



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	Tipo
64419 540	15/01/2021 13:54	<a href="#">2778000_CONTESTACAO_Anexo_04</a>	Outros documentos

# 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: 000000004352-4

---

---

Nr. Autenticação

BRADESCO16012020050000000000237058850000000043521063125 PAGO



## 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 físico:** 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.

**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 sequela

**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
Total			78,75 %	R\$ 10.631,25





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

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

Dano Pessoal: 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%

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 indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: 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:  
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 6 - CPF: 737.245-214-72  
7 - Profissão: Recurso 8 - Endereço: Povoado Lagoa de Fora 9 - Número: 8900 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: São Pedro 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59480-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (84) 99134-3008(84) 99806-1091

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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 5889 CONTA: 000 43 52 4 (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Paranaizma 04 de Dezembro de 2019.

Ieda Araújo de Freitas

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



**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 susceptível à qualquer medida terapêutica)  
( ☒ ) Sim ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits 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" ( ) "Sem sequela permanente"  
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias (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):<br><b>MEMBRO INFERIOR - Lado Direito</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( <input checked="" type="checkbox"/> ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br><b>JOELHO - Lado Esquerdo</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( <input checked="" type="checkbox"/> ) 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

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







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

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: 1ª 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	Meio(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 do Pai: Anesiano Jose dos Santos	
Nome da Mãe: Iran de Araújo			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 101.721.514-85

Endereço

Município: São Pedro - RN  
Logradouro: sítio lagoa de fora  
Complemento: próximo as torres  
Bairro: zona rural  
Telefone: (84) 99440-7502 (Celular) (84) 98630-3665 (Celular)  
Nº: 18  
CEP: 59.025-250

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 do Pai: João Manoel de Araújo	
Nome da Mãe: Raimunda Araújo			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 737.245.214-72

Endereço

Município: São Pedro - RN  
Logradouro: sítio lagoa de fora  
Complemento: próximo a torre  
Bairro: zona rural  
Nº: 18  
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 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 38

Estado Civil: União Estável

Endereço

Município: São Pedro - RN

Logradouro: rua do poço

Nº: s/n

Complemento: próximo ao club de neilton

Bairro: centro

CEP: 59.025-250

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO 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







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

ASSINATURAS

Francisco Erinaldo Bezerra  
Agente de Polícia  
Matrícula 1945491  
Responsável pelo Atendimento

Niviane Araújo dos Santos  
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) (a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que del  
origem, conforme previsto nos Artigos 339- Denúncia Caluniosa e 340- Comunicação Falsa de Crime ou de Cominação do Código Penal Brasileiro."



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 3 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



## 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:

737.243.214-72 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 6 - CPF: 737.243.214-72  
7 - Profissão: Recurso 8 - Endereço: Povoado Lagoa de Fora 9 - Número: 8900 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: São Pedro 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59480-000  
15 - E-mail: (84) 99134-3008 (84) 99806-1091 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: BRADESCO  
AGÊNCIA: 5885 CONTA: 00043524  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nasceu)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

Ieda Araújo de Freitas

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





# laudo médico #

# Nome: JEDN ARAUJO DE FREITAS

Idade: 61 anos # Data do Atendimento: 16/08/19

# Possível origem de problema: por grave poluição  
grave. Com história de uso de pouco, pelo  
e TCE. Quando grave, grave, grave.

# Atualmente possui um decréscimo, depois  
coquelus unguis, dor crônica e perda  
de peso / vertigem 50% ou pouco mais  
do

# 793/791

Data: 06/12/19

Dr. Raulo André Rodrigues

PARANAMIRIM

NATAL



SES - RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 41991 /2019  
Admissão: 16/08/2019 20:24:40



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 139422 - IEDA ARAUJO DE FREITAS (61 a 29 d)  
Nascimento: 18/07/1958 Natural: SAO PEDRO BRASIL  
CNS: 706701550502910 CPF: 73724521472  
Mãe: RAIMUNDA ARAUJO Pai:  
Logradouro: LAGOA DE FORA, 1  
CEP: 59480000 Bairro: AREA RURAL Cidade: SAO PEDRO  
Telefone: 84 32542127

Sexo: F Cor: PARDA

Prof:

Motivo: ATROPELAM. POR MOTO  
Origem: AMBUL. INTERIOR

Compl:  
Tipo: REFERENCIADO  
Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 16/08/2019 20:19:26

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	E.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

### HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: trauma em mie e joelho d apos atropelamento por moto

Hora: 10:30

Freia use vicio do interior pro tra  
no pro pro pro pro moto (sic).  
pro pro pro.

### EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A  
B  
C  
D  
E

VP  
de m...  
pro pro pro fc = 80 bpm  
pro pro pro

### OUTRAS OBSERVAÇÕES:

- Deformidade no tornozelo - punho A  
- Deformidade joelho e  
\*Saída: ferida: Exat vez Abriu. Fratura

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Fratura

\*Gerado via SX por WELLINGTON GOMES DO NASCIMENTO. Impresso em 16 de Agosto de 2019.

RAIOS-X  
16/08/19 H 21:09  
Técnico





## EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALÉRGICAS)

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

- De tornozelo / Perna @ AP/P

- De Joelho @ AP/P

CONDUTA PRIMÁRIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

OUTROS

sem procedimentos para

exame no tornozelo

Dr. Rafael Rosas

Clínico Geral e do Ap. Digestivo

CRM/RN 4001

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

23:00h

- Não houve de caráter primário.

- O paciente apresenta h/ta - (H) Anorexia (feita)

22:00h

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

Orto pe ap

HORA: 21:05

DATA:

ESPECIALISTA 2

Clínica geral

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

Dr. Rafael Rosas

Clínico Geral e do Ap. Digestivo

CRM/RN 4001

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DESTINO DO PACIENTE:

DATA / /

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

ÓBITO: DATA / / HORA

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





ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

Doença crônica com melhora (SBC)  
Sintomas nos MMJJ

EXAME FÍSICO

Pulso presente  
em ecom e = normal  
na pun. de 205/140 mmHg

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Pulso 25 f/34 + sinais de SBC

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

Morfo 250000000  
ARF

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

DAS CC. (verificar)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

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. ☐



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1

## ANAMNESE

### EXAME FÍSICO

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

## OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Atendimento Cliente

Prevenir um para este recurso por outro  
fornecimento de mais. No momento, bastante.  
TA: 96 x 59 / FC: 63 / SATOZ: 97%. Sem  
colaboração de quem no momento que pre-  
cisa de atendimento.

Ed: Edito de CM.

Em tempo: ~~o~~ paciente apresenta sinais. Aprem  
nos pontos de hematóx em borne de  
efeito ~~no~~ em vigor, pressionado pela equipe  
do ~~o~~ ~~o~~.

= percuca omegazel.  
 - nolicita hendocritoyi pulicafes.

- Omeprazole 40 mg - O2 nerves + ulcerate  
 - ... ..  
 - ... ..

- Assinatura e Carimbo do Responsável

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

**Assinatura e Carimbo do Responsável**

# ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASSOW		
Abertura Ocular (AO)		4
Olfhos se abrem espontaneamente.		4
Olfhos se abrem no comando verbal. (Pelo menos com o despertar de uma pessoa alarmada, se não souber fazer 4, se não 3.)		3
Olfhos se abrem por estimulo doloroso		2
Olfhos não se abrem.		1
Melhor resposta verbal (MRV)		
Obediente / Resposta orientada e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, estado, o tempo, o dia e o mês.		5
Confusão / Resposta às perguntas orientadas, mas há alguma desorientação (o nome)		4
Confusão / Resposta às perguntas orientadas, mas com duas respostas incorretas.		3
Palavras inapropriadas (Pois abstrato, mas com duas respostas corretas.)		2
Somente fonologia. (Comando com tentativa palavras.)		1
Ausculta		
Melhor resposta motora (MRM)		6
Obediente a ordem verbal. (Pois sempre obedece quando lhe é ordenado.)		6
Localiza estímulo doloroso.		5
Retirado insensível a dor.		4
Palidez flexo à dor (Desorientação).		3
Palidez extensor à dor (Desorientação).		2

DISCRIMINADOR	NOTAÇÃO	POUNTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15	= 4
	9-12	= 3
	6-8	= 2
	4-5	= 1
	3	= 0
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	10-20	= 4
	20	= 3
	6-9	= 2
	1-5	= 1
	0	= 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	> 90	= 4
	70-90	= 3
	50-70	= 2
	1-50	= 1
	0	= 0

<sup>1</sup>Excise de Trauma Harvards [193]: Uma lista de subvencões para pesquisas de trauma fechada. Revisão de Trauma Harvards de Champion H.R. Racco, W.L. Cooper, et al; A review of the Trauma score. J. Trauma 20(5) 624, 1989.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE.  
(ATLS 2009)\*

83 - 88=grave (necessidade de  
intubação imediata);  
09- 3= moderado;  
14-19 leve

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

<sup>22</sup> A escola propõe aplicar-se a diversas experiências e que evoluíram com idade superior a 3 anos. Na Escola Quilombo, trabalha-se no ensino que classifica a aprendizagem de um determinado conteúdo.

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 WOLFREDO GURGEL  
Executante: O solicitante ou

CNES: 2653923  
CNES:

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: **139422 IEDA ARAUJO DE FREITAS**

Prontuário:  
Cor: PARDA

CNS: 706701550502910

Nascimento: 18/07/1958

Sexo: Feminino

Mãe: RAIMUNDA ARAUJO

Pai:

Fone: 32542127 /

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

Código Municipal IBGE:

241270 UF: RN

CEP: 59480-000

Município: SAO PEDRO

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 21512 / 2019

**JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

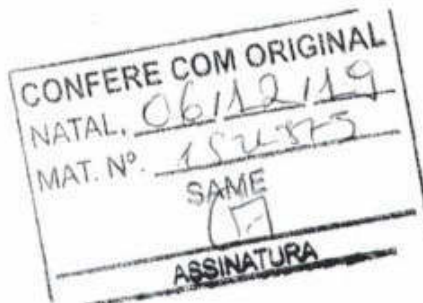
DOR + EDEMA + DEFORMIDADE NA PERNA DIREITA + JOELHO ESQUERDO

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



Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.1 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA\*408050551. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANAL

**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 / Assistente:

MAURO CARNEIRO CALHAU

3063 / RN

Data da Solicitação 16/08/2019

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

( ) Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora:

Nº do bilhete: Série:

( ) Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa:

CNAE da Emp.: CBOR:

( ) Acidente de Trabalho Trajeto

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

**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador: Orgão Emissor:

Número da Autorização:

Data da Autorização: Assinatura/Carimbo:





Nome Izela Araújo de Freitas

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data: 17 AGO. 2019

Hora:

Paciente com história de  
atropelamento por moto  
apresentando fraturas  
luxações de fêmur e  
metacarpo fechadas das  
mãos da perna  
Apresenta 02 episódios  
hematemese. Etilista crônico  
Episódios de intoxicação  
H.D. Fratura fechada dos ossos  
da perna + Fratura  
- luxação fechada de fêmur  
- H.D. com origina

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL. 06/12/19  
MAT. Nº. 114-73  
SAME  
P

Dr. Kleidson Bastos  
Ortopedia  
CRM-4421

17/08/19 # Plantão Clínica # 34151

Seu acionado para avaliar quadro clínico. Paciente encontra-se  
em repouso estável, qual avaliação anterior afil. (SpO2 em  
34/4+ hidratado. Taquicardia (120bpm). Taquipneia em  
ambiente (FR=28bpm). Consciente porém algo sonolento.  
Apresentando vômito em grande quantidade após ingestão de  
alimento. AC= RCP 27 BUNFSI, Sinais IIAP= M6+ H7 5RA 17/12/19  
Ponto, edema, sem sinais de contusão pontual. // H7= H7A3 //  
CD= Zero hta. puno SNG alta; Original dose tomada 12/12h;  
comentário de exames 02 exames IV. Sinais negativos EDA

2. Solicitar 10/14 de controle pós transfusão.

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

Dr. Guilherme Paliot  
Médico  
CRM-RN 9471







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

*# Vigente #*

### REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: *Edson Araújo de Freitas* Idade: \_\_\_\_\_ N° Reg.: \_\_\_\_\_  
Serviço: *Ortopedia* Enf.: \_\_\_\_\_ Leito: *417*

AO SERVIÇO: *Neurocirurgia*

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

*Doença com histórico de  
atropelamento e alcoolismo  
há 48h.  
Examinado somaticamente.  
Solicito avaliação da Neuro-  
cirurgia.*

20 AGO. 2019

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

*Dr. Kleidson Bastos*  
Ortopedia  
CRM-4421  
Médico que solicita o parecer

PARECER: \_\_\_\_\_

*TC: Volumosa contusão temporal direita.*

*40 centos unguis W*

*Dr. Bruno Góis*  
Neurocirurgia  
CRM-RN 5823

*200819 12:32*  
*Uynda*  
*Crânio*

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 Walfredo Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

### REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Leide Branga 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 otosplenomegalia  
com RNC novo por HSDC, tendo sido  
submetido à cirurgia.  
Estabilizado no USH, melhora do  
nível de consciência e hiperreflexia  
solista avaliada e conduta  
especializada

Natal/RN, 25 de 08 de 19

[Assinatura]  
Médico que solicita o parecer

PARECER: Paciente avaliada e admitida pela Fonaudiologia.  
apresentando disfonias funcional no teste V.O. e  
aproximados de teste.  
col. SUE + teste V.O. lig. part. 3x ao dia.  
os. autopsia pl. durame de SUE.

[Assinatura]  
FONOAUDIÓLOGA  
CPF 9748/RN  
26/08/19

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL 06/12/19  
MAT. Nº 152-13  
SAME  
[Assinatura]  
ASSINATURA

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

Médico que emite o parecer





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

FICHA DE  
ACOMPANHAMENTO  
SOCIAL

Identificação

Enfermaria: noturno Leito: 417/08 UTI:            Leito:             
Data de admissão: 16/08/19 Alta:             
Nome: Teodor Araújo de Freitas Naturalidade: São Pedro/RN  
Idade: 64 Sexo: ( ) Masculino (X) Feminino Data de Nascimento: 18/07/1958  
RG: 644.513 Estado Civil: Solteira Nível de Instrução: E.F. Inc.  
Filiação: Pai: João Manoel de Araújo  
Mãe: Raimunda Araújo  
Endereço: Sítio Lagoas de Feia Cidade: São Pedro - RN.  
Telefone: 99440-7502 ( ) Residencial ( ) Trabalho ( ) Celular  
Contato: Niriane Outros telefones: 98719-3885 (mãe)  
Composição familiar: rende com a mãe.  
Outras informações: Faz uso de (X) Alcool (X) Fumo ( ) Drogas ( ) Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Agricultor 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  
Interrupção decorrente de acidente de trabalho? ( ) Não ( ) Sim Nome da Empresa           

Forma de Acesso ao Serviço

( ) Sozinho - procurou atendimento ( ) Trazido por familiares  
( ) Socorrido em via pública ( ) Outros meios  
(X) Encaminhado: Hospital de origem: São Pedro

Crêditos para Acompanhante

Possui requisitos? ( ) Não (X) Sim Qual o motivo? Idoso  
Portador de deficiência: ( ) Auditiva ( ) Visual ( ) Física ( ) Mental  
Responsável pelo paciente: Jiani de Araújo  
Parentesco: Mãe 9423-7136 Telefone: 98719-3885  
Endereço do Responsável:           

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

Paciente admitido aos cuidados da ortopedia. A sobrinha informa que o idoso não tem filhos, é alcoólito. A sobrinha foi orientada quanto as regras da unidade, solicitadas as cópias dos documentos.

Saída 20/08/19 Segundo a  
óbito: Encaminhamento: ITEP ( ) SVO ( ) DO ( ) Obs. em nome da parente de  
Alta hospitalar ( ) Transferência ( ) Destino: entrega por encaminhamento  
Orientações/Encaminhamentos: Suspeito: RG + CPF + SUS +  
Residência

Missão: Orientar, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergência clínica, cirúrgica, 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.

Ofélia Dantas  
A-Saaf-916







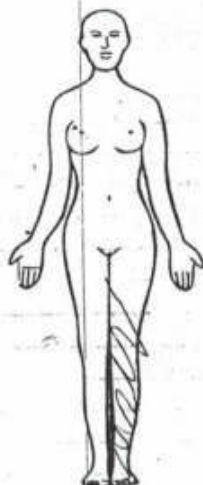
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sarinho  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Neda Araújo de Freitas  
DATA DE NASCIMENTO: 18/08/1958 IDADE: 61 anos  
REGISTRO: 139422  
DATA DE ADMISSÃO: 14/08/2019 HORA: 13:35  
ADMISSÃO DO PACIENTE:  
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Ortopedia  
HIDRATAÇÃO: SIM (x) NÃO ( ) VIA: PERIFÉRICO ( ) ACESSO CENTRAL ( )  
NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE (x) ORIENTADO ( ) VIGIL ( ) AGITADO ( )  
INCONSCIENTE ( )  
ESTADO GERAL: BOM ( ) REGULAR (x) GRAVE ( )  
SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE (x) M.V. ( ) ENTUBADO ( ) TRAQUEOSTOMIZADOR ( )  
ALÉRGICO: SIM ( ) NÃO (x) HIPERTENSO: SIM (x) NÃO (x)  
DIABÉTICO: SIM ( ) NÃO (x) ASMÁTICO: SIM ( ) NÃO (x)  
DOENÇA RENAL: SIM ( ) NÃO (x) OUTRAS PATOLOGIAS: \_\_\_\_\_  
MEDICAÇÕES EM USO: vega  
CIRURGIAS ANTERIORES: vega  
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM (x) NÃO ( )  
OBSERVAÇÃO: \_\_\_\_\_

ÁREA DE TRICOTOMIA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_  
ÁREA DE PUNÇÃO: nao esculpido HORA: \_\_\_\_\_  
OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



Lote: 000325 Código: AF35 8 680  
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA  
SARTORI - LINEFIX FEMUR T  
350 - ESTERIL  
Feb.: 14/08/2018 Val.: 08/2023  
Registro Anvisa Nº 80083650026  
Material ACO INOX F138  
Lote: 000195 Código: F08 2 209  
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA  
SARTORI - LINEFIX FEMUR T  
350 - ESTERIL  
Feb.: 14/08/2018 Val.: 08/2023  
Registro Anvisa Nº 80083650031  
Material ACO INOX/ALUMÍNIO  
Lote: 001055 Código: F08 2 209  
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA  
SARTORI - LINEFIX FEMUR T  
350 - ESTERIL  
Feb.: 15/08/2018 Val.: 08/2023  
Registro Anvisa Nº 80083650026  
Material ACO INOX/ALUMÍNIO  
Lote: 000055 Código: AF35 8 680  
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA  
SARTORI - LINEFIX FEMUR T  
350 - ESTERIL  
Feb.: 15/08/2018 Val.: 08/2023  
Registro Anvisa Nº 80083650026  
Material ACO INOX F138

JALECO Nº \_\_\_\_\_

INSTRUMENTADO: Ruthe  
CIRCULANTE: Rosane Vieira  
TIPO DE ANESTESIA: GERAL (x) RAQUI (x) PERIDUAL ( )  
OBS.: \_\_\_\_\_  
ANESTESISTA: Dra. Andreia  
INÍCIO DE ANESTESIA: 14:00  
TÉRMINO DE ANESTESIA: \_\_\_\_\_  
ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: \_\_\_\_\_  
HORA: \_\_\_\_\_

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL: 06/12/19  
MAT Nº: 151-173  
ACESSO CENTRAL ME

B.P. ASSINATURA LOCAL ( )





IDENTIFICAÇÃO

Nome: Feder Araújo de Freitas Reg. Nº  
Diagnóstico pré-operatório: Fractura - luxação de Joelho (B)  
Indicação terapêutica: Tratamento cirúrgico Urgência ( ) Eletiva ( ) Fechada

INTERVENÇÃO

Data: 17 AGO. 2019 Início: Término: Duração:  
Operador: Kledson CRM/CRO:  
1º Auxiliar: CRM/CRO:  
2º Auxiliar: CRM/CRO:  
Instrumentador:  
Anestesista: CRM/CRO:

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL 06/12/19  
MAT. Nº: 192085  
SAME  
ASSINATURA

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- 1- Paciente anestesiado
- 2- Antisepsia e esepia
- 3- Aposição de campos estéril
- 4- Redução Inerente
- 5- Controle com fisioterapia externa transcutânea de Joelho (B)
- 6- Curativo
- 7- Tala coxo-podálica (D)

408050683 (4) 5821

R\$ 397,15

0702030406 R\$ 648,

0702030805 R\$ 28,00

Kledson 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.







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

BOLETIM  
OPERATÓRIO

### IDENTIFICAÇÃO

Nome: LEDO ALVARO DE FREITAS

Reg. Nº 139122

Diagnóstico pré-operatório: HEMATOMA TENDÃO ADRM

Indicação terapêutica: CRURIOPLASTIA DESENVOLVIDA

Urgência ( ) Eletiva ( )

### INTERVENÇÃO

Data: 20/03/19

Início: 17:40

Término: 19:50

Duração: 2h 10m

Operador: DR BRUNO BOIS

CRM/CRO:

1º Auxiliar: DR GUILHERME LIMA

CRM/CRO:

2º Auxiliar: DR TIAGO BARROS

CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista:

CRM/CRO:

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL 06/14/2019  
MAT. Nº 1526 PFS  
SAME  
CH  
ASSINATURA

### RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- PACIENTE EM DE CUBO SUPR, CABECIM POSICIONADO EM ESQUERDA
- TRICOTOMIA, DEBEMACAO, ANTISTERIL, ALOSCIA DA CAV
- INCISAO EM BECCA, AZIMUTH 10 FLEX, REVISAO DA HEMOSTASE
- EXATAMENTO DO TUS, FLEXAO DO ZIGADO
- TRILASCO EM 4 FLEX, CRURIOPLASTIA, REVISAO DA HEMOSTASE
- AZIMUTH DURE M 1" DENTADA DO LUMEN SUPERIOR E TENDAO COM
- COAGULACAO DE FLEXAO DO TENDAO
- DILATACAO COM PERICUTAO
- FECHAMENTO POR FLEXAO
- CURATIVO

4071

Neurocirurgia  
RA 0484

+ DR BRUNO BOIS

0409010020 (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 éticos e 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: Felicia Araújo de Faria MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

Declaro nos fins necessários  
que a paciente encontra-  
-se internada neste  
hospital p/ tratamento  
de fraturas de membros  
inferiores e hemorragia  
digestiva alta. Não  
tem necessidade de alta  
hospitalar.

CID: 582, K92

DATA 20/08/19

MÉDICO - CRM

Dr. Kleudson Bastos  
Ortopedia  
CRM-4421

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





Secretaria de Saúde Pública  
Hospital Deoclécio M. Lucena

RECEITUÁRIO MÉDICO

R/ Ieda Aze  
Freitas.

Solicito:

Fisioterapia  
Materna  
(20 sessões)

HD: Freitas  
de Almeida  
Platão Tibério

21/11/19.

Fernanda Christina Flor Linhares  
OAB 154  
202442



5.7.706. 2015 5050 2910



5050 2910  
297 GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA  
PARNAMIRIM /RN  
AUT. 7502

9-9440-7502

Nº 0058

**Núcleo Interno de Regulação**  
**NIR / HDML**  
**AUTORIZADO**

## BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO

NOME: TERA ADALTO DE FREITAS

IDADE: 10/07/90 COR: brn SEXO: fm ESTADO CIVIL: solteira

NATURALIDADE: Joazeiro PROFISSÃO: desempregada PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO: R. S. F. Silva, Jd. A. 1 - BAIRRO: 2.ª. Dist. Distrito

CIDADE: Joazeiro DATA: 09/09/019 HORA: 15.59

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ COMATOSO

CONDICÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

IDADE: 94

**CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO**

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

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO <span style="float: right;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></span>		C) PRESSÃO ARTERIAL
CONSCIÊNCIA (GLASGOW)		B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

PUPILAS,	A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)	B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA
	C) TENSÃO MODIFICADO) A+B+C	
		T.A.

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C	T.A.
<div>RESPIRAÇÃO</div> <div>PULSO</div>	

ESCORE FINAL (SCORING)	RESPIRAÇÃO	PULSO
TEMP.		
HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)		
<div> <div>com</div> <div>fratura</div> </div>		

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente com  
DE PÓS ESTO

# FEATURAS

Josivan F. NUNES  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-RN 5763

EXAME FÍSICO

INTERNAL USE ONLY  
NUMBER OF COPIES  
Produced: 01/12/04  
Mat. 4692

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS	
	660

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS						
HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

JOSIVAN F. NUNES  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-RN 5763

Josivan F. N. N.  
 Ortopedia / Traumatologia  
 CRM-RN 5763



# EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

<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	<input type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <u>Ortopedia</u>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____
HORA ____ HS		HORA ____
RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/>	PARA ____
DATA ____/____/____	HORA ____	A REVELIA <input type="checkbox"/>
ÓBITO ____/____/____	HORA ____	
ENTREGUE	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>
		I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
MÉDICO (Carimbo)	 Josivan F. Nunes Ortopedia / Traumatologia CRM-RN 5763	
	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 HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA		4- CNES 3515168	
Identificação do Paciente			
5- PACIENTE IEDA ARAUJO DE FREITAS		6- NUMERO DO PRONTUARIO 167458	
7- CARTÃO NACIONAL/SUS 706 7015 5050 2910	8- DATA DE NASCIMENTO 19/07/1958	9- SEXO #REF!	10- RAÇA/COR #REF!
11- NOME DA MAE RAIMUNDA ARAUJO		12- TELEFONE DE CONTATO 994407502	
13- NOME DO RESPONSÁVEL IRANIR DE ARAUJO		14- TELEFONE DE CONTATO	
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) SITIO LAGOA DE FORA			
16- MUNICÍPIO SAO PEDRO	17- BAIRRO: ZONA RURAL	18- UF RN	19- CEP 59480000
Justificativa de Internação			
20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS PACIENTE COM FRATURA DE PERNA (ESQ.)			
21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO TRATAMENTO CIRURGICO			
22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) RAIO X			
23- DIAGNÓSTICO INICIAL FRAT. TIBIA (ESQ.)	24- CID 10 PRINCIPAL S62.2	25- CID 10 SECUND.	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO OSTEOPEDINIA TIBIA (E)			28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
29- CLÍNICA ORTOPEDICA	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31- DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE JOSILAN F. NUNES	34- DATA DA SOLICITAÇÃO	35- ASSINATURA (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)			
36- CNPJ DA SEGURADORA		37- Nº DO BILHETE	38- SÉRIE
39- ( ) AC. TRANSITO 40- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO 41- ( ) AC. TRABALHO TRAJETO	42- CNPJ DA EMPRESA	43- CNAE DA EMPRESA	44- CBOR
45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO			
46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47- COD. ORGAO EMISSOR	
48- DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF		49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO		51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 110101153545939800000061720757			





Paciente: 139422 - IEDA ARAUJO DE FREITAS  
 FIA: 4-7691/2019  
 Idade: 61 ano(s) 1 mes(es) e 18 dia(s)  
 Prescrição Nº: 20  
 Hospital / Unidade: WG - 2 ANDAR  
 Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 1187967  
 Data Internação: 16/08/2019 22:22  
 Início Validade: 05/09/2019 08:52 até 06/09/2019 18  
 Quarto / Leito: 1 - 202  
 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.

Retina porby

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - BRANDA PADRAO				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 FISIOLÓGICO CLOR. DE SÓDIO 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 - DÍPIRONA SÓDICA 500MG/ML 2 ML S/N dor ou febre Diluição: 8ml SF0,9%	1	AMP	IV	8h/8h		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 06 14 M T A
SERVIÇO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
11 - FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA	3					

Retina porby

M

RAFAEL DE ALBUQUERQUE BARBOSA  
 CRM-6715/RN





## PEDIDO DE PARECER

001 I  
L=03

~~Condição~~

Unidade Solicitante: _____	Município: _____
Paciente: <u>IEDO ARAÚJO DE LIMA</u>	Prontuário: _____
Motivo da Consulta: <u>E.C.G. com Risco CIRURGICO</u>	
Médico: <u>José F. N. S.</u> <u>Ortopedia Traumatologia</u> <u>CRM 1571</u>	CRM: _____ Data: _____
Encaminhado à especialidade: <u>CARDIOLOGISTA</u>	
Consulta marcada para a Unidade: _____	Município: _____
Para o (a) Dr. (a): _____	às _____ horas do dia <u>13/09/19</u>

## RESPOSTA DE PARECER

NO C.C.

Unidade Solicitante: _____	Município: _____
Paciente: <u>IEDO ARAÚJO / 61 ANOS</u>	Prontuário: _____
(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)	
<u>Fx Tórax</u>	
<u>API: TUBSGIST</u>	
<u>DESCOBRIR HASTOM</u>	
<u>DESCOBRIR QUALQUER DENG</u>	
<u>RISCO MODERADO PL EVENTOS</u>	
<u>Coronários</u>	
<u>Sugiro manter deixo profilático</u>	
<u>eco não há com indicação de</u>	
Médico: _____	CRM: _____ Data: _____
Retornar à clínica solicitante: <u>20/09/19</u>	Unidade: _____
Para o (a) Dr. (a): _____	às _____ horas do dia _____







Hospital		Nº prontuário	
Nome do paciente <b>LEDA AZEVEDO DE FREITAS</b>			
Data operação <b>30/09/19</b>	Enf.	Leito	
Operador <b>MARCOS MORAES</b>	1º auxiliar	<b>CARLOS MAGNO</b>	
2º auxiliar	3º auxiliar	Instrumentador <b>RITA</b>	
Anestesista <b>IGOR</b>	Tipo de anestesia		
Diagnóstico pré-operatório <b>FRATURA DE PERNA DIREITA</b>			
Tipo de operação <b>TRATAMENTO CIRURGICO COM FIXAÇÃO INTERNA</b>			
Diagnóstico pós-operatório			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

#### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Paciente sob anestesia asseria  
campos, incisão, dissecação, redução placa  
com os furios, 107 parafusos corticais,  
sujeito por traumas, curativo

Dr. Carlos Magno P. dos Santos  
Ortopedista - Traumatologia  
Perito em Traumatologia  
CRM 2106 - TEOT 5981  
CPF: 187.304.894-41

<input type="checkbox"/>	CIRURGIAS MÚLTIPLAS
<input type="checkbox"/>	(0415010012)
<input type="checkbox"/>	POLITRAUMATIZADO
<input type="checkbox"/>	(0415030013)
<input type="checkbox"/>	PROC. CLÍNICO
<input type="checkbox"/>	PROC. CIRÚRGICO
<input checked="" type="checkbox"/>	(0408050551)
<input type="checkbox"/>	CBO: 225225
<input checked="" type="checkbox"/>	CBO: 225270
<input type="checkbox"/>	DIAS
<input type="checkbox"/>	CID S-821

HRDML / SESAP  
CONFIRMO O ORIGINAL  
Data: 04/12/2019  
Assinatura: 869214





# Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermaria		Leito	Nº prontuário	
Nome		Idade		Sexo	Cor	
Data	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros
Tipo sanguíneo	Hematias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia	
Ap. respiratório		Ap. circulatório		Asma		Bronquite
Ap. digestivo		Dentes		PESCOÇO		Eletrocardiograma
Estado mental		Atarácicos		Corticoides		Ap. urinário
Diagnóstico pré-operatório		Alergia		Hipotensores		
Anestésias anteriores		Estado físico		Risco		
Medicação pré-anestésica		Aplicada às		Efeito		

Agentes Anestésicos	2	Midazolam 2mg	
Líquidos		0.9% NaCl 500ml	
		0.9% NaCl 250ml	

Oper	260	250	240	230	220	210	200	190	180	170	160	150	140	130	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10
Anest.																										
O Resp.																										
P Pulso																										

SIMBOLOS	
E	
ANOTAÇÕES	
POSIÇÃO	
Agentes	
Técnica	A+A' BSAC PML LULLS C1SG 27 Gw Limpes (1, Limpes)
Operação	HH Catepina de f+ de telen (1)
Cirurgiões	Marcelo Noleto de C. Cortes
Anestesistas	João Roberto
Observações	







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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: LEDA ARAÚJO 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: 01-50 Hora Saída: 11:00 Peso: 60  
Alergias: Não ( ) Sim Comorbidades: ( ) HAS ( ) DM ( ) Outras  
Uso de medicações: Não ( ) Sim Jejum: ( ) Não ( ) Sim  
SSW Admissão: PA: 110 mmHg Pulso: 60 bpm FL: 100 rpm FC: 60 bpm SpO<sub>2</sub>: 98 % T: 36 °C  
Enfermeiro(a): LUCIANA Instrumentador(a): RITA Circulante: Augusto  
Cirurgia: TIRIA DIA Especialidade: ORT Sala: 01  
Hora Início: 10:15 Hora Término: 10:45 Tipo de cirurgia: ( ) Eletiva ( ) Urgência ( ) Limpa ( ) Contaminada ( ) Infectada  
1º Cirurgião: Dr. Carlos Augusto Residente: 27  
Anestesia: ( ) Local ( ) Sedação ( ) Geral TOT: 27 ( ) Bloqueio ( ) Raquidiana Ag.nº 27 ( ) Peridural ( ) c/cateter ( ) s/cateter  
Ag.nº 09 Cateter nº 50 Garrote: ( ) Smarch ( ) Pneumático Início: 10:00 Término: 10:45  
Anestesiologista: Dr. 1605

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 checked="" type="checkbox"/> Letárgico	<input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
<input checked="" type="checkbox"/> Coma	<input checked="" type="checkbox"/> Cianótica	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input checked="" type="checkbox"/> Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input checked="" type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input checked="" type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input checked="" type="checkbox"/> Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Integra	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input checked="" type="checkbox"/> Diprifusor
<input checked="" type="checkbox"/> Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SVD	<input checked="" type="checkbox"/> BIC
<input checked="" type="checkbox"/> Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Choque	<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia	<input checked="" type="checkbox"/> Desfibrilador
<input checked="" type="checkbox"/> t/ dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfígmico	<input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia	
<input checked="" type="checkbox"/> Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Dreno:	
<input checked="" type="checkbox"/> Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Dispneia	<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input checked="" type="checkbox"/> Tetraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Manchas	<input checked="" type="checkbox"/> Dispositivo O <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> Tração	
<input checked="" type="checkbox"/> Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input checked="" type="checkbox"/> Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	69	70	60	Bpm
Pulso	69	70	60	Bpm
Oximetria	100%	99%	100%	%
Capnografia				%
PA	135/85	124/74	135/57	mmHg

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input checked="" type="checkbox"/> Ventral	<input checked="" type="checkbox"/> Pescoço	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input checked="" type="checkbox"/> Lateral	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos
<input checked="" type="checkbox"/> Litotômica	<input checked="" type="checkbox"/> Lombar	<input checked="" type="checkbox"/> MMII
<input checked="" type="checkbox"/> Trendleburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input checked="" type="checkbox"/> Canivete		<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input checked="" type="checkbox"/> Proclive		<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos

ACESSO VENOSO
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Arterial
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Central
<input checked="" type="checkbox"/> Dissecção venosa
Local: <u>Dr. 1605</u>
Cateter: <u>Dr. 1605</u>

SONDAGEM GÁSTRICA
<input checked="" type="checkbox"/> SNG nº <u>124</u>
Retorno: <u>Dr. 1605</u>
<input checked="" type="checkbox"/> SVF nº <u>124</u>
<input checked="" type="checkbox"/> SVA nº <u>124</u>
Diurese: <u>Dr. 1605</u>
Profissional responsável: <u>Dr. 1605</u>

EXAMES SOLICITADOS
<input checked="" type="checkbox"/> Gasometria

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
<input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não <input checked="" type="checkbox"/> Metal ( ) Descartável
Local: <u>Dr. 1605</u>
<input checked="" type="checkbox"/> DEGERMAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não
Local: <u>Dr. 1605</u>
Solução: <u>Dr. 1605</u>
Local: <u>Dr. 1605</u>

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos: <u>Dr. 1605</u>
Tela: <u>Dr. 1605</u>
Cateter: <u>Dr. 1605</u>
Ostomia: <u>Dr. 1605</u>
Fio de KC: <u>Dr. 1605</u>
Placa - Tipo: <u>Dr. 1605</u>
Outros: <u>Dr. 1605</u>







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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

( ) Hemoconcentrado \_\_\_\_\_ Unid. ( ) Plasma \_\_\_\_\_ Unid. ( ) Plaquetas \_\_\_\_\_ Unid.  
( ) Albumina \_\_\_\_\_ Unid. ( ) Expansor plasmático \_\_\_\_\_ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

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

HIDRATAÇÃO VENOSA

( ) Soro Fisiológico: 1000 ml ( ) Soro Ringer Simples: 500 ml  
( ) Soro Glicosado: \_\_\_\_\_ ml ( ) Soro Ringer Lactato: \_\_\_\_\_ ml

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

ANATOMO 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:

TAHIA DIR. SUS. METEOR. A uma cirurgia  
ROT. PARALIS

Ass: [Assinatura] Coren: 29724

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 ( ) Hematúria ( ) Irrigação Vesical ( ) Oligúrico Destino após a cirurgia: CKO

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

Hora: 11:00 Data: 30/07/20 Nível de consciência: ☒ Acordado ( ) Sonolento ( ) Narcose ( ) Orientado  
( ) Desorientado ☒ Agitado ( ) Choro 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: \_\_\_\_\_ Sondas: ( ) Gástrica ( ) Enteral ( ) Vesical  
Drenos: ( ) Sucção ( ) 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

Líquidos administrados na URPA:

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	—	61	—	—	97	20
30'	—	64	—	—	96	20
60'	—	62	—	—	96	20
Alta	—	75	—	—	98	20

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

Medicações administradas URPA:

Eliminações:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: A ce ortopédica I e rio  
x, consciente, orientada (algo),  
me O ambiente







Hospital		Nº prontuário	
Nome do paciente: <u>Ischa Marcelo de Freitas</u>			
Data operação: <u>25/9/19</u>	Enf.	Leito	
Operador: <u>Dr. Alvaro Gomes</u>	1º auxiliar	<u>Dr. Ricardo Emanuel</u>	
2º auxiliar	3º auxiliar	Instrumentador	
Anestesista: <u>Dr. Leonardo Balthazar</u>	Tipo de anestesia		
Diagnóstico pré-operatório: <u>fratura na platib. dist. em com. com (sem rot. dist.)</u>			
Coordenador: <u>DRDML</u>			
Matricul.: <u>27010</u>			
Tipo de operação: <u>fratura de fêmur na platib. dist. fechada</u>			
Diagnóstico pós-operatório: <u>o mesmo</u>			
Relatório imediato do patologista: <u>N/A</u>			
Exame radiológico no ato: <u>SEM</u>			
Acidente durante a operação: <u>N/A</u>			

#### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado: sem Rx PO

- 1) Descrição do caso: fratura articular + placa metálica
- 2) Amputação 1. pit. sup.
- 3) Apresenta fratura exposta
- 4) Intervenções: redução, drenagem por placas, visualização fratura, placa metálica com parafusos na placa, opções por placa em tubo (sem rot. dist. x 1 dist.).

5) limpeza JF 0,5% 0365 + Dren. posterior 3cm

6) Sutura por placas.

7) Curativo + pit. para. esmeral.

8) placa 1, prepare ok.

Placa: (fratura exposta fx. fratura perna)

H+DAL / SESAP  
CONF. 2/0 ORIGINAL  
PROMISSÃO EM 04/12/19  
LIC. 06924



# Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital				Enfermaria		Leito		Nº prontuário													
Nome <i>TEO DA SILVA DE FREITAS</i>				Idade		Sexo		Cor													
Data <i>28.09.19</i>	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros															
Tipo sanguíneo	Hematias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia																
	Urina																				
Ap. respiratório					Asma		Bronquite														
Ap. circulatório					Eletrocardiograma																
Ap. digestivo			Dentes	Pescoço	Ap. urinário																
Estado mental			Atarácicos	Corticoides	Alergia		Hipotensores														
Diagnóstico pré-operatório					Estado físico		Risco														
Anestesias anteriores																					
Medicação pré-anestésica					Aplicada às		Efeito														
<table border="1"> <tr> <td>Agentes Anestésicos</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Líquidos</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Oper.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Anest.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>O Resp.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>P Pulso</td> <td></td> </tr> </table>										Agentes Anestésicos		Líquidos		Oper.		Anest.		O Resp.		P Pulso	
Agentes Anestésicos																					
Líquidos																					
Oper.																					
Anest.																					
O Resp.																					
P Pulso																					
<p><i>Monitorizada com ec e R/L6 PNI</i></p> <p><i>[Handwritten notes and signatures on grid]</i></p>																					
<p><b>SÍMBOLOS</b></p> <p><b>E</b></p> <p><b>ANOTAÇÕES</b></p> <p><b>POSIÇÃO</b></p> <p>Agentes <i>Bupr + Morfina + Codeína 15 + Sol Remor</i></p> <p>Técnica <i>Bl. intratecal</i></p> <p>Operação <i>Bl. ca. de 1º grau</i></p> <p>Cirurgiões <i>Dr. [Signature]</i></p> <p>Anestesiistas <i>Dr. [Signature]</i></p> <p>Observações <i>Leonardo Barros</i></p> <p>Coordenador HRDM</p> <p>Matrícula 194.270-0</p>																					







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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Teda Araújo de Freitas Idade: 19 D/N: 07/1958  
Pront.: 161458 Município: São Pedro Procedência: ☒ Interno ( ) Externo  
Data da cirurgia: 25/01/19 Hora Admissão: Bloco: 2 Sala: 2 Hora Saída: 14:30 Peso: 65  
Alergias: ( ) Não ( ) Sim Nega Comorbidades: ( ) HAS ( ) DM ( ) Outras Nega  
Uso de medicações: ( ) Não ( ) Sim Nega Jejum: ( ) Não ( ) Sim  
SSW Admissão: PA: 110 mmHg Pulso: 72 bpm FL: 72 rpm FC: 72 bpm SpO<sub>2</sub>: 98 % T: 36 °C  
Enfermeiro(a): Lidiane Instrumentador(a): Fernanda C Circulante: Cynthia  
Cirurgia: III. Cir. de tal. de Plateau Tibial E Especialidade: Ortopedia Sala: 03  
Hora Início: 08:50 Hora Término: 09:30 Tipo de cirurgia: ( ) Eletiva ( ) Urgência ( ) Limpa ( ) Contaminada ( ) Infectada  
1º Cirurgião: Dr. Alípio Aux.: Dr. Ricardo E Residente: ---  
Anestesia: ( ) Local ( ) Sedação ( ) Geral TOT: ( ) Bloqueio ( ) Raquidiana Ag. nº 25 ( ) Peridural ( ) c/cateter ( ) s/cateter  
Ag. nº --- Cateter nº --- Início: 08:30 Garrote: ( ) Smarch ( ) Pneumático Início: 08:30 Término: 09:33  
Anestesiologista: Luomardo

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 <u>MSE</u>	<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"/> Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input checked="" type="checkbox"/> Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input checked="" type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input checked="" type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input checked="" type="checkbox"/> Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Integra	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input checked="" type="checkbox"/> Diprifusor
<input checked="" type="checkbox"/> Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SVD	<input checked="" type="checkbox"/> BIC
<input checked="" type="checkbox"/> Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Choque	<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia	<input checked="" type="checkbox"/> Desfibrilador
<input checked="" type="checkbox"/> T/ dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfígmico	<input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia	
<input checked="" type="checkbox"/> Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Dreno:	
<input checked="" type="checkbox"/> Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Dispnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input checked="" type="checkbox"/> Tetraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Manchas	<input checked="" type="checkbox"/> Dispositivo O <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> Tração	
<input checked="" type="checkbox"/> Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input checked="" type="checkbox"/> Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	71	74	72	Bpm
Pulso	70	73	73	Bpm
Oximetria	94%	95%	97%	%
Capnografia	-	-	-	%
PA	144/69	78/36	81/35	mmHg

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

ACESSO VENOSO

☒ Punção Arterial

☒ 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

☒ Gasometria

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO

☒ Sim ( ) Não ☒ Metal ( ) Descartável

Local:  dorsal direita

DEGERMAÇÃO

☒ Sim ( ) Não

Local: MSE Solução: clor. de g local: ---

TRICOTOMIA

( ) Sim ☒ Não

IMPLANTE CIRÚRGICO

Drenos: ---

Tela: ---

Cateter: ---

Ostomia: ---

Fio de KC: ---

Placa - Tipo: mt 3 furos

Outros: ---







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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

( ) Hemoconcentrado Unid.  
( ) Albumina Unid.

( ) Plasma Unid.  
( ) Expansor plasmático Unid.

( ) Plaquetas Unid.

HEMOTRANSFUSÃO:

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

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

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

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

HIDRATAÇÃO VENOSA

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

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

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

ANATOMO PATOLÓGICO

☒ Não ( ) Sim Peça: \_\_\_\_\_

Peça para sepultamento: ☒ Não ( ) Sim

Swab para cultura: \_\_\_\_\_

Líquido: \_\_\_\_\_

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: ☒ limpo ( ) exsudato ( ) Contaminada ( ) Aparelho gessado ( ) Bandagens ( ) Talas ( ) Outros: \_\_\_\_\_

INTERCORRÊNCIAS: Paciente intubado procedimento realizado com sucesso e sem intercorrências.

Ass: \_\_\_\_\_ Coren: \_\_\_\_\_

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: ☒ Consciente ( ) Inconsciente ( ) Narcose ( ) Coma ( ) Vigil ( ) Agitado

Respiratório: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel ( ) O<sub>2</sub> ambiente Curativo: ☒ Oclusivo ( ) Compressivo ( ) Bolsa de colostomia ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Diurese: ☒ Espontânea ☒ Normal ( ) Hematúria ( ) 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 ( ) Choro 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: PVP Local: MBE Sondas: ( ) Gástrica ( ) Enteral ( ) Vesical

Drenos: ( ) Sucção ( ) 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			100%	
60'		56			100%	
Alta						

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 médico, após liberação do anestésico, Dr. Leonardo, às 11:36. Sem intercorrências.



167458



Hospital		Nº prontuário	
Nome do paciente: IEDA ARAUJO DE FREITAS			
Data operação	Enf.	1º auxiliar	Leito
Operador: PEDRO LUCAS			EDSON ARAUJO
2º auxiliar: LUIZA	3º auxiliar	Instrumentador: DOMENICA	
Anestesista			
Tipo de anestesia			
Diagnóstico pré-operatório: FRATURA DE PÉRNEO + LESÃO LIGAMENTAR EN SOCUHO ESQUERDO			
Tipo de operação			
Diagnóstico pós-operatório			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

PACIENTE SOB ANESTESIA, AUSEPSIA CAUPO, FOLGADO AS COVEXOS, RETIRADO HASTES, RETIRADO PINOS DE SCHWARTZ. CURATIVO TALA TIPO CILINDRO

<input type="checkbox"/>	QUIRURGIA MULTIPLAS
<input type="checkbox"/>	(H75610012)
<input type="checkbox"/>	POLITRAUMATIZADO
<input type="checkbox"/>	(H415030013)
<input type="checkbox"/>	PROC. CLINICO
<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	PROC. CIRURGICO
	0408060360
<input type="checkbox"/>	UBO. 225225
<input checked="" type="checkbox"/>	UBO. 225270
<input type="checkbox"/>	2 DIAS
<input type="checkbox"/>	CID T-131

Dr. Carlos Magno P. do Carmo  
Ortopedista - Traumatologia  
Ponto em Traumatologia  
CRM 2106 - TEOT 5981  
CPF: 188.304.504-44

NRDM / SESAP  
CONFERI C/O ORIGINAL  
Pernambuco-RN, 04/12/19  
Mat 9692-4





# Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital <b>Deolécio M. Lucena</b>		Enfermaria		Leito		Nº prontuário	
Nome <b>Teda Araújo de Freitas</b>				Idade		Sexo	
Data		Pressão arterial		Pulso		Respiração	
Tipo sanguíneo		Hematias		Hemoglobina		Hematócrito	
		Glicemia		Uréia		Outros	
Ap. respiratório		Asma		Bronquite			
Ap. circulatório		Eletrcardiograma					
Ap. digestivo		Dentes		Pescoco		Ap. urinário	
Estado mental		Ataracicos		Corticoides		Alergia	
Diagnóstico pré-operatório		Hipotensores		Estado físico		Risco	
Anestésias anteriores		Medicação pré-anestésica		Aplicada às		Efeito	
Agentes Anestésicos		Líquidos		Oper.		Anest.	
O <sub>2</sub>		N <sub>2</sub> O		Pulso		Resp.	
260		250		240		230	
220		210		200		190	
180		170		160		150	
140		130		120		110	
100		90		80		70	
60		50		40		30	
20		10					
SIMBOLOS		Avaliação pré-anest		Venoclin prévia			
E		Checo xala op		Sedação			
ANOTAÇÕES		monitorização		Propofol 50mg			
POSIÇÃO							
Agentes		Propofol					
Técnica		Sedação					
Operação							
Cirurgiões							
Anestésistas							
Observações							

Dr. Penoso Macedo  
Anestesiologista









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 DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

167458

5- PACIENTE

IEDA ARAUJO DE FREITAS

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

706 7015 5050 2910

8- DATA DE NASCIMENTO

19/07/1958

9- SEXO

#REF!

10- RAÇA/COR

#REF!

11- NOME DA MÃE

RAIMUNDA ARAUJO

13- NOME DO RESPONSÁVEL

IRANIR DE ARAUJO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

SITIO LAGOA DE FORA

16- MUNICÍPIO

SAO PEDRO

17- BAIRRO

ZONA RURAL

18- UF

RN

19- CEP

59480000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM FRATURA  
DE PERNA ESQ.

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

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

R - F - FRATURA X

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

FRAT. TIPIA (3A) S. 2.

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

OSTEOSINT. DE TIBIA (E)

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

36- ( ) AC. TRANSITO

37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO

38- ( ) AC. TRABALHO TRAJETO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNIE DA EMPRESA

44- CBOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Paulo Ney Olimpin Guedes  
CPF: 242.241.724-2  
COREN: 18.269

HRDML / SESAP





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL DR. DEOCLECIO 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 encefalomalácia.

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.

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

Laudado Por:  
**THADEU ALEXANDRE PAULINO DE SOUSA**  
CRM-RN 5447 / RADIOLOGISTA



Rua Dr. São Mendes, 88N - Santos Reis - Pamamirim/RN - (84) 3644-6491







# Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

PIGNILHA OLIVEIRA

NIR

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL  
Executante: O solicitante ou

CNES: 2653923  
CNES:

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **139422 IEDA ARAUJO DE FREITAS** G112  
CNS: 706701550502910 Nascimento: 18/07/1958 Sexo: Feminino  
Mãe: RAIMUNDA ARAUJO Pai:  
Endereço: SÍTIO LAGOA DE FORA, 1 - AREA RURAL - SAO PEDRO  
Município: SAO PEDRO Código Municipal IBGE: 241270 UF: RN

Prontuário:  
Cor: PARDA 94407502  
Fone: 32542127 /  
CEP: 59480-000

Clinica de Acompanhamento: ORTOPÉDIA Laudo Nº 21512 / 2019

## JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

DE - EDEMA + DEFORMIDADE NA PERNA DIREITA + JOELHO ESQUERDO  
F - ULA 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

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.1 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA\*408050551. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO

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 / Assistente:

MAURO CARNEIRO CALHAU

CRM:

3063 / RN

Data da Solicitação 16/08/2019

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

( ) Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: \_\_\_\_\_ Nº do bilhete: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_  
( ) Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: \_\_\_\_\_ CNAE da Emp.: \_\_\_\_\_ CBOR: \_\_\_\_\_  
( ) Acidente de Trabalho Trajetado

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.

### Ventrículos

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

Diástole: normal

Ventrículo 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



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 644.513 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/06/2015

NOME IEDA ARAUJO DE FREITAS

FILIAÇÃO JOAO MANOEL DE ARAUJO RAIMUNDA ARAUJO

NATURALIDADE SAO PEDRO RN DATA DE NASCIMENTO 18/07/1958

DIG. ORIGIN. CERT. DE NASCIMENTO 1-ACT-1 F-104 HG-450

SAO PEDRO RN-CARTORIO UNICO CARTORIO

CPF 737.245.214-72

Josebias Ferreira do N. Junior, VTA

Assessoria de Identificação - ITER/RN

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

IMP. ETAR DIREITO

Cartão com impressão digital e fotografia

Ieda Araujo de Freitas

CARTEIRA DE IDENTIDADE







## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0446560/19

Número do Sinistro: 3190693606

Vítima: IEDA ARAUJO DE FREITAS

CPF: 737.245.214-72

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 16/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IEDA ARAUJO DE FREITAS

### 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

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA

