

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 31 de Agosto de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200309610**      **Vítima: JOAO MARIA DE PONTES**

**Data do Acidente: 04/06/2020**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARIA DOS NAVEGANTES MARTINS DE OLIVEIRA**

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

**Senhor(a), JOAO MARIA DE PONTES**

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 09 de Outubro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200309610**      **Vítima: JOAO MARIA DE PONTES**

**Data do Acidente: 04/06/2020**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARIA DOS NAVEGANTES MARTINS DE OLIVEIRA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), JOAO MARIA DE PONTES**

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 27 de Outubro de 2020**

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200309610**      **Vítima: JOAO MARIA DE PONTES**

**Data do Acidente: 04/06/2020**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARIA DOS NAVEGANTES MARTINS DE OLIVEIRA**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOAO MARIA DE PONTES**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 21/10/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI:  3 - CPF da vítima:  1047-186-704-70 4 - Nome completo da vítima:  José Maria de Pontes

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

5 - Nome completo: <input type="text"/> José Maria de Pontes	6 - CPF: <input type="text"/> 047-186-704-70		
7 - Profissão: <input type="text"/> Traseiro	8 - Endereço: <input type="text"/> Rua Antônio Corrêa	9 - Número: <input type="text"/> 2009	10 - Complemento: <input type="text"/>
11 - Bairro: <input type="text"/> Centro	12 - Cidade: <input type="text"/> Rio Branco	13 - Estado: <input type="text"/> RN	14 - CEP: <input type="text"/> 59560-000
15 - E-mail: <input type="text"/>	16 - Tel. (DDD): <input type="text"/> (084) 9-8859-2360		

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MÉDIO 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:

<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 BANCARIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:  0760 CONTA:  00058659 0  (Informar o dígito se existir)  (Informar o dígito se existir)  (Informar o dígito se existir)  (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT e 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 de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:  26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos:  30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos:  33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?

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 - 1<sup>a</sup> | Nome:   
CPF:

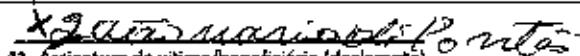
Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome:   
CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data,  Rio Branco 25-08-2020



41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)  Cecília Maria de Pontes

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Governo do Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social  
Polícia Civil  
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: Delegacia Municipal de Taipu  
Endereço: Rua Vereador Geraldo Ferreira da Cruz, S/N, Centro, TAIPU, FONE/FAX: 32642360

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM**

1.1 Protocolo: J2020215000142

1.2 Data de Expedição: 06/08/2020 12:40:21

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.4 Ligou CIOSP: Não

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

2.1 Data/Hora do Fato: 04/08/2020 16:30:00

2.2 Autoria: Conhecida

2.3 Fato: Consumido

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.7 Logradouro: BR 406, COM RN QUE LIGA A CIDADE DE POÇO BRANCO

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.9 CEP:

2.8 Número: S/N

2.11 Ponto de Referência: AO LADO DO POSTO DE GASOLINA

2.10 Complemento:

2.13 Cidade: TAIPU

2.12 Bairro: null

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

**3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)**

3.1 Nome Completo: JOÃO MARIA DE PONTES

3.2 Estado civil: Casado(a)

3.2 Nome Social:

3.4 Pai: FRANCISCO MOIZIM DE PONTES

3.5 Etnia: Sem Informação

3.6 Mãe: ROSA SABRINA DE PONTES

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 04718670470

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 27/04/1983

3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)

3.14 RG: 002118979 - Itep/RN

3.15 Telefone(s): 64 986515292 / 64 986590542

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 519

3.18 Naturalidade: CEARA-MIRIM RN

3.19 Bairro: CENTRO

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: RUA 12 DE OUTUBRO

3.23 Cidade: POÇO BRANCO

3.24 CEP:

**4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)**

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

5.1.1 Nome Completo: A ESCLARECER

5.1.2 Alcunha:

5.1.3 Nome Social:

5.1.4 Pál:

5.1.5 Estado civil:

5.1.6 Mae:

5.1.7 Etnia:

5.1.7 Identidade de Gênero:

5.1.8 Data de Nascimento:

5.1.10 Orientação Sexual:

5.1.11 RG: Não Informado

5.1.12 Sexo: NÃO IDENTIFICADO / SEM INFORMAÇÃO

5.1.13 Profissão:

5.1.14 CPF:

5.1.15 Passaporte:

5.1.16 Nacionalidade:

5.1.17 Características:

5.1.20 CEP:

5.1.18 Logradouro:

5.1.22 Cidade:

5.1.19 Número:

5.1.21 Bairro:

5.1.23 Estado:

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

**7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: 9C2JC4110CR561219

7.1.4 Renavam: 00477186516

7.1.5 Placa: UJR0185

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.7 Modelo: CG 125 FAN KS

7.1.8 Ano de Modelo: 2012

7.1.10 Ano de Fabricação: 2012

7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: LEONARDO SILVA DE OLIVEIRA

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.16 Nome do condutor: JOSÉ MARIA DE PONTES

7.1.18 Observações:

**8. DADOS DA OCORRÊNCIA**

**9. DOS FATOS**

**9.1 Histórico**

O COMUNICANTE COMPARCEU NESTA DELEGACIA PARA INFORMAR QUE VINHA NO BAGAGEIRO DA MOTOCICLETA ACIMA CITADA, QUE A PESSOA QUE VINHA CONDUZINDO É SEU IRMÃO, JOSÉ MARIA DE PONTES, POSSUIDOR DA CNH N° 04600821077, CAT: AB, VALIDADE: 17/12/2023, RG: 002408511 Itep/RN, QUE VINHA SENTIDO CEARÁ-MIRIM A POÇO BRANCO, MOMENTO QUE PRÓXIMO A ENTRADA DA CIDADE DE POÇO BRANCO, SINALIZOU E ENTROU NA RN-051, EM SEGUIDA SURGIU OUTRA MOTOCICLETA PILOTA PELO UM MENOR, ESTE (MENOR) FAZENDO UMA MANOBRAS (LEGAL, EMPINANDO A MOTOCICLETA E COLIDIU COM A MOTOCICLETA DO COMUNICANTE NA PARTE LATERAL, IMPRENANDO A Perna DO COMUNICANTE, QUE COM IMPACTO O CONDUTOR PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIRAMOS SOLO. QUE CERCA DE 20 MINUTOS APÓS O ACIDENTE A AMBULÂNCIA DE POÇO BRANCO A VITIMA ATÉ O HOSPITAL DE POÇO BRANCO PARA ATENDIMENTO, ONDE FOI ATENDIDO E EM SEGUIDA ENCAMINHADO PARA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL CLÓVIS SARINHO EM NATAL, QUE NOVAMENTE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL BISPO MARQUE EM PARNAMIRIM, QUE A VITIMA PRECISOU FAZER UMA CIRURGIA NO JOELHO ESQUERDO. NADA MAS DISSE.

**9.2 Informações do CIOSP**

**10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)**

**11. DECLARAÇÃO**

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

Data: 06/08/2020 12:40:21

Policial

Policial

✓ Jose Maria de Pontes  
Interessado



### Polegar direito

Atendimento: 1968289 - Toninho Nogueira Nobre

Impresso por: 1968289 - Ronaldo Moraes Nobre em 05/08/2020 12:40:31

FINAN. DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

2020-03-26 03:49



# 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: 14/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: JOAO MARIA DE PONTES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00760

CONTA: 000000058659-0

---

Nr. da Autenticação 37E8C06DF924B29C



# DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

## PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

Capital e regiões metropolitanas: 0800-1286 / Outras regiões: 0800-022.12.04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022.81.89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022.12.96 | Central Ondulor: 0800-021.91.35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP 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 COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RASSSEGURADO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTÉRINANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PERNAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI N° 9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria dos Navegantes Martins de Oliveira  
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 059.565.474 , 64, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
José Maria de Pontes Inscrito (a) no CPF sob o N° 047-186-704 , 70,  
de sinistro de DPVAT cobertura intervisão da Vítima José Maria de Pontes

Inscrito (a) no CPF sob o N° 047-186-704 , 70, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia da comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 289 do Código Penal.

Endereço	Número	Complemento			
Rua Antônio Boreu	2004				
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Poco Bruneo</u>	Estado: <u>SC</u>	CEP: <u>39560-000</u>		
E-mail:					

Local e Data: Poco Bruneo 25-08-2020

X Maria dos Navegantes Martins de Oliveira  
Assinatura do Declarante

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome: José Maria da Costa Sexo: M Idade: 37  
Endereço: Rua 12 da Serraria Nº:   
Naturalidade: Poço Branco Profissão:   
Entrada às: 11:23 Hrs do Dia: 04/06/2010  
Cartão SUS: 578001192443456 SPO2 = 95  
Urgência: ( ) Ambulatório: ( )  
PULSO: 82 bpm TA: 120/80 Temperatura:   
Peso:

História: A cadute de cesto

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório:

Fratura de tibia?

Tratamento:

Velfam - Oxyg Day  
triazolina 40 + ABD DV cesto

Destino do Paciente:

Liberado ( ) Óbito ( ) Observação das  Hrs. às  Hrs.

Encaminhado para H. Galdávaz

Ass. do Médico Oficial Garimbo



Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria Municipal de Saúde  
CNPJ: 19.233.722/0001-06



A. H. Wolfe do  
Engel.

Eulálio José  
Maria de Pádua,  
37 años, dedicado  
al teatro, con gran  
matizado de grana  
-Es querida Eulálio?  
Nacida de a vadia  
Cô orgulhosa  
Certidão. Dña Nogueira  
Falso 71 mil 100

DATA: 04/06/20

## "Exploração Sexual Infantil da Pena de 1 a 12 anos de prisão"



Admissão: 04/06/2020 18:02:15



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **175427 - JOAO MARIA DE PONTES** (37 a 1 m 7 d)

Sexo: M Cor: PARDA

Nascimento: 27/04/1983 Natural: CEARA-MIRIM, BRASIL

CPF: 04718670470

Prof:

CNS: 705005830165355

Pai: FRANCISCO MOIZIM DE PONTES

Mãe: ROSA SABRINA DE PONTES

Logradouro: 12 DE OUTUBRO, 519

CEP: 59560000 Bairro: POCO BRANCO

Cidade: POCO BRANCO

Telefone: 84 94147451

Compl:

Motivo: ACIDENTE DE TRANSITO - MOTO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. INTERIOR

\*Empresa:

Fluxograma:

Disponibilizar:

OBS:

Classificação: 04/06/2020 17:53:22

HORA	P.A.	HGT	SatO2	INFERIR COM NATAL, BLOQ. MAT. NO.	FR	F.C.	TEMP.	Glasgow	Ross

**HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA**

Queixas: acidente de moto com trauma em鼻+ sangramento nasal

Hora: 18:06

foi vítima de queda de moto, caiu de cima de moto x moto, frontal, por + 04 horas. Foi feita um exame de cintura. Nao se queixou de dor. Descrição da dor em dor, cefaleia. Dors estreita em mao, sem perda de mobilidade cervical.

**EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)**

A VSP

B Térmica, ocosidros, m+ bilhet metico

C Sos 90x70x120x70cm. Abdomen em fratura de m+ 4

D Cefaleia, dor nas costas, dor nas costas

E Sangue gasto na pele, recto (+)

Defeita da articulação maxilar

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Exame de sangue em sangue frontal, pulso periorr palpatbil m+  
sangue frontal m+  
sangue mao (t)

\*Saida:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Polirrume nasal

George Pereira Vale  
TCE-FRANCA  
CRTR. 00887

FMO

ANAMNÉSE

Início de inverno

56-15, P.R., sexo feminino (45 anos)

EXAME FÍSICO

P: Sem lesões venocutâneas

Col: Alteração NGL com eritema

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

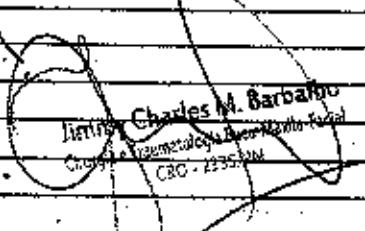
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO  
Marlon Souza  
Médico  
SANTOS 3823

OUTROS

Dr. Ribeiro  
B

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

B.M.F. Paciente apresenta tosse  
de Poe, sem expectora, mas Pontos  
protulhos nasol. Encaminhado ao  
N.A.S.T.

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL 13/08/2003MAT. N° 15003  
SAMEASSINATURA  
Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

IDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica À Revélia 

Transferido para:

BITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado S.V.O. L.T.E.P. 

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

ESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

TERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

IDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica À Revélia 

Transferido para:

BITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado S.V.O. L.T.E.P.

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

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFRÉDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou \_\_\_\_\_

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

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**Nome: **175427 JOAO MARIA DE PONTES**

Pronthário:

CNS: 705005830165355

Nascimento: 27/04/1983

Sexo: Masculino

Cor: PARDAS

Mãe: ROSA SABRINA DE PONTES

Pai: FRANCISCO MOIZIM DE PONTES

Endereço: RUA 12 DE OUTUBRO, 519 - POCO BRANCO - POCO BRANCO

Fone: 94147451 /

Município: POCO BRANCO

Código Municipal IBGE:

241010 UF: RN

CEP: 59560-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 19746 / 2020

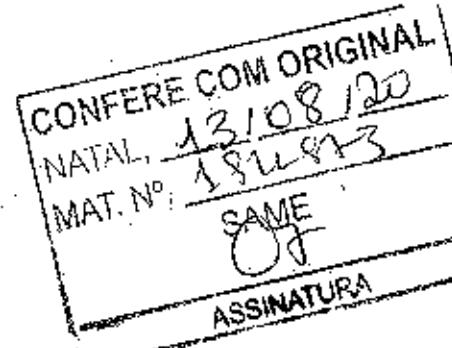
**JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

ATO CIRÚRGICO



RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.8 FRATURA DE OUTRAS PARTES DA Perna\*408050551.TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIA

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

PLATO TIBIAL, FX;1

Informações importantes sobre as condições do paciente:

 Diabetes     Hipertensão     Obesidade Faz Antibioticoterapia Lesão por pressão

Profissional Solicitante / Assitente:

ANTONIO MAXSUELTON ALVES DE SOUZA

CRM: 7569 / RN

Data da Solicitação 04/06/2020

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

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

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

() Acidente de Trabalho Trajeto \_\_\_\_\_

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

**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_ Número da Autorização: \_\_\_\_\_

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

## GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfrido Gudel  
Pronto Socorro Clóvis Sarinho  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

## FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: João Maria de Pontes IDADE: 37 anos

DATA DE NASCIMENTO: 27/04/1983

REGISTRO: 175427 N° FIA: 5426/2020

DATA DE ADMISSÃO: 04/06/2020 HORA: 03h10

ADMISSÃO DO PACIENTE: Ortopédica

CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Ortopédica

HIDRATAÇÃO: SIM  NÃO  VIA: PERIFERICO:  ACESSO CENTRAL:

NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE  ORIENTADO  VIGIL  AGITADO

INCONSCIENTE:

ESTADO GERAL: BOM  REGULAR  GRAVE

SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE  M.V.  ENTUBADO  TRAQUEOSTOMIZADOR:

ALÉRGICO: SIM  NÃO  HIPERTENSO: SIM  NÃO

DIABÉTICO: SIM  NÃO  ASMÁTICO: SIM  NÃO

DOENÇA RENAL: SIM  NÃO  OUTRAS PATOLOGIAS:

MEDICAÇÕES EM USO:

CIRURGIAS ANTERIORES:

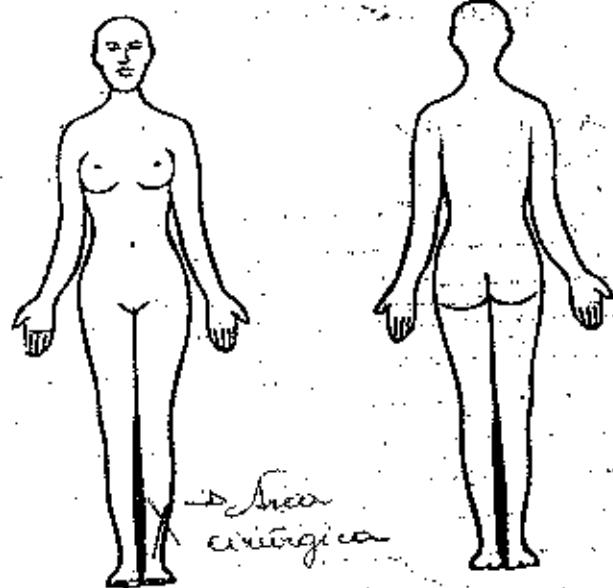
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM  NÃO

OBSERVAÇÃO:

ÁREA DE TRICOTOMIA:  HORA:

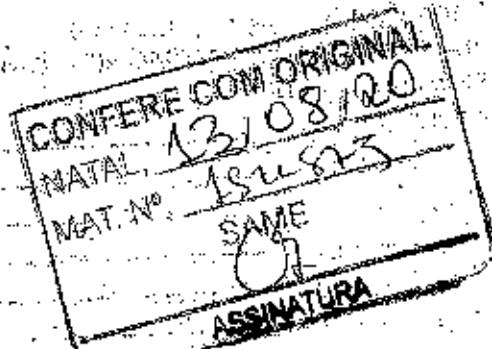
ÁREA DE PUNÇÃO:  HORA:

OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



Área cirúrgica

JALECO N°:  ACESSO CENTRAL:



INSTRUMENTADO: Enfermagem CIRCULANTE: Karolla Carvalho

TIPO DE ANESTESIA: GERAL  RAQUI  PERIDUALT  B.P.B.  LOCAL

OBS:

ANESTESISTA: Dr. Princípe Marques

INÍCIO DE ANESTESIA: 03h20

TÉRMINO DE ANESTESIA: 03h20

ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO:

HORA:

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1- AVALE A VITIMA; 2- PEGA A AUREA E ESTIRNA FORA DE HOSPITAL; 3- ABANA VIA PULSO; 4- AVALE RESPIRACAO (VER, DENTR, SENTIR); 5- SE APNEIA, APLIQUE 2 VENTILACOES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MASCARA); 6- ANALISE PULSO CAROTIDAL; 7- ANALISE PULSO BRACHIAL; 8- SE NAO CAROTIDAL, OU PULSO BRACHIAL, E REBOM, AURETE, INICIE COMPRESSAO TORACAS, TROMMEL, YOGACHAS, TROMMEL, CHOCAVEL; 9- LIGUE 190 (200) P/ CEA, BRASIL, E REBOM; 10- AVARTE, NAO CHOCAVEL, REINICIE REBOM; 11- ANALISE O RITMO; 12- FADE EGP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADO ASSUMIR; 13- COLOCAR A VITIMA DE MESA; 14- COLOCAR A VITIMA DE MESA; 15- COLOCAR A VITIMA DE MESA.

## ORIENTAÇÃO TEÓRICA

### ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1: *Osteoporose*

#### ANAMNESE

*Perdeu a vista  
com dor M&O*

#### EXAME FÍSICO

*Fract. exposta M&O  
bem fixa*

#### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

*reparo feito  
fixo M&O*

#### LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

#### OUTROS

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

*infusao de SCS  
cefaleia M&O*

Dr. Maxsuelton Alves  
Ortopedista  
Car. Ombro e Cotovelo  
CRM-7809 TEOT 15253

#### ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

#### ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW

Abertura Ocular (AO)	4
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem com comando verbal, não comandar com o despertar de uma pessoa adormecida, só assim for comandado, é sentido 3.0	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso.	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Otimizado responde corretamente e apropriadamente a 24 perguntas dentro 600 milis, basta corrigir 100, é dito, a pergunta é dada a 600	5
Confundido (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Mais confundido (pela orientação, mas com alguma confusão)	3
Som ininteligível (Grovendo com alguma confusão)	2
Som inaudível.	1
Assentir.	
Respiração regular (RR)	
Quedas a ordens verbais. (Fazendo simples quando não é entendido)	5
Locaismente dolorosa.	4
Generalmente dolorosa.	3
Padre Rota à dor (Dorsalização).	2
Padre sistema à dor (Distensão).	1
Som respiratório.	

#### “ESCALA DE TRIAGEM DO YAHUHA, REVISADA - RTG

DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
13-16	=1
1-12	=3
6-8	=2
4-5	=1
3	=0
10-12	=4
5-9	=3
1-4	=2
1-2	=1
0	=0
>100	=4
75-100	=3
50-75	=2
1-49	=1
0	=0

#### CLASSIFICAÇÃO DO TOE (ATLS 2005)\*

- 01 - Ungrave (necessidade de intubação imediata)
- 02 - Moderada;
- 03 - Crítica;

\* Referência: TEASDALE G, JENNETT B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;263:805.

\*\* A escala proposta aplica-se a desporto extraclasses e deve ser utilizada com idade menor ou 30 anos. Na faixa etária entre 30-40 anos deve-se multiplicar a intensidade da sua dor ou sofrimento por 2 (aditivo).

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Mor
0	1	2	3	4

\* Escala de Triagem Revisada (RTG): Ela indica de imediatas para procedimentos de trauma leves. Referência: Adaptado de Champion VL, Sacco WM, Cope, et al. A review of the Trauma score. J Trauma 2003;54:1163, 1993.

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 5426 /2020

Prontuário: 1197512

Paciente: 175427 - JOAO MARIA DE PONTES

Cartão SUS: 705005830165355

Idade: 37 anos 1 mes 7 dias

Sexo: M

CPF: 04718670470

Dt Nasc: 27/04/1983

Nome da mãe: ROSA SABRINA DE PONTES

Nome do pai: FRANCISCO MOIZIM DE PONTES

Rua/Av: 12 DE OUTUBRO

Complemento:

CEP: 58560000

Etnia: PARD

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Telefone: 84 94147451 84 94147451

Especialidade: ORTOPEDICA

Responsável: JOAO MARIA DE PONTES -

Usuário: SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS

Nº: 519

Bairro: POCO BRANCO

Cidade: POCO BRANCO

Unidade: 2 ANDAR

Leito: 207

Admissão: 04/06/2020 20:08:54

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.8 - FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERN

408050551 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

**RESUMO DE ALTA**

NATAL, 04 de Junho de 2020.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



## HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CCMV004\_R - Relatório de Cirurgia

Período: 04/06/2020 22:28 a 04/06/2020 22:28

FIA / BAA: 5426 / 2020

Paciente: JOAO MARIA DE PONTES

Convênio: SUS

Categoria: GRATUITO

Unidade: RPA

Quarto / Leito: 1 / 712

Tipo de Cirurgia: 3

Prontuário: 1197512

Data Agendamento: 04/06/2020 23:15

Cirurgia: TTO CIR FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

Data Realização: 04/06/2020 21:20

Potencial de Contaminação:

Cirurgião: FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA

Anestesista: PRISCILA MESQUITA DE SOUZA

Tipo Anestesia: RAQUE

Instrumentador: KAMILA - Hospital

Equipe:

Data do Relatório: 04/06/2020 22:28 Profissional: FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA

Relato da Cirurgia: 1 - PACIENTE EM DDH SOB RAIANAESTESIA

2 - ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS

3 - DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS

4 - LIMPEZA CIRÚRGICA EXAUSTIVA COM SF 0,9%

5 - COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR PARA ESTABILIZAÇÃO DE FRATURA D'EPLATO TIBIAL

6 - SUTURA DA PELE

7 - CURATIVO

CRM: 7036 - FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA



① 0408050500 (4) 582.2 (846,36)

Fix 0702030406

② 04130110178 (3) 190.8 (741,69)

## DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- DATA	1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2- CNES
14/06/2020	HOSPITAL DEOCLECIOS MARQUES DE LUCENA	3515168
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4- CNES
HOSPITAL DEOCLECIOS MARQUES DE LUCENA		3515168

Identificação do Paciente			
5- PACIENTE	6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO		
JOAO MARIA DE PONTES	169654		
7- CARTÃO NACIONAL SUS	8- DATA DE NASCIMENTO	9- SEXO	10- RACIOCOR
705 0058 3016 5355	047 186 704 70	27/04/1983	MASCULINO
11- NOME DA MÃE	12- FONE DE CONTATO		
ROSA SABRINA DE PONTES	988515282		
13- NOME DO RESPONSÁVEL	14- FONE DE CONTATO		
ESTEVAM MARTINS DE OLIVEIRA / CUNHADO			
15- ENDERECO (RUA, N°)	17- BARRA	18- UF	19- CEP
AV NOBREGA MACHADO 1053	CENTRO	RN	59560000

## Justificativa de Internação

## 20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

fr proft fez - af @ um  
m d raii v m nce

## 21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS A cima

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

fr + fe fo

23- DIAGNÓSTICO INICIAL	24- CID 10 PRINCIPAL	25- CID 10 SECUND.	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
fr proft	382		
Procedimento Solicitado			
27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
fr proft fez - af			
28- CLÍNICA	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31- DOCUMENTO	32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
on lo pess		( ) CNS ( ) CPF	Frederico de Lima Ortopedia e Traumatologia
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34- DATA DA SOLICITAÇÃO	35- ASSINATURA E CARMÔGO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
	15/6/20		

## Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- ( ) AC. TRÂNSITO	39- CNPJ DA SEGURADORA	40- N° DO BILHETE	41- SÉRIE
37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO			
38- ( ) AC. TRABALHO TRAJETO	42- CNPJ DA EMPRESA	43- CNAE DA EMPRESA	44- CBOR

## 45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

## Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47- COD. ORGÃO EMISSOR	52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48- DOCUMENTO	49- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
( ) CNS ( ) CPF		
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO	51- ASSINATURA E CARMÔGO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	HRDML / SESAP CONFERI C/ O ORIGINAL Patriotice 15/6/2020 Mat. 19927-9

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: João Maria de Pontes

Idade: 37 Sexo: M

Registro:

ASA:

I E

1197512

Diagnóstico: Fratura Exposta ME

Data: 04.06.2020

Cirurgia Realizada: Osteosíntese ME

Cirurgião: Fábio Roberto

Auxiliar:

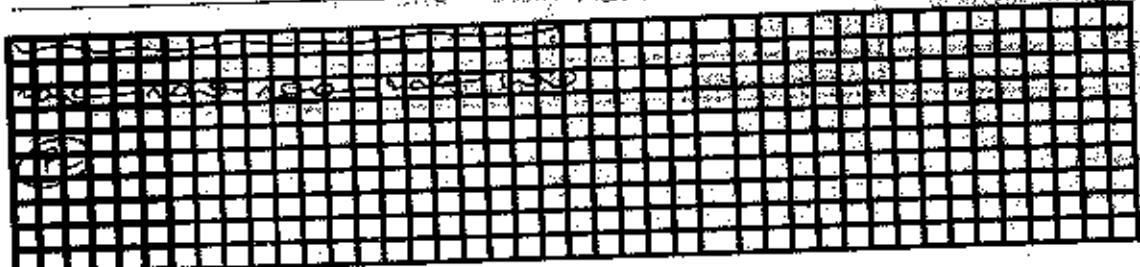
Anestesiologista: Priscila

Enfermagem: Ramylla, Irani, Taísa, Lívia

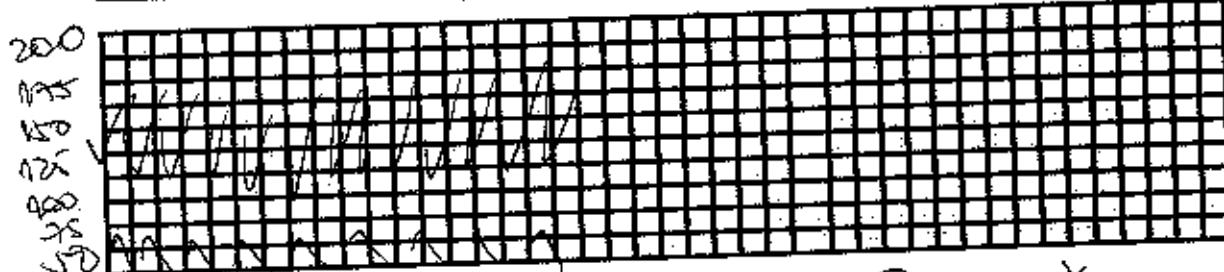
História Clínica Admisional: Anússos. Estável. Trauma no mês  
anterior, com fratura de aciço ex. ferro.  
Em uso efedrina

Técnica Anestésica: Regional anestesia 28g Omphale cintos  
mediana, sempre monitorizada com monitor  
+ sedação (ventilação espontânea)  
Colar 2 cintos

P<sub>2</sub>  
SpO<sub>2</sub>  
MSD



ECG  
PAN  
SpO<sub>2</sub>



HR  
Sar 1

Inicio: X 21.20

Fim: 21.40

X

Anestésicos Utilizados:

1. Lidoc 1% sv 100mg sc 1amp
2.
3. Nespes 0.5% 150mg sc 1amp
4.
5. Morina 50mcg IT 1amp
6.
7. Ag 200g
8.
9. Diazepam 2mg IV 1amp
10.
11. Etdrina 150g IT
12.
13.

Encaminhamento: A SEPA admette Kroacic 9/10.

Dra. Priscila Mazzola  
Anestesiologista  
CRM-RN 6692

Assinatura do Anestesiologista - CRM



CLINICA  
ORTOPEDIA

REGULAÇÃO  
WALFREDO GURGEL

obs

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTO-ARQUIVO
		169654
CATEGORIA	GRH	HORA
		10:27
PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO
JOAO MARIA DE PONTES		27/04/1983
ESTADO CIVIL	PROFISSAO	
CASADO	GESSEIRO	
ENDERECO (RUA, N°)		
AV NOBREGA MACHADO 1053		
MUNICIPIO	BAIRRO	UF
POÇO BRANCO	CENTRO	RN
LOCAL DE TRABALHO		CEP
		59560000
		TELEFONE
FILHOS		
ROSA SABRINA DE PONTES	FRANCISCO MOIZIM DE PONTES	
RESPONSÁVEL		TELEFONE
ESTEVAM MARTINS DE OLIVEIRA / CUNHADO		988515292
ENDERECO		
4718670470		

**DATA DE ADMISSÃO**

ALTA 110760

08110

## HISTÓRIA CLÍNICA

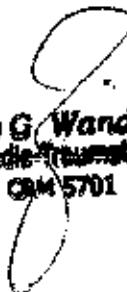
HRDML / SESAP  
CONFERI C/O ORIGINAL  
FBI - BIRM. 1504-10  
Mat 219427-9  
RECORDED

Ass. do Responsável

### ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

MATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
EUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

### CONDUTA

  
Bruno G. Wanderley  
Ortopedista-Transtornista  
CRM 5701

Ass. do Responsável

### DESTINO DO PACIENTE

PERMANECER NO LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE 	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____
IRA _____ HS _____		HORA _____ PARA _____
ETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/>	A REVELIA <input type="checkbox"/>
ATA _____ / _____ / _____	HORA _____	
BITO _____ / _____ / _____	HORA _____	
ENTREGUE	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
MÉDICO (Carimbo)		CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 908

Nome: *José Mariano Toffes*

DADE: 27/10/49/83 COR: *Escura* SEXO: *MASC* ESTADO CIVIL: *Casado*

NATURALIDADE: *Caruaru - PE* PROFISSÃO: *Dessejado* PROCEDÊNCIA: *Off*

ENDEREÇO: *R. Antônio Noronha Maciel - 1053* BAIRRO: *Off*

CIDADE: *Peço Branco - PE* DATA: *13/06/2020* HORA: *09:07*

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	COM DISPNEIA <input type="checkbox"/>	CHOCADO <input type="checkbox"/>	COMATOSO <input type="checkbox"/>
C/ HEMORRAGIA <input type="checkbox"/>	EM CONVULSÃO <input type="checkbox"/>	POLITRAUMATIZADO <input type="checkbox"/>	AGITADO <input type="checkbox"/>	OUTROS <input type="checkbox"/>

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM  NÃO

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

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

TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	T.A.
-------	------------	-------	------

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

*Acidente com Freio em carro Toffes*

EXAME FÍSICO

*Pac. com feridas*

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

*Fratura - 10. Perna direita*

HRDML / SESAP  
CONFERI C/ O ORIGINAL

Mat. 2109127-9

*Assinatura*

Nome do paciente

Nº pontuário

JOÃO MARIA DE PONTE

Enr.

Leito

Data operação	Enr.	Leito
Operador	1º auxiliar	
2º auxiliar	17/06/2020	3º auxiliar
Anestesieta	DR. RENATO CARLOS TAVO	
Diagnóstico pré-operatório		
Tipo de operação	FRATURA DO PLATO TIBIAL	
Diagnóstico pós-operatório	RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTSE	
Relatório imediato do patologista		
Exame radiológico no ato		
entre durante a operação		

## NOTA OPERATORIA

## DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL APÓS RAQUI-ANESTESIA
2. ASSEPSIA, ANTISSEPSIA E COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR (JOELHO)
4. FRATURA SEM SINAIS DE CONSOLIDACAO
5. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%
6. CURATIVO ESTÉRIL

Renato Costa  
Ortopedista  
15/06/2020

HDM/L/SESAP  
CONFERIDO ORIGINAL  
Paihatalion 15/06/2020  
Mat 91921-9  
Assinatura

Ass. do Responsável

### ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

EMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
EUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

### CONDUTA

*Bruno G. Wanderley*  
Ortopedia Traumatologia  
CRM 5701

Ass. do Responsável

### DESTINO DO PACIENTE

FICOU NO LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVICO DE	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____
RA _____ HS		HORA _____
		PARA _____
ETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/>	AREVELIA <input type="checkbox"/>
DATA _____ / _____ / _____	HORA _____	
BITO _____ / _____ / _____	HORA _____	
ATRREGUE	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>
		I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
MÉDICO (Cárimbo)		
CHEFE DO PLANTÃO (Cárimbo)		

Hospital					Data																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Nome					Idade	Sexo	Cor																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Data		Pressão arterial	P脉	Respiração	Temperatura	Peso	Outros																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Tipo sanguíneo		Hematíes	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Urina																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		Urina																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
Ap. respiratório					Ama		Bronquite																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Ap. circulatório					Eletrocardiograma																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Ap. digestivo			Dentes	Pescoco	Ap. urinário																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Estado mental			Atarésicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Diagnóstico pré-operatório					Estado físico		Risco																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Anestesias anteriores																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
Medicação pré-anestésica					Apicada às	Efeito																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">Agente Anestésico</td> <td colspan="2">O</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Líquidos</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Anest.</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">O Resp.</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">P Pulso</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">260</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">260</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">240</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">230</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">220</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">210</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">200</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">190</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">180</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">170</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">160</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">150</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">140</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">130</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">120</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">110</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">100</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">90</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">80</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">70</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">60</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">50</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">40</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">30</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">20</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">10</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="5"></td> </tr> </table>								Agente Anestésico	O														Líquidos															Anest.															O Resp.															P Pulso															260									260									240									230									220									210									200									190									180									170									160									150									140									130									120									110									100									90									80									70									60									50									40									30									20									10								
Agente Anestésico	O																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
Líquidos																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
Anest.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
O Resp.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
P Pulso																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
260																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
260																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
240																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
230																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
220																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
210																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
200																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
190																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
180																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
170																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
160																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
150																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
140																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
130																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
120																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
110																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
100																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
90																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
80																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
70																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
60																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
50																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
40																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
30																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
20																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
10																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
SÍMBOLOS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
E																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
ANOTAÇÕES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
POSIÇÃO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
Agentes																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
Técnica																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
Operação																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
Cirurgiões																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
Anestesiistas																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
Observações																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias a pós-operatórias					Perda sanguínea																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: <u>2000 Maria de Paula</u>	Idade: <u>32</u>	D/N: <u>27/10/13</u>
Pront: <u>169.654</u>	Município: <u>Brasília</u>	Procedência: <input checked="" type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Externo
Data da cirurgia: <u>17/10/13</u>	Hora Admissão: Bloco: <u>17-2</u>	Sala: <u>03</u> Hora Saída: _____
Alergias: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Comorbidades: <input checked="" type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Outras	Peso: _____
Uso de medicações: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim	Jejun: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	SSW Admissão: PA: <u>120/80</u> mmHg Puls: <u>90</u> bpm FL: <u>120</u> bpm FC: <u>80</u> bpm SpO <sub>2</sub> : <u>98</u> % T: <u>36</u> °C

Enfermeiro(a): Juliana Instrumentador (a): \_\_\_\_\_ Circulante: Antônio de Oliveira

Cirurgia: RESESSÃO DE FIXADOR EXTERNO DE MÍDIA Especialidade: CIRURGIA Sala: 03  
 Hora Início: 08:30 Hora Término: \_\_\_\_\_ Tipo de cirurgia:  Electiva  Urgência  Limpa  Contaminada  Infectada  
 1º Cirurgião: Dr. Camilo Teixeira Aux.: \_\_\_\_\_ Residente: \_\_\_\_\_

Anestesia:  Local  Sedação  Geral TOT:  Bloqueio  Requidiana Ag.nº: \_\_\_\_\_  Peridural  c/cateter  s/cateter  
 Ag.nº: \_\_\_\_\_ Cateter nº: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Gámete:  Smarch  Pneumático Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Anestesiologista: \_\_\_\_\_

NEUROMUSCULAR		PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/>	Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Jejico	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input checked="" type="checkbox"/>	Letárgico	<input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
<input checked="" type="checkbox"/>	Coma	<input checked="" type="checkbox"/> Cianótica	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/>	Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input checked="" type="checkbox"/> Fistula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input checked="" type="checkbox"/>	Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input checked="" type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input checked="" type="checkbox"/>	Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Integra	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input checked="" type="checkbox"/> Dífrusor
<input checked="" type="checkbox"/>	Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatrizes	<input checked="" type="checkbox"/> Choque	<input checked="" type="checkbox"/> SVD	<input checked="" type="checkbox"/> BIC
<input checked="" type="checkbox"/>	Desambulante	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfígmico	<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia	<input checked="" type="checkbox"/> Desfibrilador
<input checked="" type="checkbox"/>	Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia	<input checked="" type="checkbox"/> Fidélis 1400 2000
<input checked="" type="checkbox"/>	Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Dispnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Dreno	<input checked="" type="checkbox"/> 100 cm m/IC
<input checked="" type="checkbox"/>	Tetraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Dispositivo O <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input checked="" type="checkbox"/>	Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> Manchas		<input checked="" type="checkbox"/> Tração	
<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input checked="" type="checkbox"/> Talias	

SINAIS VITAIS	Inicio	Meto	Fim	Unid.
FC	84	—	85	Bpm
Pulso	84	—	85	Bpm
Oximetria	98	—	98	%
Capnografia	—	—	—	%
PA	114/84	—	121/84	mmHg

ACESSO VENOSO	
Punção Arterial	
Punção Venosa Periférica	
Punção Venosa Central	
Disssecção venosa	
Local: _____	
Cateter: _____	

SONDAGEM GÁSTRICA	
SNG n°: _____	
Retorno: _____	

CATETERISMO VESICAL	
SVF n°: _____	SVA n°: _____
Diurese: _____	

EXAMES SOLICITADOS	
<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Gasometria
<input type="checkbox"/> Coagulograma	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	<input type="checkbox"/> Glicosimetria
<input checked="" type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)	

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
Dorsal	Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/> Anatómicos
Ventral	Pescoco	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
Lateral	Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos
Litotómica	Lombar	<input checked="" type="checkbox"/> MMH
Trendelenburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatómicos
Canivete		<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
Próclive		<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
<input checked="" type="checkbox"/> Metal	<input type="checkbox"/> Descartável
Local: _____	
DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Local: _____	Solução: <u>0,01% Iodo</u>
	Local: _____

IMPLANTE CIRÚRGICO	
Drenos: _____	
Tela: _____	<input checked="" type="checkbox"/> HRDML / SESAP
Cateter: _____	<input checked="" type="checkbox"/> CONFERI O/O ORIGINAL
Ostomia: _____	Parafuso: <u>12x12</u>
Fio de KC: _____	Parafuso tipo: <u>Metal</u>
Placa - Tipo: _____	<u>12x12</u>
Outros: _____	

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO	
Caixa cirúrgica: <u>26 X 26 X 1</u>	Quant. Material: <u>100</u>
Vol. 2100 G / m <sup>3</sup>	Contagem de peças e compressa: <u>1000</u> / <input checked="" type="checkbox"/> Sim

Nome do paciente		Número do prontuário	
João Maria Ventes		109	
Data operação	29/06/2020	Enf.	Leito
Operador	Dr. Carlos Augusto	1º auxiliar	Dr. Fábio Roberto
2º auxiliar	Dr. Carlos Augusto	3º auxiliar	Instrumentador
Anestesiista	Dr. Fábio Roberto	Tipo de anestesia	
Diagnóstico pré-operatório			
Fratura do plato fibular (E) - lesão fratura patelar (E)			
Tipo de operação		Trat. anágua fib. plato.	
Diagnóstico pós-operatório			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

#### Descrição da Operação

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

- 1) Ponto de ex. distal fibula, sob raios
- 2) Incisão na face medial e lateral da tibia (parte E)
- 3) Colocar placa em janela no plato fibular lateral e medial.
- 4) Fixar a placa lateral ("L" de fura + condensar: 28, 30, 32, 36, 38, 40)
- 5) Fixar a placa medial (CPI 4,5 x extinta) (condensar: 25, 30, 35)
- 6) Fixar a placa anterior da tibia (E)
- 7) Ponto de j. do joelho da patela e fixar transversalmente com 4,5 x extinta.
- 8) Largura mecânica do joelho 0,5x.
- 9) Sutura pl. fibular

HDM/SESAP  
CONFECÇÃO ORIGINAL  
Ponto de j. RM: 15/07/20

Mat. 214401-9

2020



Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
Executante: O solicitante ou

CNES: 2653923

CNES:

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **175427 JOÃO MARIA DE PONTES** Prontuário: 1197512  
CNS: 705005830165355 Nascimento: 27/04/1983 Sexo: Masculino Cor: PARDA  
Mãe: ROSA SABRINA DE PONTES Pai: FRANCISCO MOIZIM DE PONTES  
Endereço: RUA 12 DE OUTUBRO, 519 - POCO BRANCO - POCO BRANCO Fone: 94147451 /  
Município: POCO BRANCO Código Municipal IBGE: 241010 UF: RN CEP: 59560-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 19746 / 2020

### JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDA

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

ATO CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

2.8 FRATURA DE OUTRAS PARTES DA Perna\*408050551.TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIA

sa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

ATO TIBIAL, FX;1

Formações importantes sobre as condições do paciente:

Diabetes  Hipertensão  Obesidade  Faz Antibioticoterapia  
 Lesão por pressão  Usa Fixador Externo

ofissional Solicitante / Assitente:

ANTONIO MAXSUELTON ALVES DE SOUZA CRM: 7569 / RN Data da Solicitação 04/06/2020

### 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 Trajetos

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

### AUTORIZAÇÃO

ofissional Autorizador: \_\_\_\_\_ Orgão Emissor: \_\_\_\_\_ Número da Autorização:

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

HRDML / SESAP

CONFECÇÃO ORIGINAL

Parte: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Mat. 21962-9

13/06/2020

Unidade Solicitante: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Paciente: José maria de Souza

Prontuário: \_\_\_\_\_

Motivo da Consulta:

Painel no pé esquerdo. Fissura  
no lado direito.

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

Médico

CRM

15 / 6 / 20

Data

Encaminhado à especialidade: Endocrinologista

Município: \_\_\_\_\_

Consulta marcada para a Unidade: \_\_\_\_\_

Para o (a) Dr. (a): \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas do dia \_\_\_\_\_

## RESPOSTA DE PARECER

16/06/20

Unidade Solicitante: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Paciente: José maria de Souza Prontuário: 37005

( Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)

Preop. tibias

Assintos nóticos  
em discussão

ANT. FSTB BGLOS

ECG: RSI Progresso  
normal

→ Hiperlipidemia

RR: 130/70 mm Hg

→ DIABÉTICO

RCR: Sem Sopro  
CID: 320

Diagnóstico:

→ Negativo

MVC: 32

→ CIRURGIA: 10

Data

Médico

CRM

HRDML / SESAP

CONFIRMO / ORIGINAIS

Perito: Dr. RN 15471

Unidade: 15471

Retornar à clínica solicitante:

Para o (a) Dr. (a): \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas do dia \_\_\_\_\_

Jorge Barreto Miranda  
Cirurgião-Dentista Médico  
CRM-RN 5278

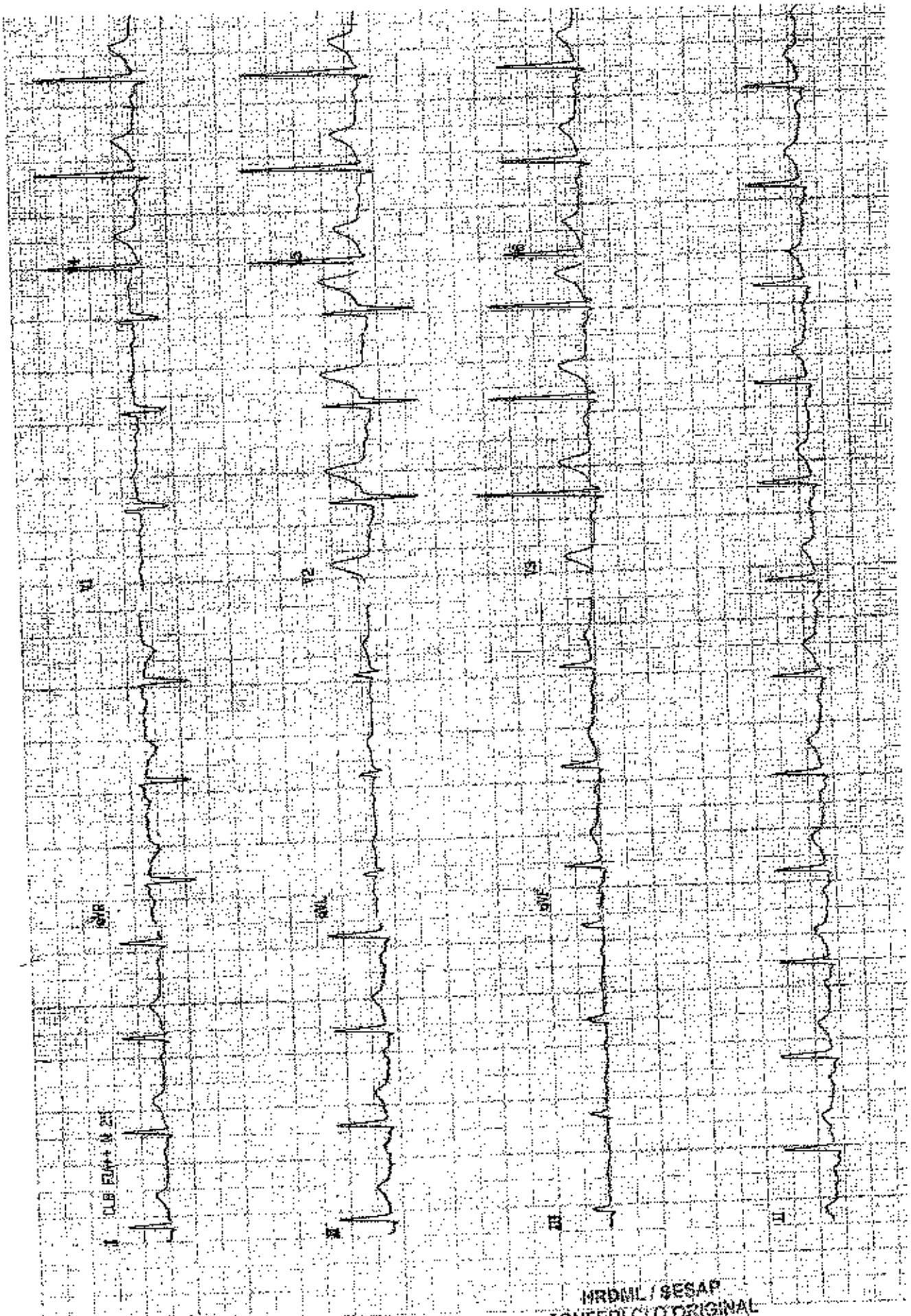
Moderado risco CV Período Pósopératio

→ AGUARDAR EXAMES  
/ ABDOMINAIS

João Maria da Ponte

37a 16/06/2010

09:26



MRDML / SESAP  
CONFERTO ORIGINAL  
Paraná - RN. 12/06/2010  
Mat. 2191279



CLINICA HOPE  
LABORATÓRIO HAPPY

# LAUDO MÉDICO #

# JOÃO MARIA DE PONTES, sofreu fratura do platô tibial esquerdo complexa com lesão do tendão patelar.

# Foi submetido a tratamento cirúrgico.

# Apresenta limitação para flexão do joelho esquerdo, hipotrofia de musculatura de coxa e perna, deficit perc extensão do tornozelo esquerdo.

# Invalidade ANATÔMICA e FUNCIONAL ao nível do membro inferior a esquerda com DYSFUNÇÃO PERMANENTE de MPE.

# ACTA DEFINITIVA

Av. Dom Frei Fernando, 01 – Cidade da Esperança – Natal/RN.  
(em frente ao posto de saúde)  
(84) 3205-7400 / 3205-5042

Dr. Geral de Oliveira  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM/RN 4315

NATAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PERGUNTAS  
Gerais  
Pessoais

002.420.530

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

15/09/2017

MARIA DOS NAVEGANTES MARTINS DE OLIVEIRA

PAIS/AVÓS

MANOEL MARTINS DE OLIVEIRA  
MARIA SALOME DE OLIVEIRA

NACIONALIDADE

CEARA-MIRIM RN

DATA DE NASCIMENTO

17/04/1983

DOC. ORIGEM:

CERT. DE CASAMENTO L-B03 - F-106 RG-502  
POCO BRANCO RN-CARTÓRIO ÚNICO CARTÓRIO

CPN:

059.565.474-64

2a. VIA

Josebias Ferreira do N. Júnior  
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/09/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE PESSOA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



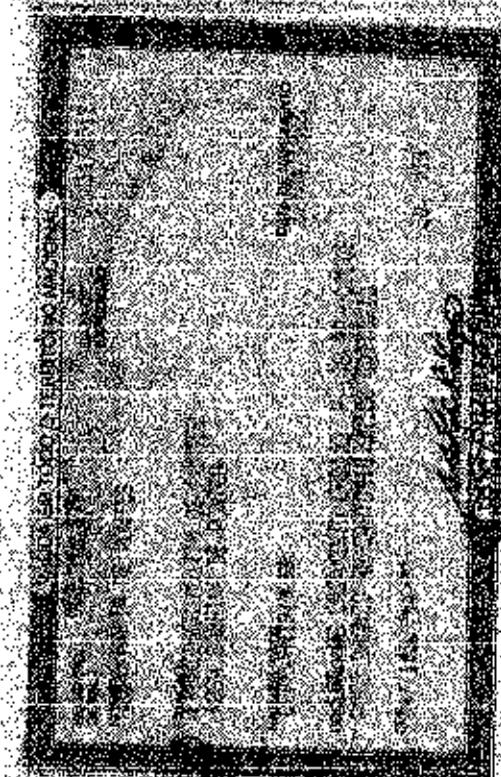
POLEGAR DIREITO

Monica dos Prazeres Aguiar  
N.º de identificação

ASSINATURA FOTO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Ufficio-



*João Maria de Pontes*

TÍTULO ELEITORAL		IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA	
NOME DO ELEITOR <b>JOAO MARIA DE PONTES</b>		DATA DE NASCIMENTO 27/04/1983	
MUNICÍPIO <b>BRANCO/RN</b>		DATA DE ELEIÇÃO 09/03/2016	
ASSINATURA OU MARCAÇÃO DIGITAL DO ELEITOR <i>João Maria de Pontes</i>			



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200309610      **Cidade:** Taipu      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO MARIA DE PONTES      **Data do acidente:** 04/06/2020      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 08/09/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** P.6-10.12\_CIRURGIA

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

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E  
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

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

Número do Sinistro: **3200309610**

Nome do(a) Examinado(a): **JOAO MARIA DE PONTES**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ANTONIO CANARIO, 2004, , Poço Branco/RN**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **ITEP-RN / 002118979**

Data e local do acidente: **04/06/2020 - Taipu/RN**

Data e local do exame: **21/10/2020 - Natal/RN**

Coordenadas Geográficas: **latitude: -5.81277 , longitude: -35.21338**

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**Fratura exposta do planalto tibial esquerdo.**

**II.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Realizado limpeza cirúrgica e fixação externa de fratura do platô tibial esquerdo. O fixador foi retirado após 13 dias e feita osteossíntese definitiva com placa e parafusos seguido de fisioterapia. Alta em setembro de 2020.**

**III.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta flexão aos 90°, extensão aos 70°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofias no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no joelho esquerdo.**

**IV.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

**Sim**

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

**Sim**

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

**Limitação dos movimentos do joelho esquerdo. Claudicação.**

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".**

**Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*)

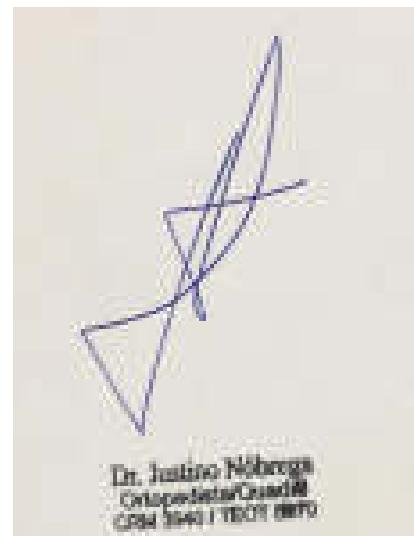
( ) "Vítima em tratamento"

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Joelho Esquerdo - Médio - 50%

**VIII.** Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:



# FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento [para consultas sobre indenizações e prêmios]: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: *32003096 10*

Data da solicitação: *29/09/2020*

DD/MM/AA

Nome do beneficiário:

*João Maria de Pontes*

CPF do beneficiário:

*047-186-704-76*

Nome do solicitante:

*João Maria de Pontes*

CPF do solicitante:

*047-186-704-70*

## DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: ( *84* ) 9-8851-5292

Tel. Comercial: ( *0800* )

Tel. Residencial: ( *0800* )

E-mail:

## INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

## MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA  DISCORDO DO VALOR RECEBIDO  DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

## ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCREVER)

## NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Pelo que reanalisem meu processo e  
não quem emba Peça de Negócio, pois figura com  
sequelas onde consta no laudo médico. ono  
o valor recebido foi 8.687,50.*

Local e Data

*Rio Branco 29/09/2020*

*João Maria de Pontes*

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

## IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: José Walmir de Pontes, brasileiro(a),  
estado civil: Casado, Profissão: Recurso, Data do Acidente 04-06-2000  
Cobertura invalidez, portador(a) do RG 002.418.975, órgão expedidor  
e do CPF: 047-186.704-70 residente no(a)  
Rua Antônio Corrêa nº 2004  
bairro: Centro, município: Poco Branco / RN

### OUTORGADO:

Nome: Wanil dos Navegantes Nortins de Oliveira, brasileiro(a)  
estado civil: Casado, Profissão: Recurso, portador(a) do RG  
002.420.530, órgão expedidor SSP e do CPF: 059-565-474-64, residente  
no(a) Rua Antônio Corrêa nº 2004  
bairro: Centro, município: Poco Branco / RN

#### PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

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

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

Poco Branco 25-08-2020

Local e Data

X JOSÉ WALMIR DE PONTES

Assinatura do Outorgante  
(Reconhecer firma por autenticidade)

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0243158/20

**Vítima:** JOAO MARIA DE PONTES

**CPF:** 047.186.704-70

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/06/2020

**Titular do CPF:** JOAO MARIA DE PONTES

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### MARIA DOS NAVEGANTES MARTINS DE OLIVEIRA : 059.565.474-64

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

### JOAO MARIA DE PONTES : 047.186.704-70

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](http://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: 28/08/2020  
Nome: MARIA DOS NAVEGANTES MARTINS DE OLIVEIRA  
CPF: 059.565.474-64

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2020  
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA  
CPF: 021.292.004-94

\_\_\_\_\_  
MARIA DOS NAVEGANTES MARTINS DE OLIVEIRA

\_\_\_\_\_  
GERCIA LOURENCO DA SILVA