%						
DISTRIBUIÇÃO (COSERN)	R\$ 40,38	22,85%						
PERDAS DE ENERGIA	R\$ 10,83	6,06%						
ENCARGOS SETORIAIS	R\$ 9,38	5,26%						
TRIBUTOS	R\$ 42,89	24,05%						
TOTAL	R\$ 178,27	100%						



COSERN

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Memoz, 150, Baldo, Natal - RN, CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Inscrição: 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

RICARDO ALEXANDRE RODRIGUES DO AMARAL

CPF: 024.081.884-90

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA PEDRO VASCONCELOS 483 QD- 44
LT- D

CENTRAL PARQUE CLUBE/AREA URBANA
EXTREMOZ RN
59575-000

DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	QUANTIDADE
03/05/2018	14/11/2019	UNICA

14/11/2018	3011436944	2745438
------------	------------	---------

7013875647 11/2019

11/12/2019 16/12/2019

205,34

Consumo Ativo (kWh)
Acréscimo Bandeira AMARELA
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Contrib. Ilum. Pública Municipal

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
254,0000000	0,6578427	169,10
		2,87
		6,50
		27,07

TOTAL DA FATURA

205,34

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR LEITURA	DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWh)
2171068803	CAT	15-10-2019	3.399,00	14-11-2019	3.652,00	30	1,00000		254,00

Mês/Ano kWh	NOV 19	OUT 19	SET 19	AGO 19	JUL 19	JUN 19	MAY 19	ABR 19
254	275	249	265	318	285	278	264	
BASE DE CÁLCULO	178,27	178,27	178,27	178,27	178,27	178,27	178,27	
%	18,00	1,08	1,92	8,89				
VALOR DO IMPOSTO	32,08	1,92	8,89					
ICMS								
PIS								
COFINS								
GERAÇÃO DE ENERGIA	R\$ 69,37	38,35%						
TRANSMISSÃO	R\$ 6,42	3,50%						
DISTRIBUIÇÃO (COSERN)	R\$ 40,38	22,85%						
PERDAS DE ENERGIA	R\$ 10,83	6,06%						
ENCARGOS SETORIAIS	R\$ 9,38	5,26%						
TRIBUTOS	R\$ 42,89	24,05%						
TOTAL	R\$ 178,27	100%						

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECASWEB/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 Ricardo Alexandre Rodrigues do Amaral

inscrito (a) no CPF/CNPJ 024.081.884 / 90, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Josya Raphael da S. Rodrigues do Amaral inscrito (a) no CPF sob o Nº 850.568 044 87

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidz da Vítima Josya Raphael da S. Rodrigues do Amaral

inscrito (a) no CPF sob o Nº 850568044 / 87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ 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 Pedro Vasconcelos</u>	Número: <u>483</u>	Complemento:
Bairro: <u>Central Parque Clube</u>	Cidade: <u>Extremoz</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail:	CEP: <u>59578-000</u>	Tel.(DDD):

Local e Data: Natal RN - 12/01/20

Ricardo Alexandre R. do Amaral
Assinatura do Declarante

Boletim de Atendimento - EMERGÊNCIA

Número do Boletim: 24344/2019 **Data/Hora: 12/10/2019 / 17:03:50h**
Paciente: 315579 - JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMARAL
Dt Nasc: 21/05/1972 Idade: 47 anos Sexo: M Estado Civil: NÃO INFORMADO C N S:
Mãe: MARIA ALVELINA DA CONCEICAO
Pai: JOSE RAFAEL DA SILVA
Endereço: PEDRO VASCONCELOS, 483 **Bairro: BOSQUE DAS FLORES**
Cidade: EXTREMOZ **CEP: 59575000** **UF: RN**
Telefone: 84 - 999921994 999921994 Identidade: **Naturalidade/UF: SAO J**

Queixa Principal: acidente de moto.

OBS: nega alergia

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Motivo: CONSULTA DE URG/EMERG

Usuário: SANDRA PATRICIA CAMPOS DA CUNHA
SILVA

Diag. Inicial:

***Hora Atend:**

Pete na travessa da mão e vítima de colisão carro-carro. 2

≡ 1h. Comparsa, desmbrulando a refreida com catenelo (≡)

c/ perimento: contortura e deformidade.

(A) VA péssima, M cervicalgia

(B) Eupático.

(C) Estável.

(D) Glasgow = 15

(E) ~~Estável~~ (≡) c/ perimento contortura e deformidade

Prescrição:

④ Indicito Rx de catavola

RX *realizado*

Assinatura do Técnico Realizante

Chadografia apresentada sobre
um sistema grego.

Encaminho para a Intendência
de PSCS/HMW 6.

Alta por decisão médica () ; Internação () ; Enc.outro Serviço () ; Evasão ()

Data: 11/10/19. Hr: 17:38 Ass. Médico:

151 10

19:50

Confere com Original
Data 20/12/19

Dr. Francisco de Moraes L. Júnior
Cirurgião Geral / Urologia
CRM-RN 6723
CRM-PE 270



SECRETARIA
HOSPITAL DR. J.

ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA DO RN
PRO BEZERA - Hospital Amigo da Criança
RUA ARAQUARI, S/Nº - NATAL/RN - CEP 59.110-390

RECEITUÁRIO MÉDICO

ENCAMINHAMENTO
NOME

* AO PSCS:

Encaminhado paciente

Luiza Rafael da Silva

R. do Amaral, 4 anos

vítima de trauma por queda de motocicleta.

Portava capacete, nega perda de consciência, náuseas, vômito e cefaleia. Nega queixas torácicas, abdominais e pelvicas.

Apresenta escoriações em um #.

Apresenta lesão contusa em cotovelo esquerdo associado a fratura óssea exposta.

A - VAP sem cervicalgia

B - MV em SAT 100%

C - HD estável FC: 75 bpm

D - Vezes colaborativa

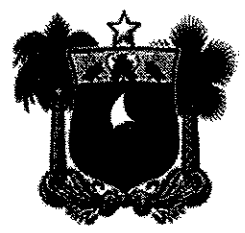
E - lesão contusa em cotovelo

Solista avaliação e conduta pela ortopedia

Natal 11.10.19
(171432)

Dr. Francisco de Assis L. Júnior
Cirurgião de Trauma
CRM 6723
RME 27957

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 11/10/19
MAT. Nº 15482070
SAÍDA
ASSINATURA



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 53022 /2019

Admissão: 12/10/2019 18:28:54

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 147268 - JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMARAL (47 a 4 m 22 d)
Nascimento: 21/05/1972 Natural: SAO JOSE DO CAMPESTRE.BRASIL Sexo: F Cor: SEM
INFORMACAO

CNS: CPF: 85056804487 Prof: Mãe: MARIA AVELINA DA CONCEICAO Pai: JOSE RAFAEL DA SILVA
Logradouro: PEDRO VASCONCELOS, 843 CEP: 59575000 Bairro: EXTREMOZ Cidade: EXTREMOZ
Telefone: 84 96656918 Compl:

Motivo: MOTO X CARRO - COLISÃO Tipo: REFERENCIADO
Origem: AMBUL. SAMU RN *Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 12/10/2019 18:25:51				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: VITIMA DE QUEDA DE MOTO, COM ESCORRIACOES EM MMII, LESAO CONTURSO-EM
COTOVELO ESQUERDO

Hora: 18:28:54 Paciente vítima de queda de moto. Morte
de enforcamento. Análise de
em cotovelo E. Já analisado no HOSP B,
em fase anal. de estresse.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

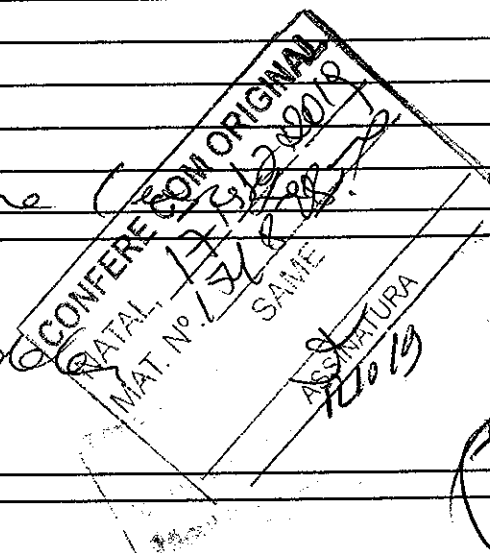
A VS alvear púrpura
B Exame de audição
C Exame de visão
D G15
E FCC e cotovelo E + fratura

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Exat x alteraçõe
Alvear flexão, ino
Pelve exten.

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID



73

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou _____

CNES: 2653923
CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **147268 JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMARAL**
CNS: _____ Nascimento: 21/05/1972 Sexo: Feminino
Mãe: MARIA AVELINA DA CONCEICAO Pai: JOSE RAFAEL DA SILVA
Endereço: 10a RUA PEDRO VASCONCELOS, 843 - EXTREMOZ - EXTREMOZ
Município: EXTREMOZ Código Municipal IBGE: 240360 UF: RN

Prontuário: _____
Cor: SEM INFORMACAO
Fone: 96656918 /
CEP: 59575-000

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 28534 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

PACIENTE COM HISTORIA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM COTOVELO ESQUERDO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
PROCEDIMENTO CIRURGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RX E EXAME FISICO

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S42.4 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO ÚMERO*408020547. TRATAMENTO CIRURGICO DE LIXAÇÃO OU FRATUR

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

COTOVELO, FX;1

Informações importantes sobre as condições do paciente:

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

Profissional Solicitante / Assistente:

GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS
CRM - 4781 / RN

Data da Solicitação 12/10/2019

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: _____



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALERGIAS)

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONDUTA PRIMÁRIA(MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Dr. Denan Pessoa
Cirurgia Geral
CRM/RN 1974

Dr. Luperício Vitor Pereira
Cirurgia Geral
CRM/RN 4209

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

HORA

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

ÓBITO: DATA / / HORA

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



IDENTIFICAÇÃO

Nome: Josele R S R do Amaral Reg. N°

Diagnóstico pré-operatório: Físt. exposta cefalica @

Indicação terapêutica: Limpeza + desbridamento Urgência (☒) Eletiva (☐)

INTERVENÇÃO

Data: 13/10/19 Início: Término: Duração:

Operador: Antonio Marmuten CRM/CRO:

1º Auxiliar: CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador: CRM/CRO:

Anestesista: Gustavo CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- ① Lavagem em água ror mercuria
- ② Reparo USG
- ③ Lavagem e desbridamento FCC
- ④ Sutura com nylon 3-0
- ⑤ Curativo + toca + lençol

Dr. Maxsuelton Alves
CRM/RN 7569 TCT 18233
Ortopedia e Traumatologia
Cl. Ombro e Cotovelo

0413040178(3) L90.8(741.69)

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

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

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 9740 /2019

Prontuário: 1189851

Paciente: 147268 - JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMARAL

Cartão SUS:

CPF: 85056804487

Dt Nasc: 21/05/1972

Idade: 47 anos 4 meses 22 dias

Sexo: F

Etnia: SEM

Estado Civil: NÃO INFORMADO

INFORMACAO

Nome da mãe: MARIA AVELINA DA CONCEICAO

Nome do pai: JOSE RAFAEL DA SILVA

Rua/Av: PEDRO VASCONCELOS

Complemento:

CEP: 59575000

Cidade: EXTREMOZ

Telefone: 84 96656918 84 96656918

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1009

Responsável: JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMAR -

Usuário: SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS

Admissão: 12/10/2019 19:45:04 Alta: Óbito: Dias de permanência:

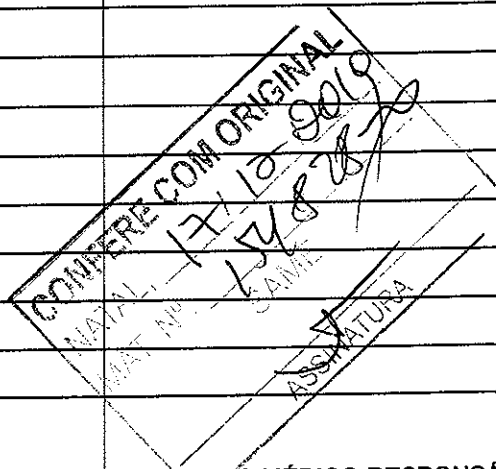
DIAGNÓSTICO INICIAL: S42.4 - FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO ÚMERO
408020547 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

NATAL, 12 de Outubro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

NAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

FRAT. EXPOSTA DE OBLICANO (B)

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

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

1) Ao ee 1/ traqueostomia
2) cateter de urina
3) sonda gástrica

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ESTADO DO PACIENTE:

IMPROVIA

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERVENÇÃO NA CLÍNICA:

OROTOMIA

DATA:

/ /

HORA:

DATA:

DATA:

1/2 OUT, 2019

HORA:

19:27h

Intervenção Médica



À Revelia



Transferido para:

BITO:

DATA:

/ /

HORA:

Entregue à família

com Atestado



S.V.O.

I.T.E.P.

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

ESTADO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERVENÇÃO NA CLÍNICA:

DATA:

/ /

HORA:

DATA:

DATA:

/ /

HORA:

Intervenção Médica



À Revelia



Transferido para:

BITO:

DATA:

/ /

HORA:

Entregue à família

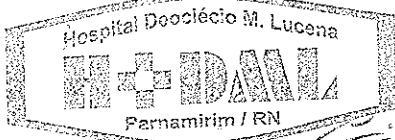
com Atestado



S.V.O.

I.T.E.P.

MAEI MAR. 4 DE 1974
2-5-1704 0048 1542 9763



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº

0059

NOME: João Roberto da Silva Romalves Amaral
IDADE: 21/05/72 COR: Pauz SEXO: masculino ESTADO CIVIL: casado
NATURALIDADE: João Pessoa PROFISSÃO: doméstica PROCEDÊNCIA: João Pessoa
ENDEREÇO: Av. Vasco Pires - 243 BAIRRO: Extremo
CIDADE: João Pessoa DATA: 19/11/2019 HORA: 18:28

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

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

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

TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente com fratura de
olecranon esquerdo

EXAME FÍSICO

em 13/10/19
Examinado do HWB.

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

HRDML / SESAP
CONFERI C/O ORIGINAL
Parnamirim-RN

10/12/19
Mat 2015938



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

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

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMARAL

6- NUMERO DO PRONTUÁRIO

168192

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

704 0048 1542 9763

8- DATA DE NASCIMENTO

21/05/1972

9- SEXO

FEMININO

10- RAÇA/COR

11- NOME DA MÃE

MARIA AVELINA DA CONCEICAO

12- TELEFONE DE CONTATO

99992-1994

13- NOME DO RESPONSÁVEL

PRISCILA RAFAELA SILVA R. DE AMARAL (FILHA)

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA PEDRO VASCONCELOS, 243

16- MUNICÍPIO

EXTREMOZ

17- BAIRRO

CENTRO

18- UF

RN

19- CEP

59575-000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com trauma no
m.s.-E. Dor + Limitação funcional

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Queixa interna

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

Lesão ligamentar + Rx

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura Colúmbio E

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tret. Cirúrgico

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

() CNS () CPF

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

36- () AC. TRÂNSITO

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

38- () AC. TRABALHO TRAJETO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

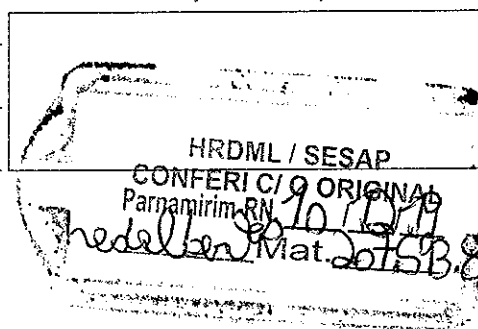
48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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





PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA ORTOPEDIA		REGULAÇÃO WALFREDO GURGEL		OBS
ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO 168192		
DATA 15/11/2019	HORA 12:20	CATEGORIA		GIH
PACIENTE JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMARAL				DATA DE NASCIMENTO 21/05/1972
ESTADO CIVIL CASADA		PROFISSÃO DOMESTICA		
ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA PEDRO VASCONCELOS, 243				
MUNICIPIO EXTREMOZ	BAIRRO CENTRO	UF RN	CEP 59575-000	
LOCAL DE TRABALHO			TELEFONE	
FILIAÇÃO MARIA AVELINA DA CONCEICAO JOSE RAFAEL DA SILVA				
RESPONSÁVEL PRISCILA RAFAELA SILVA R, DE AMARAL (FILHA)				TELEFONE 99992-1994
ENDEREÇO O MESMO				
DIAGNOSTICO PROVISORIO				
DIAGNOSTICO DEFINITIVO				

DATA DE ADMISSAO

ALTA

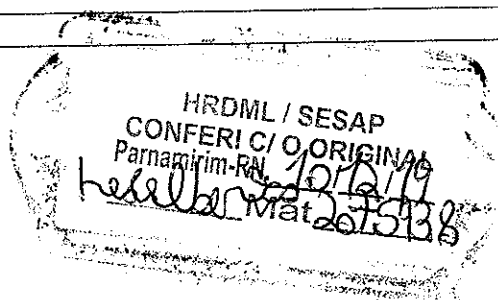
21-11-2019

OBITO

HISTORIA CLINICA

Fratura de
tubo de fixação de WWC

Dr. Ricardo Emmanuel M. Monteiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5382 - TEOT 12425



EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

☐ HEMATOLOGIA	☐ NEUROLOGIA	☐ NEFROLOGIA	☐ CIR. VASCULAR	☐ ENDOSCOPIA
☐ CLÍNICA MÉDICA	☐ CIRURGIA GERAL	☐ ORTOPEDIA	☐ BUCO-FACIAL	☐ UROLOGIA
☐ NEUROCIRURGIA	☐ OTORRINO	☐ OFTALMOLOGIA	☐ C. PLÁSTICA	☐

CONDUTA

Inteior para cirurgia

Dr. Ural de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 4315

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

☐ FICOU NO LOCAL	☒ INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>Depto de</i>	☐ REMOVIDO EM ____/____/____
HORA ____ HS		HORA ____
RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA ☐	PARA ____
DATA ____/____/____	HORA ____	A REVELIA ☐
ÓBITO ____/____/____	HORA ____	
ENTREGUE	A FAMÍLIA ☐	S.V.O. ☐
		I.T.E.P. ☐

MÉDICO (Carimbo)

Núcleo Interno de Regulação
NIR / HDML
AUTORIZADO

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital					Enfermaria	Leito	Nº prontuário	
Nome <u>Josefa Rosal do S. R. do Amaral</u>					Idade <u>47a</u>	Sexo <u>F</u>	Cor	
Data <u>19.11.19</u>	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros		
Tipo sanguíneo	Hemáticas	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia			
	Urina							
Ap. respiratório - <u>NDN</u>					Asma	Bronquite		
Ap. circulatório - <u>HAS (Losartana, Amlodipino, HCTZ)</u>					Eletrcardiograma			
Ap. digestivo - <u>NDN</u>			Dentes <u>Presentes</u>	Pescoço	Ap. urinário			
Estado mental <u>Glasgow 15</u>			Ataracicos	Corticoides	Alergia <u>Nega</u>	Hipotensores		
Diagnóstico pré-operatório <u>Fratura de olécrano</u>					Estado físico <u>Bom</u>	Risco <u>ASA II</u>		
Anestésias anteriores								
Medicação pré-anestésica					Aplicada às	Efeito		

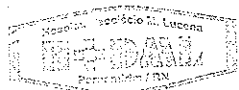
Agentes Anestésicos	ECG	R S R S P S R S R S R S
	SO ₂	100 100 100 100 100
Líquidos		
Oper.	260	
	250	
Anest.	240	
	230	
O Resp.	220	
	210	
P Pulso	200	
	190	
X	180	
	170	
X	160	
	150	
X	140	
	130	
X	120	
	110	
X	100	
	90	
X	80	
	70	
X	60	
	50	
X	40	
	30	
X	20	
	10	

SIMBOLOS	Fentanyl - 250 mcg Succinilcolina - 60 + 70 mg Propofol - 150 mg + 100 mg Rocuronio - 30 mg	Ropi 1% - 0.1 FA (10 ml) Lido 2% - 0.1 FA (10 ml) Cefalotina - 0.2 g TOT nº 07 - 0.1 UN.	Diprisona - 0.2 g Flexamida - 10 mg Tenoxicam - 40 mg Ondanset. - 8 mg	Li - 1000 ml Rop. - 0.4 mg Nesli. - 0.4 mg
ANOTAÇÕES				
POSIÇÃO	Decúbito Ventral			

Agentes	Ver acima
Técnica	Bloqueio interescalemico E + Anestesia geral
Operação	TTO. cirúrgico da paterna de cotovelo
Cirurgiões	Dra. Eulália
Anestésistas	Dra. Larissa Tomasi
Observações	Via aérea difícil (TOT seq. rápida + Bougie)
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias	

Larissa Tomasi
Anestesiologista
CRM RN 6270
007701994-61

Perda sanguínea



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: João Rafael da Silva Rodrigues Idade: 47 D/N: 21/05/72
Pront.: 308192 Município: Extremoz Procedência: (X) Interno () Externo
Data da cirurgia: 19/11/19 Hora Admissão: Bloco: 15 Sala: 20 Hora Saída: 15:30 Peso: ± 62 kg
Alergias: () Não () Sim Comorbidades: (X) HAS () DM () Outras
Uso de medicações: () Não (X) Sim Insulina + Lisant Jejum: () Não (X) Sim
SSW Admissão: PA: 120/80 mmHg Pulso: 70 bpm FL: 70 rpm FC: 70 bpm SpO₂: 98 % T: 36 °C

Enfermeiro(a): Leilane Instrumentador(a): Luisiana Circulante: Pablo R. Teo de Oliveira
COPEN 641.500-TE

Cirurgia: TRAT. C12. FRATURA DE COTOVELO ESQ. Especialidade: Ortopedia Sala: 03
Hora Início: 14:30 Hora Término: 15:30 Tipo de cirurgia: (X) Eletiva () Urgência (X) Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: DRA. SUELI ALIA Aux.: --- Residente: ---

Anestesia: () Local () Sedação (X) Geral TOT: 30 Bloqueio () Raquidiana Ag.nº --- () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag.nº --- Cateter nº: --- Início: 14:10 Garrote: (X) Smarch () Pneumático Início: 14:20 Término: 15:30
Anestesiologista: Dr. Lourenço

NEUROMUSCULAR		PELE/HIGIENE		CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO		DISPOSITIVOS		MONITORIZAÇÃO	
☒	Consciente	☐	Normocorada	☒	Normotenso	☒	Jelco MSD	☒	ECG
☐	Letárgico	☒	Hipocorada	☐	Hipotensão	☐	Acesso V. Central	☒	Oximetria
☐	Coma	☐	Cianótica	☐	Hipertensão	☐	Cat. Diálise	☒	Capnógrafo
☒	Orientado	☐	Ictérica	☒	Normocárdico	☐	Fístula	☒	PA
☐	Desorientado	☒	Desidratada	☐	Bradicardia	☐	Arteriovenosa	☐	Estimul. Nervo
☐	Sedado	☐	Integra	☐	Taquicardia	☐	SNG	☐	Diprifusor
☐	Ansioso	☐	C/lesões	☐	Choque	☐	SVD	☐	BIC
☒	Deambula	☐	Sudorese	☒	Normoesfígmico	☐	Colostomia	☐	Desfibrilador
☐	V dificuldade	☐	Cicatriz cirúrgica	☒	Eupnéia	☐	Cistostomia	☐	
☐	Acarnado	☐	Higiene Satisfatória	☒	Dispneia	☐	Dreno:	☐	
☐	Parapiélico	☒	Higiene deficiente	☐	Dispositivo O ₂	☐	Aparelho gessado	☐	
☐	Tetrapiélico	☒	Manchas	☐		☐	Tração	☐	
☐	Amputações	☒	S/Tricotomia	☐		☒	Talas	☐	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>86</u>	<u>68</u>		Bpm
Pulso	<u>86</u>	<u>66</u>		Bpm
Oximetria	<u>99</u>	<u>98</u>		%
Capnografia	<u>---</u>	<u>30</u>		%
PA	<u>134/80</u>	<u>123/78</u>		mmHg

POSIÇÃO		COXIM		MMSS	
☐	Dorsal	☒	Cabeça	☐	Anatômicos
☒	Ventral	☐	Pescoço	☒	Abduzidos
☐	Lateral	☒	Tórax	☐	Fletidos
☐	Litotômica	☐	Lombar	☒	MMII
☐	Trendiemburg	☐		☐	Anatômicos
☐	Canivete	☐		☐	Abduzidos
☐	Proclive	☐		☐	Fletidos

ACESSO VENOSO	
Punção Arterial	HRDML / SESAP
Punção Venosa Periférica	CONF. C/O ORIGINÁRIO
Punção Venosa Central	Parnamirim-RN.
Dissecção venosa	Rede de Saúde Mat. 2075338

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
() Sim (X) Não () Metal () Descartável	
Local:	
TRICOTOMIA	
(X) Sim () Não	() Sim (X) Não
Local: <u>MSE</u>	Solução: <u>CLOROX</u> Local:

IMPLANTE CIRÚRGICO	
Drenos:	
Tela:	
Cateter:	
Ostomia:	
Fio de KC: <u>OZ (1.5mm)</u>	Parafuso - tipo:
Placa - Tipo:	
Outros: <u>FIO DE CERGEM</u>	

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: BÁSICA Quant. Material: OK
Val.: 21/11/19 Contagem de gaze e compressa: () Não () Sim

SONDAGEM GÁSTRICA	
SNG nº	
Retorno:	
CATETERISMO VESICAL	
SVF nº	SVA nº
Diurese:	
Profissional responsável:	

EXAMES SOLICITADOS	
() Hemograma	(X) Gasometria
() Coagulograma	() Outros
() Tipagem Sanguínea	() Glicosimetria:
() Radioscopia (Raio X)	



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA		REGULAÇÃO	OBS
ORTOPEDIA		WALFREDO GURGEL	
ENFERMARIA Nº	LEITO		PRONTUÁRIO
			168192
DATA	HORA	CATEGORIA	GIH
15/11/2019	12:20		
PACIENTE			DATA DE NASCIMENTO
JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMARAL			21/05/1972
ESTADO CIVIL		PROFISSAO	
CASADA		DOMESTICA	
ENDEREÇO (RUA, Nº)			
RUA PEDRO VASCONCELOS, 243			
MUNICIPIO	BAIRRO	UF	CEP
EXTREMOZ	CENTRO	RN	59575-000
LOCAL DE TRABALHO			TELEFONE
FILIAÇÃO		JOSE RAFAEL DA SILVA	
MARIA AVELINA DA CONCEICAO			
RESPONSÁVEL			TELEFONE
PRISCILA RAFAELA SILVA R, DE AMARAL (FILHA)			99992-1994
ENDEREÇO			
O MESMO			
DIAGNOSTICO PROVISORIO			
DIAGNOSTICO DEFINITIVO			

DATA DE ADMISSAO

ALTA

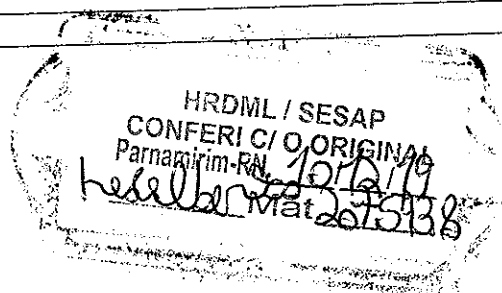
21-11-2019

OBITO

HISTORIA CLINICA

Problemas
funcionais do LWC

Dr. Ricardo Emmanuel M. Monteiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5387 - TEOT 12425





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

() Hemoconcentrado _____ Unid. () Plasma _____ Unid. () Plaquetas _____ Unid.
() Albumina _____ Unid. () Expansor plasmático _____ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

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

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Fisiológico: _____ ml () Soro Ringer Simples: L1 ml
() Soro Glicosado: _____ ml () Soro Ringer Lactato: _____ ml
Quantidade total de volume administrado: _____

ANATOMO PATOLÓGICO

(X) Não () Sim Peça: _____
Swab para cultura: _____ Peça para sepultamento: (X) Não () Sim
Líquido: _____

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: () limpo () c/ exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Talas () Outros:

INTERCORRÊNCIAS:

Ass: _____ Coren: _____

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

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

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

Hora: 15:30 Data: 19/11/09 Nível de consciência: (X) Acordado () Sonolento () Narcose (X) Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () cânula de Guedel () Cateter O₂ (X) O₂ Ambiente
Mobilização MMII: (X) Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: (X) Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não (X) Sim Tipo: AVP Local: MSD Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim () Não Especifique: _____
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno insuficiente () Coágulos
Curativo: (X) Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo Monitorização: (X) ECG (X) Oxímetro () PA

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

SINAIS VITAIS

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão		<u>68</u>			<u>94</u>	
30'		<u>70</u>			<u>96</u>	
60'						
Alta		<u>73</u>			<u>96</u>	

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: _____ ml
Soro Fisiológico: _____ ml
Ringer: _____ ml
Irrigação vesical contínua: _____ ml

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação
Recebido da SO				
Desprezado URPA				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

Paciente encaminhada a clí
art. acompanhada pelo médico, após procedi-
mento cirúrgico.

Ass: [Assinatura] Coren: 225923



COTOVELO

71,3 %

Nome: JOSEFA RAFAEL



HDML

COTOVELO

71,3 %

RG:

Formulário:

Nasc:

TR(a):

DATA: 17/11/2019 09:06:29



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Sec. ria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

CPF

85056804487

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL	2 - CNES 718-RPD
ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE JOSEFO ROFAEL DA SILVA RODRIGUES AMORAL	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE R S R do Amoral	6 - Nº DO PROTOCOLO			
CARTÃO NACIONAL / SUS 701004815427763	8 - DATA DE NASCIMENTO 21-05-1972	9 - SEXO 4712	MASCULINO 1	FEMININO 2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIO AUGUSTO DO CONCEICAO	11 - TELEFONE DE CONTATO 96656918			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA RASOANCELOS 843	13 - MUNICÍPIO EXTREMOS	14 - BAIRRO EXTREMOS	15 - UF RN	16 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Fnt. churano @
--

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Fnt. churano
--

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fnt. churano @	21 - CID INICIAL S520	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
--	--------------------------	---------------------	------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO abriminibis @	25 - LEITO / CLÍNICA 0408 020415	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO Dr. Maxsuelton Alves CRM/RN 7569 TEOT 15233 Ortopedia e Traumatologia Cir. Ombro e Cotovelo	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 28 - DT SOLICITAÇÃO 13.110.14	29 - DT SOLICITAÇÃO	30 - CNS / CPF	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
--	-------------------------------------	--	---	---------------------	----------------	--

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	49 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	HRDML / SESAP CONFERI C/O ORIGINÁRIO Paraná/RN 1015/10 Healber 2075938
48 - CNS / CPF	52	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

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

010.019.106.1

Vigim

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE PERÍCIA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

Josefa Rafael da S. R. do Amaral

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 001.325.529 DATA DE EXPEDIÇÃO 30/01/2017

NOME JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMARAL

FILIAÇÃO JOSE RAFAEL DA SILVA
MARIA AVELINA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE SÃO JOSE DO CARPISTRE RN DATA DE NASCIMENTO 21/05/1972

DOC. ORIGINÁRIO CERT. DE CASAMENTO L-1-22 P-101 RG-4217
JORDO CAMARA RN-2 CARTÓRIO

CPF 850.568.044-87

3a. VIA

Josefa Rafael da S. R. do Amaral

LEI Nº 7.112/83

VITIMAS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME RICARDO ALEXANDRE RODRIGUES DO AMARAL	
DOC. IDENTIFIC. / ORG. EMISSOR UF 13251 PM RN	
CPF 024.081.884-90	
DATA NASCIMENTO 08/10/1975	
FILIAÇÃO JOAO DE SOUZA DO AMARAL JOZILENE RODRIGUES DO AMARAL	
PERMISSÃO ACC CAE-HAB AB	
Nº REGISTRO 04208634501	
VALIDADE 17/04/2021	
1ª HABILITAÇÃO 20/09/1996	

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1234284673

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Portador: Ricardo Alexandre R. do Amaral

LOCAL
NATAL, RN

DATA EMISSÃO
18/04/2016

31654280409
RN702397005

PROIBIDO PLASTIFICAR
1234284673

SEGUNDO OBRIGATORIO DE DANOS/ACCIDENTES CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VANTAGEM ESTRE OU POR SOBRECARGA APRESSADA TRANSFERIDAS OU NÃO - SEGUNDO PRIVA

[illegible]

RICARDO ALEXANDRE RODRIGUES DO NASCIMENTO

0613264751 1 540837.5616015236

YANZHA YIBH158 YINCHONG ED
AN2019
2020

CN-016
OCV7149 CILINDRAEAS
PARTICULAR
PRETA

UNIONICA
ZAGREB
KROVARSKE

PAID
VE 003856 3X

[illegible]

ALLEN, T.H. IN FAVOR DEBTS 94471549270001-3

MOTOR: G362E-089427

EX-100-2784-19/08/2019

Abbildung des Verhaltens der Bevölkerung in der Zeit

RN No 014374545936
RUBINOVICH MIKHAIL YANVIT

ESTE É O SEU PRIMEIRO E ÚNICO LIVRO PARA MAIS INFORMAÇÕES, LIGUE NO MENOS AS CONDIÇÕES GERAIS DE CONTRATO

[illegible]

1201501 1 9408070000

06-488358-90

01-267541850 1 YAMAHAR/YBR150C/ENJOY150

9768837100100916230

MEMORANDUM

CUSTO DO BILHETE: (R\$)

Journal of Management Education 36(7) 809-821

SECRETARY OF THE ARMY

CANADA 09-748-6662/6661-04

FEV-2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200017762 **Cidade:** Extremoz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEFA RAFAEL DA SILVA **Data do acidente:** 12/10/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
RODRIGUES DO AMARAL

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO OLECRANO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICA + DESBRIDAMENTO + SUTURA) E ALTA MÉDICA. PÁG 6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO COTOVELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMARAL, brasileiro(a),
estado civil: CASADA, Profissão: DIARISTA, Data do Acidente 12/10/19
Cobertura INVALIDEZ portador(a) do RG 1.325.529, órgão expedidor
ITB/RN do CPF: 850.568.04-87 residente no(a)
RUA PEDRO VASCONCELOS nº 483
bairro: BOSQUE DAS FLORES, município: EXTREMOZ / RN.

OUTORGADO:

Nome: PICARDO ALEXANDRE RODRIGUES DO AMARAL brasileiro(a)
estado civil: CASADO Profissão: MILITAR ESTADUAL portador(a) do RG
13251, órgão expedidor PM/RN do CPF: 024.086.884-90 residente
no(a) RUA PEDRO VASCONCELOS nº 483
bairro: BOSQUE DAS FLORES, município: EXTREMOZ / RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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



EXTREMOZ / RN 23/12/2019
Local e Data

Josefa Rafael da S. & do Amaral
Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

Cartório Único de Extremoz
Av. Joaquim de Góes, 07 - Centro - Tabelação Notarial Municipal de Souza
Cep 59575-000 - Extremoz-RN - Fone: (51) 3279-5222

Reconheço AUTÊNTICA a firma de JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMARAL - Dou fe
Confira a autenticidade em: <https://selo.digital.rrn.jus.br>
Selo Digital: RN20190094102002001SEC
Extremoz, 23 de Dezembro de 2019 08:32:33
Em testemunho da verdade
JULIO JOSE SILVA NASCIMENTO
Cod: 15771DNA005001122 Usuário: adrieli

AA392501

VALIDO SEM EMENDA OU RASURA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0015461/20

Vítima: JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES D

CPF: 850.568.044-87

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 12/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSEFA RAFAEL DA SILVA
RODRIGUES DO AMARAL

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

RICARDO ALEXANDRE RODRIGUES DO AMARAL : 024.081.884-90

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

JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMARAL : 850.568.044-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/01/2020
Nome: RICARDO ALEXANDRE RODRIGUES DO AMARAL
CPF: 024.081.884-90

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/01/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

RICARDO ALEXANDRE RODRIGUES DO AMARAL

GERCIA LOURENCO DA SILVA