

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA LETICIA BEZERRA FERNANDES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02380

CONTA: 000000000565-1

Nr. da Autenticação A50EA758E74E25FE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190711426 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA LETICIA BEZERRA FERNANDES **Data do acidente:** 23/08/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO-OSTEOSSÍNTESE COM HASTE E PARAFUSOS (P.9,10,11,22) ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190711426

Vítima: ANA LETICIA BEZERRA FERNANDES

Data do Acidente: 23/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANA LETICIA BEZERRA FERNANDES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: ANA LETICIA BEZERRA FERNANDES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002380

Conta: 00000565-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190711426 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA LETICIA BEZERRA FERNANDES **Data do acidente:** 23/08/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO-OSTEOSSÍNTESE COM HASTE E PARAFUSOS (P.9,10,11,22) ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

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: 3190711426 3 - CPF da vítima: 081597384-55 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: Ana Letícia Bezerra Trindade 6 - CPF: 08159738455
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Rua Narmia de m chales 9 - Número: 06 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Barrocas 12 - Cidade: Mossoro 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59600-000
15 - E-mail: Ana.Leticia31@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): 84996196821

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)
AGÊNCIA: 2380 CONTA: 00000565 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário
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, 09 de maio 2020/Mossoro

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Ana Letícia Bezerra Trindade

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

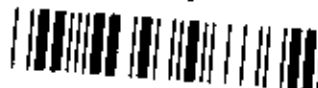
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 064432/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 02/12/2019 08:49 Data/Hora Fim: 02/12/2019 09:00
Origem: Data: 02/12/2019
Delegado da Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

Boletim de ocorrência



DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró
Data/Hora do Fato: 23/08/2019 15:50

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Logradouro: Rua Barbosa com Nízia Floresta

Bairro: Centro

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANA LETÍCIA BEZERRA FERNANDES (VÍTIMA, COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RN - Mossoró	Sexo: Feminino	Nasc: 17/09/1996
Profissão: Atendente			
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Maria do Socorro Bezerra Mendonça			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 081.597.384-55

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: Noêmia Almeida de Medeiros Chaves Nº: 06
Bairro: Barrocas
Telefone: (84) 99866-0732 (Celular)

Nome Civil: MOTORISTA DESCONHECIDO DE UM CARRO, NÃO SABE A PLACA OU TIPO DO VEÍCULO, CARRO BRANCO (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Mossoró - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 090.213.274-14	Placa MYP5664
Renavam 00969400306	Número do Motor KC08E58075580
Número do Chassi 9C2KC08506R075580	Ano/Modelo Fabricação 2008/2008
Cor AZUL	UF Veículo Rio Grande do Norte



Delegado da Polícia Civil: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto
Impresso por: Helder Emerson Nogueira Jerônimo
Data de Impressão: 02/12/2019 09:00
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 064432/2019

Município Veículo Mossoró	Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN ES
Modelo HONDA/CG 150 TITAN ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 05/12/2014	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Ana Leticia Bezerra Fernandes	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Declarou que era conduzida na garupa da moto pelo Sr. Francisco Carlos da Silva Filho quando o autor do fato não parou e avançou a via preferencial com o seu carro, vindo a colidir contra lateral da motocicleta; Que sofreu queda na via da garupa da moto; Que foi encaminhada pelo SAMU ao HRTM; Que o autor do fato se evadiu do local; Que não desejou representação criminal contra o autor do fato; Que o BO é para fins de DPVAT; Nada mais disse.

ASSINATURAS

Holder Emerson Nogueira Jerônimo
Agente da Polícia
Matrícula 1690205
Responsável pelo Atendimento

Ana Leticia Bezerra Fernandes
(Comunicante / Vítima)

*Dedarei para os devidos fins do direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assinadas; e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei
engem, conforme previsto nos Artigos 338-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



SAMU
MOSSORÓ
192

Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192

Comp. Reg. de Acidentes Declarados



DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 482

Mossoró 26 de Agosto de 2019

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário: ANA
LETICIA BEZERRA FERNANDES, 22 anos.

Natureza da Ocorrência: Acidente Automobilístico: Colisão Moto x Carro

Data da Ocorrência: 23/08/2019

Local da ocorrência: Cruzamentos das Ruas: Rui Barbosa com Nizia Floresta/Centro

Viatura: Bravo – Unidade de Suporte Básico de Vida - 01

Hora do Chamado: 15h 50min.

Procedimento no Local: Na cena, vítima foi submetida à imobilização (prancha, colar, coxim e tirantes), e foi encaminhada para a Unidade de Saúde (HRTM), conforme regulação médica do **SAMU 192 Mossoró**.

Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: Francisco Carlos da Silva Filho, 30 anos, portador de **RG: 003.001.677**.

Estamos à disposição para mais informações.

SILVANIA DO MONTE SANTIAGO
DIRETORA ADMINISTRATIVA
MAT. 58682-1

Silvania do Monte Santiago
Matrícula 58682-1
Diretora Administrativa do SAMU/Mossoró

DIXON FRADIK MEDEIROS LIMA
Diretor Geral
MAT. 405418-3

Dixon Fradik Medeiros Lima
Matrícula 405418-3
Diretor Geral do SAMU/ Mossoró



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 59327 /2019

Admissão: 23/08/2019 16:18:37

Documentação médica - hospitalar



ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 47735 - ANA LETICIA BEZERRA FERNANDES (22 a 11 m 6 d)

Nascimento: 17/09/1996

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: 706803208264123

CPF: 08159738455

Prof:

Mãe: MARIA DO SOCORRO BEZERRA MENDONÇA

Pai: ANTONIO DE SOUZA FERNANDES

Logradouro: ARTUR BERNARDES, 1561

CEP: 59621210

Bairro: BARROCAS

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.996904170

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: TRAZIDO PELO SAMU

Classificação:

23/08/2019 16:15:34

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: QUEDA DE MOTO, COM FRATURA FECHADA EM MIE, TIBIA E TORNOZELO

Hora: 16:30

Relato colisão moto x carro, usava capacete na condição de cavaleiro. Nega perda de consciência, nega vômito.

A- Vias aéreas pervias, sem ruído cervical.

B- Tórax expansivo, Sat 98%.

C- Refusou hemodinamicamente, PA 130 x 90.

D- Glasgow 15.

E- Dor e limitação de movimento no tornozelo (R). Nega comorbidades, nega drogas.

Diagn. Inicial: Trauma.

PRESCRIÇÃO:

- 1) Avaliação da ortopedia.
- 2) Realização da cirurgia para liberação da ortopedia.

ITALIA 16/08/2019 10:11:11

1) Alta da cirurgia geral

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SANE MOSSORO 27/08/2019

SAME / ARQUIVO

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preenchido CID, PROC)

CID 7023 Proc. 308010019 Data: 27/08/19. Hr: 16:15

*Gerado via SX por KLEBER RICARDO DE FRANCA BEZERRA. Impresso em 23 de Agosto de 2019 às 16:15:34. Médico: (Assinar e Carimbar)

Dr. Danilo J. de Paiva
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15335

Dr. Danilo J. de Paiva
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15335

ORTOP- 17:00H

PCTE VITIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO, COM

TRAUMA NO MLE.

FF. DOA A PALPAÇÃO + CREPITÂNCIA NA PRIMA
(E), SEM LESÃO CUTÂNEA, SEM EQUIMOSIS

RX: FX DISTAL DO TÍBIA (E)

CONDIÇÃO: - INTERNAÇÃO HOSPITALAR
- ANALGESIA

Dr. Danilo L. de Paiva
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 10018

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO VIANA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 27/08/2019
SANE / ARQUIVO BLAN



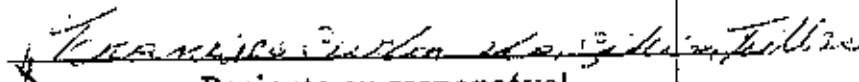
SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **ANA LETICIA BEZERRA FERNANDES** (Fia: 4429/2019), CPF:08159738455.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 23 de Agosto de 2019.


Paciente ou responsável

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 27/08/2019
BMC
SAME / ARQUIVO

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 4429 /2019

Prontuário: 209266

Paciente: 47735 - ANA LETICIA BEZERRA FERNANDES

Cartão SUS: 706803208264123

CPF: 08159738455

Dt Nasc: 17/09/1996

Idade: 22 anos 11 meses 6 dias

Sexo: F

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA DO SOCORRO BEZERRA MENDONÇA

Nome do pai: ANTONIO DE SOUZA FERNANDES

Rua/Av: ARTUR BERNARDES

Nº: 1561

Bairro: BARROCAS

Complemento:

Cidade: MOSSORO

CEP: 59621210

Telefone: 84 996904170 84 996904170

Unidade: OBS FEMININA

Leito: 1. 24E

Especialidade: CLINICA CIRURGICA

Responsável: ANA LETICIA BEZERRA FERNANDES -

Usuário: ANTONIO HELIO DA SILVA

Admissão: 23/08/2019 17:17:35

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: T02.3 - FRATURAS ENVOLVENDO REGIÕES MÚLTIPLAS DE UM MEMBRO INFERIOR
308010019 -

HISTORIA CLINICA

*Refere acidente de trânsito
 com Traumatismo na
 perna E*

*diag: Fratura da tíbia E (fechada)
 cd: Traumatismo complexo (Programes)*

Ex: Edema moderado e n.c

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

FEITA CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 23/08/2019

SAME / ARQUIVO

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

2 - CNES

2503689

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

4 - CNES

2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ANA LETICIA BEZERRA FERNANDES (8 - 4429/2019)

6 - N° DO PRONTUÁRIO

209266

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

706803208264123

8 - DATA DE NASCIMENTO

17/09/1996

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

MARIA DO SOCORRO BEZERRA MENDONÇA

DDD

84

12 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

996904170

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

ANA LETICIA BEZERRA FERNANDES

DDD

84

14 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

996904170

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

ARTUR BERNARDES, 1561 - BARROCAS

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

MOSSORO

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

240800

18 - UF

RN

19 - CEP

59621210

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Traumatismo e perna E
com dor e deformidade local*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

Traumatismo com fratura

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

Senologia e RX de fratura

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURAS ENVOLVENDO REGIÕES MÚLTIPLAS DE UM MEMBRO INFERIOR

24 - CID 10

PRINCIPAL

T02.3

25 - CID 10

SECUNDÁRIO

26 - CID 10

CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NÃO ESPI

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

308010019

29 - CLÍNICA

CIR

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

2

31 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

DANILO LOPES DE PAIVA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/08/2019

35 - ASSIN. E CARIMBO (N° REGISTRO DO CONSELHO)

4108

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR

LIGINEY LINO DE OLIVEIRA

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

48 - N° AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
MOSSORO 23/08/2019

49 - DOCUMENTO

(X) CNS

() CPF

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

980016001835565

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSIN. E CARIMBO (N° REGISTRO DO CONSELHO)

GAME / ARQUIVO

BLW



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-CARRO QUE RESULTOU EM FRATURA FECHADA DA DIAFÍSE DE TÍBIA ESQUERDA. ESTÁVEL NO MOMENTO AGUARDANDO CIRURGIA.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de cirurgia.

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

Quadro clínico + RADIOGRAFIAS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura de diafise tibial

S.82.2

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Correção cirúrgica da fratura de diafise tibial

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

4108050500

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Rafael A. A.

26/08/19

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

40 - CÓDIGO DO BILHETE

43 - CNAE DA EMPRESA

41 - SÉRIE

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 27/08/2019

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

SAME T ARQUIVO

DATA: 27/08/2019

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: ANA LETICIA BEZERRA FERNANDES 22 ANOS
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 211-1
DATA DA ADMISSÃO: 25/08/2019 MOSSORO -RN CODIGO: 47735

DATA	EVOLUÇÃO		
	2º DIH POR FRATURA DIAFISARIA COMINUTA DA TÍBIA ESQUERDA EM USO DE TALA IGNOPODALICA QP: CONSTIPADA HÁ 5 DIAS EF: BEG, EUPNEICA, E HIDRATADA E AFEBRIL ACV: RCR, 2T, SEM SOPRO. BNF AR: MV + EM AHT. SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS ABD PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO PROFUNDA. RHA + EDEMA ++/4+ EM MIE SITUAÇÃO: GUIA PARA SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO NO SISREG PREENCHIDA – AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA LABORATORIO 23/08: Hb: 14 HT: 39,9 LEUCO: 13 100 PLAQ: 212 000 CREAT:1,10 UREIA: 23 AGUARDA RISCO CIRURGICO CD: DIETA LAXATIVA AUMENTO HIDRATAÇÃO VPM		
	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA VO LAXATIVA		
2	SF 0,9% 1500ML EV PARA 24 HORAS		
3	DIPIRONA 500MG/ML, 2ML+ 18 ABD EV 6/6H.		
4	TILATIL 40 MG, 1 FRASCO IV 1X/DIA		
5	RANITIDINA 1 AMP IV, 12/12H		
6	CLEXANE 40 MG SC, 1X/DIA		
7	SSVV + CCGG		

Dr. Manoel Fernandes da Silva
Ortopedia e Traumatologista
Dr. M. Medeiros de Carvalho
CRM-RN 2099 / CREA-CE 9701
Médico do Trabalho
CRM-RN 2099 / CREA-CE 9701

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 27/08/2019

SAME / ARQUIVO

N.T

Atendimento	1221173
Data:	12/09/2019
Hora:	6:25

BOLETIM DE ADMISSÃO

Nº AIH
CRISTINA
2.2

445533 - ANA LETICIA BEZERRA FERNANDES

SOLTEIRO(A) - Sexo: FEMININO - 17/09/1996 - 22 A, 11 M, 25 D

CPF: 081.597.384-55

RG: 002806498

CNS: 706803208264123

Convênio: SUS

Leito: CR01-01

Entermedia: CR01 - CENTRO CIRURGICO 1

Endereço: NOEMIA DE M. CHAVES, Nº 6 - CEP: 59600-010

Bairro: BOM JARDIM

Cidade: Cód.: 2408003 - MOSSORO/RN

Profissão:

Especialidade: ORTOPEDIA CIRÚRGICA

Paí: ANTONIO DE SOUZA FERNANDES

Mãe: MARIA DO SOCORRO BEZERRA MENDONÇA

Naturalidade: MOSSORO

Caráter de Atendimento: ELETIVO

Responsável: ANA LETICIA BEZERRA FERNANDES

Procedimento Solicitado: 0408050500-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍB - S822 - FRAT DA DIAFISE DA TIBIA

Diagnóstico Definitivo:

Acomodação:

Médico: 8187 - GUILHERME GARCIA RIGOLIN

Carteira:

Validade: 30/12/1899

Autorização:

Senha:

Gula:

HOSPITAL WILSON ROSADO
Convênio: SUS
Com 03 Refeições
Sem Refeições
Acompanhante

Resultado

☐
☐
☐
☐

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

☐
☐
☐
☐

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

☐
☐
☐

-48 Horas

+48 Horas

Óbito

Transferido:

Historia Clínica

ALTA 13/09

Diagnóstico Provável

Maria Auxiliadora Mendes

RESPONSÁVEL

Dr. Guilherme Garcia Rigolin
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 8187/TEOT 13541

GUILHERME GARCIA RIGOLIN



HOSPITAL
WILSON ROSADO

Paciente: Ana Letícia B. Fernandes
Idade: 22 Data: 12/09/19
Convênio: SUS

Relatório de Cirurgia

1. Cirurgia Principal: _____
2. Cirurgia Secundária: _____
3. Cirurgião: Dr. Guilherme CRM: 8187
1º Auxiliar: Dr. Eduardo CRM: 6439
2º Auxiliar: _____ CRM: _____
Enfermeiro(a): Valdineia COREN: _____
4. Anestesista: Dr. Fábio CRM: 5000
5. Instrumentador: Bruno COREN: _____

6. Tecido removidos: ☒ Não ☐ Sim Especificar: _____
7. Anátomo Patológico: ☒ Não ☐ Sim
Laudo: ☐ Maligno ☐ Benigno Dr.: _____
8. Classificação da Cirurgia: ☒ Limpa ☐ Potencialmente contaminada
☐ Contaminada ☐ Infectada
9. Contaminação Intra-operatória: ☒ Não ☐ Sim
10. Programação: ☐ Efetiva ☒ Urgência ☐ Emergência
11. Trauma: ☐ Não ☒ Sim Data: ____/____/____ Hora: ____:____
12. Infecção atual em outro Sistema: ☒ Não ☐ Sim Tipo: _____
13. Drenos: ☒ Não ☐ Sim Tipo: _____
14. Prótese (s): ☒ Não ☐ Sim Tipo: _____
15. Descrição do procedimento cirúrgico no verso

Assinatura Cirurgião: _____ CRM: _____
Data: 12/09/19
Para anestesia local, informar:
Hora do Início do procedimento: 7h 00 Hora do término do procedimento: 18h 25

Dr. Guilherme Garcia Rogolin
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 8187

Descrição dos procedimentos cirúrgicos

Paciente em DPM sob aspiratório; Anterior, Arter e Colares de Campos extens;
 Incisão com fio anterior joelho @, dissecção por planos; Realizado linfático
 transtendão patela; Lavagem do Introdutor de bato e chissido o suspi;
 Lavagem fio qui; Lavagem de canal 9 mm após 10 mm; Introdução
 de bato pelo fio qui 9 x 340 mm e chissagem de redução
 o suspi; Lavagem de parafusos bloqueia proximal e distal (02 proxi-
 mal e 02 distal); Menor dissecção de redução; Ligez capoto com
 S.O. 0,9%; Sutura por planos; Curativo Extel; A.R. 1/2

Dr. Guilherme Garcia Rigolin
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM/RN 8987

FICHA DE ANESTESIA

NOME <i>Ana Leticia Bezerra Fernandes</i>							DATA <i>11/09/2005</i>
SERVIÇO <i>HWB</i>		ANESTESISTA <i>Edilson</i>		CIRURGIÃO <i>Edsonaldo G. Guimarães</i>			
IDADE <i>22</i>	SEXO <i>F</i>	COR	PR. ART. <i>110 x 62</i>	PULSO <i>66</i>	TEMP.	ESTADO FÍSICO <i>1 @ 3 4 5</i>	PRÉ-ANESTÉSICO <i>505</i>
DIAGNÓSTICO <i>Tuberculose</i>							

OPERAÇÃO REALIZADA

OPERAÇÃO REALIZADA						
+to cirurgico.						
INÍCIO	17:00h	TERMINO	DURAÇÃO	ROTINA	EMERGÊNCIA	EXTRA

[illegible][illegible]

HORA		OBSERVAÇÕES	
A	_____	12 1314 250 - 9 BP - 157 <u>Def. BOM 19</u>	
G	_____		
E	_____		
N	_____		
T	_____		
E	_____		
S	_____		
CÓDIGO			
ANESTESIA X	220		
OPERAÇÃO ⊕	200		
INTUBAÇÃO X	180		
ENDOTRAQUEAL	160		
PRES. SISTOL. V	140		
PRES. DISTOL. A	120		
PULSO. ◆	100		
	80		
RESP. ASSIST. - RA	60		
RESP. EXPONT. - RE	40		
	20		
RESP. CONTR. - RC	0		
POSICÃO		Soro	1500 ml (54)
		Sangue	—
		Outros	—

TÉCNICA ANEST. GERAL: () INALATÓRIA: () ENDOVENOSA: () BALANCEADA: () SEDAÇÃO: (X)

ANEST. REGIONAL: (☒) RAQUIDIANA: (☒) PERIDURAL: (☐) OUTROS: (☐)

AGENTES EMPREGADOS

Ulkutimaq; Epiroma sp.; Melanobry; Dicaeum; Pterodon

[illegible]

ACORDADO		SALA DE RECUPERAÇÃO		CONDIÇÕES				ÓBITO
SIM	NÃO	SIM	NÃO	B	R	M	P	
☒	☐	☒	☐	☒	☐	☐	☐	☐

CR/US 51818
TE/USBA 1500



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA.
PEDRO VELHO, 250 - SANTO ANTONIO
59611-010, MOSSORO/RN
CNPJ: 35.650.324/0001-50
TELEFONE: (84) 3318-9000

Pág.: 1/1

203-8

PACIENTE: 1221173-ANA LETICIA BEZERRA FERNANDES

IDADE: 22 A,11

SUS

ENFERMARIA: CCEX-CENTRO CIRURGICO LEITO:CCEX-08

ADMISSÃO: 12/09/2019

PRESCRIÇÃO MÉDICA

12/09/2019 - 18:22:57

DIETA BRANDA / LEVE

SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500 ML	1,00FR	IV	06/06H		24/08/2018
DIPIRONA 500MG/ML 2ML 17:00 solo.	1,00AMP	IV	06/06H		24/08/2018
TRAMAL 50MG/ML 2ML	1,00AMP	IV	08/08H	SE DOR	24/08/2018
CEFALOTINA 1 G 17:00 solo.	1,00FA	IV	06/06H		24/08/2018
NAUSEDRON 8 MG / 4 ML	1,00AMP	IV	08/08H	SE NÁUSEA OU VÔMITO	24/08/2018

SONDA VESICAL DE ALÍVIO FEMININA SE RETENÇÃO URINÁRIA
CURATIVO LOCAL 1X DIA
SSVV + CCGG

ok
ok
Dor no.

13/09/19

Curativo

Alta tcc hla

Dr. Gustavo M. Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 8187
CEP 59611-010

Dr. Guilherme Garcia Rigolin
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 8187/TEOT 13541

8187 - GUILHERME GARCIA RIGOLIN



HOSPITAL
WILSON ROSADO

Paciente: Ana Leticia Bezerra Fernandes Idade: 22 Registro: 445533
Setor: C.C Médico: Dr. Bulherne Enferm./Leito: CC

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
10/09/19	07:00	Admite paciente nesta unidade hospitalar citando a cirurgia previamente desu- residência para realizar pro- cedimento cirúrgico com Dr. Bulherne Rigolin. Começa- te montada em O2 ambien- te regu: HAS, DM e alguns medicamentos. Examin- ado em MSE com pl- co n: 18. Segue em seu leito aguardando procedimento cirúrgico.	
12/09/19	16:50	Paciente internado na SA.	
	16:55	Paciente recebida na SA.	
	17:00	Realizada a anestesia gaseosa feita por Dr. Edilson e 1 PPE mantido.	
	17:20	Realizada a cirurgia (1 cm: guilhotina + 02 pinos).	
	18:30	Realizada a colocação da qualificação cirúrgica e 1 interconexão gaseosa por P1 e P2 ficando em O2. Saída da enfermeira.	
12.09.19	18:45	Realizada a TMC no leito montado SO, monitorando a vida após a TMC. ACP realizado no leito em O2 ambiente F.O. e leito regu em repouso. ACP realizado no enfermeiro TMC para o leito de repouso e a consequente reposição em O2 ambiente. ACP realizado e F.O.	

[illegible]

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

1221173 - ANA LETICIA BEZERRA FERNANDES

Data da internação: 12/09/2019 - 06:25:00 Sexo: F Idade: 22 A, 11 M, 25 D

Convenio: SUS

Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 201-02

12/09/2019

PROFISSIONAL

ASSINATURA

23:30	Pa: 120x70, Temp.: 36, FC: 85, FR.: 20, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O ₂ : 96, Fi. O ₂ : 0, Ventilação: , Decúbito: RECEBEMOS PACIENTE EM MACA DO C.C ACOMPANHADA DE MAQUEIRO E FAMILIARES, CONSCIENTE, ORIENTADA RESPIRANDO EM AR AMBIENTE C DIETA V.O E COM AVP VIABILIZANDO HV + TERAPIA MEDICAMENTOSA, AO EXAME NORMOTENSA, NORMOCORADA, AFEBRIL, ANECTERICA E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.	BRUNA PATRICIA DANTAS DE OLIVEIRA	<i>Bruna Patrícia Dantas de Oliveira</i> Bruna Patrícia Dantas de Oliveira Téc. Enfermagem COREN - RN 1061837
-------	--	--------------------------------------	--

13/09/2019

0:00	Pa: , Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O ₂ : 0, Fi. O ₂ : 0, Ventilação: , Decúbito: ADMINISTRADO 1 ETAPA DE SF09% EV + DIPIRONA + ABD EV + CEFALOTINA 1G + ABD EV	BRUNA PATRICIA DANTAS DE OLIVEIRA	<i>Bruna Patrícia Dantas de Oliveira</i> Bruna Patrícia Dantas de Oliveira Téc. Enfermagem COREN - RN 1061837
6:00	Pa: , Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O ₂ : 0, Fi. O ₂ : 0, Ventilação: , Decúbito: ADMINISTRADO 2 ETAPA DE SF09% EV + DIPIRONA + ABD EV + CEFALOTINA 1G + ABD EV E FEITO CURATIVO.	BRUNA PATRICIA DANTAS DE OLIVEIRA	<i>Bruna Patrícia Dantas de Oliveira</i> Bruna Patrícia Dantas de Oliveira Téc. Enfermagem COREN - RN 1061837

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1221173 - ANA LETICIA BEZERRA FERNANDES

Data da internação: 12/09/2019 - 06:25:00 Sexo: F Idade: 22 A, 11 M, 25 D

Convenio: SUS

Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 201-02

13/09/2019

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

08:00:00	RECEBO PACIENTE DO SEXO FEMININO, COM 22 ANOS DE IDADE, POS DE FRATURA DE DÍFISE DA TIB, EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADA, EM O2 AMBIENTE VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, ACEITA DIETA V.O, COM AVP VISIBILIZANDO HIDRATAÇÃO VENOSA + TERAPIA MEDICAMENTOSA, ELIMINAÇÕES PRESENTES: AFEBRIL, NORMOTENSO, NORMOCARDIO E EUPNEICO. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO. - PA:120X80 TAX: 36,50% F.C.:87 F.R.: 20 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 98 FI O ₂ : 21 Ventilação: AA Decúbito:	BARBARA LIGIA MIGUEL DA COSTA	 Barbara Ligia Miguel da Costa Téc. Enfermagem COREN - RN 1371860
12:00:00	ADMINISTRADO MEDICAÇÃO DE HORARIO: 01 FR DE SF 0,9% 500 ML IV, + 01 AMP DE DAPIRONA + ABD IV, + 01 AMP DE CEFALOTINA + ABD IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA. - PA: TAX: 0,00% F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 FI O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:	BARBARA LIGIA MIGUEL DA COSTA	 Barbara Ligia Miguel da Costa Téc. Enfermagem COREN - RN 1371860

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1221173 - ANA LETICIA BEZERRA FERNANDES

Page 1 of 1

Data da Internação: 12/09/2019 - 06:25:00

Sexo: F

Idade: 22 A, 11 M, 25 D

Convênio: SUS

Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 201-02

13/09/2019

Hora PA Temp FC FR Glicemia

Assinatura

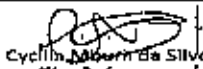
12:00:00 RECEBO PACIENTE DO SEXO FEMININO, COM 22 ANOS DE IDADE, POS DE FRATURA DE DÍFISE DA TIB, EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADA, EM O2 AMBIENTE VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, ACEITA DIETA V.O, COM AVP VISIBILIZANDO HIDRATAÇÃO VENOSA + TERAPIA MEDICAMENTOSA, ELIMINAÇÕES PRESENTES: AFEBRIL, NORMOTENSO, NORMOCARDIO E EUPNEICO. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO

THATIANE
MICHELLE
FREITAS DEThatiane Michelle F. de Souza
Enfermeira
COREN-RN 243343

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1221173 - ANA LETICIA BEZERRA FERNANDES

Data da Internação: 12/09/2019 - 06:25:00 Sexo: F Idade: 22 A,11 M,25 D
Convenio: SUS
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 201-02

13/09/2019	Anotação	Técnico(a)	Assinatura
14:00:01	RECEBEMOS PACIENTE DO SEXO FEMININO, CONSCIENTE E ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES. COM AVP PARA HIDRATAÇÃO VENOSA E SOROETRAPIA. ACEITA BEM DIETA VO. AOS SSVV: NORMOTENSA, NORMOCARDICA, EUPNEICA E AFEBRIL. EVACUAÇÕES FISIOLÓGICAS ESPANTEANEAS SIC. SEM QUEIXAS NO MOMENTO. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO. - PA:120X70 TAX:36,20% F.C.:87 F.R.: 21 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 98 FI O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:	CYCILIA MOURA DA SILVEIRA	 Cycilia Moura da Silveira Téc. Enfermagem COREN-RN 1227652
18:00:01	FOI MEDICADA DE ACORDO COM PRESCRIÇÃO MÉDICA: DIPIRONA 01 AMP + ABD EV E CEFALOTINA 01 AMP + ABD EV. - PA: TAX: 0,00% F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 FI O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:	CYCILIA MOURA DA SILVEIRA	 Cycilia Moura da Silveira Téc. Enfermagem COREN-RN 1227652
18:10:01	RECEBE ALTA HOSPITALAR, RETIRADO AVP. - PA: TAX: 0,00% F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 FI O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:	CYCILIA MOURA DA SILVEIRA	 Cycilia Moura da Silveira Téc. Enfermagem COREN-RN 1227652



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: ANA LETÍCIA BEZERRA Idade: 22 Nº Reg. _____
Serviço: IMUNOLOGIA Enfº: 211 Leito: 01

AO SERVIÇO: CARDIOLOGIA

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

PACIENTE JOVEM, VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO
QUE RESULTOU EM FRATURA EM M.T. SOUCITO RISCO
QUIRÚRGICO.

Mossoró, 26 de 08 de 20 89

Médico que solicita o parecer

PARECER:

Dado clínico, ortopédico sem que
se fale de risco cirúrgico
sem risco real

Isso mesmo

De ponto de vista

de risco, não há risco

27/08/89

Armando Miranda
Cardiologista

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



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



POLEGAR DIREITO



Adna Leticia Bezerra da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DUI



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN

Nº 011129908083

42036231/2014

285403-5/14

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA

1

FRANCISCO

R. AQUIE

BARROCA

59.681-210

190

190

PLACA ANT/UF

MYR5664/RN

CHASSI

502K00560R078588

ESPECIE DO

PASSAGEIRO/MOTO/VEICULO ALICAVE

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

WANDA/US 150 TITAN ES

ANO FABR

2003

ANO VAL

2009

CAP/POT

OCV/149 CLATINRADAS

CAPACIDADE

PARTICULAR

COR-HE-DOMINANTE

AZUL

OBSERVAÇÕES

MOTORACU

MOTORACU

MOTORACU

MOTORACU

MOTORACU

MOTORACU

MOTORACU

MOTORACU

MOTORACU

MOTORACU

MOTORACU

MOTORACU

DATA

07/12/2014

DETRAN

CONTIN

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
FEDERAL

002.806.498

DATA DE
EXPEDICAO

12/12/2018

ANA LETICIA MEIERA FERREIRA

CIÇÃO

ANTONIO DE SOUZA FERREIRA
MARIA DO SOCORRO FERREIRA

NATURALIDADE

Mossoró RN

SEX: FEMININO

DATA DE NASCIMENTO: 17/07/1990
Mossoró RN - 6º CANTÃO

CPF

001.597.394-55

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0461228/19

Vítima: ANA LETICIA BEZERRA FERNANDES

CPF: 081.597.384-55

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANA LETICIA BEZERRA
FERNANDES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



ANA LETICIA BEZERRA FERNANDES : 081.597.384-55

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/12/2019
Nome: ANA LETICIA BEZERRA FERNANDES
CPF: 081.597.384-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: Cristina Lima Alves
CPF: 041.380.364-31

ANA LETICIA BEZERRA FERNANDES

Cristina Lima Alves

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

003.001.677

23/08/2019

FRANCISCO CARLOS DA SILVA FILHO

FRANCISCO CARLOS DA SILVA

LAURENCE MARIA DANTAS

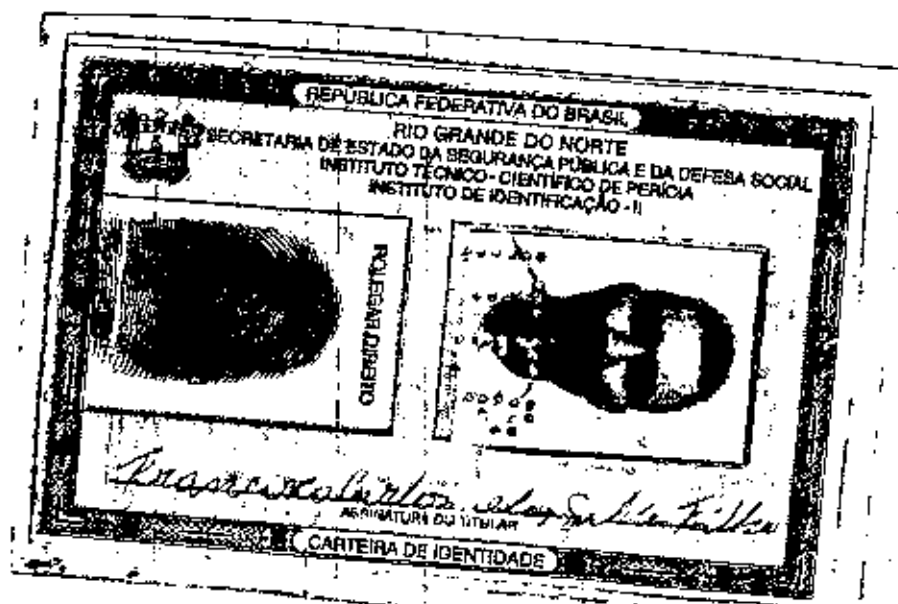
MOSSORÓ RN

07/08/1969

2a. VIA

090.213.274-14

LEI Nº 7.416 DE 29-08-83



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0461228/19

Número do Sinistro: 3190711426

Vítima: ANA LETICIA BEZERRA FERNANDES

CPF: 081.597.384-55

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANA LETICIA BEZERRA FERNANDES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.