



Número: **0842332-51.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **03/09/2020**

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

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO (AUTOR)		ERIC TORQUATO NOGUEIRA (ADVOGADO) CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO (ADVOGADO) BRUNO HENRIQUE CORTEZ DE PAULA (ADVOGADO)	
MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63906 158	16/12/2020 15:41	2773973_CONTESTACAO_Anexo_04	Outros documentos



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

Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200308233

Vítima: THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO

Data do Acidente: 05/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERIC TORQUATO NOGUEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO

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, contados 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

Carta nº 16075064





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

Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200359036

Vítima: THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO

Data do Acidente: 05/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERIC TORQUATO NOGUEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 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

Recebedor: **THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000002044**

Conta: **0000098268-4**

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: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 703.383.044-01 4 - Nome completo da vítima: THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO

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

5 - Nome completo: THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO 6 - CPF: 703.383.044-01
7 - Profissão: Garçom 8 - Endereço: Travessa Mirim 9 - Número: 40 10 - Complemento:
11 - Bairro: Felpe Camarão 12 - Cidade: Natal 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59074-135
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 84 98710-6879

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU ENCAPAZ 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 CONTA: 98268 4
(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 (vínsculo)? ☐ 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

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, 13 de agosto de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

2019





18/08/2020 17:24



Fls: 1
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00046120/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/08/2020 12:52:02 Data/Hora Fim: 13/08/2020 12:52:02
Delegado de Polícia: Alzira Veiga de Medeiros

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos

Data/Hora do Fato: 05/07/2020 19:07 (Hora Aproximada)

Local do Fato

Município: Natal (RN)
Bairro: Lagoa Nova
Logradouro: Av. Cap. Mor Gouveia
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 DA LEI 9.503/1997 - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Social: ANDRE
Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (ENVOLVIDO, SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino

Nome Civil: THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 15/06/1997 Idade: 23
Profissão: Garçon
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Telma Dias Souto Nome do Pai: Silas de Oliveira Souto

Documentos(s)

RG: 003446161
CPF: 703.383.044-01

Endereço

Telefone: (84) 98710-6879 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Descrição Ford Ka, de cor vermelha (não identificado)	Veículo Adulterado? Não
Situação Meio Empregado, Envolvido	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 098.922.114-80	Placa MY19457
Renavam 00807779453	Número do Motor MC35E-3132302
Número do Chassi 9C2MC35003R132302	Ano/Modelo Fabricação 2003/2003



Impresso por: Raymond Rausly da Costa Cabral
Data de Impressão: 13/08/2020 13:05:57

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00046120/2020

Cor PRETA	UF Veículo RN
Marca/Modelo HONDA/CBX 250 TWISTER	Veículo Adulterado? Não
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 23/03/2020
Situação do Veículo NADA CONSTA	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Thalys Sidney Dias Souto	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Para fins do seguro DPVAT, o comunicante compareceu nesta unidade especializada; para informar que na data, horário e local supra, estava conduzindo a motocicleta relacionada, ocasião na qual se envolveu em uma colisão CARRO X MOTO. Lesionado após o acidente, foi socorrido pelo SAMU para o Pronto Socorro Clovis Sarinho, conforme documentação anexa. Informa ainda, que a condutor do automóvel envolvido, prestou assistência ao comunicante no momento do acidente. Nada mais informou.

ASSINATURAS

Raymond Rausly da Costa Cabral
Agente de Polícia
Matrícula 157374-8
Responsável pelo Afordimento

Thalys Sidney Dias Souto
Vítima, Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) titular responsável pelas informações acima apresentadas, o cliente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 309-Denúncia Criminosa e 310-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Impresso por: Raymond Rausly da Costa Cabral
Data de Impressão: 13/08/2020 13:05:57

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 703.383.044-01 4 - Nome completo da vítima: THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO

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

5 - Nome completo: THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO 6 - CPF: 703.383.044-01
7 - Profissão: Garçon 8 - Endereço: Travessa Mirim 9 - Número: 40 10 - Complemento:
11 - Bairro: Felipe Camarão 12 - Cidade: Natal 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59074-135
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 84 98710-6879

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 POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2044 CONTA: 98268 4 AGÊNCIA: CONTA: (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 (a 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

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, 13 de agosto de 2020

* Thallys Sidney Dias Souto

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

2/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 703.383.044-01 4 - Nome completo da vítima: THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO

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

5 - Nome completo: THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO 6 - CPF: 703.383.044-01
7 - Profissão: Garçon 8 - Endereço: Travessa Mirim 9 - Número: 40 10 - Complemento:
11 - Bairro: Felipe Camarão 12 - Cidade: Natal 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59074-135
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 84 98710-6879

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2044 CONTA: 98268 AGÊNCIA: CONTA: (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 (a 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

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, 13 de agosto de 2020

* Thallys Sidney Dias Souto



41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

2/2019

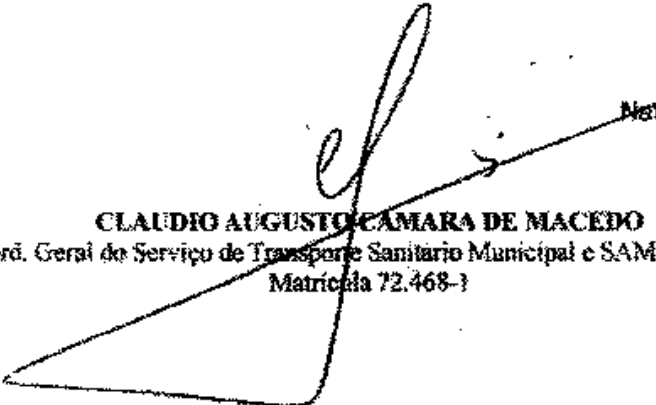


 NATAL	PREFEITURA DO NATAL SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA SAMU 192 NATAL	 SAMU 192
---	--	--

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que Thailys Sidney Dias Souto, foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 05/07/2020, aproximadamente às 10h07min, na Avenida Capitão-Mor Gouveia, Lagoa Nova, nesta Cidade. Sob nº de ocorrência 348265/1, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 30 de julho de 2020.


CLAUDIO AUGUSTO CAMARA DE MACEDO
Coord. Geral do Serviço de Transporte Sanitário Municipal e SAMU 192 Natal
Matrícula 72.468-1

Rua Potiguar, 500 - Dix Sept Rosado - Natal/RN - CEP: 59054-280
Tel.: (84) 3232-9222 (84) 3232-9211 - e-mail: admSamuNatal@yahoo.com.br



FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 348265/1

Data: 05/07/2020

CHAMADO

TARM: VICTORIE LALANDE GOMES DE ASSUNÇÃO

Médico Regulação: THAISA GEOVANINE DE CARVALHO FIGUEIRA

Rádio Operador: BRUNO AUGUSTO ARAÚJO ALVES

Médico Cena: THAISA GEOVANINE DE CARVALHO FIGUEIRA

Equipe Enfermagem Cena: COMUNICADOR

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 23 (BASE DESCENTRALIZADA LEIDE MORAIS)

Equipe VTR: JONELCLEJON DE MACEDO SÁ ALVES - CONDUZTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
MYCARLA MENDES GOMES - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

REGULAÇÃO MÉDICA

TROTÉ

INFORMAÇÃO

ENGANO

TRANSE/INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: HENRIQUE

Telefone: (84) 99957-9540

Nome do Paciente:

THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO

Data de Nascimento:

Idade:

23

ANO(S)

Sexo:

MASCULINO

Coordenadas Informadas

Latitude: -5.8232923 Longitude: -35.2251497

Endereço: AVENIDA CAPITÃO-MOR GOUVEIA

Nº: VP

Bairro: LAGOA NOVA

Outro Bairro:

Referência/Complemento: PX CRUZ. SÃO JOSE /// PX AO ARENA DAS DUNAS

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Queixa Primária: ACIDENTE CARRO X MOTO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

05/07/2020 10:08:25 - Dr(a). THAISA GEOVANINE DE CARVALHO FIGUEIRA

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: COLISÃO CARRO X MOTO 01 VÍTIMA CONSCIENTE, COM PROVÁVEL FRATURA EM PERNA

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: 0000000

POSSUI CONSENTIMENTO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Assinatura:



OBSERVAÇÕES

Data: 05/07/2020 10:08:21 Usuário: (TARM) VICTORIE LALANDE GOMES DE ASSUNÇÃO

Observação: PX AO CRUZAMENTO DA RUA SÃO JOSE

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:
05/07/2020
10:07:18
Saída Local:
05/07/2020
11:05:15Regulação Médica:
05/07/2020
10:08:25
Chegada Destino:
05/07/2020
11:05:20Solicitação VTR:
05/07/2020
10:12:15
Liberação Destino:
05/07/2020
11:33:17Saída VTR:
05/07/2020
10:12:18
Liberação VTR:
05/07/2020
11:33:19Chegada Local:
05/07/2020
10:30:04

Observação do Apoio:

CONVÊNIO MÉDICO PARTICULAR

Paciente possui convênio médico particular?*

Sim - Não - Não informado

CONDUTA

Condição VTR

Remoção

Condição Médica Regulador:

05/07/2020 10:57:54 - THAISA GEOVANINE DE CARVALHO FIGUEIRA
AVP COM RL
IMOB CONF PROTOCOLO E MID AFETADO

Condição Equipe de Enfermagem:

05/07/2020 11:00:07 - COMUNICADOR
TARM CAROLINE: DRº CALIANDRE DO POLITRAUMA DO HOSPITAL WALFREDO GURGEL, CONFIRMA A CHEGADA DO PACIENTE.

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Vaga Negada - Motivo:

- SELECIONE -

H. ligação ao serv. prop.:

11:00

Recebido por:

Número da consulta:

Número da ficha de Remoção:

Vaga Negada

Vaga Zero

Motivo da entrada:

Ass:

PERTENCES

Nome receptor:

Centro receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:



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: 16/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02044

CONTA: 000000098268-4

Nr. da Autenticação C7592F2E32A041ED



COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOS, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 58025-260
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



COSERN

www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
Ligações Gratuitas;
-TELEATENDIMENTO COSERN: 116
-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
-Ouvidoria 0800 084 0404
Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte
ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

RIC TORQUATO NOGUEIRA

CEP: 061.387.934-12

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DOM JOSE TOMAZ 773 SL-1504

DIFÍCIL SFAX
IROL/AREA URBANA
9022-250 NATAL RN

condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos,
serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossos
sites de atendimento ou no site: www.cosern.com.br

DATA DE VENCIMENTO
26/08/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)
131,39

DATA DA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
13/08/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO
17/08/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL
046694173

Série: U

CONTA CONTRATO
7015510778

Nº DO CLIENTE
3011433242

Nº DA INSTALAÇÃO
2055828

CLASSIFICAÇÃO
B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

287E.BB46.7105.2451.5EA0.7580.DCE8.A112

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇOS	VALORES
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	171,0000000	0,30842532	R\$ 52,77
Consumo Ativo(kWh)-TE	171,0000000	0,32125015	54,95
Contrib. Eut. PDEEa Municipal			13,29

Tarifas Aplicadas
Consumo Ativo(kWh)-TUSD 0,27733000
Consumo Ativo(kWh)-TE 0,24117000

HISTÓRICO DO CONSUMO

	KWh
AGO 20	171
JUL 20	98
JUN 20	38
MAI 20	30
ABR 20	109
MAR 20	219
FEV 20	245
JAN 20	203
DEZ 19	248
NOV 19	244
OUT 19	70
SET 19	
AGO 19	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R\$ 39,29	33,75%
Transmissão	R\$ 5,46	4,62%
Distribuição (Cosern)	R\$ 28,57	25,04%
Perdas de Energia	R\$ 7,46	6,32%
Encargos Setoriais	R\$ 6,30	5,33%
Tributos	R\$ 29,42	24,91%
Total	R\$ 118,19	100%

TOTAL DA FATURA

131,39

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

DESCRIÇÃO	ICMS	PIS	COFINS
VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO
118,10	18,00	21,25	118,10
		1,24	4,48
			118,10
			6,69
			6,71

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

PERÍODO DO FATOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LETURA	ATUAL DATA	ATUAL LETURA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
10/07/2020	GAT	14/07/2020	23.587,00	13/08/2020	23.758,00	30	1,00000		171,00

DATA PREVISTA DA PRÓXIMA LETURA: 14/09/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONSUMO	Nº DE INTERRUPÇÕES	TEMPO TOTAL	TEMPO MÁXIMO	TEMPO MÍNIMO
100% de Interrupção de Energia					
FCR de Interrupção de Energia					
DUR-Duração máxima de Interrupção contínua					
DUR-Duração de Interrupção de Energia					
ELSD-Valor de interrupção de um dia no sistema de distribuição - R\$ 47,42					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

apresentação desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feita somente em espécie.
Data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é responsável quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
O cliente é responsável quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
O cliente é responsável quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	202 - 231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

STAGUE AQUÍ

CONTRATO 7015510778	MÊS/ANO 08/2020	TOTAL A PAGAR(R\$) 131,39	VENCIMENTO 26/08/2020
-------------------------------	---------------------------	-------------------------------------	---------------------------------

836000000017 313906384678 015516778206 052945177337



TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado
em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/12/2020 15:41:13
https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121615411298800000061242218
Número do documento: 20121615411298800000061242218

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu ERIC TORQUATO NOGUEIRA inscrito (a) no CPF/CNPJ 061.387.934-12, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO, inscrito(a) no CPF sob o Nº 703.383.044-01, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 703.383.044-01, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

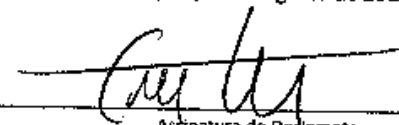
☒ Recuso informar

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: Rua Dom José Tomaz		Número: 773	Complemento: Ed. Sfax – apto 1504
Bairro: Tirol	Cidade: Natal	Estado: RN	CEP: 59022-250
Email: tpv@tpvadvocacia.com.br		Telefone comercial: (84) 3301-5336	Telefone celular (DDD): (84) 98711-5930

Natal/RN, 17 de agosto de 2020


Assinatura do Declarante

DLORL.001 V001/2017





SESAP/RN - HOSPITAL MONSEÑOR WALFREDO SURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 28586 /2020

Admissão: 05/07/2020 11:35:06

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

Paciente: 172478 - THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO (23 a 1 m 18 d)

Nascimento: 15/08/1997

Natural: ARES-BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 790002495328606

CPF: 70338304401

Prof: GARCON

Mãe: TELMA DIAS SOUTO

Pai:

Logradouro: MIRIM, 40

CEP: 59074135

Bairro: FELIPE CAMARÃO

Cidade: NATAL

Telefone: 84 987546209

Compl:

Motivo: ACIDENTE DE TRANSITO - MOTO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: NUBUI, SAMU NATAL

Empresa:

Fluxograma:

Descrição:

OBS: ... NATAL

Classificação: 05/07/2020 11:24:24

HC	PA	SGT	SaO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

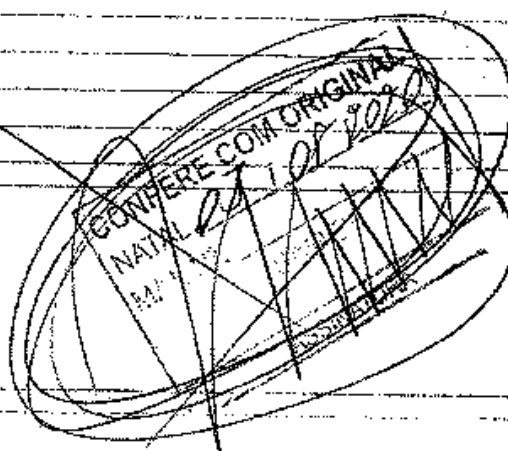
Queixas: COLISÃO MOTO/CARRO - REFERE LOMBALGIA+FRATURA EXPÔSTA EM MID

Hora:

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A	
B	
C	
D	
E	

OUTRAS OBSERVAÇÕES:



Assinado por: 20121615411298800000061242218

Assinado por: 20121615411298800000061242218

Gerado em: 16/12/2020 15:41:13 Impresso em: 03 de Agosto de 2020



EXAME 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:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

México (Carimbo)

Deslascar nesta folha e colar no prontuário após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

HORA:

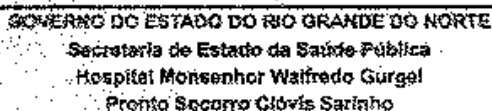
Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐





**RELATÓRIO DE
HISTÓRIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICO**

Name: _____

Léitor:

પરિચય:

N° Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data:

How:

06/03/20

NC

700

Queda da meta de 24 L EOLIS 107%

of about 1000

TC 623293

L 1350201 P/ NC

Dr. Vladimir de Oliveira Neto
Neurocirurgião
CRM 15.556

09/07/22 On-Duty

TRF COM INTERIO IS DIVIDE SE LOTE
COM FLO. DE SOLICITAÇÃO DO CARIÓ
(DE PERCUTIA), TRF. HÁ CONTINUAÇÃO LUTAS
COM LOTE.

506110 KUALA LUMPUR AT CAROLINA, DRG,
KUALA LUMPUR

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergência clínica, cirúrgica, traumas 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 partir dos melhores dados e fundamentos.



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS)

M (MEDICAÇÃO EM USO)

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L (LÍQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E TRACOMA)

Rx de Tórax

Rx de Coluna C6-C7

Rx de Coluna Lombar

Rx de Perna D e S

CONDIÇÃO PRIMÁRIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Tórax: 120 cm

Pulmões: 120 cm

Fígado: 120 cm

Baço: 120 cm

Riões: 120 cm

Ex de Tórax: Sem alterações

Ex de Coluna: Sem alterações

Ex de Perna: Sem alterações

Ex de Perna: Sem alterações

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

ESPECIALISTA 2

ESPECIALISTA 3

HORA: 11:40

DATA: 05/07/20

HORA: 11:40

DATA: 05/07/20

HORA: 11:40

DATA: 05/07/20

DESTINO DO PACIENTE

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

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

ORBITA: DATA

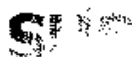
HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA ()

COM ATESTADO ()

S.V.O ()

ITEM



Formulário para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSEÑOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: 272478 THALYS STONY DIAS SOUTO

Prontuário: 1198404

CNS: 70002495218605

Nascimento: 15/06/1997

Sexo: Masculino

Cor: PARDAS

Mãe: TELMA DIAS SOUTO

Outro:

Endereço: TRAVESSA MIRIM, 40 - FELIPE CAMARÃO - NATAL

Fone: 987546209 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE:

240810 UF: RN

CEP: 59074-135

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 23421 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

Relato dos SINTOMAS CLÍNICOS:

VITIMA ACIDENTE DE MOTO CARRO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

O QUADRO CLÍNICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RAIO X DA PERNA

Diagnóstico e Procedimento Solicitado:

S82.2 P.O. FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA*408050500.TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

TÍBIA DIÁFISE, 1X2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

Faz Antibioticoterapia

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☒ Lesão por pressão ☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assilente:

MARCONI MEDEIROS BRANDAO

CRM: 3642 / RN

Data da Solicitação 05/07/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente no Trabalho CTPV da Seguradora: _____ Nº do Jôbleto: _____ Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico CTPV da Empresa: _____ CNPJ da Empresa: _____ CBOA: _____

() Acidente de Trabalho Trajetário CTPV da Empresa: _____ CNPJ da Empresa: _____ CBOA: _____

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Cessão Empréstio: _____

Número da Autorização:

Data da Autorização: _____ Assinatura, Carimbo: _____



Paciente: 63906158 / 2020

Paciente: THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO

Módulo: SUS

Categoria: GRATUITO

Local: 1 ANDAR

Quarto / Leito: 5 / 416

Tipo de Cirurgia: 4

Prontuário: 1198404

Data Agendamento: 05/07/2020 15:15

Cirurgia: TIO CIR FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Data Realização: 05/07/2020 14:20

Potencial de Contaminação: Contaminada

Cirurgião: GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS

Anestesiador: MEDICO PLANTONISTA

Tipo Anestesia: RAQUE

Instrumentador: ANA OLEIDE - Hospital

Equipe:

Data do Relatório: 06/07/2020 15:45

Profissional:

Relato:

1- PACIENTE EM DDH, SOB RAQUIANESTESIA

2- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

3- CAMPEAMENTO ESTERIL

4- REALIZADA IRRIGAÇÃO COPENSA DE FERIMENTO COM 1-2 LITROS DE SF 0,9%

5- REALIZADO DESBRIDAMENTO MECANICO DE TECIDOS DESVITALIZADOS

6- REALIZADO REDUÇÃO DE FRATURA E POSICIONADO FIXADOR EXTERNO DE TIBIA

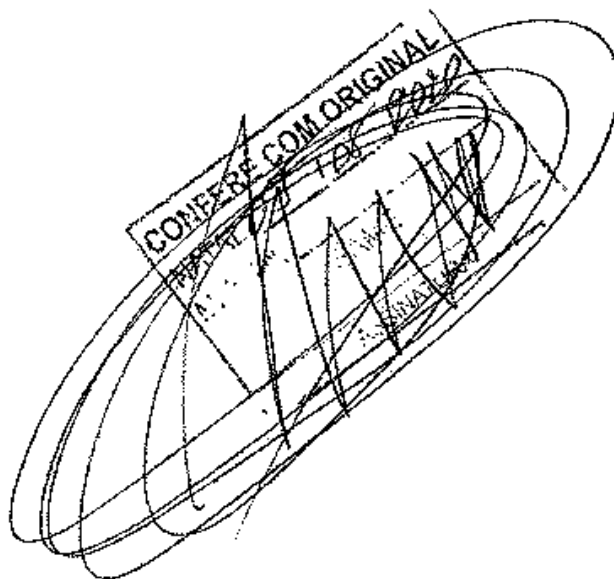
O REITA

7- SUTURA POR PLANOS

8- CURATIVO ESTERIL

9- CURATIVO

10-FIM





90101172478

Nº: 172478 - THALLYS SIDNEY DIAS-SOUTO

Idade: 4-6383/2020

Idade: 23 ano(s) 1 mes(es) e 18 dia(s)

Prescrição Nº: 4

Hospital / Unidade: WG - 4 ANDAR

Convênio: SUS-GRATUITO

Nr. Prontuário: 1198404

Peso:

Data Internação: 05/07/2020 12:54

Início Validade: 08/07/2020 15:03 até 09/07/2020 18:59

Quarto / Leito: 5 - 416

Médico Responsável: EDUARDO MARCONI MEDEIROS BRANDAO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

08/07/2020 15:05:23 - 3º DIA FRATURA DE TIBIA DIR

PACIENTE EVOLUI COM QUEIXAS DE NAUSEAS E CEFALIA, SEM OUTRAS QUEIXAS.

RX FRATURA DE DIAPHISE TIBIA DIREITA ALINHADA.

CONDUTA: MANTIDA. ALTA PROGRAMADA PARA AMANHÃ

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOTA:	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - LIVRE						
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/5ML - 2 ML S/N se necessário ou vomitos Dose: 12 ML/24h	1	AMP	IV	8h/8h		
3 - DIFENIDAM 50 MG/4 (500 MG/ML) 20 ML GOTAS	40	GTS	VO	6h/6h		18:00-06:12:18
4 - ENOXAPARONA 60 MG/30 ML	1	SER	SC	24h/24h		18:10
5 - OMEPRAZOL 20 MG	2	CAP	VO	24h/24h		106
CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
6 - (A) CURA LIVO DIARIE (na prescrição 00004 alterada)						
7 - CUIDADO ALFAS + SINAIS VITAIS						
8 -						

GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS

CRM-4781/RN





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
DIREÇÃO GERAL
COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

CONFORME RESOLUÇÃO Nº 1638/2002 DO CFM
O PRONTUÁRIO É UM DOCUMENTO E TODOS OS PROFISSIONAIS SÃO
RESPONSÁVEIS POR ELE. O PRONTUÁRIO DEVE CONTER:

Identificação do Paciente

Letra Legível

Identificação do profissional (carimbo ou número do
conselho de classe legíveis)

História Clínica

Hipótese Diagnóstica

Evolução Diária com data e hora

Diagnóstico Definitivo

No ato da internação preenchimento e assinatura de AIH

Todos os
profissionais

Médicos

RELATÓRIO DE
HISTÓRIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICO

Registro:

S

19, 2012

CONFERE COM ORIGINAL

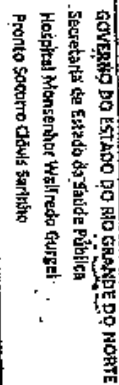
19, 2012
10h 00
10h 00
10h 00

10h 00, 10h 00,

10h 00, 10h 00,

10h 00, 10h 00,





Nome:	ANDRÉ DE CARVALHO	Data:	05/07/2023
Registro:	132244	Idade:	53 ANOS
Oss. do médico:	Exame físico normal, sem alterações significativas.		
Oss. do farmacêutico:			
CITADADOS ESPECIAIS			

Lab:
Date: 03/04/2011

[illegible]

PLAS	
------	--

[illegible]

PROCEDIMENTOS		EXAMES REALIZADOS	HORA	EXAMES REALIZADOS	HORA	CONTROLES	HORA	ANTIMICROBIANOS	DIAS
INVASIVOS	DIAS								
ANTIMICROB.		DIAGN. E		LABORATORIAL		TRACO DE SV			
VEIA PERIF.	DISSSEC. VEN.			BIÓ		TRACO DE SV			
DIAGN. TORÁCICO	ENTUB. PULM.			LABORATORIAL		TRACO DE EQUIPO			
SNG / SNE	TRACOTOMIA			DIAGNOSTICA		TRACO DE PULSO AB.			
MANEJO PASSO PROV.	ESQUINA VESICAL			ECO		TRACO DE CATE. MEN.		APTS	
		IC				TRACO DE LATEX			

REGISTROS DE ENFERMAGEM

MANHÃ	TARDE	NOITE
	<p>1. O aluno deve ler o texto com atenção e fazer um resumo do conteúdo.</p> <p>2. O aluno deve fazer um mapa mental do texto.</p> <p>3. O aluno deve fazer um diagrama de fluxo do texto.</p> <p>4. O aluno deve fazer um esquema de classificação do texto.</p> <p>5. O aluno deve fazer um esquema de hierarquia do texto.</p> <p>6. O aluno deve fazer um esquema de organização do texto.</p> <p>7. O aluno deve fazer um esquema de estrutura do texto.</p> <p>8. O aluno deve fazer um esquema de conteúdo do texto.</p> <p>9. O aluno deve fazer um esquema de forma do texto.</p> <p>10. O aluno deve fazer um esquema de função do texto.</p>	

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO

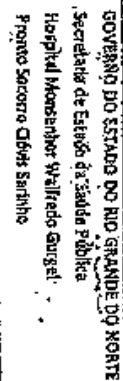


[illegible]

PROCEDIMENTOS		EXAMES REALIZADOS	HORA	EXAMES REALIZADOS	HORA	CONTROLES	HORA	ANTIMICROBIANOS	DIAS
INVASIVOS	DIAS								
INTACTACATH		PARTE I		LABORATORIA		TRIOCA DE 1Y			
VELA PERIF.				DESA		TRIOCA DE 2MS			
DEBENOTRACICO		ENTUBAÇÃO		ALCOHOLIZACAO		TRIOCA DE 2EQUINO			
SNAG / ONE		TAQUICARDISTONIA		GLACOMENTR		TRIOCA DE PASSO 15Y			
SNAG / ONE		SONDA VESICAL				TRIOCA DE 10C. 2MS		NPT	
MAAR A PASSO PROY.						TRIOCA DE 10C. 2MS			

MANHA	TARDE	NOITE
	<p>1. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834</p>	





Nome: Fredrick Sidney Brown Idade: 23 Sexo: M
Região: G S B Data: 06/01/2007
Organização: A
Data de Intervenção: _____

[illegible]

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 6393 /2020

Prontuário: 1198404

Paciente: 172478 - THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO

Cartão SUS: 700002495328606

CPF: 70338304401

Dt Nasc: 15/06/1997

Idade: 23 anos 20 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: TELMA DIAS SOUTO

Nome do pai:

Rua/Av: MIRIM

Complemento:

CEP: 59074135

Cidade: NATAL

Nº: 40

Bairro: FELIPE CAMARÃO

Telefone: 84 987546209 84 987546209

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1002

Responsável: THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO -

Usuário: UZIMAR PEREIRA VALE

Admissão: 05/07/2020 12:54:53

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S8.2 - FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA
408050500 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

09 JUL 2020

ORTOPEDIA

Paciente com história de acidente de moto com trauma em pé da (D) que resultou em fratura de osso da perna (D), sendo sido submetido a tratamento cirúrgico com colocação de fixação externa com tala com bom alinhamento.

Ata hospitalar

Alta e alta médica para casa.

Atm (60)

orientação.

ao ambulatório

CONFERE COM ORIGINAL
ASSINATURA

GENI GUARNE R. DANTAS
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM - 4781 TENDT 11044
CPE 703.425.41462

NATAL, 05 de Julho de 2020.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

PRMV015_R7 - Impressão da Prescrição Médica

%00tzÉIC!18nt\$
%00tzÉIC!18nt\$
90101172478

Página 1 de 1

05/07/2020 15:51

Paciente: 172478 - THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO

FIA: 4-6393/2020

Idade: 23 ano(s) 0 mes(es) e 20 dia(s)

Prescrição Nº: 1

Hospital / Unidade: WG - RPA

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 1198404

Peso:

Data Internação: 05/07/2020 12:54

Início Validade: 05/07/2020 15:47 até 05/07/2020 18:59

Quarto / Leito: 1 - 718 - 703

Médico Resp.: 206-MARCONI MEDEIROS BRANDAO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

05/07/2020 15:49:12 - POI
PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTOx CARRO COM TRAUMA EM PERNA DIREITA QUE RESULTOU EM FRATURA EXPOSTA(GI) DE TIBIA DIREITA, SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE URGENCIA.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - LIVRE						
SOLUÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - SOLUÇÃO DE a - SORO FISIOLÓGICO CLOR. DE SÓDIO 0,9% 500 ML SIST. F Tempo: 11904,76h	1.500	BOLS	IV	Contínuo	21gota/min	
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
3 - CEFALOTINA 1G (1FA+10ML ABD) - D1/5 Obs.: Iniciado em: / /2019 Diluição: 100ml SF0,9%	1	FA	IV	6h/6h		15:47
4 - DAPIRONA SODICA 500MG/ML 2 ML Obs.: +18 ml de ABD Diluição: 8 ml ABD	1	AMP	IV	6h/6h		15:47
5 - TRAMADOL 50MG/ML - 2ML S/N em caso de dor Obs.: +100 ml de SF0,9%	1	AMP	IV	12h/12h		15:47
6 - OMEPRAZOL 40 MG (1FA+10ML DIL.)	1	FR	IV	24h/24h		15:47
7 - BRÔMOPRIDA 5MG/ML S/N náuseas/vômitos Diluição: 15ml SF0,9%	1	AMP	IV	8h/8h		15:47
8 - DICLOFENACO DE SÓDIO 50 MG	1	COM	VO	8h/8h		15:47
CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
9 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS						
10 - CURATIVO DIÁRIO						

GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS

CRM-4781/RN

Legenda: (A) alterado - (S) suspenso - (S/N) se necessário. Item em negrito e sublinhado é de Alto Risco

05/07/2020 15:51



Paciente: 172478 - THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO

FIA: 4-6393/2020

Idade: 23 ano(s) 0 mes(es) e 20 dia(s)

Prescrição Nº: 1

Hospital / Unidade: WG - RPA

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 1198404

Peso:

Data Internação: 05/07/2020 12:54

Início Validade: 05/07/2020 15:47 até 05/07/2020 18:59

Quarto / Leito: 1 ~~248~~ 703

Médico Resp.: 206-MARCONI MEDEIROS BRANDAC

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

05/07/2020 15:49:12 - POI

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTOx CARRO COM TRAUMA EM PERNA DIREITA QUE RESULTOU EM FRATURA EXPOSTA(GI) DE TIBIA DIREITA, SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE URGENCIA.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - LIVRE						
SOLUÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - SOLUÇÃO DE a - SORO FISIOLÓGICO CLOR. DE SÓDIO 0,9% 500 ML SIST. F Tempo: 11904,76h	1.500	BOLS	IV	Contínuo	21got/min	
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
3 - CEFALOTINA 1G (1FA+10ML ABD) - D1/5 Obs.: Iniciado em: 1/12/2019 Diluição: 100ml SF0,9%	1	FA	IV	6h/6h		15:47
4 - DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML 2 ML Obs.: +18 ml de ABD Diluição: 8 ml ABD	1	AMP	IV	6h/6h		15:47
5 - TRAMADOL 50MG/ML - 2ML S/N em caso de dor Obs.: +100 ml de SF0,9%	1	AMP	IV	12h/12h		15:47
6 - OMEPRAZOL 40 MG (1FA+10ML OIL.)	1	FR	IV	24h/24h		15:47
7 - BROMOPRIDA 5MG/ML S/N náuseas/vômitos Diluição: 15ml SF0,9%	1	AMP	IV	8h/8h		15:47
8 - DICLOFENACO DE SÓDIO 50 MG	1	COM	VO	8h/8h		15:47
CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
9 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS						
10 - CURATIVO DIÁRIO						

GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS

CRM-4781/RN





90101172476

08/07/2020 15:05

Paciente: 172478 - THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO

FIA: 4-6383/2020

Idade: 23 ano(s) 0 mes(es) e 23 dia(s)

Prescrição Nº: 4

Hospital / Unidade: WG - 4 ANDAR

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 1198404

Peso:

Data Internação: 05/07/2020 12:54

Início Validade: 08/07/2020 15:03 até 09/07/2020 18:59

Quarto / Leito: 5 - 416

Médico Resp.: 206-MARCONI MEDEIROS BRANDAO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

08/07/2020 15:05:23 - 3º DPO FRATURA DE TIBIA DIR

PACIENTE EVOLUI COM QUEIXAS DE NAUSEAS E CEFALIA, SEM OUTRAS QUEIXAS.

RX FRATURA DE DIAFISE TIBIA DIREITA ALINHADA.

CONDUTA: MANTIDA, ALTA PROGRAMADA PARA AMANHÃ

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - LIVRE						
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML S/N se náuseas ou vômitos Diluição: 18ml ABD	1	AMP	IV	8h/8h		SE
3 - DÍPIRONA, SODICA (500 MG/ML 20 ML GOTAS)	40	GTS	VO	6h/6h		18 00 05 12/20
4 - ENOXAPARINA 40MG/0,4 ML SC	1	SER	SC	24h/24h		18 18
5 - OMEPRAZOL 20 MG	2	CAP	VO	24h/24h		06
CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
6 - (A) CURATIVO DIÁRIO (da prescrição 00004 alterada)						M
7 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS						M - T - C
8 - CURATIVO						M

09/07/2020

AQA MDSO/MAR

GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS

CRM-4781/RN

09/07/2020 15:05:23 - 3º DPO
 Paciente evolui com queixas de náuseas e cefaleia, sem outras queixas.
 RX fratura de diáfise tibia direita alinhada.
 Conduta: mantida, alta programada para amanhã.

09/07/2020 15:05:23 - 3º DPO
 Paciente evolui com queixas de náuseas e cefaleia, sem outras queixas.
 RX fratura de diáfise tibia direita alinhada.
 Conduta: mantida, alta programada para amanhã.

09/07/2020 15:05:23 - 3º DPO
 Paciente evolui com queixas de náuseas e cefaleia, sem outras queixas.
 RX fratura de diáfise tibia direita alinhada.
 Conduta: mantida, alta programada para amanhã.

Gladstone S. Costa
 NEUROLOGISTA
 CRM-AM 4425





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL ESTADUAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



Paciente: **172478 THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO**

Nascimento: 15/06/1997 Idade: 23 ano(s) 1 mes(es) 2 Natural: RN ARES

Sexo: Masculino

CNS: 700002495328606

CPF: 70338304401

Cor: SEM INFORMACAO

Prof: GARCON

Mãe: TELMA DIAS SOUTO

Paí: SILAS DE OLIVEIRA SOUTO

Endereço: TRAVESSA MIRIM, 40 - FELIPE CAMARÃO - NATAL

Cidade: RN NATAL

CEP: 59074-135

Telefone: (84) 987546209

BOLETIM Nº: **34551/2020**

Sala Inicial: **ORTOPEDIA, EGRESSOS - VERDE - 120 Min**

Triagem: 13/08/2020 07:42

Admissão: 13/08/2020 07:50

Boletim: 13/08/2020 07:56

Motivo: RETORNO

Origem: FAMILIA

Queixa: RETORNO PARA AVALIAR CIRURGIA EM MID

Observação: AUTORIZADO POR DR GEAN

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente alega acidente de trabalho? ☐ Sim ☒ Não Profissão e Empresa:

Notif. de viol. interpessoal/autoagressão: ☐ Sim ☒ Não

PACIENTE RETORNA PARA AVALIAÇÃO DE TRATAMENTO DE FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA COM FIXADOR EXTERNO LINEAR HA 38 DIAS.

Alergia: NEGA

Medicação em uso: AINH

EXAME FÍSICO

FIXADOR EXTERNO LINEAR

Solicito exames :

32020117 - PERNA AP E PERFIL DIREITO - RX

DR. GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM: 70338304401
CPF: 70338304401

Profissional: GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS

CRM: RN 4781

Saída: () Liberação Médica; () Revela; () Internação; () Óbito c/Declar; () Óbito SVO/ITEP; () Transferido para:

Data e Hora da Saída: ___/___/2019 ___:___

Médico:

RAIOS-X
Realizado em: 13/08/2020 Hora: 10h



SUS

(Pia)

Sergio - Tmo Pion no uniao

Laudos para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

Pia no uniao

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WILFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: 172478 THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO

Prontuário: 1198404

CNS: 700002495328606

Nascimento: 15/06/1997

Sexo: Masculino

Cor: SEM INFORMACAO

Mãe: TELMA DIAS SOUTO

Pai: SILAS DE OLIVEIRA SOUTO

Endereço: TRAVESSA MIRIM, 40 - FELIPE CAMARÃO - NATAL

Fone: 987546209 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE:

240810 UF: RN

CEP: 59074-135

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudos Nº 29003 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE NECESSTIA DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO E OSTECTOMIA, EVOLUE COM OSTEOLISE EM TRAJETO DE PINO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

CIRURGIA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

EX FÍSICO E RX

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.2 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA*408050500. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

TIBIA DIAFISE, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

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

Profissional Solicitante / Assistente:

HAUSEMANN HELIO GABARO LOPES DE MORAIS

CRM: 5314 / RN

Data da Solicitação 13/08/2020

Hausemann Helio G. de Moraes
Ortopedista
CRM 5314 - SBC 12213**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: _____





SESAP/RN - HOSPITAL MONSEÑOR WALFREDO SURCEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 28586 /2020

Admissão: 05/07/2020 11:35:06

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

Paciente: 172478 - THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO (23 a 1 m 18 d)

Nascimento: 15/08/1997

Natural: ARES-BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 730002495328606

CPF: 70338304401

Prof: GARCON

Mãe: TELMA DIAS SOUTO

Pai:

Logradouro: MIRIM, 40

CEP: 59074135

Bairro: FELIPE CAMARÃO

Cidade: NATAL

Telefone: 84 987546209

Compl:

Motivo: ACIDENTE DE TRANSITO - MOTO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AEREBUS SAMU NATAL

Empresa:

Fluxograma:

Descrição:

OBS: ... NATAL

Classificação: 05/07/2020 11:24:24

HC	PA	SGT	SaO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

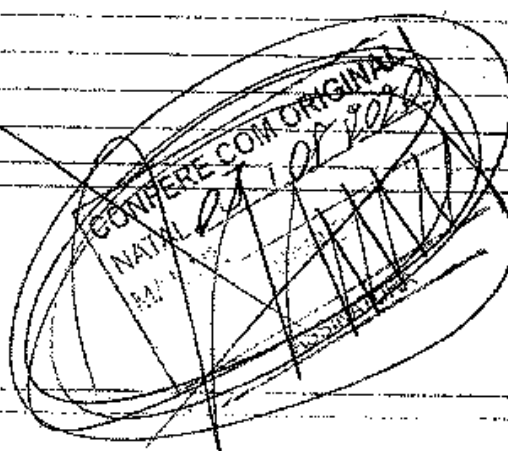
Queixas: COLISÃO MOTO/CARRO - REFERE LOMBALGIA+FRATURA EXPÔSTA EM MID

Hora:

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A	
B	
C	
D	
E	

OUTRAS OBSERVAÇÕES:



Assinado por: 20120125452 - D. ...

Assinado por: MUNICIPAL ...

Gerado em: 05/07/2020 11:35:06 Impresso em: 03 de Agosto de 2020



EXAME ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUÇÃO 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:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

México (Carimbo)

Deslascar nesta folha e colar no prontuário após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1: ...

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável:

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

[illegible]

"ESCALA DE TAPAGEM DO TRAPAJUHO REVOLVADA - RITS"		
DISCRIMINADOR	NOTAÇÃO	
ESCALA DE CONTA DE GLASGOW	12-15	= 4
	9-10	= 3
	8-7	= 2
	6-5	= 1
	4-3	= 0
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	16-20	= 4
	21-24	= 3
	25-30	= 2
	31-34	= 1
	35	= 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	20-90	= 4
	70-80	= 3
	60-70	= 2
	50-60	= 1
	40	= 0

[illegible]

CLASSIFICAÇÃO DO TCE
(ATLS 2003)*

83. On a given fixed straight line
 84. 2 = 2000000;
 85. 1/2 = 1/2

* *Environm. Toxicol. Chem.* 5: 123-132 (1986).
Assessment of acute and repeated
concentrations. A practical guide. London
1984. 218 pp.

20. In the event that the Board of Directors of the Corporation shall determine that the Corporation is not a going concern, the Corporation shall be required to file a statement of financial condition with the SEC within 90 days of the determination.

SEM COR.	LEVE	Notas	Interns
1	1	2	3



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Wafredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

RELATÓRIO DE
HISTÓRIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICO

Nome:

Leitor:

Idade:

Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data:

Hora:

06/07/20

NC

TC Lw

Queda da moto no dia 05/07/2015, com

fractura local

TC crânio

LIBERADO P/ NC

Dr. Vladimir de Oliveira Melo
Neurocirurgia
CRM 15555

09/07/200 ONCOLOGIA

TRP COM HISTERIA DE QUEDA DE MOTO,
COM FR. P. P. SOLICITAÇÃO TC DE CRÂNIO
(JÁ REALIZADA), P. N. NA SOLICITAÇÃO LAUDO
COM L. 1003.

SOLICITAÇÃO REALIZADA NA ONCOLOGIA, DR. D. D.,
RECEBUE ALMOÇA

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS)

M (MEDICAÇÃO EM USO)

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L (LÍQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E TRACOMA)

Rx de Tórax

Rx de Coluna

Rx de Coluna com Boscacina

Rx de Perna S. AP/P

CONDIÇÃO PRIMÁRIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Tórax: 120 cm

PFO, 5. Coração (V) 14 cm

Fígado 12.0 cm (V) 14 cm

Coluna: 75 cm (V) 14 cm

Rx de

Rx de Tórax: Sem alteração

Fraturas: humero (múltiplas)

Ex de Clavícula: E.

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Rx de Coluna: 10

Rx de Coluna: 10

Rx de Coluna: 10

Rx de Coluna: 10

Rx de Coluna: 10

Rx de Coluna: 10

Rx de Coluna: 10

Rx de Coluna: 10

Rx de Coluna: 10

Rx de Coluna: 10

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

ESPECIALISTA 2

ESPECIALISTA 3

HORA:

HORA:

DATA:

DATA:

DATA:

DESTINO DO PACIENTE

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

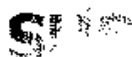
DATA

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

ORBITO: DATA / / HORA

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





Formulário para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSEÑOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: 272478 THALYS STONY DIAS SOUTO

Prontuário: 1198404

CNS: 70002495218605

Nascimento: 15/06/1997

Sexo: Masculino

Cor: PARDAS

Mãe: TELMA DIAS SOUTO

Outro:

Endereço: TRAVESSA MIRIM, 40 - FELIPE CAMARÃO - NATAL

Fone: 987546209 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE:

240810 UF: RN

CEP: 59074-135

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 23421 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

Relato dos SINTOMAS CLÍNICOS:

VITIMA ACIDENTE DE MOTO CARRO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

O QUADRO CLÍNICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RAIO X DA PERNA

Diagnóstico e Procedimento Solicitado:

S82.2 P.O. FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA*408050500.TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

TÍBIA DIÁFISE, 1X2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

Faz Antibioticoterapia

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☒ Lesão por pressão ☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assinante:

MARCONI MEDEIROS BRANDÃO

CRM: 3642 / RN

Data da Solicitação 05/07/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente no Trabalho CTPV da Seguradora: _____ Nº do Jôbleto: _____ Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico CTPV da Empresa: _____ CNPJ da Empresa: _____ CBOE: _____

() Acidente de Trabalho Trajetado CTPV da Empresa: _____ CNPJ da Empresa: _____ CBOE: _____

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Cessão Empréstio: _____

Número da Autorização:

Data da Autorização: _____ Assinatura, Carimbo: _____



CCMV004_R - Relatório de Cirurgia

Período 05/07/2020 15:45 a 05/07/2020 15:45

03/08/2020 13:45

Paciente: 63906158 / 2020

Paciente: THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO

SUS

Categoria: GRATUITO

ANDAR

Quarto / Leito: 5 / 416

Tipo de cirurgia: 4

Prontuário: 1198404

Data Agendamento: 05/07/2020 15:15

Cirurgia: TIO CIR FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Data Realização: 05/07/2020 14:20

Potencial de Contaminação: Contaminada

Cirurgião: GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS

Anestesiador: MEDICO PLANTONISTA

Tipo Anestesia: RAQUE

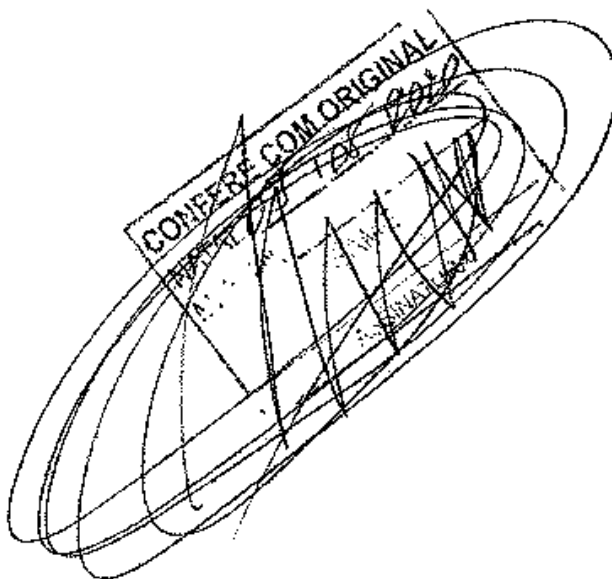
Instrumentador: ANA OLEIDE - Hospital

Equipo:

Data do Relatório: 06/07/2020 15:45

Profissional:

- Relatório de Cirurgia:
- 1- PACIENTE EM DDH, SOB RAQUIANESTESIA
 - 2- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
 - 3- CAMPEAMENTO ESTERIL
 - 4- REALIZADA IRRIGAÇÃO COPENSA DE FERIMENTO COM 1-2 LITROS DE SF 0,9%
 - 5- REALIZADO DESBRIDAMENTO MECANICO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
 - 6- REALIZADO REDUÇÃO DE FRATURA E POSICIONADO FIXADOR EXTERNO DE TIBIA DIREITA
 - 7- SUTURA POR PLANOS
 - 8- CURATIVO ESTERIL
 - 9- CURATIVO
 - 10-FIM





90101172478

Nº: 172478 - THALLYS SIDNEY DIAS-SOUTO

Idade: 4-6383/2020

Idade: 23 ano(s) 1 mes(es) e 18 dia(s)

Prescrição Nº: 4

Hospital / Unidade: WG - 4 ANDAR

Convênio: SUS-GRATUITO

Nr. Prontuário: 1198404

Peso:

Data Internação: 05/07/2020 12:54

Início Validade: 08/07/2020 15:03 até 09/07/2020 18:59

Quarto / Leito: 5 - 416

Médico Responsável: EDUARDO MARCONI MEDEIROS BRANDAO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

08/07/2020 15:05:23 - 3º DIA FRATURA DE TIBIA DIR.
 PACIENTE EVOLUI COM QUEIXAS DE NAUSEAS E CEFALÉIA, SEM OUTRAS QUEIXAS.
 RX FRATURA DE DIAPHISE TIBIA DIREITA ALINHADA.
 CONDUTA: MANTIDA. ALTA PROGRAMADA PARA AMANHÃ

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOTA:	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - LIVRE						
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/5ML - 2 ML S/N se necessário ou vomitos Dose: 12-14ML	1	AMP	IV	8h/8h		
3 - DIFENIDOL 50MG (500 MG/ML 20 ML GOTAS)	40	GTS	VO	6h/6h		18:00-06:12:18
4 - ENOXAPARONA 60MG/ML 16-30	1	SER	SC	24h/24h		18:10
5 - OMEPRAZOL 20 MG	2	CAP	VO	24h/24h		06
CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
6 - (A) CURA LIVO DIARICA (na prescrição 00004 alterada)						
7 - CUIDADO ALFAS + SINAIS VITAIS						
8 -						

GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS

CRM-4781/RN





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
DIREÇÃO GERAL
COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

CONFORME RESOLUÇÃO Nº 1638/2002 DO CFM
O PRONTUÁRIO É UM DOCUMENTO E TODOS OS PROFISSIONAIS SÃO
RESPONSÁVEIS POR ELE. O PRONTUÁRIO DEVE CONTER:

Identificação do Paciente

Letra Legível

Identificação do profissional (carimbo ou número do
conselho de classe legíveis)

História Clínica

Hipótese Diagnóstica

Evolução Diária com data e hora

Diagnóstico Definitivo

No ato da internação preenchimento e assinatura de AIH

Todos os
profissionais

Médicos

RELATÓRIO DE
HISTÓRIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICO

Registro:

S

19, 2012

CONFERE COM ORIGINAL

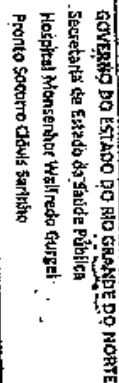
19, 2012
10h 00
10h 00
10h 00

19, 2012, 10h 00

19, 2012, 10h 00

19, 2012, 10h 00





Nome: Thomaz S. da Tr. das Silva AV 3 10/3
 Registro: 432444 idade 33 anos data 05/07/2000
 Oligodionio: condicoes de trabalho adequadas no dia
 Oes de Interacao: _____

CITADANOS ESPECIAIS

[illegible]

PLAS	
------	--

[illegible]

10445

[illegible]

1

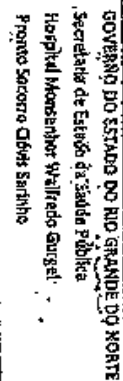
76
1938
61721

[illegible]

PROCEDIMENTOS		EXAMES REALIZADOS	HORA	EXAMES REALIZADOS	HORA	CONTROLES	HORA	ANTIMICROBIANOS	DIAS
INVASIVOS	DIAS								
INTACTACATH		PARTE I		LABORATORIAL		TRIOCA DE 2Y			
VELA PERIF.				DESA					
DIAGNÓSTICO		EXATIDÃO		ALCOHOLIZADO		TRIOCA DE 2Y			
SNAG / ONE				GLACOMETRIA		TRIOCA DE 2Y			
MANEJO PASSO A PASSO						TRIOCA DE 2Y			

MANHA	TARDE	NOITE
	<p>1. O aluno apresentou dificuldade em compreender o texto, especialmente a parte referente ao sistema de irrigação. Foi necessário explicar detalhadamente o funcionamento do sistema e a importância da manutenção.</p> <p>2. O aluno não conseguiu identificar as partes principais do sistema de irrigação. Foi necessário revisar o material teórico e fazer um diagrama para facilitar a compreensão.</p>	<p>3. O aluno não conseguiu explicar a importância da manutenção do sistema de irrigação. Foi necessário reforçar a importância da manutenção para a eficiência do sistema e a saúde das plantas.</p> <p>4. O aluno não conseguiu identificar as partes principais do sistema de irrigação. Foi necessário revisar o material teórico e fazer um diagrama para facilitar a compreensão.</p>





Nome: T. Biedler Idade: 60
Registo: G S G 3 Data: 18/11/1973
Organização: P. P. P.
Data de Intervenção:

[illegible]

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 6393 /2020

Prontuário: 1198404

Paciente: 172478 - THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO

Cartão SUS: 700002495328606

CPF: 70338304401

Dt Nasc: 15/06/1997

Idade: 23 anos 20 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: TELMA DIAS SOUTO

Nome do pai:

Rua/Av: MIRIM

Complemento:

CEP: 59074135

Nº: 40

Bairro: FELIPE CAMARÃO

Cidade: NATAL

Telefone: 84 987546209 84 987546209

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1002

Responsável: THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO -

Usuário: UZIMAR PEREIRA VALE

Admissão: 05/07/2020 12:54:53

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S8.2 - FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA
408050500 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

09 JUL 2020

ORTOPEDIA

Paciente com história de acidente de moto com
trauma em pé direito que resultou em fratura
de osso da perna direita, sendo submetido
a tratamento cirúrgico com colocação de
fixação externa com tala com bom alinhamento.

Ata hospitalar

Alta e alta médica para casa.

Atm (60)

orientação.

ao ambulatório

CONFERE COM ORIGINAL
ASSINATURA

GENI GUARNE R. DANTAS
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM - 4781 TENDT 11044
CPE 703.425.41462

NATAL, 05 de Julho de 2020.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

PRMV015_R7 - Impressão da Prescrição Médica

%00tzÉIC!18nt\$
%00tzÉIC!18nt\$
90101172478

Página 1 de 1

05/07/2020 15:51

Paciente: 172478 - THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO

FIA: 4-6393/2020

Idade: 23 ano(s) 0 mes(es) e 20 dia(s)

Prescrição Nº: 1

Hospital / Unidade: WG - RPA

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 1198404

Peso:

Data Internação: 05/07/2020 12:54

Início Validade: 05/07/2020 15:47 até 05/07/2020 18:59

Quarto / Leito: 1 - 718 - 703

Médico Resp.: 206-MARCONI MEDEIROS BRANDAO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

05/07/2020 15:49:12 - POI
PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTOx CARRO COM TRAUMA EM PERNA DIREITA QUE RESULTOU EM FRATURA EXPOSTA(GI) DE TIBIA DIREITA, SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE URGENCIA.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - LIVRE						
SOLUÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - SOLUÇÃO DE a - SORO FISIOLÓGICO CLOR. DE SÓDIO 0,9% 500 ML SIST. F Tempo: 11904,76h	1.500	BOLS	IV	Contínuo	21gota/min	
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
3 - CEFALOTINA 1G (1FA+10ML ABD) - D1/5 Obs.: Iniciado em: / /2019 Diluição: 100ml SF0,9%	1	FA	IV	6h/6h		15:47
4 - DAPIRONA SODICA 500MG/ML 2 ML Obs.: +18 ml de ABD Diluição: 8 ml ABD	1	AMP	IV	6h/6h		15:47
5 - TRAMADOL 50MG/ML - 2ML S/N em caso de dor Obs.: +100 ml de SF0,9%	1	AMP	IV	12h/12h		15:47
6 - OMEPRAZOL 40 MG (1FA+10ML DIL.)	1	FR	IV	24h/24h		15:47
7 - BRÔMOPRIDA 5MG/ML S/N náuseas/vômitos Diluição: 15ml SF0,9%	1	AMP	IV	8h/8h		15:47
8 - DICLOFENACO DE SÓDIO 50 MG	1	COM	VO	8h/8h		15:47
CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
9 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS						
10 - CURATIVO DIÁRIO						

GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS

CRM-4781/RN

Legenda: (A) alterado - (S) suspenso - (S/N) se necessário. Item em negrito e sublinhado é de Alto Risco

05/07/2020 15:51



Paciente: 172478 - THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO

FIA: 4-6393/2020

Idade: 23 ano(s) 0 mes(es) e 20 dia(s)

Prescrição Nº: 1

Hospital / Unidade: WG - RPA

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 1198404

Peso:

Data Internação: 05/07/2020 12:54

Início Validade: 05/07/2020 15:47 até 05/07/2020 18:59

Quarto / Leito: 1 ~~248~~ 703

Médico Resp.: 206-MARCONI MEDEIROS BRANDAC

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

05/07/2020 15:49:12 - POI

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTOx CARRO COM TRAUMA EM PERNA DIREITA QUE RESULTOU EM FRATURA EXPOSTA(GI) DE TIBIA DIREITA, SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE URGENCIA.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - LIVRE						
SOLUÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - SOLUÇÃO DE a - SORO FISIOLÓGICO CLOR. DE SÓDIO 0,9% 500 ML SIST. F Tempo: 11904,76h	1.500	BOLS	IV	Contínuo	21got/min	
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
3 - CEFALOTINA 1G (1FA+10ML ABD) - D1/5 Obs.: Iniciado em: 1/12/2019 Diluição: 100ml SF0,9%	1	FA	IV	6h/6h		15:47
4 - DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML 2 ML Obs.: +18 ml de ABD Diluição: 8 ml ABD	1	AMP	IV	6h/6h		15:47
5 - TRAMADOL 50MG/ML - 2ML S/N em caso de dor Obs.: +100 ml de SF0,9%	1	AMP	IV	12h/12h		15:47
6 - OMEPRAZOL 40 MG (1FA+10ML OIL.)	1	FR	IV	24h/24h		15:47
7 - BROMOPRIDA 5MG/ML S/N náuseas/vômitos Diluição: 15ml SF0,9%	1	AMP	IV	8h/8h		15:47
8 - DICLOFENACO DE SÓDIO 50 MG	1	COM	VO	8h/8h		15:47
CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
9 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS						
10 - CURATIVO DIÁRIO						

GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS

CRM-4781/RN





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL ESTADUAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



Paciente: **172478 THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO**

Nascimento: 15/06/1997 Idade: 23 ano(s) 1 mes(es) 2 Natural: RN ARES

Sexo: Masculino

CNS: 700002495328606

CPF: 70338304401

Cor: SEM INFORMACAO

Prof: GARCON

Mãe: TELMA DIAS SOUTO

Paí: SILAS DE OLIVEIRA SOUTO

Endereço: TRAVESSA MIRIM, 40 - FELIPE CAMARÃO - NATAL

Cidade: RN NATAL

CEP: 59074-135

Telefone: (84) 987546209

BOLETIM Nº: **34551/2020**

Sala Inicial: **ORTOPEDIA, EGRESSOS - VERDE - 120 Min**

Triagem: 13/08/2020 07:42

Admissão: 13/08/2020 07:50

Boletim: 13/08/2020 07:56

Motivo: RETORNO

Origem: FAMILIA

Queixa: RETORNO PARA AVALIAR CIRURGIA EM MID

Observação: AUTORIZADO POR DR GEAN

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente alega acidente de trabalho? ☐ Sim ☒ Não Profissão e Empresa:

Notif. de viol. interpessoal/autoagressão: ☐ Sim ☒ Não

PACIENTE RETORNA PARA AVALIAÇÃO DE TRATAMENTO DE FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA COM FIXADOR EXTERNO LINEAR HA 38 DIAS.

Alergia: NEGA

Medicação em uso: AINH

EXAME FÍSICO

FIXADOR EXTERNO LINEAR

Solicito exames :

32020117 - PERNA AP E PERFIL DIREITO - RX

DR. GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM: 70338304401
CPF: 70338304401

Profissional: GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS

CRM: RN 4781

Saída: () Liberação Médica; () Revela; () Internação; () Óbito c/Declar; () Óbito SVO/ITEP; () Transferido para:

Data e Hora da Saída: ___/___/2019 ___:___

Médico:

RAIOS-X
Realizado em: 13/08/2020 Hora: 10h



SUS

(Pia)

Sergio - Tmo Pneu no uniao

Laudos para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

Pneu no uniao

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: 172478 THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO

Prontuário: 1198404

CNS: 700002495328606

Nascimento: 15/06/1997

Sexo: Masculino

Cor: SEM INFORMACAO

Mãe: TELMA DIAS SOUTO

Pai: SILAS DE OLIVEIRA SOUTO

Endereço: TRAVESSA MIRIM, 40 - FELIPE CAMARÃO - NATAL

Fone: 987546209 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE:

240810 UF: RN

CEP: 59074-135

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudos Nº 29003 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE NECESSTIA DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO E OSTECTOMIA, EVOLUE COM OSTEOLISE EM TRAJETO DE PINO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

CIRURGIA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

EX FÍSICO E RX

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.2 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA*408050500. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

TIBIA DIAFISE, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

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

Profissional Solicitante / Assistente:

HAUSEMANN HELIO GABARO LOPES DE MORAIS

CRM: 5314 / RN

Data da Solicitação 13/08/2020

Hausemann Helio G. de Moraes
Ortopedista
CRM 5314 - SBC 12213**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

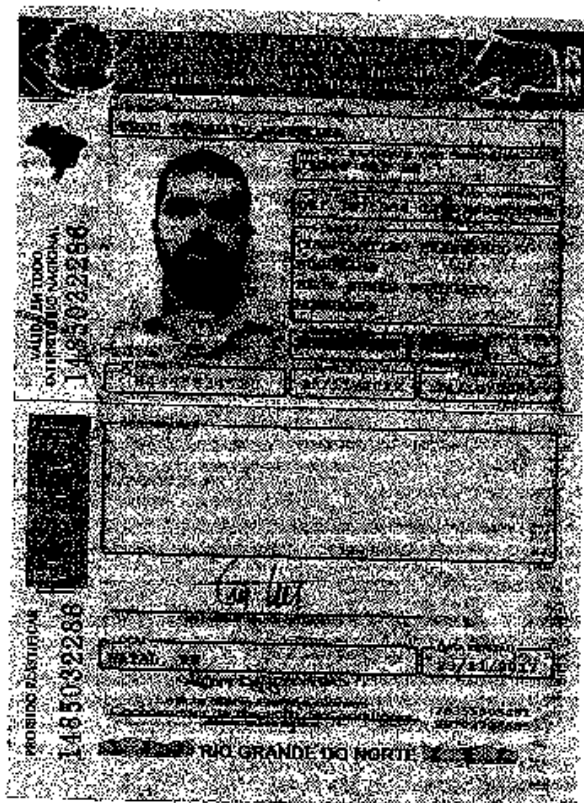
AUTORIZAÇÃO

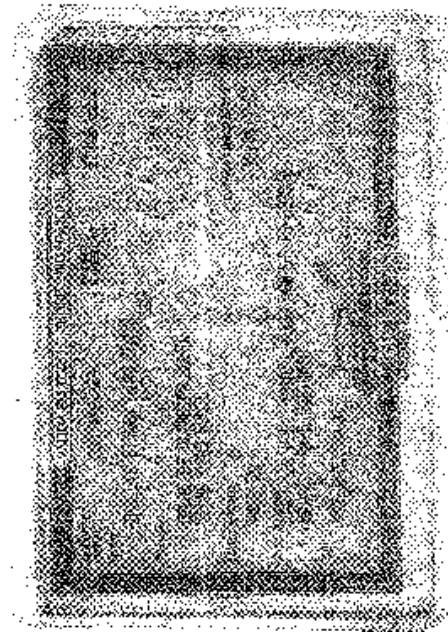
Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____







Web Services Energy Solutions - Companhia Saneamento de São Paulo

COSERN
Companhia Saneamento de São Paulo
R. do Estado, 150 - São Paulo - SP - CEP 01045-000
CNPJ 07.342.222/0001-01 | INSC. EST. 06.255.123-01 | e-mail: atendimento@cosern.sp.gov.br

UNIDADE DE ATENDIMENTO
UNIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
FV 0564140

CPF 006.017.074-01 NIS: 12842810540
FRIFF CANALIZADA CAUTEREA
RATIL RN
33074-105

CLASSIFICAÇÃO
BI TUBO DE 150MM
DATA DE CRIAÇÃO 10/07/2020
HORARIO 10:00:00

DATA DE CRIAÇÃO 10/07/2020
HORARIO 10:00:00
USUARIO 305801803 72290

DATA DE CRIAÇÃO 10/07/2020
HORARIO 10:00:00
USUARIO 305801803 72290

ITEM	QUANTIDADE	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
01 - TUBO DE 150MM	10	0,3018504	3,018504
02 - TUBO DE 150MM	10	0,1297450	1,297450
03 - TUBO DE 150MM	10	0,2377120	2,377120
04 - TUBO DE 150MM	10	0,1184478	1,184478
05 - TUBO DE 150MM	10	0,1048151	1,048151
06 - TUBO DE 150MM	10	0,1048151	1,048151

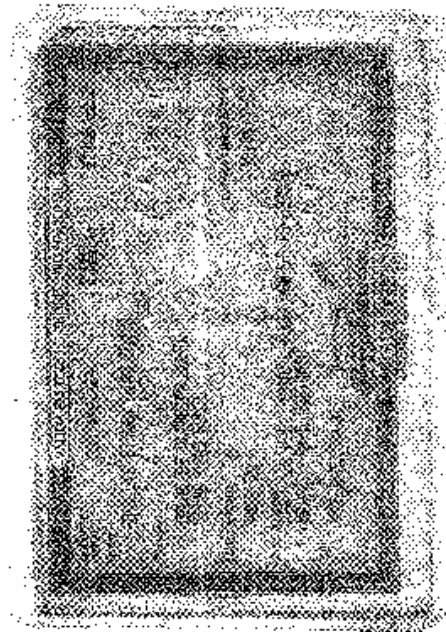
TOTAL DA FATURA

ITEM	QUANTIDADE	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
01 - TUBO DE 150MM	10	0,3018504	3,018504
02 - TUBO DE 150MM	10	0,1297450	1,297450
03 - TUBO DE 150MM	10	0,2377120	2,377120
04 - TUBO DE 150MM	10	0,1184478	1,184478
05 - TUBO DE 150MM	10	0,1048151	1,048151
06 - TUBO DE 150MM	10	0,1048151	1,048151

DATA DE CRIAÇÃO 10/07/2020
HORARIO 10:00:00
USUARIO 305801803 72290

18/08/2020 17:24



[illegible]

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO, brasileiro, solteiro, garçom, inscrito no CPF/MF sob o nº 703.383.044-01, portador da cédula de identidade nº 3.446.161 SSP/RN, residente e domiciliado na Travessa Mirim, nº 40, Felipe Camarão, CEP: 59074-135, Natal/RN.

OUTORGADO: ERIC TORQUATO NOGUEIRA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o número 11760, portador do CPF/MF nº 061.387.934-12, RG nº 3393071 – SSP/RN, com endereço profissional situado à Rua Dom José Tomaz, 773 (Edifício Sfax – sala 1504), Tirol, CEP 59022-250, Natal/RN.

DATA DO ACIDENTE: 05/07/2020

COBERTURA: INVALIDA

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.

Natal/RN, 13 de agosto de 2020.

Thallys Sidney Dias Souto

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO, brasileiro, solteiro, garçom, inscrito no CPF/MF sob o nº 703.383.044-01, portador da cédula de identidade nº 3.446.161 SSP/RN, residente e domiciliado na Travessa Mirim, nº 40, Felipe Camarão, CEP: 59074-135, Natal/RN.

OUTORGADO: ERIC TORQUATO NOGUEIRA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o número 11760, portador do CPF/MF nº 061.387.934-12, RG nº 3393071 – SSP/RN, com endereço profissional situado à Rua Dom José Tomaz, 773 (Edifício Sfax – sala 1504), Tirol, CEP 59022-250, Natal/RN.

DATA DO ACIDENTE: 05/07/2020

COBERTURA: INVALIDEZ

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.

Natal/RN, 13 de agosto de 2020.

Thallys Sidney Dias Souto

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242011/20

Vítima: THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO

CPF: 703.383.044-01

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/07/2020

Titular do CPF: THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ERIC TORQUATO NOGUEIRA : 061.387.934-12

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

THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO : 703.383.044-01

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: 27/08/2020
Nome: ERIC TORQUATO NOGUEIRA
CPF: 061.387.934-12

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/08/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

ERIC TORQUATO NOGUEIRA

GERCIA LOURENCO DA SILVA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200359036 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO **Data do acidente:** 05/07/2020 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico:

FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P6,7,20

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

