



Número: **0821131-03.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **21/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 2.868,75**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
IEDA ARAUJO DE FREITAS (AUTOR)	DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES (ADVOGADO)
Porto Seguro Cia. de Seguros Gerais (RÉU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
64419 540	15/01/2021 13:54	<a href="#">2778000_CONTESTACAO_Anexo_04</a>

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 10.631,25

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

CLIENTE: IEDA ARAUJO DE FREITAS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05885-8

CONTA: 00000004352-4

---

Nr. Autenticação  
BRADESCO160120200500000000023705885000000043521063125 PAGO



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 15/01/2021 13:54:59  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011513545939800000061720757>  
Número do documento: 21011513545939800000061720757

Num. 64419540 - Pág. 1

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3190693606 Cidade: São Pedro Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: IEDA ARAUJO DE FREITAS Data do acidente: 16/08/2019 Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO, TÍBIA DIREITA E TRAUMATISMO CRANIANO.

**Descrição do exame** APRESENTA AFUNDAMENTO TEMPORAL CRANIANO À DIREITA, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE JOELHO  
**físico:** ESQUERDO E DIREITO PARA FLEXÃO PERFAZENDO 100 GRAUS, HIPOTROFIA MODERADA DE MUSCULATURA DE COXAS DIREITA E ESQUERDA, CLAUDICAÇÃO E DIFICULDADE PARA DEAMBULAÇÃO, FERIMENTOS OPERATÓRIOS CICATRIZADOS.

**Resultados terapêuticos:** RADIOGRAFIAS DE PERNAS DEMONSTRAM FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA FIXADA COM PLACA MEDIAL E PARAFUSOS, FRATURA DE TÍBIA DIREITA FIXADA COM PLACA E PARAFUSOS.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO JOELHO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

**Sequelas:** Com sequelas

**Data do exame físico:** 10/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

### 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>		<b>78,75 %</b>	<b>R\$ 10.631,25</b>	





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, 19 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190693606** Vítima: IEDA ARAUJO DE FREITAS

**Data do Acidente:** 16/08/2019      **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a). IEDA ARAUJO DE FREITAS**

informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00  
Juros: R\$ 0,00  
Total creditado: R\$ 10.631,25

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonómica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%  
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%  
Valor a indemnizar: 35,00% x R\$ 12.500,00 = R\$ 4.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%  
Graduação: Em grau intenso 75%

% Indevidos: Em grau intenso: 75%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%  
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **IEDA ARAUJO DE FREITAS**

Valor: R\$ 10.631,25

Banco: 237

Agência: 000005885-8

Conta: 000004352-4

Tipo: **CONTA CORRENTE**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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



## 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: 4 - Nome completo da vítima:  
 2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
 737.245.214-72 Ieda Araujo de Freitas

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Ieda Araujo de Freitas	737.245.214-72		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Rústico Povoado lagos de Fora		8900	casa
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Zona Rural	São Pedro	RN	59480-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (84) 9 4134-3008(84) 9 9806-1091		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<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)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:  CONTA:   
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:  CONTA:   
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT [Lei nº 6.194/74], uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

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

23 - Estado civil da vítima:	<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):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	------------------------------------	------------------------------	------------------------------	---

28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	Falecidos:	30 - Vítima deixou nasцturo (várias)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avôs vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
--------------------------	------------------------------	---------------------------------------	------------	---------------------------------------	------------------------------	--------------------------	------------------------------	---------------------------------------	------------	-------------------------------------	------------------------------

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiária não alfabetizada  
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha  
 39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

Assinatura da testemunha  
 40 - Local e Data, *Teranamirim, 04 de dezembro de 2019*  
*Ieda Araujo de Freitas*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**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: 3190693606  
Nome do(a) Examinado(a): Ieda Araujo de Freitas  
Endereço do(a) Examinado(a): Povoado Lagoa de Fora, 8900 Casa  
Zona Rural Sao Pedro RN CEP: 59480-000

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 644513

Data local do acidente: [ 16/08/2019 ]

Data local do exame: [ 10/01/2020 ] NATAL [ RN ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO, TÍBIA DIREITA E TRAUMATISMO CRANIANO.**

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

**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTOS CIRÚRGICOS EM PERNAS E NA REGIÃO CRANIANA. CRANIECTOMIA FRONTO-TEMPORO-PARIETAL DIREITA.**  
Data da Alta: 04/12/2019

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

**APRESENTA AFUNDAMENTO TEMPORAL CRANIANO À DIREITA, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE JOELHO ESQUERDO E DIREITO PARA FLEXÃO PERFAZENDO 100 GRAUS, HIPOTROFIA MODERADA DE MUSCULATURA DE COXAS DIREITA E ESQUERDA, CLAUDICAÇÃO E DIFICULDADE PARA DEAMBULAÇÃO, FERIMENTOS OPERATÓRIOS CICATRIZADOS.**

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

Sim       Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)

Sim       Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (décits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**INVALIDEZ AO NÍVEL DE JOELHO ESQUERDO, MEMBRO INFERIOR DIREITO E EM ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.**

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

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

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

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias

"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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO INFERIOR - Lado Direito**

% do dano:  10% residual     25% leve

50% médio     75% intensa     100% completo

Região Corporal (Sequela):

**JOELHO - Lado Esquerdo**

% do dano:  10% residual     25% leve

50% médio     75% intensa     100% completo

- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

*Urai de Oliveira*

DR. URAI DE OLIVEIRA  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
CRM-RN 4315





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
1<sup>a</sup> DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO PAULO DO POTENGI - SÃO  
PAULO DO POTENGI - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036506/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/08/2019 13:28 Data/Hora Fim: 21/08/2019 14:10  
Delegado de Polícia: Otacílio de Medeiros Guedes Filho

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1<sup>a</sup> Delegacia Regional de Polícia Civil de São Paulo do Potengi

Data/Hora do Fato: 16/08/2019 17:50

Local do Fato

Município: São Pedro (RN)  
Logradouro: sítio lagoa de fora

Bairro: zona rural  
Nº: s/n  
CEP: 59.025-250

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Mel(o)s Empregado(s)
23: Lesão corporal de natureza grave se resulta perigo de vida (Art. 129, § 1º, Inc. II do CPB)	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: NIVIANE ARAÚJO DOS SANTOS (COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RN - São Pedro	Sexo: Feminino	Nasc: 27/12/1990
Profissão: Atendente de Restaurante		Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto	
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Iran de Araújo		Nome do Pai: Anesiano Jose dos Santos	
<u>Documento(s)</u>			
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 101.721.514-65			
<u>Endereço</u>			
Município: São Pedro - RN		Nº: 18	
Logradouro: sítio lagoa de fora			
Complemento: próximo as torres			
Bairro: zona rural		CEP: 59.025-250	
Telefone: (84) 99440-7502 (Celular) (84) 98630-3665 (Celular)			

Nome Civil: IEDA ARAÚJO DE FREITAS (VÍTIMA (AUSENTE))			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RN - São Pedro	Sexo: Feminino	Nasc: 18/07/1958
Profissão: Agricultor		Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto	
Estado Civil: Casado(a)			
Nome da Mãe: Raimunda Araújo		Nome do Pai: João Manoel de Araújo	

<u>Documento(s)</u>			
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 737.245.214-72			
<u>Endereço</u>			
Município: São Pedro - RN		Nº: 18	
Logradouro: sítio lagoa de fora			
Complemento: próximo a torre			
Bairro: zona rural		CEP: 59.025-250	

Delegado de Polícia Civil: Otacílio de Medeiros Guedes Filho  
Impresso por: Francisco Erinaldo Bezerra  
Data de Impressão: 21/08/2019 14:17  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
1ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO PAULO DO POTENGI - SÃO PAULO DO POTENGI - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036506/2019

Telefone: (84) 99440-7502 (Celular)

Nome Civil: JAILSON IRMÃO DE OZAIR (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Estado Civil: União Estável

Idade: 38

Endereço

Município: São Pedro - RN

Nº: s/n

Logradouro: rua do poço

Complemento: próximo ao club de neilton

Bairro: centro

CEP: 59.025-250

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR )

Nacionalidade: Brasileira

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Veículo Adulterado? Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

Nome Envolvido

Envolvimentos

Desconhecido 1

Proprietário

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Veículo Adulterado? Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

Nome Envolvido

Envolvimentos

Jailson Irmão de Ozair

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Compareceu a esta Unidade Policial a comunicante para informar que a vítima, IEDA ARAÚJO DE FREITAS, é sua tia e que no dia 16/08/2019, estava caminhando no sítio onde mora em direção a sua residência quando a pessoa de JAILSON pilotando uma moto não identificada em alta velocidade lhe atropelou; QUE, as pessoas de NETO e DUER presenciaram o atropelamento e disseram que foi a pessoa de JAILSON irmão de OZAIR, o qual estava pilotando a moto em alta velocidade e atropelou a vítima; QUE, segundo as testemunhas tinha outra pessoa em outra moto e vinham tipo pegando "racha", porém, não souberam informar quem eram; QUE, a comunicante não sabe informar as características da moto em que estava a pessoa de JAILSON; QUE, IEDA ARAÚJO DE FREITAS já saiu desmaiada do local e foi socorrida para o Hospital Walfredo Gurgel em Natal/RN; QUE, teve as duas pernas fraturas, sendo que uma ficou com parte do osso esmagado, além de um coágulo na cabeça; QUE, ela permanece internada no Walfredo Gurgel e o seu estado de saúde inspira cuidados; QUE, a comunicante soube que JAILSON foi socorrido para o Hospital Regional de São Paulo do Potengi/RN e foi liberado; QUE, teve informação de que ele (JAILSON) não foi mais visto em sua residência. Nada mais disse nem lhe foi perguntado.



Delegado de Polícia Civil: Otacilio de Medeiros Guedes Filho  
Impresso por: Francisco Erinaldo Bezerra  
Data de Impressão: 21/08/2019 14:17  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 15/01/2021 13:54:59  
<https://pjeg.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101151354593980000061720757>  
Número do documento: 2101151354593980000061720757

Num. 64419540 - Pág. 7



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
PÓLICIA CIVIL  
1ª DELEGACIA REGIONAL DE PÓLICIA CIVIL DE SÃO PAULO DO POTENGI - SÃO  
PAULO DO POTENGI - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

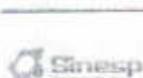
Nº: 036506/2019

ASSINATURAS

Francisco Erinaldo Bezerra  
Agente de Polícia  
Matrícula: 1945481  
Responsável pelo Abordamento

"Assento para os devidos fins de direito que sou (sou) o(a) Responsável pelas informações acima assentadas e a(s)ente que posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Crimosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Ocorrência no Código Penal Brasileiro."

Niviane Araújo dos Santos  
(Comunicante)





# 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:	4 - Nome completo da vítima:
	737.245.214-72	Ieda Araújo de Freitas

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

5 - Nome completo:	Ieda Araújo de Freitas		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Recurso	Pavendo lagos de Fora	8900	Casa
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Zona Rural	São Pedro	RN	59480-000
15 - E-mail:	(84) 9 9134-3008 (84) 9 9806-1091		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MÉNOR 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 BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

<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:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li> </ul>

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

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

23 - Estado civil da vítima:	<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): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer): <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: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º   Nome: CPF:
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º   Nome: CPF:
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Paraná, 04 de dezembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Ieda Araújo de Freitas

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



# clínica OLIVA ROSADO

# Kunden Profil

# Name: John Araujo de Freitas # Dolo do Nidato: 16/08/19

# Telefone: 6100 # Dolo do Nidato: 16/08/19

# Resultados da sua consulta

Data: 06/12/19

# Kunden Profil

# Kunden Profil

Natal:



## **EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)**

A

B

C

D

6

#### A (ALERGIAS)

## M(MEDICAÇÃO EM USO)

#### P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

#### L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

#### A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

#### V (PASSADO VACINAL)

EXAMENES COMPLEMENTARIOS/ANATOMIA FUNDAMENTAL

- Re paroxítes / Picos (P) AP/P  
- Re frentes (E) AP/P

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

**CONDUTA PRIMÁRIA: MEDICAÇÕES E REAGENDAMENTOS**

new procedures have  
been developed

**NOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

23:00

~~No más de cuatro personas~~

- Osmoregulation helps - (IV) Strong (fertilization)

[ASSINATURA E CADASTRO DO PROJETO](#)

**ASSASSINATION & CRIMES BY DR. R. F. FEAR**

#### **ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE**

ESPECIALISTA 1	Bruno Peixoto	HORA: 21:00	DATA:
ESPECIALISTA 2	Cláudia Lemos	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3		HORA:	DATA:

**INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:** DESTINO DO PACIENTE: Cirurgia Geral e Urologia - Diagnóstico CEM/RIN-001

**SAIDA:** ( ) DECISÃO MEDICA ( ) REVELIA ( ) TRANSFERIDO PARA:

**OBITU: DATA**

**ENTREGUE À FAMÍLIA** ( ) COM ATENTADO ( )



## ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

Oftalmologia

## ANAMNESE

Paciente com a síndrome de narcolese (SNC)  
Sintomas: fadiga, náuseas, murchezas

EXAME FÍSICO  Presente

Exame físico: exames normais  
na fundo de olho: 200 (40 mm)

## IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Paciente com fadiga e síndrome de narcolese.

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

Mais de 50 cm de estatura

## LABORATÓRIO

## OUTROS

## CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Dosage C.C. (cetotetralina)

~~Bruno MURTA BOBES~~  
~~Odontopediatra - SP/2012~~

Assinatura e Carimbo do Responsável

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

*CONFERE COM ORIGINAL*  
NATAL 06/02/19  
MAT. N° 1540105

SAME  
Assinatura e Carimbo do Responsável

*ASSINATURA*

## 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. 

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação.

## DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

## INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

## SAÍDA:

DATA: / / HORA:

 Decisão Médica À Revelia

Transferido para:

## ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

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

ESTENDIMENTO ESPECIALIZADO 1

## **ANAMNESE**

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

## OUTROS

## **ANOTACÕES DE ENFERMAGEM**

#### **CONDUTA PRIMÁRIA: (MEBICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)**

**Atendimento Clínico**  
Paciente com paro este reverte por atropelamento de moto. No momento, tonalente. TA: 96 x 59 / FC: 63 / SPO2: 97%. Sem alteração clínica no momento que precegue alta hospitalar.

Em tempo: paciente exente de crises. Apresentou episódios de hemorrágia em berro de café, ~~mais~~ anigro, permanecendo pelo equipe de pronto atendimento.

~~etc enteric~~

- preserve omega-3
- reduce heterocyclic amines
- 
- 

LUCY Magazine  
MCA  
GMA 19740

- Domperidol 40 mg - 02 doses + elixir  
- SFO 91, 500 ml, ev, em 01 hora.  
- Acompañamento Assinatura e Carimbo do Responsável

Conjunto de o m-

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	4
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem no comando verbal. [Não combinar com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for negar 4, se não 3.]	3
Olhos se abrem por estimulo doloroso	2 ✓
Olhos não se abrem.	1
<b>Melhor resposta verbal (MRV)</b>	
Distância: [Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, local, mês, ano, dia, por quem, a dólar e etc.]	5
Confusão: [Responde às perguntas incorretamente, mas faz algumas descritivas e coadjuvantes]	4
Palavras Inapropriadas (faz sentido, mas não suas correspondentes.)	3
Sons Intelectivos. [Descreve os sons intelectivos palavras.]	2
Arousa:	1 ✓
<b>Melhor resposta motora (MMR)</b>	
Obedece a ordens verbais. [Faz aquilo sempre quando lhe é ordenado.]	5
Lateraliza movimento doloroso.	4
Retirada impulsional à dor.	3
Protege si mesmo à dor [Denúncia].	2
Protege si mesmo à dor [Desenvolvimento].	1

DIRENTAÇÃO TEÓRICA

DISCRIMINADOR	POSSIBILIDADES
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	15-18 8-12 5-8 4-3 3
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20 20-30 30-40 40 50-60
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90-120 78-99 58-79 48-57 40-49

**CLASSIFICAÇÃO DO TCE  
(ATLS 2008)**

- 03 - 00-mgavc (necessidade de intubação imediata);  
08- 3x ressuscitação;  
14- 10mgs

\* Referencia: TEASDALE G., JENNIFER B. Assessment of consciousness and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974; 2:81-84.

"Escala de Trastorno Homicida (TH): Baja indicativa de autorrehate para posibilidades de trastorno histero-afectivo. Adaptación de Champion H.R., Baker W.L., Copey, et al.; A revision of the Trashtorno score,"

**1976-221-04**

"A noite proposta aplica-se a demais ocasiões e que  
exigiremos para idade superior a 3 anos. No Exame Qualitativo  
se exerce com as seguintes adjunções:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

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

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

 CNES: 2653923  
 CNES:

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: **139422 IEDA ARAUJO DE FREITAS**  
 CNS: 706701550502910 Nascimento: 18/07/1958 Sexo: Feminino  
 Mão: RAIMUNDA ARAUJO Pai:  
 Endereço: SITIO LAGOA DE FORA, 1 - AREA RURAL - SAO PEDRO Fone: 32542127 /  
 Município: SAO PEDRO Código Municipal IBGE: 241270 UF: RN CEP: 59480-000

 Prontuário:  
 Cor: PARDA

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 21512 / 2019

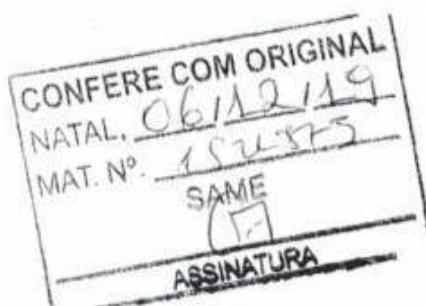
**JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**
**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:**

 DOR + EDEMA + DEFORMIDADE NA Perna DIREITA + JOELHO ESQUERDO  
 FRATURA DE TIBIA E FÍBULA DIREITA + FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO (MEDIAL/SUBLUZAÇÃO)

 CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:  
 TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CONTROLE DE DANOS / FIXADOR EXTERNO

**RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:**

RX


**Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:**

S82.1 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA\*408050551.TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALT

**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     Usa Fixador Externo

**Profissional Solicitante / Assitente:**

MAURO CARNEIRO CALHAU

3063 / RN Data da Solicitação 16/08/2019

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

**AUTORIZAÇÃO**
**Número da Autorização:**

Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_ Orgão Emissor: \_\_\_\_\_

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





Nome: Isabela Freijo de Freitas

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data: 17 AGO. 2019

Hora:

Paciente com história de  
atrasos de desenvolvimento por motivo  
de excesso longos de fraturas  
luxações de joelhos e  
muitas febrendes des  
ses des pernas (4) e  
apresentar os episódios  
hematêmese. Febre crônica.

Erscheinos de cistos.  
HD: Fratura febrada dos ossos  
das pernas (4) + Fratura  
- luxações de joelhos de joelhos (4)

- HD CONFIRME COM ORIGINAIS

INATAL, 06/10/19  
MAT. N° 151-113  
SAME

Dr. Kleidson Bastos  
Ortopedia  
CRM-442\*

17/08/19 # Plantos clínicos # 34151  
ASINATURA  
Sau amanado para evitável quadro hemônico. Pente em cima  
em regular estado geral, anamnese antecedentes apab. (Spontânea  
3+4+, hidratação, Turgidez (120 bpm), taquicardia em  
ar ambiente (F.R = 28 bpm). Converte porém algo sonolenta.  
Aumentando ronco em grande quantidade apesar borra de  
cef. AC: RICP 27 BUNFSI sepsis (AP-16+) HCT 16% Malaria  
negativo, edemas, sem sinais de montejo portional. // HD = HDAR //  
CD: - Zerô hts. - puno SNG aberta; Omrajel dose dobrada 12/12h;  
concentrado de hemácias 02 balas IV. Sugiro realizar EDA  
e solicitar HD de urinário pós transfusões.

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

D. Gutierrez Almeida  
MÉDICO  
CRM-RN 9471





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

✓ Viegente ✓

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Ieder Arouajo de Freitas Idade: \_\_\_\_\_ N° Reg.: \_\_\_\_\_  
Serviço: Ortopedia Enf.: \_\_\_\_\_ Leito: 417

AO SERVIÇO: Nevacorverjoper

MOTIVO DA CONSULTA: - (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo).

Soriente com distúrbios de atropedimento e alcoolismo há 2-48 hr.  
Evaluando saudável.  
Solicito avaliação da Neurocirurgia.  
Nevacorverjoper.

20 AGO. 2019

Natal/RN, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Dr. Kildson Bastos  
Ortopedia  
Medicamento solicita o parecer M-421

PARECER:

GC = volumoso contusão temporal direita.

Ao centro unirigido

Dr. Bruno Gots  
Neurocirurgião  
CRM/RN 5823

2008/09 12:32  
Médico  
Linhares

Natal/RN, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Médico que emite o parecer





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

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Jedde Araújo de Freitas Idade: \_\_\_\_\_ Nº Reg.: \_\_\_\_\_  
Serviço: UTI - RPA - I Enfº \_\_\_\_\_ Leito: 747

AO SERVIÇO: Fonaudiologia

MOTIVO DA CONSULTA: - (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo).

Paciente vítima de otite pelo rnc novo por HSDC, tendo sido submetido a ablação. Exibindo no 48 h de melhora do nível de consciência e hiperventilação. Sopro avariado e conduta aspirofágica.

Natal/RN, 25 de 08 de 19

Dr. Anderson H. Lima  
Médico que solicita o parecer

PARECER: Paciente avaliada e admitida pelo FONOAUDIOLOGISTA.  
apresentando dígitores funcionais no teste V.O. e  
ipsilateral de tosse.  
col. SNE e teste V.O. lug/pant 3x ao dia.  
obs. ausculta p/ desmane da SNE.

*Xanira Danielly S. de A. Marques*  
FONOAUDIOLOGA  
PFA 9748RN  
*flor*  
26/10/119

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL 06/11/19  
MAT. N° 156-13  
SANE  
ASSINATURA

Natal/RN, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Médico que emite o parecer



Identificação

Enfermaria: Nobres Lelito: 417908 UTI: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 Data de admissão: 16/08/19 Alta: \_\_\_\_\_ Naturalidade: São Pedro/RN  
**Nome:** Idora Araújo de Freitas Data de Nascimento: 18/07/1958  
 Idade: 61 Sexo: ( ) Masculino (X) Feminino Nível de Instrução: E.F. Inc.  
 RG: 644.513 Estado Civil: Solteira RG: \_\_\_\_\_  
 Filiação: Pai: João Manoel de Araújo  
 Mãe: Raimunda Araújo  
 Endereço: Sítio Neves de Feira Cidade: São Pedro - RN  
 Telefone: 99440-7502 Sobreiro ( ) Residencial ( ) Trabalho ( ) Recado  
 Contato: Nirane Outros telefones: 98719-3885 (mãe)  
 Composição familiar: Pende com a mãe.  
 Outras informações: Faz uso de (X) Alcool (X) Fumo ( ) Drogas ( ) Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Agricultora Trabalho c/ vínculo empregatício ( ) Não ( ) Sim  
 (X) Aposentado ( ) Auxílio doença ( ) BPC ( ) Autônomo ( ) Pensionista ( ) Desempregado  
 Programas e Serviços: ( ) Passe Livre ( ) Bolsa Família ( ) PETI ( ) PSF ( ) CAPs ( ) SAD  
 Internação decorrente de acidente de trabalho? ( ) Não ( ) Sim Nome da Empresa \_\_\_\_\_

Forma de Acesso ao Serviço

( ) Sozinho - procurou atendimento	( ) Trazido por familiares	CONFERE COM ORIGINAL Trazido pelo SAMU NATAL 06/08/19 MAT N° 154473 SAMU 01
( ) Socorrido em via pública	( ) Outros-meios	
(X) Encaminhado: Hospital de origem: <u>São Pedro</u>		

Critérios para Acompanhante

Possui requisitos? ( ) Não (X) Sim	Qual o motivo? <u>Idora</u>	ASSINATURA
Portador de deficiência: ( ) Auditiva ( ) Visual ( ) Física ( ) Mental		
Responsável pelo paciente: <u>Tiara de Araújo</u>		
Parentesco: <u>Mãe</u> Telefone: <u>98719-3885</u>		
Endereço do Responsável: _____		

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)  
 Paciente admitida quer cuidados da ortopedia. A sobrinha informou que a idosa nós tem filhos, é alcoólista. A sobrinha foi orientada quanto às regras da unidade, solicitadas as cópias dos documentos. Sônia

Sônia GTO. Platina da Silva  
 Assistente Social

Saída 20/08/19 Segundo a

Óbito: Encaminhamento: ITEP ( ) SVO ( ) DO ( ) Obs. evita a parente deu

Alta hospitalar ( ) Transferência ( ) Destino: entidade por atropelamento

Orientações/Encaminhamentos: Solicitar RG + CPF + SVS + presidente

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

Ofélia Dantas  
 A-Sant - 916



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel  
Pronto Socorro Clínico Sarinho  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

ATO CIRÚRGICO

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Edo. Araújo de Freitas

DATA DE NASCIMENTO: 18/10/1958 IDADE: 61 anos

REGISTRO: 139422

DATA DE ADMISSÃO: 17/10/2019 HORA: 13:05

ADMISSÃO DO PACIENTE:

CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Ortopedia

HIDRATAÇÃO: SIM () NÃO () VIA: PERIFÉRICO: () 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 ()

DIABÉTICO: SIM () NÃO ()

DOENÇA RENAL: SIM () NÃO () OUTRAS PATOLOGIAS: \_\_\_\_\_

MEDICAÇÕES EM USO: vega

CIRURGIAS ANTERIORES: vega

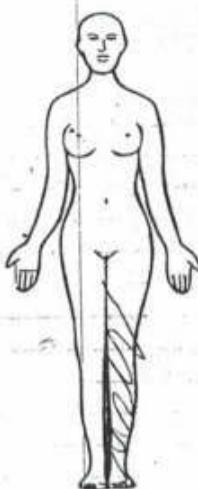
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO ()

OBSERVAÇÃO: \_\_\_\_\_

ÁREA DE TRICOTOMIA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

ÁREA DE PUNÇÃO: braço esquerdo HORA: \_\_\_\_\_

OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



Lote: 000325 Código: AF35 8 680  
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R  
X C X 4,5 X 200 X T

Fab.:16/08/2018 Val.:08/2023  
Registro Anvisa Nº 80083650026  
Material ACO INOX F138

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP  
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP  
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 001035 Código: F08 2 209  
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSÉA  
SARTORI - LINEFIX FEMUR T  
350 - ESTERIL

Fab.:27/08/2018 Val.:08/2023  
Registro Anvisa Nº 80083650031  
Material AGO INOX/ALUMINIO

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP  
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP  
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 000358 Código: AF35 8 680  
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R  
X C X 4,5 X 200 X T

Fab.:14/08/2018 Val.:08/2023  
Registro Anvisa Nº 80083650031  
Material ACO INOX/ALUMINIO

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP  
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP  
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 000325 Código: AF35 8 680  
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R  
X C X 4,5 X 200 X T

Fab.:15/08/2018 Val.:08/2023  
Registro Anvisa Nº 80083650026  
Material ACO INOX F138

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP  
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP  
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

JALECO N°: \_\_\_\_\_

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL, 06/10/2019  
MAT. N°: 151-113  
ACESSO CENTRAL

INSTRUMENTADO: Rutho

CIRCULANTE: Rosane Vieira

TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUI () PERIDUAL () B.PASSINATURA LOCAL ()

OBS.: \_\_\_\_\_

ANESTESISTA: Dra. Andressa

INÍCIO DE ANESTESIA: 14:00

TÉRMINO DE ANESTESIA: \_\_\_\_\_

ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: \_\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_



	GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho	<b>BOLETIM OPERATÓRIO</b>
---	--	-------------------------------

### IDENTIFICAÇÃO

Nome: Feder Avaníjo de Freitas Reg. No.

Diagnóstico pré-operatório: Fractura - luxação de joelho

Indicação terapêutica: Tecatomintos Urgência ( ) Eletiva ( ) Fechar o joelho

### INTERVENÇÃO

Data: 17 AGO. 2019 Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_

Operador: Kleidson CRM/CRO: \_\_\_\_\_

1º Auxiliar: \_\_\_\_\_ CRM/CRO: \_\_\_\_\_

2º Auxiliar: \_\_\_\_\_ CRM/CRO: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_ CRM/CRO: \_\_\_\_\_

Anestesista: \_\_\_\_\_ CRM/CRO: \_\_\_\_\_

### RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

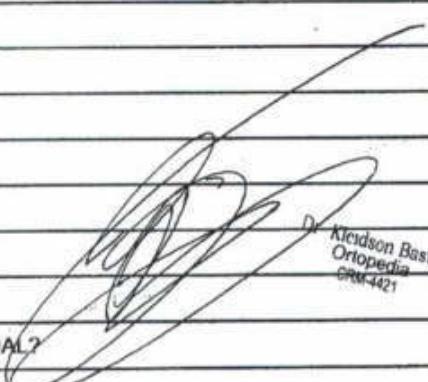
- 1- Preenchi anestesiado
- 2- Anto - seprase e essepse
- 3- Aposição de campos estéreis
- 4- Reclinação Invertida
- 5- Controle com fiseodexes externo  
transcutâneos de joelho
- 6- Circunfer
- 7- Talos coxos - pedálicos

0408050683 (4) 5821

R\$ 397,15

0702030406 R\$ 648,

0702030805 R\$ 28,00

  
Kleidson Bastos  
Ortopedia  
CRM-4421

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

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

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



IDENTIFICAÇÃO

Nome: IEDS ALAUJO DE FREITAS Reg. N° 1391122

Diagnóstico pré-operatório: HEMATOMA TRAVELO ADORN

Indicação terapêutica: CORTICOTOMIA DESCOBRIMENTO Urgência ( ) Eletiva ( )

INTERVENÇÃO

Data: 20/03/19 Início: 13:40 Término: 14:50 Duração: 1h 10m  
Operador: DR BRUNO BOSS CRM/CRO:  
1º Auxiliar: DR GUILLERMO LIMA CRM/CRO:  
2º Auxiliar: DR JABO BARBOSA CRM/CRO:  
Instrumentador:  
Anestesista: CRM/CRO:

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL 06/11/2019  
MAT. N° 1524833  
SAME  
CH ASSINATURA

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- PACIENTE FEM DE CIR 20 ANOS, CABECO PESO 10 KG, ESQUERDA
- TRICOTOMIA, DEEPING, ANTISSÉPSICO, ALOSÍCOS DE CAVO
- INCISÃO FEM BICOVINA, ABDOMEN 10 CM, REVISÃO DE HEMOSTASIS
- ESGUicho DO PSC, FERIDA 20 X 6CM.
- TRICOTOMIA FEM 4 CM, CAVO VAGINAL, REVISÃO DA HEMOSTASIS.
- ABDM DIREITO 10 CM, DRENAGEM DO LÚMEN SUBM. E TENSÃO. COM COAGULADA DE FERIDA DE 7MM(?)
- DRENAGEM. CAVO PERITON.
- FECHAMENTO. SUTURA 10 CM
- CLOSURA

1071

DR BRUNO BOSS  
Neurocirurgia  
RN 0484

+ DR BRUNO BOSS

0603010020 (15) 5063  
R\$ 807,75.

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

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

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





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO**

RECEITUÁRIO

NOME: Iecles Aroníz de França MATRÍCULA:

Declaro osos fins necessários  
que a paciente encontra-  
se entorncida neste  
hospital p/ tratamento  
de fraturas de membros  
inferiores e hemorrágia  
digestiva alta. Não  
tenho previsão de alta  
hospitalar.

C18:82, K92

DATA 20 08 119

MEXICO-CRM

Dr. Kicidson Bastos  
Ortopedia  
CRM-442.

FUMAR FAZ MAL À SAÚDE - USE CINTO DE SEGURANÇA  
PILOTE SEMPRE COM CAPACETE - NÃO BEBA AO DIRIGIR  
ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU E NOSSO





Secretaria de Saúde Pública  
Hospital Deoclécio M. Lucena

RECEITUÁRIO MÉDICO

8/ Ideia Aclu  
Freitras.

Selvato:

Fisioterapeu  
Máteras  
(20 sessões)

HD: Freitras  
de tímico e  
Platis tibial

21/11/2021 /

Dra. Fernanda  
Flor Linhares  
01011513545939800000061720757





**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**297 SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA**  
**HOSPITAL DE OCLECIÓ M. LUCENA**  
**9-9440 - 7502 PARNAMIRIM /RN**

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 0058

~~MEMO DE REGULAÇÃO~~

NOME: Tessa Araújo de Freitas  
 IDADE: 10/07/96 COR: morena SEXO: fem ESTADO CIVIL: solteira  
 NATURALIDADE: Goiânia PROFISSÃO: aluna PROCEDÊNCIA:  
 ENDEREÇO: R. Silviano Santiago nº 4 - 2º BAIRRO: Z. Prod. Industrial  
 CIDADE: GOIÂNIA DATA: 09/09/2019 HORA: 15:59  
 CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO     COMATOSO

#### CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO	
APARENTEMENTE BEM <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>
C/ HEMORRAGIA <input type="checkbox"/>	EM CONVULSÃO <input type="checkbox"/>
COM DISPNEIA <input type="checkbox"/>	
POLITRAUMATIZADO <input type="checkbox"/>	
SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
MEGA ACIDENTE DE TRABALHO	
FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA	
C) PRESSÃO ARTERIAL	

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO	SIM <input type="checkbox"/>	NAO <input type="checkbox"/>	
PUPILAS,	A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)	B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C  
TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.  
SINTOMA ALLEGADA

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

EXAME FÍSICO

- CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)  
Paciente  
de Pernas

Con  
caso

Sesquera

Josivan F. Neto  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-RN 5763

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS



## EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

## ENCAMINHAMENTO DO PÁCIENTE

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

## CONDUTA

Ass. do Responsável

## DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>Otorrino</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____ / _____ / _____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA _____ / _____ / _____ ÓBITO _____ / _____ / _____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____ HORA _____	A REVELIA <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/> 1 <i>Josivan F. Nunes Ortopedia / Traumatologia CRM-RN 5763</i>
ENTREGUE À FAMÍLIA <input type="checkbox"/> MÉDICO (Carimbo)	S.V.O. <input type="checkbox"/>	CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)





Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DE OCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

IEDA ARAUJO DE FREITAS

167458

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

10- RACIAÇÃO

706 7015 5050 2910

19/07/1958

#REF!

#REF!

11- NOME DA MÃE

12- FONE DE CONTATO

RAIMUNDA ARAUJO

994407502

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- FONE DE CONTATO

IRANIR DE ARAUJO

15- ENDERECO (RUA, Nº)

16- CEP

SITIO LAGOA DE FORA

59480000

18- MUNICÍPIO

17- BAIRRO

18- UF

SAO PEDRO

ZONA RURAL

RN

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com febre  
de Poxa (es)

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CARREGADO

23- DIAGNÓSTICO INICIAL 24- CID 10 PRINCIPAL 25- CID 10 SEGUNDO 26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

23- DIAGNÓSTICO INICIAL 24- CID 10 PRINCIPAL 25- CID 10 SEGUNDO 26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA 30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO 31- DOCUMENTO 32- N<sup>o</sup> DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

29- CLÍNICA 30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO 31- DOCUMENTO 32- N<sup>o</sup> DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 34- DATA DA SOLICITAÇÃO 35- ASSINATURA E CARIMBO (N<sup>o</sup> DO REGISTRO DO CONSELHO)

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 34- DATA DA SOLICITAÇÃO 35- ASSINATURA E CARIMBO (N<sup>o</sup> DO REGISTRO DO CONSELHO)

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- ( ) AC. TRÂNSITO 37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO 38- ( ) ACI. TRABALHO TRAJETO 39- CNPJ DA SEGURODORA 40- CNPJ DA EMPRESA 41- SERIE

36- ( ) AC. TRÂNSITO 37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO 38- ( ) ACI. TRABALHO TRAJETO 39- CNPJ DA SEGURODORA 40- CNPJ DA EMPRESA 41- SERIE

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA 46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 47- COD. ORGÃO EMISOR 52- N<sup>o</sup> DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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

Autorização

48- DOCUMENTO 49- N<sup>o</sup> DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

48- DOCUMENTO 49- N<sup>o</sup> DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51- ASSINATURA E CARIMBO (N<sup>o</sup> DO REGISTRO DO CONSELHO)

HRDML / SESAP  
CONFERIDO ORIG.  
Fernanda, 15/01/2021  
Assinado por: Fernanda, 15/01/2021



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 15/01/2021 13:54:59

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101151354593980000061720757>

Número do documento: 2101151354593980000061720757

Num. 64419540 - Pág. 27

Paciente: 139422 - IEDA ARAUJO DE FREITAS  
FIA: 4-7691/2019

Nr. Prontuário: 1187967

Peso:

Idade: 61 ano(s) 1 mes(es) e 18 dia(s)

Data Internação: 16/08/2019 22:22

Prescrição Nº: 20

Início Validade: 05/09/2019 08:52 até 06/09/2019 18

Hospital / Unidade: WG - 2 ANDAR

Quarto / Leito: 1 - 202

Convênio: SUS/GRATUITO

Médico Resp.: 237-MAURO CARNEIRO CALHAU

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE

05/09/2019 08:53:22 - EVOLUINDO SEM INTERCORRENCIAS.[  
EM BOM ESTADO GERAL.

FO CICATRIZADA.

ECG:15. HEMIPARESIA ESQUERDA

TC 04/09: BOM RESULTADO CIRURGICO. ÁREAS DE CONTUSÃO RESIDUAL EM ABSORÇÃO AVANÇADA.

CD: ALTA NCR. PARECER PARA SEGUIMENTO AMBULATORIA. PARECER PARA ORTOPEDIA ASSUMIR O CASO.

*Retaura pmby*

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - BRANDA PADRAO						
<i>Juliana</i>						
				3h/3h		08:52 11:52 14:52 17:52 20:52 23:52 02:52 05:52 08:52 11:52 14:52 17:52
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - SORO FISIOLOGICO CLOR. DE SODIO 0,9% 500 ML SIST. F	1	BOLS	IV	6h/6h		12 18 00 06 12:18
3 - FENITOINA 50MG/ML 5 ML Obs.: fazer LENTO Diluição: 18ml SF0,9%	2	ML	IV	8h/8h		14 22 06 14:22
4 - RANITIDINA 25MG/ML - 2 ML Diluição: 18ml SF0,9%	1	AMP	IV	8h/8h		14 22 06 14:22
5 - TRAMADOL 50MG/ML - 2ML S/N SN Diluição: 100ml SF0,9%	1	AMP	IV	8h/8h		SN
6 - ONDANSETRONA 2 MG/ML - 4 ML S/N se náuseas ou vômitos Diluição: 20ml SF0,9%	1	AMP	IV	8h/8h		SN
7 - DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2 ML S/N dor ou febre Diluição: 8ml SF0,9%	1	AMP	IV	6h/6h		SN 18
CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
8 - PARECER Obs.: ORTOPEDI					CONTÍNUO	08:52 08:52
9 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS					6h/6h	08:52-14:52 20:52-02:52 08:52-14:52 06 12 18
10 - HIGIENE ORAL Obs.: COM CLOREXIDINA 0,12%					3X	14:20 08:14 M T N
SERVIÇO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
11 - FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA	3					

*Retaura pmby*

RAFAEL DE ALBUQUERQUE BARBOSA

CRM-6715/RN





## PEDIDO DE PARECER

03 I

L = 03

condutor

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

Paciente: Todos Aranjo de FORT Prontuário: \_\_\_\_\_

Motivo da Consulta: E.C.S com Risco Cirurgico

NEON  
PS  
MD      OTCABUNO  
                DECO

Médico \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Encaminhado à especialidade: CARDIOLOGIST

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

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

## RESPOSTA DE PARECER

NO C.C.

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

Paciente: Todos Aranjo / 610ms Prontuário: \_\_\_\_\_

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

Fx TIBIA

ANTES DO ACIDENTE TINHA  
AUTONOMIA PLENA, INTEGRAL  
NO CORPO

API: TABAGISTA

Desenvolveu HASIOM  
DESENVOLVEU QUATRO ADENOS

ECO: NORMAL  
PA: 130x80 AC: PGR 2785  
Hb: 126 Pesp: 350000 Glc:  
UN: 23 U: 0,6 TAP: 87%

Risco MODERADO de eventos

Diagnóstico: cardíacos      CRM \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Sugestão: muita desoxi nifedipina  
evitar nos refeições - indicação de óleo

Médico \_\_\_\_\_

Retornar à clínica solicitante: \_\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_

Dia: \_\_\_\_\_ hora: \_\_\_\_\_

Juscelino B. Vidal  
Assinado em 20/08/2019  
Data: 20/08/2019 10:00

às \_\_\_\_\_

horas do dia \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



Nome do paciente	ICDA Arsenio de Freitas			Nº prontuário
Data operação	30/09/19	Enf.	Leito	
Operador	Juceno Moreira		1º auxiliar	Casas Magno RITA
2º auxiliar	IGOR		3º auxiliar	Instrumentador
Anestesista	FRANCIS DE PENA DIKOMA			
Diagnóstico pré-operatório				
Tipo de operação	TRATAMENTO CIRÚRGICO COL FISSO INTERNA			
Diagnóstico pós operatório				
Relatório imediato do patologista				
Exame radiológico no ato				
Acidente durante a operação				

#### DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Préverte SOS urgencia assessoria  
 esfuzos, incisão, dissecação, fesoção placa  
 col as fúrcas, 107 passados cortados,  
 curvado por fúrcas, curvado

Dr. Carlos Mello P. J. G. S.  
 Ortopedista Traumatologista  
 Paitxem Traumato 0000  
 CRM 2108 - TEP 7588  
 CPF 142.304.884-47

<input type="checkbox"/> CIRURGIAS MÚLTIPLAS (0415010012)
<input checked="" type="checkbox"/> POLI TRAUMATIZADO (0415030013)
<input type="checkbox"/> PROC. CLÍNICO
<input checked="" type="checkbox"/> PROC. CIRÚRGICO 0408050551
<input type="checkbox"/> GBO. 223225
<input checked="" type="checkbox"/> GBO. 225270
<input checked="" type="checkbox"/> 13 DIAS
<input type="checkbox"/> CID S - 821

HDM / SESAP  
 CONFECÇÃO ORIGINA  
 DATA: 01/12/2014  
 NO: viat. 86921-4



## Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital	HDMC		Enfermaria	Leito	Nº prontuário
Nome	Jedr Stoicu de Freitas			Idade	61
Data	Pressão arterial 30/09/2018 130x80 mmHg	P脉搏 64 bpm	Respiração	Temperatura	Peso
Tipo sanguíneo	Hematíes	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia
	Urina				
Ap. respiratório	S/ alter.				
Ap. circulatório	S/ alter.				Asma
Ap. digestivo					Eletrocardiograma
Estado mental	Lotto, Vagal		Dentes	Pescoço	Ap. urinário
Diagnóstico pré-operatório			Ataracicos	Corticoides	Alergia Nego
Anestesias anteriores	I -> S/ teles		(1)		Hipotensores Estado fisico ASA I
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito
Agentes Anestésicos	O <sub>2</sub>	• Midazolam 0,25 • Fentanyl 50 µg • Dexametasona 0,2 mg • Metformina 800 mg			
Líquidos		• Bicarbonato 8,4% • Pregabalina 200 mg • Fentanil 0,001 mg			
<input checked="" type="checkbox"/> Anest.	<input type="radio"/> Oper.	100% - 100% - 100% (1) Rádiofrequência (1) Técnica			
<input checked="" type="checkbox"/> P Pulso	<input type="radio"/> O Resp.	(1) Dexametasona 100 mg (1) Dexametasona 10 mg (1) Midazolam 0,2 mg (1) Fentanyl 40 µg (1) Tilostel 40 µg (1) Cefotolaxano			
SÍMBOLOS					
E					
ANOTAÇÕES					
POSIÇÃO					
Agentes					
Técnica	A+A: BSAC PMI L4/L5 C1/C6 27Gx1, Líquido (1, limpo)				
Operação	TTF Cirurgião de f+ S/ teles (1)				
Cirurgiões	Márcia Boileux + Carlos Moraes				
Anestesistas	Fernanda F. de Medeiros Anestesiologista				
Observações	S/ observações				



Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

Nome: LEILA RAISSA DE FREITAS Idade: 61 D/N: 19/07/1958  
 Pront.: 167458 Município: SÃO PEDRO Procedência:  Interno  Externo  
 Data da cirurgia: 30/07/19 Hora Admissão: Bloco: 08:20 Sala: 07:50 Hora Saída: 11:00 Peso: \_\_\_\_\_  
 Alergias:  Não  Sim Comorbidades:  HAS  DM  Outras  
 Uso de medicações:  Não  Sim Jejum:  Não  Sim  
 SSW Admissão: PA: \_\_\_\_\_ mmHg P脉: \_\_\_\_\_ bpm FL: \_\_\_\_\_ rpm FC: \_\_\_\_\_ bpm SpO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ % T: \_\_\_\_\_ °C  
 Enfermeiro(a): LUCIANA Instrumentador (a): RITA Circulante: AUGUSTO  
 Cirurgia: TIRADIA Especialidade: ORT Sala: Q1  
 Hora Início: 10:15 Hora Término: \_\_\_\_\_ Tipo de cirurgia:  Eletiva  Urgência  Limpa  Contaminada  Infectada  
 1º Cirurgião: MARCELO MENEZES Residente: CARLOS MENEZES  
 Anestesia:  Local  Sedação  Geral TOT: \_\_\_\_\_ Bloqueio  Raquidiana Ag. n° 27 Peridural  c/cateter  s/cateter  
 Ag. n°  Cateter n°  Início 09:50 Garrote:  Smarch  Pneumático Início 10:00 Término: 10:45  
 Anestesiologista: D'S 1608

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotenso	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input 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 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 Arteriovenosa	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input type="checkbox"/> Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Integra	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SVD	<input checked="" type="checkbox"/> Dífrifusor
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input checked="" type="checkbox"/> Choque	<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia	<input checked="" type="checkbox"/> BIC
<input type="checkbox"/> Déambula	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfígmeno	<input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia	<input checked="" type="checkbox"/> Desfibrilador
<input type="checkbox"/> t/ dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Dreno:	
<input checked="" type="checkbox"/> Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Dispnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input type="checkbox"/> Parapléxico	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Dispositivo O <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> Tração	
<input type="checkbox"/> Tetrapléxico	<input checked="" type="checkbox"/> Manchas		<input checked="" type="checkbox"/> Talas	
<input type="checkbox"/> Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia			

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>69</u>	<u>70</u>	<u>60</u>	Bpm
Pulso	<u>69</u>	<u>70</u>	<u>60</u>	Bpm
Oximetria	<u>100%</u>	<u>99%</u>	<u>100%</u>	%
Capnografia	<u>35.37</u>	<u>124</u>	<u>135.57</u>	mmHg
PA	<u>135/87</u>	<u>124</u>	<u>135/57</u>	

ACESSO VENOSO

Punção Arterial
Punção Venosa Periférica
Punção Venosa Central
Dissecção venosa

Local:

Cateter:

SONDAGEM GÁSTRICA

SNG n°	
Retorno:	CATETERISMO VESICAL
SVF n°	SVA n°
Diurese:	
Profissional responsável:	
	EXAMES SOLICITADOS
	Gasometria

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	Cabeça	Anatômicos
<input type="checkbox"/> Ventral	PESCOÇO	Abduzidos
<input type="checkbox"/> Lateral	TÓRAX	Fletidos
<input type="checkbox"/> Litotómica	LOMBAR	MMII
<input type="checkbox"/> Trendlemburg		Anatômicos
<input type="checkbox"/> Canivete		Abduzidos
<input type="checkbox"/> Proclive		Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO

Sim  Não  Metal  Descartável

Local: desço dia

DEGERMAÇÃO

Sim  Não

Local: MEIO

Sim  Não

Local:

TRICOTOMIA

Solução: Clor.

Local:

Sim  Não

Local:

Sim <input checked

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO**

**HEMOTRANSFUSÃO:**

( ) Hemoconcentrado \_\_\_\_\_ Unid.  
( ) Albumina \_\_\_\_\_ Unid.

( ) Plasma \_\_\_\_\_ Unid.

( ) Plaquetas \_\_\_\_\_ Unid.

( ) Expansor plasmático \_\_\_\_\_ Unid.

**MEDICAÇÕES UTILIZADAS**

h: \_\_\_\_\_  
h: \_\_\_\_\_  
h: \_\_\_\_\_

h: \_\_\_\_\_  
h: \_\_\_\_\_  
h: \_\_\_\_\_

h: \_\_\_\_\_  
h: \_\_\_\_\_  
h: \_\_\_\_\_

**HIDRATAÇÃO VENOSA**

( ) Soro Fisiológico: 1000 ml  
( ) Soro Glicosado: \_\_\_\_\_ ml

( ) Soro Ringer Simples: 500 ml  
( ) Soro Ringer Lactato: \_\_\_\_\_ ml

Quantidade total de volume administrado: \_\_\_\_\_

**ANÁTOMO PATOLÓGICO**

Não  Sim Peça:  
Swab para cultura:

Peça para sepultamento:  Não  Sim  
Líquido: \_\_\_\_\_

**CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES**

FO de aspecto:  Limpo  c/ exsudato  Contaminada  Aparelho gessado  Bandagens  Talas  Outros:

**INTERCORRÊNCIAS:** Tensão arterial alta com dor no peito

Ass: José Coren: 29720

**CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO**

Nível de consciência:  Consciente  Inconsciente  Narcose  Coma  Vigil  Agitado  
Respiratório:  Intubado  Extubado  Cânula de Guedel  O<sub>2</sub> ambiente Curativo.  Oclusivo  Compressivo  Bolsa de colostomia  Outro: \_\_\_\_\_  
Diurese:  Espontânea  Normal  Hematória  Irrigação Vesical  Oligúrico Destino após a cirurgia: CKO

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

Hora: 11:00 Data: 30/07/21 Nível de consciência:  Acordado  Sonolento  Narcose  Orientado  
( ) Desorientado  Agitado  Choroso Vias aéreas:  Intubado  Extubado  Cânula de Guedel  Cateter O<sub>2</sub>  O<sub>2</sub> Ambiente Mobilização MMII:  Normal  Diminuída  Sem mobilidade Mobilização MMSS:  Normal  Diminuída  Sem mobilidade Venoclise:  Não  Sim Tipo:  Local: \_\_\_\_\_ Sondas:  Gástrica  Enteral  Vesical Drenos:  Succión  Torácico  Penrose  Kherr Ostomias:  Sim  Não Especifique Irrigação vesical contínua:  Retorno satisfatório  Retorno Insuficiente  Coágulos Curativo:  Oclusivo  Descoberto  Limpo  Sujo Monitorização:  ECG  Oxímetro  PA

**INTERCORRÊNCIAS NA URPA** ( ) Náuseas ( ) Vômitos ( ) Sangramento ( ) Dor ( ) Bexigoma ( ) Alteração PA ( ) Alteração FC  
Relate:  
**SINAIS VITAIS**

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor	Líquidos administrados na URPA:				
							Soro glicosado: _____ ml	Soro Fisiológico: _____ ml	Ringer: _____ ml	Irrigação vesical contínua: _____ ml	
Admissão	—	67	—	—	97	Não					
30'	—	64	—	—	96	Não					
60'	—	62	—	—	96	Não					
Alta	—	75	—	—	98	Não					

**Medicações administradas URPA:**

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura	Eliminações:				
					Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação	

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:** A ce ortosséica t-e vai  
e, consciente, orientada (algo)  
me O<sub>2</sub> ambiente





Hospital Desidério M. Lucena		Hospital	
<b>HODML</b> Paramirim / RN			
Nome do paciente		Nº prontuário	
Data operação 23/9/19		Enf.	Leito
Operador Dr. Almeida		1º auxiliar	Dr. Ricardo Cunha
2º auxiliar		3º auxiliar	Instrumentador
Anestesista Dr. Leonardo Basso		Tipo de anestesia	
Diagnóstico pré-operatório Coordenador HODML		Fase na placa de dente em contato com (sem cont. dente)	
Matrícula 27040		E operar de	
Tipo de operação Interv. d' fresa na placa de dente jellho E			
Diagnóstico pós operatório o mesmo		* SEM Rx PO	
Relatório imediato do patologista N/A		CIRURGIAS MULTIPLAS (0415010012)	
Exame radiológico no ato SIM		POLITRAUMATIZADO (0415030913)	
Acidente durante a operação N/A		PROC. CLINICO	
		PROC. CIRURGICO 0408050521	

## **DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO**

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

- Via de acesso - tática e técnica

11 → DIAS CID 5-821

  - ① Devoluta do not val effects on nucleo + force intensity
  - ② Proprio & Int. appr.
  - ③ Apopt. Comp. system
  - ④ Tissues incl. dense for pheno, Visually & colour plus with new materials in place, optimus for fusion en inter (adherents cells & I cells).
  - ⑤ Limp JF 9.17. 03L5 + Dura partice 3-mm
  - ⑥ Sust. for pheno.
  - ⑦ Glutar + formalin fix. emulsion
  - ⑧ water (↑) 1, propylene Ox.

HRDML / SESAP  
CONFERÊNCIA DE ORGANIZAÇÃO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA  
11/01/2012  
LICENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS

Ans.: Falta open fx Diagnosi prima →



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia				Hospital	Enfermaria	Leito:	Nº prontuário
Nome <u>TEDA</u> <u>Ronaldo de Freitas</u>						Idade	Sexo
Data <u>19.09.19</u>	Pressão arterial	P脉搏	Respiração	Temperatura	Peso	Outros	
Tipo sanguíneo	Hematílias	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia		
	Urina						
Ap. respiratório					Asma	Bronquite	
Ap. circulatório					Eletrocardiograma		
Ap. digestivo				Dentes	Pescoço	Ap. urinário	
Estado mental				Ataracicos	Corticoides	Alergia	
Diagnóstico pré-operatório						Hipotensores	
Anestesias anteriores					Estado físico	Risco	
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito		
Agents Anestésicos	Ó						
Líquidos							
Oper.	260						
	250						
Anest.	240						
	230						
O Resp.:	220						
	210						
P Pulso	200						
	190						
SIMBOLOS	180						
	170						
E	160						
	150						
ANOTACOES	140						
	130						
POSIÇÃO	120						
	110						
Agentes	100						
Técnica	90						
Operação	80						
Cirurgiões	70						
Anestesistas	60						
Observações	50						
notar no verso as complicações							
						Leonardo Barros Coordenador HRDML Matrícula 194-270-0	



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome:	Teda Araujo de Frutas	Idade:	D/N:
Pront.:	161458	Município:	São Pedro
		Procedência:	<input checked="" type="checkbox"/> Interno ( <input type="checkbox"/> Externo)
Data da cirurgia:	25/09/19	Hora Admissão:	Bloco:
Alergias:	( <input type="checkbox"/> Não) Sim: Nega	Comorbidades:	( <input type="checkbox"/> HAS) ( <input type="checkbox"/> DM) ( <input type="checkbox"/> Outras: Nega)
Uso de medicações:	( <input type="checkbox"/> Não) Sim: Nega	Jejum:	( <input type="checkbox"/> Não) Sim
SSW Admissão:	PA: mmHg	Pulso: bpm	FL: rpm FC: bpm SpO <sub>2</sub> : % T: °C
Enfermeiro(a):	Lidiane	Instrumentador (a):	Fernanda C. circulante: Cynthia
Cirurgia:	III. Cir. de pal. de Plateau Tibial E.	Especialidade:	ortopedia
Hora Início:	08:50	Hora Término:	09:30
1º Cirurgião:	Dra. Alípio	Aux.: Dr. Ricardo E.	Residente:
Anestesia:	( <input type="checkbox"/> Local) ( <input checked="" type="checkbox"/> Sedação) ( <input type="checkbox"/> Geral TOT: Ag. n°	TOT: ( <input type="checkbox"/> Bloqueio ( <input checked="" type="checkbox"/> Raquidiana Ag. n° 25) ( <input type="checkbox"/> Peridural ( <input type="checkbox"/> c/cateter ( <input type="checkbox"/> s/cateter	
	Cateter n°	Início: 08:20 Garrote: ( <input checked="" type="checkbox"/> Smarch ( <input type="checkbox"/> Pneumático Início: 08:30 Término: 09:33	
Anestesiologista:	Juarez		

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"/> Jelco MSE	<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"/> Oxímetria
<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 Arteriovenosa	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input checked="" type="checkbox"/> Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<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"/> SVD	<input checked="" type="checkbox"/> Dífrifusor
<input checked="" type="checkbox"/> Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input checked="" type="checkbox"/> Choque	<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia	<input checked="" type="checkbox"/> BIC
<input checked="" type="checkbox"/> Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfíglico	<input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia	<input checked="" type="checkbox"/> Desfibrilador
<input checked="" type="checkbox"/> t/ dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Dreno:	
<input checked="" type="checkbox"/> Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Dispnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input checked="" type="checkbox"/> Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Dispositivo O <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> Tração	
<input checked="" type="checkbox"/> Tetraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Manchas		<input checked="" type="checkbox"/> Talas	
<input checked="" type="checkbox"/> Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia			

SINAIS VITAIS	Inicio	Meio	Fim	Unid.
FC	71	74	72	Bpm
Pulso	70	73	73	Bpm
Oximetria	94%	95%	97%	%
Capnografia	-	-	-	%
PA	144/69	181/368	135	mmHg

ACCESSO VENOSO			
	Punção Arterial		
<input checked="" type="checkbox"/>	Punção Venosa Periférica		
	Punção Venosa Central		
	Dissecção venosa		
Local:	MSE		
Cateter:	nº 20		

SONDAGEM GÁSTRICA		
	SNG nº	
Retorno:		
CATETERISMO VESICAL		
	SVF nº	SVAnº
Diurese:		
Profissional responsável:		
EXAMES SOLICITADOS		
		Gastrometria

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Cabeça	Anatômicos
Ventral	<input checked="" type="checkbox"/> PESCOÇO	Abduzidos
Lateral	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	Fletídos
Litotómica	<input checked="" type="checkbox"/> Lombar	MMII
Trendlemburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
Canivete		Abduzidos
Proclive		Fletídos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO		
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Metal ( <input type="checkbox"/> Descartável)
Local:	normal de rula	
DEGERMAÇÃO		
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	( <input type="checkbox"/> Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> Não)
Local:	Mie	Solução Clor. dig. local:
IMPLANTE CIRÚRGICO		
Drenos:		CONFERIDO CRISTAL
Tela:		Perf. em 05/09/2021
Cateter:		No Met. 96771
Ostomia:		
Fio de KC:		Parafuso - tipo:
Placa - Tipo:	Im T 3 luxos.	
Outros:		



**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO**

Tedas

( ) Hemoconcentrado \_\_\_\_\_ Unid.  
( ) Albumina \_\_\_\_\_ Unid.

( ) Plasma \_\_\_\_\_ Unid.  
( ) Expansor plasmático \_\_\_\_\_ Unid.

( ) Plaquetas \_\_\_\_\_ Unid.

**HEMOTRANSFUSÃO:**

\_\_\_\_\_ h:  
\_\_\_\_\_ h:  
\_\_\_\_\_ h:

\_\_\_\_\_ h:  
\_\_\_\_\_ h:  
\_\_\_\_\_ h:

\_\_\_\_\_ h:  
\_\_\_\_\_ h:  
\_\_\_\_\_ h:

**MEDICAÇÕES UTILIZADAS**

( ) Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml  
( ) Soro Glicosado: \_\_\_\_\_ ml

( ) Soro Ringer Simples: \_\_\_\_\_ ml  
( ) Soro Ringer Lactato: \_\_\_\_\_ ml

Quantidade total de volume administrado:

**HIDRATAÇÃO VENOSA**

Não  Sim Peça:  
Swab para cultura:

Peça para sepultamento:  Não  Sim  
Líquido:

**ANÁTOMO PATOLÓGICO**

FO de aspecto:  Limpo  c/ exsudato  Contaminada  Aparelho gessado  Bandagens  Talas  Outros:

**INTERCORRÊNCIAS:** Paciente intubado procedimento realizado com bucone e sum intercorrência.

Ass: *[Signature]* Coren: \_\_\_\_\_

**CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO**

Nível de consciência:  Consciente  Inconsciente  Narcose  Vigil  Agitado  
Respiratório:  Intubado  Extubado  Cânula de Guedel  Ambiente Curativo  Oclusivo  Compressivo  Bolsa de colostomia  Outro:

Diurese:  Espontânea  Normal  Hematuria  Irrigação Vesical  Oligúrico Destino após a cirurgia: **CRO**

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

Hora: **09:51** Data: **25/09/19** Nível de consciência:  Acordado  Sonolento  Narcose  Orientado  
( ) Desorientado  Agitado  Choroso Vias aéreas:  Intubado  Extubado  Cânula de Guedel  Cateter O<sub>2</sub>  O<sub>2</sub> Ambiente  
Mobilização MMII:  Normal  Diminuída  Sem mobilidade Mobilização MMSS:  Normal  Diminuída  Sem mobilidade  
Venoclise:  Não  Sim Tipo: **AVP** Local: **MDE** Sondas:  Gástrica  Enteral  Vesical  
Drenos:  Succión  Torácico  Penrose  Kherr Ostomias:  Sim  Não Especifique  
Irrigação vesical contínua:  Retorno satisfatório  Retorno Insuficiente  Coágulos  
Curativo:  Oclusivo  Descoberto  Limpo  Sujo Monitorização:  ECG  Oxímetro  PA

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

**SINAIS VITais**

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	60			97/		
30'	53					
60'	56			100/		
Alta				100/		

**Líquidos administrados na URPA:**

Soro glicosado: \_\_\_\_\_ ml  
Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml  
Ringer: \_\_\_\_\_ ml  
Irrigação vesical contínua: \_\_\_\_\_ ml

**Medicações administradas URPA:**

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

**Eliminações:**

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

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:** Paciente encaminhada para clínica ortopédica acompanhada pelo maestro, após liberação do anestesista, Dr. Leonardo, às 11:36. Sum intercorrências.



167458



Hospital

Nome do paciente

LEDA ASSUZO DE FREITAS

Nº prontuário

Data operação

Enf.

Leito

Operador

PESO PURO

1º auxiliar

LUSON ASSUZO

2º auxiliar

LUSIA

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

FISTULAS DE PESSO + FISTULA LIGAMENTAR  
EM SOCORRO EXPRESSO

Tipo de operação

Diagnóstico pós operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

## DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

PACIENTE S/OS SUGESTAS DISSECASIA  
CAVOS, FORGADO AS COVEÇÕES, RETIRADO  
HASTAS, RETIRADO PUSOS DE SETAUS. CAVITMO  
TALA FIO CILINDRO

Dr. MÁRCOS Magno P. do Carmo  
Ortopedista - Traumatologista  
Perito em: Traumatologia  
CRM: 2106 - TEOT 5981  
CFF: 188.301.564-14

<input checked="" type="checkbox"/> CHURGIAS MULTIPLAS 0415010012)
<input checked="" type="checkbox"/> POLIRRAUMATIZADO 0415010013)
<input checked="" type="checkbox"/> PROC. CLINICO
<input checked="" type="checkbox"/> PROC. CIRÚRGICO 0408060360
<input checked="" type="checkbox"/> NBO. 225225
<input checked="" type="checkbox"/> CBO. 225270
<input checked="" type="checkbox"/> 2 DIAS
<input checked="" type="checkbox"/> CID T-131

HDRML / SESAP  
CONFERIDO ORIGINAL  
Paraná / RN / 04/12/19

Mat. 3692-4



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 15/01/2021 13:54:59

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011513545939800000061720757>

Número do documento: 21011513545939800000061720757

Num. 64419540 - Pág. 38

# Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital <i>Decílio H. Lucena</i>					Enfermaria	Leito	Nº prontuário
Nome <i>Ieda Araújo da Freitas</i>					Idade	Sexo	Cor
Data	Pressão arterial	P脉	Respiração	Temperatura	Peso	Outros	
Tipo sanguíneo	Hematílias	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia		
	Urina						
Ap. respiratório					Aasma	Bronquite	
Ap. circulatório					Eletrocardiograma		
Ap. digestivo			Dentes	Pescoço	Ap. urinário		
Estado mental			Ataracicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores	
Diagnóstico pré-operatório <i>Retirada de material de síntese</i>					Estado físico	Risco	
Anestesias anteriores							
Medicação pré-anestésica					Aplicada às	Efeito	
Agentes Anestésicos	O <sub>2</sub>						
Líquidos	M 500						
<input type="radio"/> Oper.	260						
<input checked="" type="checkbox"/> Anest.	250						
<input type="checkbox"/> O Resp:	240						
<input checked="" type="checkbox"/> P Pulso	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	Análise p/ anest.						
ANOTACÕES	Venoelaxante prévio Sedativo Propofol 50 mg						
POSIÇÃO							
Agentes	<i>Propofol</i>						
Técnica	<i>Sedação</i>						
Operação							
Cirurgiões							
Anestesistas							
Observações							

*Paulo Panosso Macedo*  
Anestesiologista





## PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA ORTOPEDIA	REGULAÇÃO WALFREDO GURGEL	OBS
ENFERMARIA N°	LEITO	PRONTUÁRIO 167458
DATA 09/09/2019	HORA 16:35	CATEGORIA GIH
PACIENTE IEDA ARAUJO DE FREITAS		DATA DE NASCIMENTO 19/07/1958
ESTADO CIVIL SOLTERA	PROFISSAO AGRICULTORA	
ENDEREÇO (RUA, N°) SITIO LAGOA DE FORA	BAIRRO ZONA RURAL	UF RN CEP 59480000 TELEFONE
MUNICIPIO SAO PEDRO		
LOCAL DE TRABALHO		
FILIAÇÃO RAIMUNDA ARAIJO	JOAO MANOEL	TELEFONE
RESPONSÁVEL IRANIR DE ARAUJO		994407502
ENDEREÇO O MESMO		
DIAGNOSTICO PROVISORIO		
DIAGNOSTICO DEFINITIVO		
DATA DE ADMISSÃO	ALTA 02/10/19	OBITO
HISTÓRIA CLINICA		
HODAL / SESAP FICHA ORIGINAL PN 20/12/2019 HODAL - 0692-L		





Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

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

2- CNES

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

4- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

3515168

HOSPITAL DE OCÉLIO MARQUES DE LUCENA

Identificação do Paciente

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

5- PACIENTE

167458

IEDA ARAUJO DE FREITAS

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO  
#REF!

10- RACA/COR  
#REF!

7- CARTAO NACIONALISUS  
706 7015 5050 2910

19/07/1958

12- FONE DE CONTATO

11- NOME DA MÃE:

994407502

RAIMUNDA ARAUJO

14- FONE DE CONTATO

13- NOME DO RESPONSÁVEL:

IRANIR DE ARAUJO

15- ENDEREÇO (RUA, N°)

SITIO LAGOA DE FORA

17- BAIRRO

18- UF

19- CEP

16- MUNICIPIO  
SAO PEDRO

ZONA RURAL

RN

59480000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com dor no peito e dor na barriga

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento de urgência

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

Infarto agudo de miocárdio

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SEGUIND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

Procedimento Solicitado

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Os exames de HBsAg

31- DOCUMENTO

32- N<sup>o</sup> DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNACAO

35- ASSINATURA E CARIMBO (N<sup>o</sup> DO REGISTRO DO CONSELHO)

38- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

39- DATA DA SOLICITAÇÃO

Assinatura de Fernanda Flor Linhares

36- ( ) AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- N<sup>o</sup> DO BILHETE

41- SÉRIE

37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

38- ( ) ACI. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Autorização

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- N<sup>o</sup> DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N<sup>o</sup> DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Paulo Ney Oliveira Guedes  
CPF: 231.551.724-12  
Coren: 6.69

( ) CNS ( ) CPF

51- ASSINATURA E CARIMBO (N<sup>o</sup> DO REGISTRO DO CONSELHO)

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

HRDML / SESAP



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL DR. DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA  
SERVIÇO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

Paciente: IEDA ARAUJO DE FREITAS  
Data: 20/09/2019



## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

### TÉCNICA:

Os cortes obtidos no plano axial, sem a administração EV do meio de contraste iodado, mostram:

### RELATÓRIO:

Sinais de craniectomia fronto-temporo-parietal direita.

Lesão hipodensa leuco-cortical frontal inferior e temporal à direita, com efeito atrófico, caracterizado por acentuação dos sulcos entre os giros acometidos e do ventrículo lateral correspondente, compatível com área de encefalomálgica.

Não há evidências de lesões parenquimatosas agudas.

Restante do sistema ventricular de situação, morfologia e dimensões normais.

Não há evidencia de processos expansivos acima ou abaixo do tentório.

O parênquima encefálico esquerdo apresenta coeficientes de atenuação normais.

Demais sulcos corticais, fissuras e cisternas de aspecto normal para a faixa etária.

Laudo gerado: 20/09/2019 18:46. Para baixar uma cópia, acesse <https://validar.wbsrad.com.br/>, utilize data/hora e a chave: EzrobkY.

Laudado Por:

THADEU ALEXANDRE PAULINO DE SOUSA  
CRM-RN 5447 / RADIOLÓGISTA





## Laudô para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

PINHAIRO CLE

NIR

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: 139422 IEDA ARAUJO DE FREITAS

Prontuário:

CNS: 706701550502910

Nascimento: 18/07/1958

Sexo: Feminino

Cor: PARDA

Mãe: RAIMUNDA ARAUJO

Pai:

94407502

Endereço: SITIO LAGOA DE FORA, 1 - AREA RURAL - SAO PEDRO

Fone: 32542127 /

Município: SAO PEDRO

Código Municipal IBGE:

241270 UF: RN

CEP: 59480-000

Clinica de Acompanhamento: ORTOPÉDIA Laudo Nº 21512 / 2019

### JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

#### PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

EDEMA + DEFORMIDADE NA Perna DIREITA + JOELHO ESQUERDO

FRACTURA DE TIBIA E FÍBULA DIREITA + FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO (MEDIAL/SUBLUZAÇÃO)

#### CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CONTROLE DE DANOS / FIXADOR EXTERNO

#### RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX

#### Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.1 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA\*408050551.TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALT

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

PLATO TIBIAL, FX;1

Informações importantes sobre as condições do paciente:

Diabetes       Hipertensão

Faz Antibioticoterapia

Lesão por pressão       Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assitente:

MAURO CARNEIRO CALHAU

3063 / RN

Data da Solicitação 16/08/2019

#### 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 Trajeto

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

### AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador:

Órgão Emissor:

Número da Autorização:

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

Assinatura/Carimbo:



## ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO

### DADOS DO PACIENTE:

NOME: IEDA ARAÚJO

SEXO: F

DATA DO EXAME: 19/09/19

Peso: 45 kg Altura: 1,55m

### MEDIDAS E CÁLCULOS:

Seio aórtico: 32mm (VN: 27 a 35mm)

Átrio esquerdo: 32mm (VN: 27 a 38mm)

Diâmetro diastólico do VD (basal): 30mm (VN: 25 a 41 mm)

Diâmetro diastólico do VE: 43mm (VN: 38 a 52 mm)

Diâmetro sistólico do VE: 29mm

Septo: 07 mm (VN: 6 a 9mm)

Parede posterior: 07mm (VN: 6 a 9mm)

Fração de ejeção do VE (Teichholz): 60% (VN: 54 a 74%)

Espessura relativa da parede: 0,33 (VN: < 0,42)

Índice de massa do VE: 63 g/m<sup>2</sup> (VN: < 95g/m<sup>2</sup>)

### COMENTÁRIOS:

Exame realizado com regular qualidade técnica e janela ecocardiográfica adequada.

Ritmo cardíaco regular

### Câmaras Cardíacas

Câmaras cardíacas de tamanhos normais.

### Ventriculos

Ventriculo esquerdo apresenta função sistólica e espessura miocárdica preservadas, não sendo observadas alterações na mobilidade segmentar de parede.

Diástole: normal

Ventriculo direito apresenta função sistólica normal.

### Valvas

Valva mitral apresenta aspecto e movimentação normais de suas cúspides. Estudo Doppler e mapeamento com fluxo em cores são normais.



Valva aórtica apresenta aspecto e movimentação normais de suas válvulas. Estudo Doppler e mapeamento com fluxo em cores são normais.

Valva tricúspide apresenta aspecto e movimentação normais de suas cúspides. Estudo Doppler e mapeamento com fluxo em cores são normais.

Valva pulmonar apresenta aspecto e movimentação normais de suas válvulas. Estudo Doppler e mapeamento com fluxo em cores são normais.

**Aorta**

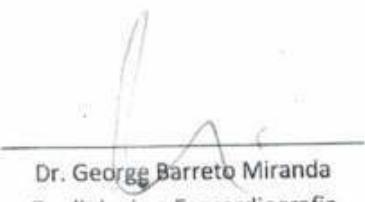
Seios aórticos, aorta ascendente e arco aórtico com diâmetros e fluxo normais.

**Pericárdio**

Pericárdio com aspecto ecocardiográfico normal.

**CONCLUSÃO:**

Ecocardiograma normal

  
Dr. George Barreto Miranda  
Cardiologia e Ecocardiografia  
CRM/RN 5778





Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 15/01/2021 13:54:59  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011513545939800000061720757>  
Número do documento: 21011513545939800000061720757

Num. 64419540 - Pág. 46



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 15/01/2021 13:54:59  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011513545939800000061720757>  
Número do documento: 21011513545939800000061720757

Num. 64419540 - Pág. 47

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0446560/19

Número do Sinistro: 3190693606

Vítima: IEDA ARAUJO DE FREITAS

Data do acidente: 16/08/2019

CPF: 737.245.214-72

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IEDA ARAUJO DE FREITAS

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência

### 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: 23/12/2019  
Nome: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA  
CPF: 061.089.354-80

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/12/2019  
Nome: CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA  
CPF: 026.685.584-92

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA

