



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
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

Pag. 00197/00198 - carta_01 - INVALIDEZ



00030099





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 inda

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%
Código: 17 - 0701

Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente: DPVAT: (25% da 70%) 17,50%

% 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Ata de encerramento

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 30049 CONTA: 98268 (Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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

<input checked="" type="checkbox"/> 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 de 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 Lider 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou(nascitum/valevixerat)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	---	--	--	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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)	38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	40 - Local e Data, Natal, 13 de agosto de 2020 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





18/08/2020 17:24



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/12/2020 15:41:13
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012161541129880000061242218>
Número do documento: 2012161541129880000061242218

Num. 63906158 - Pág. 4

Fls: 1
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PÓLICIA 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

EN VOLVIDO(S)

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

Nome Civil: THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO (VITIMA , COMUNICANTE)	Sexo: Masculino	Naec: 15/06/1997	Idade: 23
Nacionalidade: Brasileira			
Profissão: Garçom			
Estado Civil: Solteiro(a)			

Nome da Mãe: Telma Dias Souto

Nome do Pai: Silas de Oliveira Souto

Documento(s)

RG: 003446161

CPF: 703.383.044-01

Endereço

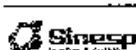
Telefone: (84) 98710-6879 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Automóvel/Utilitário/Camionete/Caminhon
Descrição: Ford Ka, da 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: 00897779458	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



Fls: 2
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

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	Envolvimento
Thallys Sidney Dias Souto	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

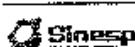
Para fins do seguro DPVAT, o comunicante compareceu nesta unidade especializada, para informar que na data, horário e local supra, estava conduzindo a motocicleta relacionada, ocasião na qual se envolveu em uma colisão CARRO X MOTO. Lesionado após o acidente, foi socorrido pelo SAMU para o Pronto Socorro Clóvis 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 Abordamento

Thallys Sidney Dias Souto
Vítima, Comunicante

"Declaro para os devidos fins de que sou eu(a) trágico(a) responsável pelas informações acima apresentadas o cliente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei e digo, conforme consta nos Arquivos 339-Denúncia Crimétrica e 340-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(s) tipo(s) de cobertura: DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - NP do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
703.383.044-01 THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 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: 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)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (201) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Name do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 2044 CONTA: 98268 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (nascidos)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve imóveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha imóveis, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	--	--	---	---	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a Indemnização 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)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | 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)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

2/2019

NÃO ALFARELLIZADO TESTEMUNHAS





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NP do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
703.383.044-01 THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 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: 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)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (201) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Name do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 2044 CONTA: 98268 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (nascidos)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve imóveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha imóveis, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	--	--	---	---	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a Indemnização 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)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | 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)

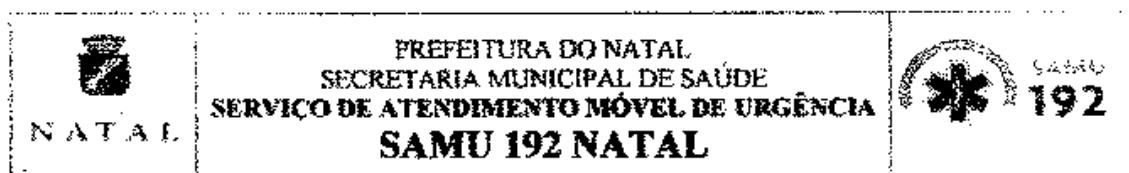
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

2/2019

NÃO ALFARELLIZADO TESTEMUNHAS





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que Thallys 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 72.468-3

Rua Potiguaras, 500 - Dix Sept Rosado - Natal/RN - CEP: 59054-280
Tel.: (84) 3232-9222 (84) 3232-9211 - e-mail: admsamu192@yahoo.com.br



FICHA DE REGULAÇÃO - CENANº: **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 Enformagem Cena:** COMUNICADOR**Usuário Pós-Cena:****VTR:** USB 25 (BASE DESCENTRALIZADA LEIDE MORAIS)**Equipe VTR:** JONELCELEON DE MACEDO SÁ ALVES - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
MYCARLA MENDES GOMES - TÉCNICO DE ENFERMAGEM**REGULAÇÃO MÉDICA****ROTE****INFORMAÇÃO****ENGANO****TRANSF./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**Nº:** VP**Endereço:** AVENIDA CAPITÃO-MOR GOUVEIA**Outro Bairro:****Referência/Complemento:** PX CRUZ, SAO JOSE /// PX AO ARENA DAS DUNAS**Unidade de Destino Transferência:** HOSPITAL WILFREDO GURGEL**Queixa Primária:** ACIDENTE CARRO X MOTO**Quem Solicitou:** Transeunte**Distância do paciente:** Com o Paciente**Lotaç:** Via Pública**Histórico Regulação Médica:**

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

APH: TRAJA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: COLISAO CARRO X MOTO 01 VITIMA CONSCIENTE,COM PROVAVEL FRATURA EM PERNAS

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 2

POSSUI CONVÉNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apoio:**OBSEVAÇÕES****Data:** 05/07/2020 10:08:21 **Usuário:** (TARM) VICTORIE LALANDE GOMES DE ASSUNÇÃO**Observação:** PX AD CRUZAMENTO DA RUA SAO JOSE**HORÁRIOS DO CHAMADO**

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



30/07/2020

sumunatal.hoplo.org:8089/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=348265&Digito=1&ReadOnly=1

Observação do Apoio:

CONVÉNIO MÉDICO PARTICULAR

Paciente possui convênio médico particular?*

Sim Não Não informado

CONDUTA

Conduta VTR

Remoção

Conduta Médico Regulador:

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

Conduta 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

F:

Recebido por:

Número da consulta:

Número da ficha de Remoção:

Vaga Negada

Vaga Zero

Motivo da entrada:

Ass:

PERTENÇES

Nome receptor:

Centro receptor:

Descrição das pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:

sumunatal.hoplo.org:8089/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=348265&Digito=1&ReadOnly=1

2/2

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



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/12/2020 15:41:13
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012161541129880000061242218>
Número do documento: 2012161541129880000061242218

Num. 63906158 - Pág. 12

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOZ, 150, BALDÓ,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-260
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
Ligações Grátiess:
- TELEATENDIMENTO COSERN: 116
- Atendimento ao deficientes auditivos ou de fala: 0800 221 0142
- Ouvidoria 0800 084 0404
Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte
ARSEP: 0800 727 0167 - Ligação Grátis de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167
Ligação Grátis de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

RIC TORQUATO NOGUEIRA

PE: 061.387.934-12

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

DIFÍCIL SFAX
 BROL/ÁREA URBANA
 5022-250 NATAL/RN

condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e titulares se encontram à disposição, para consulta em nossas salas 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.BB46.7105.2451.5EA0.7590.DCE8.A112

DESCRIPÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO(R\$)	VALOR(R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	171,0000000	0,36942853	63,17
Consumo Ativo(kWh)-TE	171,0000000	0,2123015	54,93
Total R\$ m. Pública Municipal			118,10

TOTAL DA FATURA
131,39

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS
BASE DE CÁLCULO	% VALOR DO IMPORTE	BASE DE CÁLCULO % VALOR DO IMPORTE
118,10	10,00	21,25 118,10 1,49 118,10 0,69 5,71

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

TIPO DO FODOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
0077803	CAT	14/07/2020	23.567,00	12/08/2020	23.768,00	30	1.00000

ATA PREVISTA DA PRÓXIMA LEITURA: 14/09/2020

Tarifas Aplicadas	
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,27793000
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,24147000

HISTÓRICO DO CONSUMO

	KW-h
AGO 20	171
JUL 20	98
JUN 20	38
MAI 20	30
ABR 20	109
MAR 20	239
FEV 20	245
JAN 20	203
DEZ 19	248
NOV 19	244
OUT 19	70
SET 19	
AGO 18	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Geração de Energia	R\$ 39,99	33,78%
Transmissão	R\$ 5,46	4,62%
Distribuição (Cosern)	R\$ 28,57	25,04%
Pérdidas de Energia	R\$ 7,46	6,32%
Encargos Salariais	R\$ 6,30	5,33%
Impostos	R\$ 29,42	24,91%
Total	R\$ 118,19	100%

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

TIPO DE INTERRUPÇÃO	CONTRATO	VALOR (R\$)	LENT. MÍN.	LENT. MÁX.	VALOR MÍN.
DI-Nº de horas sem Energia					
RC-Nº de violações Energia	CENTRO	0,0000	4,83	9,67	13,34
DMIC-Duração média da Interrupção contínua		0,0000	3,11	8,22	12,45
DCP9-Duração da Interrupção das oficinas		0,0000	2,69	0,00	0,00
			Último DCPI: 12,22		
			EUUSD-Valor de câmbio usado para cálculo de distribuição: R\$ 47,42		
			Total Consumidor pode adquirir a separado das Indicações DCP, PDCP e DCPI o seu próprio tempo.		

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Apresentada desta Nota Fiscal deve ser feita somente em espécie.
 Esta da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
 Só é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
 Içm atinge gera multa 2% (Res 414/ANEEL). Juros 196,11 (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo, mês deveniente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimentos comerciais.

NÍVEIS DE TENSÃO

TIPO DE TENSÃO	VALOR MÍN.	VALOR DE VARIAÇÃO	
		MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231	

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

STAMPE AQUI

TA CONTRATO
7015510778

MÊS/ANO
08/2020

TOTAL A PAGAR(R\$)
131,39

VENCIMENTO
26/08/2020

83600009912 313906384678 015510778206 059945177337



DETALHO 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.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012161541129880000061242218>

Número do documento: 2012161541129880000061242218

Num. 63906158 - Pág. 13



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 fale)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu 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: Turu	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 MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 28586 /2020
Admissão: 05/07/2020 11:28:06

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

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

Nascimento: 15/06/1997 Natural: ARES.BRASIL

CNS: 700052485326606

CPF: 70338304401

Sexo: M Cor: PORDA

Mãe: TELMA DIAS SOUTO

Prof: GARCON

Logradouro: MIRIM, 40

Pai:

CEP: 59074135

Bairro: FELIPE CAMARÃO

Cidade: NATAL

Telefone: 84 987546209

Compl:

Motivo: ACIDENTE DE TRANSITO - MOTO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AUTOMOBIL SAMU NATAL

Empresa:

Fluxograma

Disciplina:

OBS.: NATAL

Classificação: 05/07/2020 11:24:24

HQ	PA	HGT	SaO2	FIO2	FR	FC	TEMP	Glasgow	RTS
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISAO MOTO/CARRO - REPERCE COM DOLOR/LGIA+FRATURA C/POSTA EM MID
Hora: _____

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)									
A									
B									
C									
D									
E									

OUTRAS OBSERVAÇÕES									
<i>EXAME FÍSICO COM ORIGINAL NATAL 05/07/2020 Médico: Dr. Fábio Assinatura: [Signature]</i>									

SAÍDA: 05/07/2020 12:54:52 - 01/07/2020

DATA: 05/07/2020 12:54:52

Gerado em 05/07/2020 12:54:52 por FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - Impresão em 03 de Agosto de 2020



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/12/2020 15:41:13

<https://pj1g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012161541129880000061242218>

Número do documento: 2012161541129880000061242218

DIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

FCE ?

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

fce anorectal +

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO

Fistula Pecten + Fistula recto

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

- ① Digitalizar 2ml + 100ml de
② Voltoxim 45ml 10mL
③ Itraconazol 100mg + 100ml de

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

c/ fistula
fistula recto
AO fistula recto

Enx P Sifura recto

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

ONTOPOVIA

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.

Marcos M. Branco
Assessora
2014-5642

Médico (Carimbo)

Deslizar nessa folha e colar na parte traseira 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

Introdução diagnóstica

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

~~WIT A 888 IM~~

Cherry Hill
George H. W.
Bush Library

Assinatura e Cabeçalho do Responsável

ORIENTALIA

ELEMENTOS DA ESTRUTURA DA CITAÇÃO DE ARKON	
Alfabética (ABC)	+
Obras que abrangem subcapítulos (livros).	+
Obras que abrangem todo o conteúdo verbal (livro contendo texto e imagens) ou o conteúdo de vários livros (coleção).	+
Obras se abrangem por extensão (coleções).	+
Obras se abrangem.	+
Método respositório verbal (MVR)	
Publicação respositória responde ao critério de classificação da previsão sobre o tipo, nome, título, autor, editor, ano, país, etc. (não é só o título).	+
Quaisquer informações da publicação comumente, como títulos, descrições e características.	+
Informações bibliográficas (título, nome do autor, nome da editora, ano de publicação).	+
Sobre identificando, (classificações entre diferentes publicações).	+
Resumo,	+
Resumo respositório verbal (RRV).	+
Quaisquer informações (Título, nome, descrição, quaisquer que sejam).	+
Linguagem estruturada (estruturadas).	+
Notícias respostórias e etc.	+
Tradutor, Editor (coautoria).	+
Tradutor autorizado (autorização).	+

ESCALA DE TRAUMA DO TRAUMA PREVASSA - PTS	
DISCRIMINADORES	PONTUAÇÃO
	12-20 = 34
	9-10 = 31
	8-7 = 27
	6-5 = 24
	4-3 = 21
	2-1 = 18
	0 = 15
	<0 = 12
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	Y=20 = 33
	5-10 = 32
	1-5 = 31
	0 = 30
	>30 = 28
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	17-20 = 21
	14-16 = 20
	11-13 = 19
	<11 = 18

^aEquipe de Yamaha Suzuki (2001). Els dades de resistència, paraules pronunciades de Gómez, i informació d'autoritat del Champion Kart, Suzuki, Kawasaki, Cooper, et al. A les dades dels treballs se'n han fet les següents adaptacions:

CLASSIFICAÇÃO DO TCE.
TÍTULO 2003*

(9) $\neg \exists x \forall y \forall z$ \neg $\exists w \forall v$ \neg $\exists u \forall t$ \neg $\exists s \forall r$ \neg $\exists q \forall p$ \neg $\exists n \forall m$ \neg $\exists l \forall k$ \neg $\exists j \forall i$ \neg $\exists h \forall g$ \neg $\exists f \forall e$ \neg $\exists d \forall c$ \neg $\exists b \forall a$ \neg $\exists a \forall a$

^aReference: TEASDALE G, RONDET B. Assessment of oral and topical corticosteroid併用の効果と副作用. *Arch Dermatol Res* 1982; 273: 15-20.

¹⁷ A questo passaggio si poneva di fatto fine alla carica e al
potere della tribù wogeoletti di pace. Na Esepa Ovofelave
decise che per sempre non ci sarebbe più di tribù nella sua
terra come nei territori adiacenti.

SEM COR	LEVE	Moderada	Intensa	P
2	*	2	3	

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

RELATÓRIO DE
HISTÓRIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICO

Nome:

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data:

Hora:

06/07/20

NC

TCE LIV

Clínica de medicina do HGL CCS/IS Ribeirão

de Olhos José

TCE LIBERANDA

LIBERANDA P/ NC

Dr. Anderson de Oliveira Melo

Neurocirurgião

CONCURSADO

09/07/2020 ORNAMENTADA

PRÉ-EXAME FÍSICO 45 ANOS DE IDADE
SEM FÉC. PEL SOL-REFLEXO TC DE CERVO
(APENAS TENSÃO), PCT. NAE RENDIMENTO NORMAL
COM IDADE.

SOL-REFLEXO NORMAL DA CERVICAL, NVE,
DORSO E MAMÍLAR

Misão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergência clínica aguda, graves e crônicas, entre especial e universal de acordo com as necessidades públicas e privadas e contribuir, para o encanto e a paixão em cada um dos nossos atendimentos.



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A	
B	
C	
D	
E	
A (ALERGIAS)	
M (MEDICAÇÃO EM USO)	
P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)	
I (LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)	
A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)	
V (PASSADO VACINAL)	

EXAMES COMPLEMENTARES (RAPOLOGIA E IMAGEM)		LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	
Rx de tórax abd Rx de cintura S 08.14 Rx de coluna lombossacra 08.14 Rx de pernas S 07.14			
		OUTROS	
CONDUTA PRIMARIA/INTERVENÇÕES E PROCEDIMENTOS <i>Ex. Rx de tórax e abd. Rx de cintura e coluna. Rx de pernas. Rx de coluna lombossacra.</i>		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
Rx de tórax 100ccg 1. Rx de cintura (x) agora. Rx de coluna 02. am (x) agora. Rx de pernas 07.07.14 (x)		Rx de coluna 100ccg 1. Rx de cintura (x) agora. Rx de coluna 02. am (x) agora. Rx de pernas 07.07.14 (x)	
Rx de tórax = Sua Necessidade <i>Ex. Rx de tórax e abd. Rx de cintura e coluna. Rx de pernas. Rx de coluna lombossacra.</i> Rx de tórax 100ccg 1. Rx de cintura (x) agora. Rx de coluna 02. am (x) agora. Rx de pernas 07.07.14 (x)		Rx de tórax = Sua Necessidade <i>Ex. Rx de tórax e abd. Rx de cintura e coluna. Rx de pernas. Rx de coluna lombossacra.</i> Rx de tórax 100ccg 1. Rx de cintura (x) agora. Rx de coluna 02. am (x) agora. Rx de pernas 07.07.14 (x)	
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL		ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE			
ESPECIALISTA 1	PROFISSÃO:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2	PROFISSÃO:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3	PROFISSÃO:	HORA:	DATA:

DESTINO DO PACIENTE:		
INTERNACAO NA CLINICA:	DATA	HORA
SADAT: () INSCRIÇÃO MEDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:		
OBITO: DATA / / HORA		
ENTREGUE À FAMÍLIA () CON ATESTADO () S.V.O () FIM		



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Página 1 de 1

CCMV004_R - Relatório de Cirurgia

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

03/08/2020 13:45

PAC: BAA: 63906158 / 2320

Paciente: THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO

- SUB

- ANDAR

Categoria: GRATUITO

Quarto / Leito: 5 / 416

Tipo de ... - gpe: 4

Prontuário: 1198404

Data Agendamento: 05/07/2020 15:15

Cirurgia: TTO CIR FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Data Realização: 05/07/2020 14:20

Potencial de Contaminação: Contaminada

Cirurgião: GRAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS

Anestesiologista: MEDICO FLANTONISTA

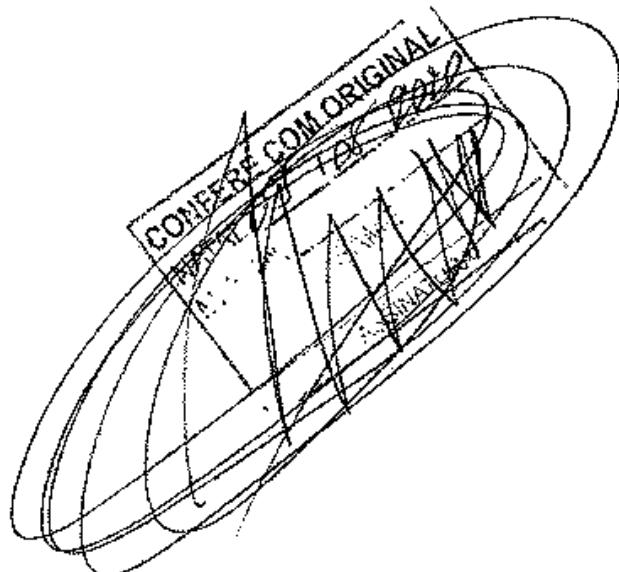
Tipo Anestesia: RAQUE

Instrumentador: ANA CLEIDE - Hospital

Equipe:

Data do Relatório: 05/07/2020 15:45 Profissional:

- Relatório: 1- PACIENTE EM DDH, SOB RAQUIANESTESIA
2- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
3- CAMPEAMENTO ESTERIL
4- REALIZADA IRIGAÇÃO COPÍGRA DE FERIMENTO COM +/- 7 LITROS DE SF 0,9%
5- REALIZADO DESBRIDAMENTO MECÂNICO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
6- REALIZADA REDUÇÃO DE FRATURA E POSICIONADO FIXADOR EXTERNO DE TIBIA
7- FEITA
8- SUTURA POR PLANOS
9- CURATIVO ESTERIL
10- FIM



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/12/2020 15:41:13

<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012161541129880000061242218>

Número do documento: 2012161541129880000061242218

Num. 63906158 - Pág. 21

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

PRMV015_P7 - Impressão da Prescrição Médica



Página 1 de 1

03/08/2020 13:45

Nº Rec: 172478 - THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO
Data: 03/08/2020

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 Resp.: MARCOS MEDEIROS BRANDAO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

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

PREScriÇÃO MÉDICA

NUTR.	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - LÍQUIDOS						
MEDICAMENTO						
2 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML 20 ML S/N so náuseas ou vômitos Dose: 10 mg/ML	1	AMP	IV	5ml/h		
3 - DIPERIDOL 300MG + 150MG 20 ML GOTAS	40	GTS	VO	60/60	13:00-06:12:18	
4 - ENOXAPARINA 40MG 50ML	1	SER	I-	24h/24h	16:16	
5 - CIMEPRAZOL 20 MG	2	CAP	VO	24h/24h	06	
CUIDADOS						
6 - (A) CURA (VO) DIÁRIO (na prescrição 00004 alterada)						
7 - CUIDADO: APERTE + SINALS VITais						
8 -						

GEAN GUARNIERE RODRIGUES DAMASCENO

CRM-478/VRN

Legenda: (A) alterado - (S) suspenso - (D) N' su necessário. Item em negrito: subtração. Clique para sair.

03/08/2020 13:45



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/12/2020 15:41:13
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012161541129880000061242218>
 Número do documento: 2012161541129880000061242218

Num. 63906158 - Pág. 22



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

卷之三

१२६

三

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Registru:
Diplomato:

Hospital Mano de Dios - Potosí
Pronto Socorro Clínica San Juan

SNAKES

CONTROLE HÓRICO

Glossary

ମେଲିରୁ

卷之三

Sub-Total

SUBTOTAL

BALANÇO PARCIAL

155



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM			ABERTURA OLHOS	GRAU	RESPOSTA MOTORA	GRAU	RESPOSTA VERBAL	GRAU	DROGAS	DIAS										
TUBO	ABERT.	OLHOS	RESP.	MOTORA	RESP.	VERBAL	PONTOS	3-15	PIPIUS	SINTOMA	ABRIGO	PIPIUS	SINTOMA	ABRIGO	PIPIUS	SINTOMA	ABRIGO	PIPIUS	SINTOMA	ABRIGO
M	-	-	-	-	-	-	-	-	SAUDAVEL	4	REFLEXOS PARECER NORMAIS	-	1	COMUNICA DESPESO	-	5	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	SAUDAVEL	1	REFLEXOS A DORS	-	3	COMUNICA DESPESO	-	4	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	SAUDAVEL	2	REFLEXOS A DORS	-	4	COMUNICA DESPESO	-	3	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	SAUDAVEL	3	REFLEXOS A DORS	-	2	REFLEXOS A DORS	-	2	-	-	-	-
N	-	-	-	-	-	-	-	-	SAUDAVEL	2	REFLEXOS A DORS	-	1	REFLEXOS A DORS	-	1	-	-	-	-
PROCEDIMENTOS			EXAMES REALIZADOS		HORA	EXAMES REALIZADOS		HORA	CONTROLE		HORA	ANTIMICROBIANOS		HORA	ANTIMICROBIANOS		HORA	ANTIMICROBIANOS		HORA
INVASIVOS	DIAS	DIAS	DIAS		RADI	DIAS		RADI	DIAS		RADI	DIAS		RADI	DIAS		RADI	DIAS		RADI
INTRACAT.	-	-	DISSEC. VENT.		-	PUNÇÃO LOMBAR		-	AMIGDOLARIA		-	TRICAO DE SRY		-	TRICAO DE SRY		-	TRICAO DE SRY		-
VIA A PERIF.	-	-	ESTINTUAÇÃO		-	LARVAGEMORRADA		-	LABORATORIAS		-	TRICAO DE SRY		-	TRICAO DE SRY		-	TRICAO DE SRY		-
DREN. TORÁCICO	-	-	TRAQUEOSTOMA		-	RAD		-	PULMONARIA		-	TRICAO DE FUGO AIR.		-	TRICAO DE FUGO AIR.		-	TRICAO DE FUGO AIR.		-
SNG. ENE	-	-	SONDA VESICAL		-	RAD		-	TRICAO DE CMEC. RSP.		-	NPT		-	NPT		-	NPT		-
MARCAPASSO PROV.	-	-	TE		-	TRICAO DE LATER.		-	TRICAO DE LATER.		-	TRICAO DE LATER.		-	TRICAO DE LATER.		-	TRICAO DE LATER.		-
REGISTROS DE ENFERMAGEM																				
MANHÃ			TARDE		NOITE		NOTA		NOTA		NOTA		NOTA		NOTA		NOTA		NOTA	



PROCEDIMENTOS

REGISTROS DE ENFERMAGEM

REGISTRO DE ENFERMAGEM





GOVERNMENT OF INDIA, GOVERNMENT OF THE STATE OF KARNAKATA
MANUFACTURE OF INDIAN COTTON SPINNING AND WEAVING

Pronto Socorro Dr. José Sarmento

Home: 1000 1st Street, Sidney, Montana 59270
Address: 6363 Main Street, Sidney, MT 59270
Registration: 23-5
Date of Birth: 1971
Dissatisfied:



TURNO	ABERTO	OUDOS	RESPI.	MOTORIA	RESPI.	VERBAL	PONTOS	HORA	EXAMINADA	HORA EXAMINADA	DATA	PROBLEMA	TIPO	NOTA
M.							3-15		PIRULITAS	DESLIGAMENTO		DESESSAUDAÇÃO		
									OCULOS	9		CONTRATENSORAMENTO	4	
									OCULOS	10		OCULOS DEDICADO	5	
									PIRULITAS	11		PIRULITAS DEDICADO	6	
									PIRULITAS	12		PIRULITAS DEDICADO	7	
									PIRULITAS	13		PIRULITAS DEDICADO	8	
									PIRULITAS	14		PIRULITAS DEDICADO	9	
									PIRULITAS	15		PIRULITAS DEDICADO	10	
									PIRULITAS	16		PIRULITAS DEDICADO	11	
									PIRULITAS	17		PIRULITAS DEDICADO	12	
									PIRULITAS	18		PIRULITAS DEDICADO	13	
									PIRULITAS	19		PIRULITAS DEDICADO	14	
									PIRULITAS	20		PIRULITAS DEDICADO	15	
									PIRULITAS	21		PIRULITAS DEDICADO	16	
									PIRULITAS	22		PIRULITAS DEDICADO	17	
									PIRULITAS	23		PIRULITAS DEDICADO	18	
									PIRULITAS	24		PIRULITAS DEDICADO	19	
									PIRULITAS	25		PIRULITAS DEDICADO	20	
									PIRULITAS	26		PIRULITAS DEDICADO	21	
									PIRULITAS	27		PIRULITAS DEDICADO	22	
									PIRULITAS	28		PIRULITAS DEDICADO	23	
									PIRULITAS	29		PIRULITAS DEDICADO	24	
									PIRULITAS	30		PIRULITAS DEDICADO	25	
									PIRULITAS	31		PIRULITAS DEDICADO	26	
									PIRULITAS	32		PIRULITAS DEDICADO	27	
									PIRULITAS	33		PIRULITAS DEDICADO	28	
									PIRULITAS	34		PIRULITAS DEDICADO	29	
									PIRULITAS	35		PIRULITAS DEDICADO	30	
									PIRULITAS	36		PIRULITAS DEDICADO	31	
									PIRULITAS	37		PIRULITAS DEDICADO	32	
									PIRULITAS	38		PIRULITAS DEDICADO	33	
									PIRULITAS	39		PIRULITAS DEDICADO	34	
									PIRULITAS	40		PIRULITAS DEDICADO	35	
									PIRULITAS	41		PIRULITAS DEDICADO	36	
									PIRULITAS	42		PIRULITAS DEDICADO	37	
									PIRULITAS	43		PIRULITAS DEDICADO	38	
									PIRULITAS	44		PIRULITAS DEDICADO	39	
									PIRULITAS	45		PIRULITAS DEDICADO	40	
									PIRULITAS	46		PIRULITAS DEDICADO	41	
									PIRULITAS	47		PIRULITAS DEDICADO	42	
									PIRULITAS	48		PIRULITAS DEDICADO	43	
									PIRULITAS	49		PIRULITAS DEDICADO	44	
									PIRULITAS	50		PIRULITAS DEDICADO	45	
									PIRULITAS	51		PIRULITAS DEDICADO	46	
									PIRULITAS	52		PIRULITAS DEDICADO	47	
									PIRULITAS	53		PIRULITAS DEDICADO	48	
									PIRULITAS	54		PIRULITAS DEDICADO	49	
									PIRULITAS	55		PIRULITAS DEDICADO	50	
									PIRULITAS	56		PIRULITAS DEDICADO	51	
									PIRULITAS	57		PIRULITAS DEDICADO	52	
									PIRULITAS	58		PIRULITAS DEDICADO	53	
									PIRULITAS	59		PIRULITAS DEDICADO	54	
									PIRULITAS	60		PIRULITAS DEDICADO	55	
									PIRULITAS	61		PIRULITAS DEDICADO	56	
									PIRULITAS	62		PIRULITAS DEDICADO	57	
									PIRULITAS	63		PIRULITAS DEDICADO	58	
									PIRULITAS	64		PIRULITAS DEDICADO	59	
									PIRULITAS	65		PIRULITAS DEDICADO	60	
									PIRULITAS	66		PIRULITAS DEDICADO	61	
									PIRULITAS	67		PIRULITAS DEDICADO	62	
									PIRULITAS	68		PIRULITAS DEDICADO	63	
									PIRULITAS	69		PIRULITAS DEDICADO	64	
									PIRULITAS	70		PIRULITAS DEDICADO	65	
									PIRULITAS	71		PIRULITAS DEDICADO	66	
									PIRULITAS	72		PIRULITAS DEDICADO	67	
									PIRULITAS	73		PIRULITAS DEDICADO	68	
									PIRULITAS	74		PIRULITAS DEDICADO	69	
									PIRULITAS	75		PIRULITAS DEDICADO	70	
									PIRULITAS	76		PIRULITAS DEDICADO	71	
									PIRULITAS	77		PIRULITAS DEDICADO	72	
									PIRULITAS	78		PIRULITAS DEDICADO	73	
									PIRULITAS	79		PIRULITAS DEDICADO	74	
									PIRULITAS	80		PIRULITAS DEDICADO	75	
									PIRULITAS	81		PIRULITAS DEDICADO	76	
									PIRULITAS	82		PIRULITAS DEDICADO	77	
									PIRULITAS	83		PIRULITAS DEDICADO	78	
									PIRULITAS	84		PIRULITAS DEDICADO	79	
									PIRULITAS	85		PIRULITAS DEDICADO	80	
									PIRULITAS	86		PIRULITAS DEDICADO	81	
									PIRULITAS	87		PIRULITAS DEDICADO	82	
									PIRULITAS	88		PIRULITAS DEDICADO	83	
									PIRULITAS	89		PIRULITAS DEDICADO	84	
									PIRULITAS	90		PIRULITAS DEDICADO	85	
									PIRULITAS	91		PIRULITAS DEDICADO	86	
									PIRULITAS	92		PIRULITAS DEDICADO	87	
									PIRULITAS	93		PIRULITAS DEDICADO	88	
									PIRULITAS	94		PIRULITAS DEDICADO	89	
									PIRULITAS	95		PIRULITAS DEDICADO	90	
									PIRULITAS	96		PIRULITAS DEDICADO	91	
									PIRULITAS	97		PIRULITAS DEDICADO	92	
									PIRULITAS	98		PIRULITAS DEDICADO	93	
									PIRULITAS	99		PIRULITAS DEDICADO	94	
									PIRULITAS	100		PIRULITAS DEDICADO	95	

REGISTROS DE ENFERMAGEM

NORTE

TARDE

MANHÃ



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/12/2020 15:41:13
<https://pje1g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012161541129880000061242218>
 Número do documento: 2012161541129880000061242218

Num. 63906158 - Pág. 28

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

Nº:40

Complemento:

CEP: 59074135

Cidade: NATAL

Bairro: FELIPE CAMARÃO

Telefone: 84 987546209 84 987546209

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1002

Especialidade: ORTOPEDICA

Responsável: THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO -

Usuário: UZIMAR PEREIRA VALE

Admissão: 05/07/2020 12:54:53 Alta: Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.2 - FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA.
408050500 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

09 JUL 2020 DR. JOAQUIM

Paciente: Foi hospitalizado no momento devido com
Fratura em (parte) (parte) (parte) em Fratura
de ossos na (parte), (parte) (parte) (parte)
A Fratura (parte) (parte) (parte) (parte) (parte)
PXP externo (parte) (parte) (parte) (parte) (parte)

Ata: Ata fisiológica
ainda é (parte) para c/884.
ATM (60)
ORCOTIA (60).
AO auxiliar (parte)

SCRIERÉ COM ORIGINAL

ASSINATURA

GEN GUARNIERE R. DANTAS
MEDICO TRAUMATOLOGA
CRM - 4781 REGT 11044
CRF 703.425.31462

NATAL, 05 de Julho de 2020.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

PRMV015_R7 - Impressão da Prescrição Médica

%tZÉIC!18ntS
%tZEIC!18ntS
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 CIRÚRGICO DE URGÊNCIA.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

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



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/12/2020 15:41:13
<https://pjeg.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012161541129880000061242218>
 Número do documento: 2012161541129880000061242218

Num. 63906158 - Pág. 30

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
Data Internação: 05/07/2020 12:54
Início Validade: 05/07/2020 15:47 até 05/07/2020 18:59
Quarto / Leito: 1 303
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 CIRÚRGICO 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 FISIOLOGICO CLOR. DE SODIO 0,9% 500 ML SIST. F Tempo: 11904,76h	1.500	BOLS	IV	Continuo	21gota/min	Xe. na Br
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
3 - CEFALOTINA 1G (1FA+10ML ABD) - D1/5 Obs.: Iniciado em: 1/07/2019 Diluição: 100ml SF0,9%	1	FA	IV	6h/6h		15:47
4 - DIPIRONA 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		S/na
6 - OMEPRAZOL 40 MG (1FA+10ML DIL.)	1	FR	IV	24h/24h		15:47
7 - BROMOPRIDA 5MG/ML S/N náuseas/vômitos Diluição: 15ml SF0,9%	1	AMP	IV	8h/8h		S/na
8 - DICLOFENACO DE SODIO 50 MG	1	COM	VO	8h/8h		15:47
CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
9 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS						M T F
10 - CURATIVO DIARIO						M T W Th F S

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 23 dia(s)

Prescrição N°: 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 CEFALÉIA, 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 - DIPRONA SODICA (500 MG/ML 20 ML GOTAS)	40	GTS	VO	8h/8h		18:00 08/12/20
4 - ENOXAPARINA 40MG/0,4 ML SC	1	SER	SC	24h/24h		18:00
5 - OMEPRAZOL 20 MG	2	CAP	VO	24h/24h		06
CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
6 - (A) CURATIVO DIARIO (da prescrição 00004 alterada)						M
7 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITIAIS						M - T - C
8 - CURATIVO						M

GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS

CRM-4781/RN

09/07/2020 Ncr-8:usl

Doent 4 evoluçao 4t

81 Jefets evoluçao favs

com risco de infarto de miocárdio

nos Roraimas

não de ceno nov

com alto de nco

Gladstone S. Costa
Neurologista
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

Pal: SILAS DE OLIVEIRA SOUTO

Endereço: TRAVESSA MIRIM, 40 - FELIPE CAMARÃO - NATAL

Cidade: RN NATAL

CEP: 59074-135 Telefone: (84) 987546209

BOLETIM N°: 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 Nâo

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

Profissional: **GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS**

CRM: RN 4781

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

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

Médico:

R A I O S - X

Exame em: 13/08/2020



SUS

(NIN)

SÉRIE - Thos Fazem o maior
Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar Paus Geral**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **172478 THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO**

Prontuário: 1198404

CNS: 700002495328606

Nascimento: 15/06/1997

Cor: SEM INFORMACAO

Mãe: TELMA DIAS SOUTO

Sexo: Masculino

Endereço: TRAVESSA MIRIM, 40 - FELIPE CAMARÃO - NATAL

Pai: SILAS DE OLIVEIRA SOUTO

Município: NATAL

Código Municipal IBGE:

240810 UF: RN

Fone: 987546209 /

CEP: 59074-135

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 29003 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:**

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

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

CIRURGIA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

EX FÍSICO E RX

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.2 FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA*408050500.TRATAMENTO CIRÚRGICO 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 / Assitente:

HAUSEMANN HELIO GABARO LOPES DE MORAIS

CRM: 5314 / RN

Data da Solicitação 13/08/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS) Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____ Nº do bilhete: _____ Série: _____

 Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

 Acidente de Trabalho TrajetoVínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador: _____

Orgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

Data da Autorização: ____/____/____

Assinatura/Carimbo: _____





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



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 28586 /2020
Admissão: 05/07/2020 11:28:06

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

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

Nascimento: 15/06/1997 Natural: ARES.BRASIL

CNS: 700052485326606

CPF: 70338304401

Sexo: M Cor: PORDA

Mãe: TELMA DIAS SOUTO

Prof: GARCON

Logradouro: MIRIM, 40

Pai:

CEP: 59074135

Bairro: FELIPE CAMARÃO

Cidade: NATAL

Telefone: 84 987546209

Compl:

Motivo: ACIDENTE DE TRANSITO - MOTO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AUTOMOBIL SAMU NATAL

Empresa:

Fluxograma

Discriminação:

OBS.: NATAL

Classificação: 05/07/2020 11:24:24

HQ	PA	HGT	SaO2	FIO2	FR	FC	TEMP	Glasgow	RTS
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISAO MOTO/CARRO - REPERCE DOLOR/LGIA+FRATURA C/POSTA EM MID
Hora: _____

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)									
A									
B									
C									
D									
E									

OUTRAS OBSERVAÇÕES									

SAÍDA: 05/07/2020 12:54:52 - 01/07/2020

DATA: 05/07/2020 HORA: 12:54:52

Gerado em 05/07/2020 12:54:52 por FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - Impresão em 03 de Agosto de 2020



DIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

FCE ?

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

fce anorectal +

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO

Fistula Pecten + Fistula recto

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

- ① Digitalizar 2ml + 100ml de
② Voltoxim 45ml 10mL
③ Itraconazol 100mg + 100ml de

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

c/ fistula
fistula recto
AO fistula recto

Enx P Sifura recto

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

ONTOPOVIA

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.

Marcos M. Branco
Assessora
2014-5642

Médico (Carimbo)

Deslizar nessa folha e colar na parte traseira 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.



1. ANALISE A RESPONSABILIDADE DA VITIMA 1, PECULIA RUA DA QUINTA ESTERNA, PARECE UMA PESSOA AVELADA, DE 18 ANOS, MASCULINO, ALTURA 1,70, PESO 70KG, CABELO LOURO, SORRISO AMIGAVEL, VESTIMENTA CLÁSICA, TENDENCIAS DE SEGRETO, DISPOSTO A RECEBER VISITAS, AGRADECE AQUELES QUE LHE VISITAM, PARECE UMA PESSOA CARINHOSA, SENSÍVEL, HUMANA E INTEGRAL. 2. ANALISE A VITIMA 2, PECULIA RUA DA QUINTA ESTERNA, PARECE UMA PESSOA AVELADA, DE 18 ANOS, MASCULINO, ALTURA 1,70, PESO 70KG, CABELO LOURO, SORRISO AMIGAVEL, VESTIMENTA CLÁSICA, TENDENCIAS DE SEGRETO, DISPOSTO A RECEBER VISITAS, AGRADECE AQUELES QUE LHE VISITAM, PARECE UMA PESSOA CARINHOSA, SENSÍVEL, HUMANA E INTEGRAL. 3. ANALISE A VITIMA 3, PECULIA RUA DA QUINTA ESTERNA, PARECE UMA PESSOA AVELADA, DE 18 ANOS, MASCULINO, ALTURA 1,70, PESO 70KG, CABELO LOURO, SORRISO AMIGAVEL, VESTIMENTA CLÁSICA, TENDENCIAS DE SEGRETO, DISPOSTO A RECEBER VISITAS, AGRADECE AQUELES QUE LHE VISITAM, PARECE UMA PESSOA CARINHOSA, SENSÍVEL, HUMANA E INTEGRAL. 4. ANALISE A VITIMA 4, PECULIA RUA DA QUINTA ESTERNA, PARECE UMA PESSOA AVELADA, DE 18 ANOS, MASCULINO, ALTURA 1,70, PESO 70KG, CABELO LOURO, SORRISO AMIGAVEL, VESTIMENTA CLÁSICA, TENDENCIAS DE SEGRETO, DISPOSTO A RECEBER VISITAS, AGRADECE AQUELES QUE LHE VISITAM, PARECE UMA PESSOA CARINHOSA, SENSÍVEL, HUMANA E INTEGRAL. 5. ANALISE A VITIMA 5, PECULIA RUA DA QUINTA ESTERNA, PARECE UMA PESSOA AVELADA, DE 18 ANOS, MASCULINO, ALTURA 1,70, PESO 70KG, CABELO LOURO, SORRISO AMIGAVEL, VESTIMENTA CLÁSICA, TENDENCIAS DE SEGRETO, DISPOSTO A RECEBER VISITAS, AGRADECE AQUELES QUE LHE VISITAM, PARECE UMA PESSOA CARINHOSA, SENSÍVEL, HUMANA E INTEGRAL. 6. ANALISE A VITIMA 6, PECULIA RUA DA QUINTA ESTERNA, PARECE UMA PESSOA AVELADA, DE 18 ANOS, MASCULINO, ALTURA 1,70, PESO 70KG, CABELO LOURO, SORRISO AMIGAVEL, VESTIMENTA CLÁSICA, TENDENCIAS DE SEGRETO, DISPOSTO A RECEBER VISITAS, AGRADECE AQUELES QUE LHE VISITAM, PARECE UMA PESSOA CARINHOSA, SENSÍVEL, HUMANA E INTEGRAL. 7. NE PRISMO

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

INTERAÇÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

WAT ON 00000000000000000000000000000000

Cherry Hill
George Washington
July 4, 1776

Assinatura e Cariômetro do Responsável

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

~~LABORATORIO DE BACTERIOLÓGICO~~

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

REB
play as with
SC 15;
or MD;
for today it is 70000
CPI RC Group
as in last T
Dir. 100000
M. 100000
C. 100000

Assinatura e Carimbo do Responsável

2009-01-26 08:55:28 [INFO] Escala de Chiricasagon

Alimentos Orgânicos (AO)	4
Otros no sólidos vegetales (OTV)	3
Otros no sólidos vegetales verdes (OTV verde) ou Outros sólidos vegetais não processados, que seja, os vegetais S. de tipo 3	2
Otros no sólidos vegetales deshidratados	1
Otros sólidos sólidos	
Bebidas vegetais (BV)	
Otros líquidos vegetales e derivados e/o preparados com carne, leite, levedura, salsas, e/ou gorduras	5
Otros líquidos vegetales preparados com cereais, aveia ou cítricos desidratados e condensados	4
Otros líquidos vegetales (leite vegetal, leite de soja, leite de amêndoas, etc.)	3
Sorvete vegetal. (Cremoso não açucarado gelado)	2
Aceites,	
Otros vegetais oleaginosos (OVOL)	
Otros óleos vegetais. (Faz parte deste grupo os óleos de semente)	6
Líquidos extratos vegetais.	5
Leveduras fermentadas a seco	4
Produtos base de leite descremados.	2
produtos extratos de leite (leite em pó, etc.)	1

**MUSALA TRE TRAINING DO
TRENINGA FIZYCZNEGO - ROTS**

CLASSIFICAÇÃO DO TCE.
(ATLIS 2005)*

esg. 1 = organische Stoffe entstehen aus
inhabitativer Basis (z.B.);
esg. 2 = Menschen;
esg. 3 = Tiere).

^a Reference: TEASDALE G, RONDET B. Assessment of oral and topical corticosteroids. A practical scale. *Lancet* 1984;2:1063.

“A questo punto siamo al di fuori della nostra storia e delle leggi che ci hanno sempre guidato. Noi siamo Oltre il Cielo, ma non abbiamo più la capacità di controllare le cose che ci circondano. Non abbiamo più controllo su nulla.”

SEM COR	LEVE L	Moderator	Interact	P
0	+	2	3	



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

RELATÓRIO DE
HISTÓRIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICO

Nome:

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data:

Hora:

06/07/20

NC

TCE LIV

Clínica de medicina do HN, CECIS, RN

efet. José

TCE LIBERADA

LIBERADA P/ NC

Dr. Anderson de Oliveira Melo

Neurocirurgião

CONCURSADO

09/07/2020 ORIGINAIS

PRÉ-EXAME FÍSICO 45 ANOS MASCULINO NC
EM TÉC. P/ SOLICITAR TCE LIBERADA
(NÃO PRECISA), PRA NÃO SERVIR DE RUMO
COM NC.

SOLICITAR ALIAGADA DA OROBONIA, AVENIDA
DOS IRMOS LINHARES

Misão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergência clínica aguda, graves e crônicas, entre especial e universal de acordo com as necessidades públicas e privadas e contribuir, para o encerramento e a resolução em cada um dos ramos clínicos e humanitários.

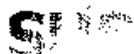


EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A	
B	
C	
D	
E	
A (ALÉRGIAS)	
M (MEDICAÇÃO EM USO)	
P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)	
I (LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)	
A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)	
V (PASSADO VACINAL)	

DESTINO DO PACIENTE:		
INTERNACAO NA CLINICA:	DATA	HORA
SARAI: () DISCHAGAO MEDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:		
OBITO: DATA / / HORA		
ENTREGUE A FAMILIA () CON ATESTADO () S.V.O () FERREIRA		





Modelo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou

CNES: 2653923

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: 377478 THAÍS STONY DIAS SOUTO
CNS: 700002495228605 Nascimento: 15/06/1997 Sexo: Masculino
Cor: PARDAS
Mãe: TELMA DIAS SOUTO
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 N° 2321 / 2020

ESTRUTURA DE INTENÇÃO

VITIMA - VÍTIMA DE MOTO CARRE

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

9 QUADRILHÃO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

**RESERVA DO SÓ
BAJO X DA REDE**

Resposta ao pedido de Recredenciamento Solicitado:

522.2-36 EXERCISE DA TÍPIA*408050500 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAPSE DA TÍPIA

Precisa de avaliação ortopédica externa após tratamento inicial?

TIBIA DIAPSE, 1/2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

Faz Antibioticoterapia

✓ Lembre-se de usar Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assinante:

CRM: 3642 / RN Data da Solicitação: 05/07/2020

DETACHAR OS CARGOS DE CANAIS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

- Acidente de Trabalho Profissional da Seguradora: _____ N° do Incidente: _____ Série: _____
 Acidente de Trabalho Típico Custo da Empresa: _____ CNAE da Empresa: _____ CBOR: _____
 Acidente de Trabalho Trajetória

AUTORIZAÇÃO

Profesional Nuevo México | Oficina Ejecutiva

Vínculo da Autorização:

Data da Criação: 10/09/2018 | Atualização: 09/09/2023



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Página 1 de 1

CCMV004_R - Relatório de Cirurgia

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

03/08/2020 13:45

PAC: BAA: 63906158 / 2320

Paciente: THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO

- SUB

- ANDAR

Categoria: GRATUITO

Quarto / Leito: 5 / 416

Tipo de ... - gpe: 4

Prontuário: 1198404

Data Agendamento: 05/07/2020 15:15

Cirurgia: TTO CIR FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Data Realização: 05/07/2020 14:20

Potencial de Contaminação: Contaminada

Cirurgião: GRAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS

Anestesiologista: MEDICO FLANTONISTA

Tipo Anestesia: RAQUE

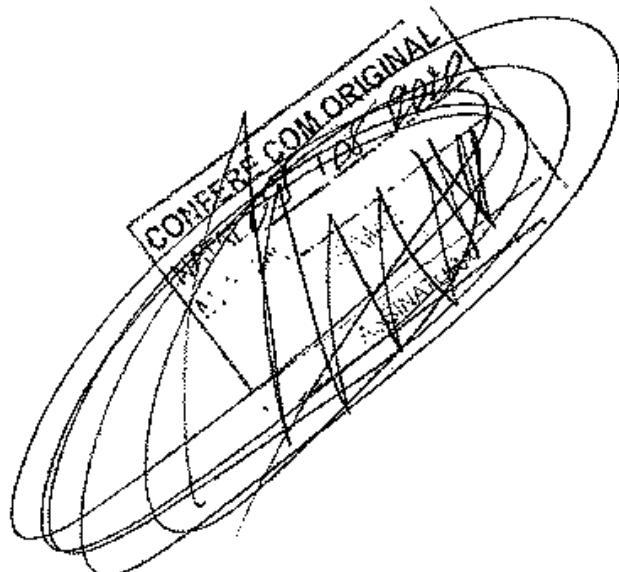
Instrumentador: ANA CLEIDE - Hospital

Equipe:

Data do Relatório: 05/07/2020 15:45 Profissional:

Relatório:

- 1- PACIENTE EM DDH, SOB RAQUIANESTESIA
- 2- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
- 3- CAMPEAMENTO ESTERIL
- 4- REALIZADA IRIGAÇÃO COPÍGRA DE FERIMENTO COM +/- 7 LITROS DE SF 0,9%
- 5- REALIZADO DESBRIDAMENTO MECÂNICO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
- 6- REALIZADA REDUÇÃO DE FRATURA E POSICIONADO FIXADOR EXTERNO DE TIBIA
- 7- FEITA
- 8- SUTURA POR PLANOS
- 9- CURATIVO ESTERIL
- 10- FIM



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/12/2020 15:41:13

<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012161541129880000061242218>

Número do documento: 2012161541129880000061242218

Num. 63906158 - Pág. 41

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

PRMV015_P7 - Impressão da Prescrição Médica



Página 1 de 1

03/08/2020 13:45

Nº Rec: 172478 - THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO
Data: 03/08/2020

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 Resp.: MARCOS MEDEIROS BRANDAO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

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

PREScriÇÃO MÉDICA

NUTR.	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - LÍQUIDOS						
MEDICAMENTO						
2 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML 20 ML S/N so náuseas ou vômitos Dose: 10 mg/ML	1	AMP	IV	5ml/h		
3 - DIPERIDOL 300MG + 150MG 20 ML GOTAS	40	GTS	VO	60/60	13:00-06:12:18	
4 - ENOXAPARINA 40MG 50ML	1	SER	I-	24h/24h	16:16	
5 - CIMEPRAZOL 20 MG	2	CAP	VO	24h/24h	06	
CUIDADOS						
6 - (A) CURA (VO) DIÁRIO (na prescrição 00004 alterada)						
7 - CUIDADO: APERTE + SINALS VITais						
8 -						

GEAN GUARNIERE RODRIGUES DAMASCENO

CRM-478/VRN

Legenda: (A) alterado - (S) suspenso - (D) N' su necessário. Item em negrito: subtração. Clique para sair.

03/08/2020 13:45



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/12/2020 15:41:13
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012161541129880000061242218>
 Número do documento: 2012161541129880000061242218

Num. 63906158 - Pág. 42



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

RELATÓRIO DE
HISTÓRIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICO

registro:

S

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

CONFIRME COM ORIGINAL

DATA: 12/12/2020

Assinatura: Dr. J. L. G. G. G.

Até 10 dias

2020

PROTOCOLO DE ADMISSÃO

DATA: 12/12/2020

Assinatura: Dr. J. L. G. G. G.

2020





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

卷之三

१२६

三

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Registru:
Diplomato:

Hospital Monte Serrat - Pronto Socorro Dr. Dantas - São Bernardo

SNAILS VIALS

CONTROLE HÓRICO

卷之三

۱۰۸

३८५

SUB-191001

SUMMARY

REFUGIO TOTAL

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

Num. 63906158 - Pág. 44

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM			ABERTURA OLHOS	GRAU	RESPOSTA MOTORA	GRAU	RESPOSTA VERBAL	GRAU	DROGAS	DIAS								
TUBO	ABERT.	OLHOS	RESP.	MOTORA	RESP.	VERBAL	PONTOS	3-15	PIPIUS	SARRO	ALUT	000	SAU/RESPIR	2	3	4	5	6
M	-	-	-	-	-	-	-	-	SAU/RESPIR	1	PIPIUS	1	PIPIUS	1	1	1	1	1
N	-	-	-	-	-	-	-	-	SAU/RESPIR	2	PIPIUS	2	PIPIUS	2	1	1	1	1

PROCEDIMENTOS		EXAMES REALIZADOS	HORA	EXAMES REALIZADOS	HORA	CONTROLE	HORA	ANTIMICROBIANOS	HORA
INVASIVOS	DIAS	DIAS	RADI	AMIGDALAS	TRICOU DE SY				DIAS
INTRACAT	-	-	DISSEC. VENT	PUNÇÃO LOMBAR	BNK				
VIA A PERIF.	-	-	ENTUBAÇÃO	TRAQUEOTOMIA	LADONATORIAS				
DREN. TORÁCICO	-	-	TRAQUEOTOMIA	REG	PAUTOMETRIA				
SNG. ENE	-	-	SONDA VESICAL	REG	TRICOU DE FUSCO AIR.				
MARCAPASSO PROV.	-	-	TE		TRICOU DE CIME. REG.		NPT		

REGISTROS DE ENFERMAGEM									
MANHÃ		TARDE		NOITE					



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

TURNO	ABERTO	CLOS	REPO.	MOTORA	RESPOSTA MÔTICA	GRAU	RESPOSTA VERBAL	GRAU	DROGAS	DIAS
M										
T										
N										

EXAMES REALIZADOS	HORA	EXAMES REALIZADOS	HORA	CONTROLES	HORA	ANTIMICROBIANOS	HORA
INVASIVOS	DIAS	DIAS	DIAS				
INTRACAT		DISSECC. VEN.		AMPICILINA		TRICLOPIVAN	
VEIA PERR.		ENTUBAÇÃO		PENICILINA		TRICLOPIVAN	
DREN. TORACICO		TRAQUEOSTOMA		LACTACODRINA		TRICLOPIVAN	
SANG. ENE		SENDA VESICAL		GLICO		TRICLOPIVAN	
MARC. PASSO PROV.				TC		TRICLOPIVAN	

REGISTROS DE ENFERMAGEM

MANHÃ

TARDE

NOITE

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





ବ୍ୟାପକ ହିଁ ବ୍ୟାପକ ହିଁ ବ୍ୟାପକ ହିଁ
ବ୍ୟାପକ ହିଁ ବ୍ୟାପକ ହିଁ ବ୍ୟାପକ ହିଁ
ବ୍ୟାପକ ହିଁ ବ୍ୟାପକ ହିଁ ବ୍ୟାପକ ହିଁ

Pronto Socorro Gênesis Sartório

Homer, *The Traveller's Guide*, 1863, 1 vol.
Regd. No. 6363. Price 33s.





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

Nº:40

Complemento:

CEP: 59074135

Cidade: NATAL

Bairro: FELIPE CAMARÃO

Telefone: 84 987546209 84 987546209

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1002

Especialidade: ORTOPEDICA

Responsável: THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO -

Usuário: UZIMAR PEREIRA VALE

Admissão: 05/07/2020 12:54:53 Alta: Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.2 - FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA.
408050500 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

09 JUL 2020 DR. JOAQUIM

Paciente: Jovem hispânica de 23 anos com
trauma em perna (L) que evoluiu em fratura
de osso na região (L), com 5 cm subtraçao.
A fixação cirúrgica foi colocada no
polegar externo com fixação com bon alinhado
(L).

Ata fisiológica
ainda é ambulatorio para C/SSA.
ATM (60)
ORCOTIA (0)

Ata ambulatório

SCRIERÉ COM ORIGINAL

ASSINATURA

GEN GUARNIERE R. DANTAS
MEDICO TRAUMATOLOGA
CRM - 4781 REGT 11044
CRF 703.425.31462

NATAL, 05 de Julho de 2020.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

PRMV015_R7 - Impressão da Prescrição Médica

%tZÉIC!18ntS
%tZEIC!18ntS
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 CIRÚRGICO DE URGÊNCIA.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

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



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/12/2020 15:41:13
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012161541129880000061242218>
 Número do documento: 2012161541129880000061242218

Num. 63906158 - Pág. 50

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
Data Internação: 05/07/2020 12:54
Início Validade: 05/07/2020 15:47 até 05/07/2020 18:59
Quarto / Leito: 1 303
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 CIRÚRGICO DE URGENCIA.

Prescrição Médica

	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
NUTRIÇÃO						
1 - LIVRE						
SOLUÇÃO						
2 - SOLUÇÃO DE a - SORO FISIOLOGICO CLOR. DE SODIO 0,9% 500 ML SIST. F Tempo: 11904,76h	1.500	BOLS	IV	Continuo	21gota/min	Xe. na Br
MEDICAMENTO						
3 - CEFALOTINA 1G (1FA+10ML ABD) - D1/5 Obs.: Iniciado em: 1/07/2019 Diluição: 100ml SF0,9%	1	FA	IV	6h/6h		15:47
4 - DIPIRONA 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		S/N
6 - OMEPRAZOL 40 MG (1FA+10ML DIL.)	1	FR	IV	24h/24h		15:47
7 - BROMOPRIDA 5MG/ML S/N náuseas/vômitos Diluição: 15ml SF0,9%	1	AMP	IV	8h/8h		S/N
8 - DICLOFENACO DE SODIO 50 MG	1	COM	VO	8h/8h		15:47
CUIDADOS						
9 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS						M T F
10 - CURATIVO DIARIO						M T W Th F S

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 23 dia(s)

Prescrição N°: 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 CEFALÉIA, 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 - DIPIRONA SÓDICA (500 MG/ML 20 ML GOTAS)	40	GTS	VO	8h/8h		18:00 08/12/20
4 - ENOXAPARINA 40MG/0,4 ML SC	1	SER	SC	24h/24h		18:00
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 VITIAIS						M - T - C
8 - CURATIVO						M

GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS

CRM-4781/RN

09/07/2020 Ncr-8:usl

Doent 4 evoluçao 4t

81 Jefets evoluçao favs

com risco de infarto de miocárdio

nos Roraimas

não de ceno nov

com alto de nco

Gladstone S. Costa
Neurologista
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

Pal: SILAS DE OLIVEIRA SOUTO

Endereço: TRAVESSA MIRIM, 40 - FELIPE CAMARÃO - NATAL

Cidade: RN NATAL

CEP: 59074-135 Telefone: (84) 987546209

BOLETIM N°: 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 Nâo

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

Profissional: GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS

CRM: RN 4781

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

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

Médico:

R A I O S - X

Exame em: 13/08/2020



SUS

(NIN)

SÉRIE - Thos Fazem o maior
Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar Paus Geral**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **172478 THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO**

Prontuário: 1198404

CNS: 700002495328606

Nascimento: 15/06/1997

Cor: SEM INFORMACAO

Mãe: TELMA DIAS SOUTO

Sexo: Masculino

Endereço: TRAVESSA MIRIM, 40 - FELIPE CAMARÃO - NATAL

Pai: SILAS DE OLIVEIRA SOUTO

Município: NATAL

Código Municipal IBGE:

240810 UF: RN

Fone: 987546209 /

CEP: 59074-135

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 29003 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:**

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

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

CIRURGIA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

EX FÍSICO E RX

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.2 FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA*408050500.TRATAMENTO CIRÚRGICO 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 / Assitente:

HAUSEMANN HELIO GABARO LOPES DE MORAIS

CRM: 5314 / RN

Data da Solicitação 13/08/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS) Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____ N° do bilhete: _____ Série: _____

 Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

 Acidente de Trabalho TrajetoVínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador: _____

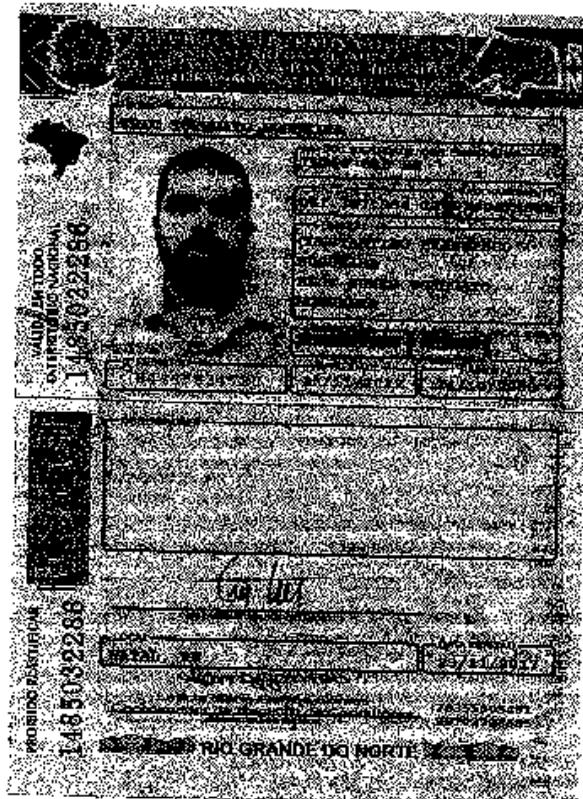
Orgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

Data da Autorização: ____/____/____

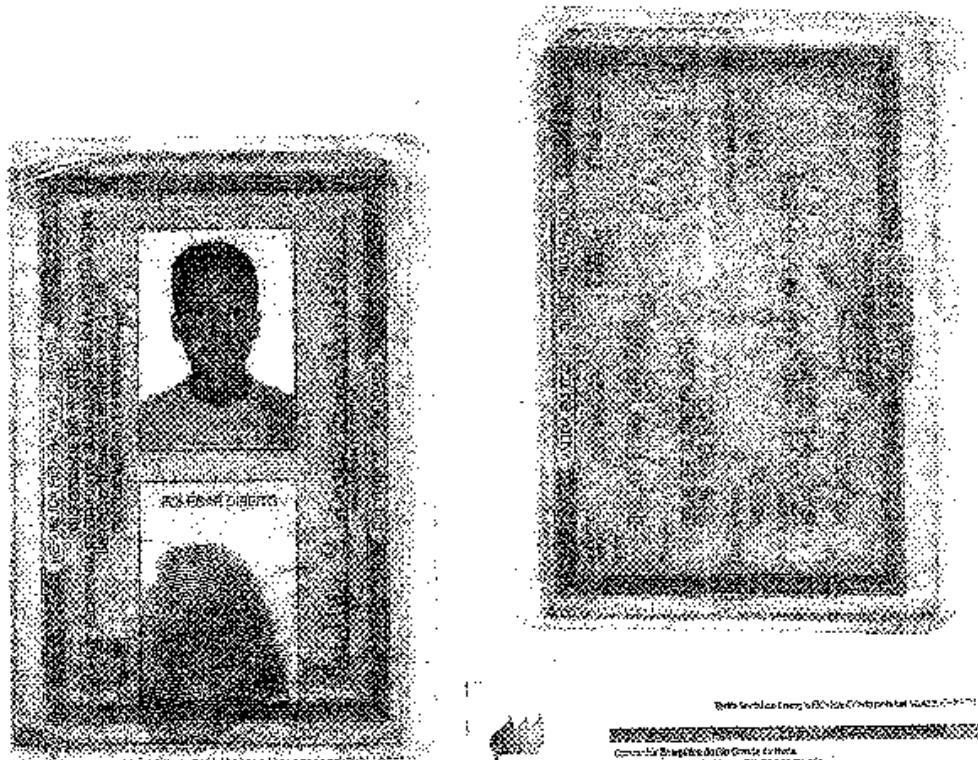
Assinatura/Carimbo: _____





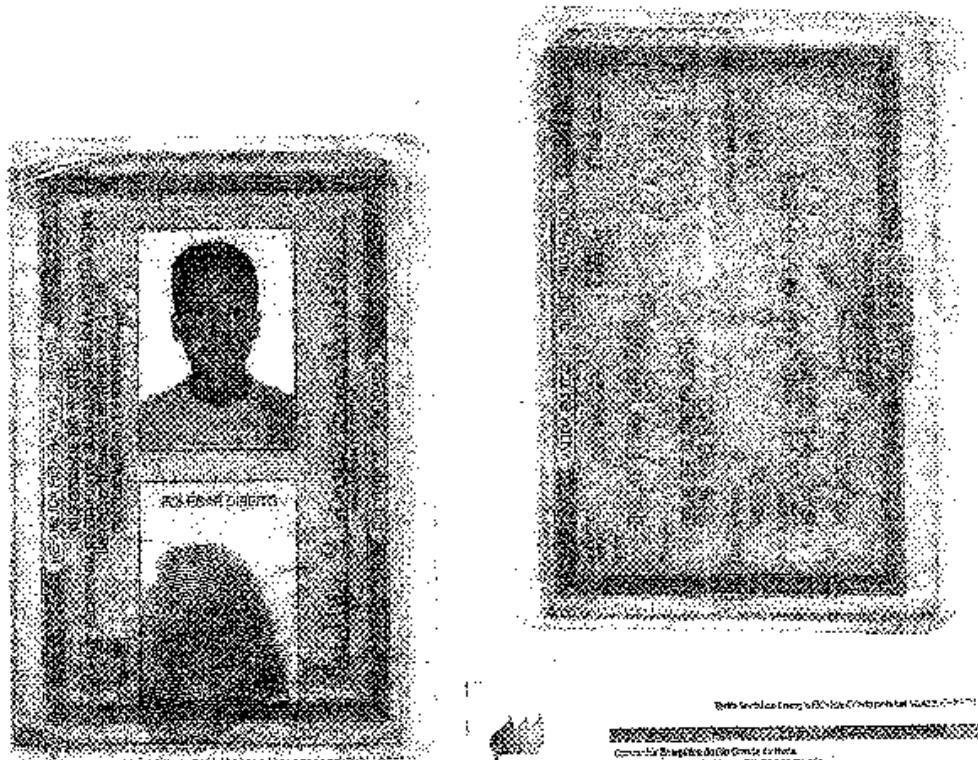
Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/12/2020 15:41:13
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121615411298800000061242218>
Número do documento: 20121615411298800000061242218

Num. 63906158 - Pág. 55



18/08/2020 17:24





18/08/2020 17:24



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: TAXA DE FERIMENTO

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: TAXA DE FERIMENTO

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/07/2020

Titular do CPF: THALLYS SIDNEY DIAS SOUTO

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

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



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/12/2020 15:41:13
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012161541129880000061242218>
Número do documento: 2012161541129880000061242218

Num. 63906158 - Pág. 61