



Número: **0800233-34.2023.8.20.5107**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara da Comarca de Nova Cruz**

Última distribuição : **01/02/2023**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
AGUINALDO SOARES (AUTOR)	ANDRESSA DE SOUSA MARIANO registrado(a) civilmente como ANDRESSA DE SOUSA MARIANO (ADVOGADO)
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (REU)	ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
95886402	01/03/2023 09:58	2880502_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros documentos

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	17/02/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	320006350801
VALOR TOTAL:	2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AGUINALDO SOARES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00614

CONTA: 000010025947

Número da Autenticação

9B2AEDF5FDE6C462



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200063508 **Cidade:** Nova Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AGUINALDO SOARES **Data do acidente:** 01/09/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE DE RÁDIO E CLAVÍCULA ESQUERDA (PAG.01.06)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) (PAG.16.20)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR 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 DE MEMBRO SUPERIOR 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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Agivaldo Soares, brasileiro(a),
estado civil: solteiro, Profissão: Agricultor, Data do Acidente 01.09.2019
Cobertura Invalido, portador(a) do RG 3.399.801, órgão expedidor
SSP/RN e do CPF: 125.073.918-71 residente no(a)
Deputado Marcio Marinho nº 361
bairro: Centro, município: Passa e Fica / RN

OUTORGADO:

Nome: Francisco de Assis Soares de Melo, brasileiro(a)
estado civil: casado, Profissão: Agricultor, portador(a) do RG
897.371, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 651.617.694-91 residente
no(a) Deputado Marcio Marinho nº 361
bairro: Centro, município: Passa e Fica / RN

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

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

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

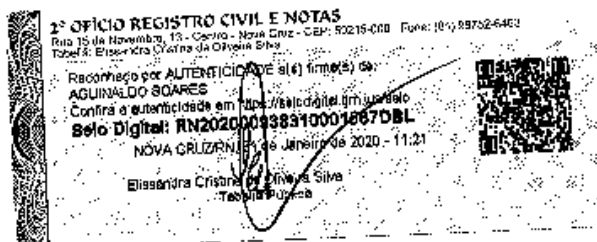
Nova Cruz/RN 31.01.2020

Local e Data



Agivaldo Soares

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051755/20
Vítima: AGUINALDO SOARES
CPF: 125.073.918-71
Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 01/09/2019
CPF de: Próprio
Titular do CPF: AGUINALDO SOARES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCO DE ASSIS SOARES DE MELO : 651.617.694-91

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

AGUINALDO SOARES : 125.073.918-71

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: 06/02/2020
Nome: FRANCISCO DE ASSIS SOARES DE MELO
CPF: 651.617.694-91

FRANCISCO DE ASSIS SOARES DE MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/02/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200063508 **Cidade:** Nova Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AGUINALDO SOARES **Data do acidente:** 01/09/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE DE RÁDIO E CLAVÍCULA ESQUERDA (PAG.01.06)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) (PAG.16.20)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR 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 DE MEMBRO SUPERIOR 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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200063508

Vítima: AGUINALDO SOARES

Data do Acidente: 01/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO DE ASSIS SOARES DE MELO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AGUINALDO SOARES

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 superiores 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: **AGUINALDO SOARES**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **000000614-9**

Conta: **000010025947-2**

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



DECLARAÇÃO

Eu Aquivaldo Soares portador
do RG: 05.399.801 SSP/RN CPF: 425.073.988-71,
reclamante do SEGURO DPVAT, venho através dessa declaração informar e comunica
que não tenho mas nenhuma documentação Medica Hospitalar, só a que já consta no
pleito do meu processo que são a
entrada Secretaria Municipal de Anna de São Bento
Hospital Monsenhor Walfredo Gungel
Hospital Memorial.

Que demonstra e menciona as sequelas que tenho e as dificuldade que fiquei devido ao
acidente de Transito no dia 01/09/19, por isso peço a análise da
minha documentação, no qual estou precisando e necessitando, da indenização para
ajuda nas lesões sofridas, no qual ainda estou com sequelas pois em verdade só
posso essas documentação medica, e que não tenho mas nenhum tipo de
documentação a mais hospitalar só a que está no pleito do meu processo.

NOVA CRUZ/RN 03 DE Fevereiro DE 2020

Aquivaldo Soares



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 011575692140
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
RRC 28140100077406-5
1 0056837575-0 00/00000000 2013

NOME: JOSE JOAB DO NASCIMENTO

CPF/DIRIGENTE: 04347725426 PLACA: QFY2999/PB

RND: PE 9C2HB0218DR452994

PER/ACODOT/CONTADOR/VEICULO: 2013/2013

BRONDA/POP100 2013/2013

2 P/97 /CI PARTIC VERMELHA

IPVA PAGO EM 22/07/2013

PREMIO TARIFARIO: 0

PREMIO TOTAL: 0

DATA DE PAGAMENTO: 13/09/2013

A.F. ADM. DE CONC. NAC.ION HONDA LTDA

COMCINA - HONDA - PB 22/07/2013

11905 13714

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS COM O SEGURO DPVAT

PB Nº 011575692140 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatseguro.com.br
SAC DPVAT 0800 627 1204

EXERCÍCIO: 2013 DATA EMISSÃO: 22/07/2013

CPF/DIRIGENTE: 04347725426 PLACA: QFY2999/PB

PER/ACODOT/CONTADOR/VEICULO: 2013/2013

BRONDA/POP100 2013/2013

2 P/97 /CI PARTIC VERMELHA

IPVA PAGO EM 22/07/2013

PREMIO TARIFARIO: 0

PREMIO TOTAL: 0

DATA DE PAGAMENTO: 13/09/2013

A.F. ADM. DE CONC. NAC.ION HONDA LTDA

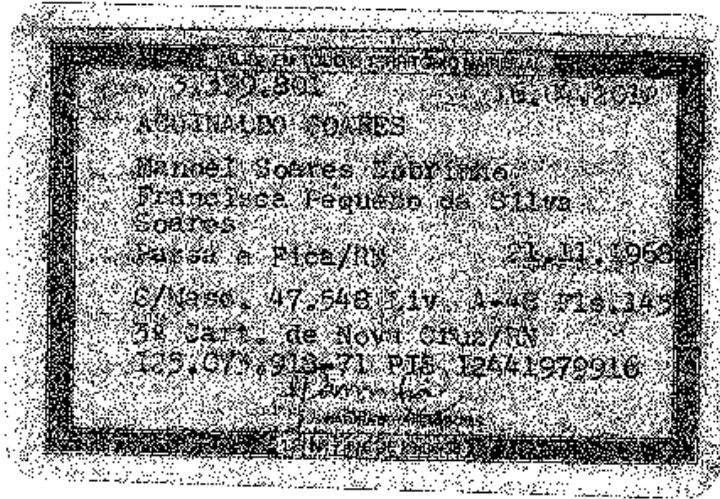
COMCINA - HONDA - PB 22/07/2013

11905 13714

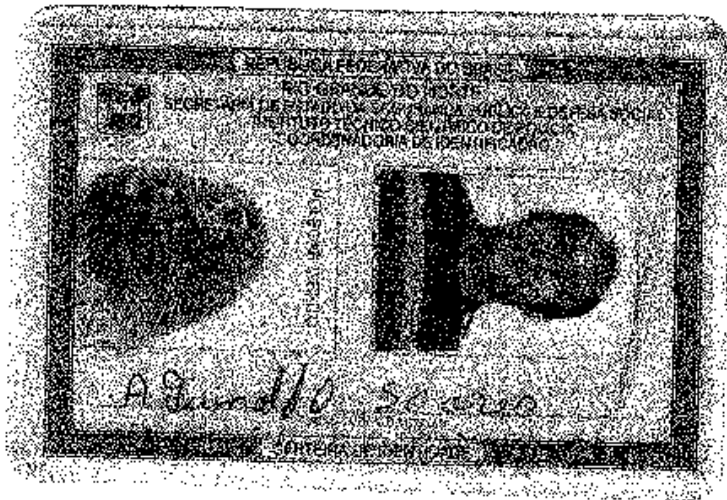
SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 05.938.020/0001-04
www.seguroadoralider.com.br





Vitima



Aguinaldo Soares

Hando Medico

Paciente vítima de
acidente de Moto dia 01-09-19,
com fratura de antebraço e clavícula
submetido a trat cirurgico.

Atendimento refaz por dor insuportavel
e distrofia flexora e extensão
de antebraço e.

C.D) 592 - 792.

Manoel L. Fonseca
CRM 1642
CPF: 108.829.214-20

31.01.2021

ORTOMED

Av. Senador Salgado Filho, 66. Potilândia,
Natal/RN - Fone: 84 3231.0005 / 3206.1002

Clínica
M&E

Av. Prudente de Moraes, 1178, loja 5, Shop Mall,
Lagoa Nova, Natal/RN - Fone: 84 2020.9151

CLI ORT
A SUA CLÍNICA NA ZONA NORTE

Av. Dr. João Medeiros Filho, 500, Igapó
Natal/RN - Fone: 84 3674.8113





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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 45218 /2019
Admissão: 01/09/2019 22:58:51

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 141738 - AGUINALDO SOARES (50 a 9 m 10 d)
 Nascimento: 21/11/1968 Natural: PASSA E FICA BRASIL Sexo: M Cor: PARD
 NS: 700201999951830 CPF: 12507391871 Prof:
 Mãe: FRANCISCA PEQUENO DA SILVA Pai: MANOEL SOARES SOBRINHO
 Graduação: DEPUTADO MARCIO MARINHO 631
 EP: 59218000 Bairro: SAO PEDRO Cidade: PASSA E FICA
 Telefone: 84 987273389 Compl:

Evento: MOTO X MOTO - COLISÃO
 Origem: AMBUL. INTERIOR

Radiograma:

Obs: REGULADO COM DR PEDRO

TIPO: REFERENCIADO ORIGINAL
 CONF. Nº 02/140/19
 N.º Discriminador: 1510
 MAT. Nº 1510
 Classificação: 01/09/2019 22:52:42
 ASSINATURA

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	FR	TEMP	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA DE MOTO/ TRAUMA EM MIE E MSE
 Hora: *01/09/2019 22:58*
Paciente vítima de queda de moto, com caract. Neg. TEE, trauma torácico, trauma abdominal, lesão de membros superiores e inferiores. Neg. dor torácica e abdominal. Trajado pela ambulância do município sem imobilização.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A VAP, não ventilada, sem color. normal
- B Espúlio em ambiente.
- C Estável hemodinamicamente.
- D Glasgow 15
- E Ferida fechada em MSE; ferimento em MIE.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

ABD - Glóso, flácido indolor.
 Auscú. estável.

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID *Queda de moto*

*Gerado via SX por FRANCISCO DE ASSIS MORAIS QUEIROZ. Impresso em 01 de Setembro de 2019.

*01/09/19 22:42
 FRANCIS*



DE FÍSICO

ESSÃO DIAGNÓSTICA

ES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO

OUTROS

UTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL. 02/10/19
MAT. N.º 157083
SANE
CA
ASSINATURA

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

TIPO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

AMENÇÃO NA CLÍNICA:

Ortop.

DATA: 27/09/16

HORA:

DATA: / /

HORA:

o Médica

À Revelia

Transferido para:

o:

DATA: / /

HORA:

re à família

com Atestado

S.V.O.

I.T.E.P.

Dr. Jackson de Almeida de
Ortopedia e Traumatologia
Clínica de Cirurgia e Póster
CRP-OR 182.720/18018
2008 2979

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

TIPO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

AMENÇÃO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

DATA: / /

HORA:

o Médica

À Revelia

Transferido para:

o:

DATA: / /

HORA:

re à família

com Atestado

S.V.O.

I.T.E.P.



B
C
D
E

A (ALERGIAS)
M (MEDICAÇÃO EM USO)
P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)
L (LÍQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)
A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)
V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES (RAIOLOGIA E OUTROS)
RX ombros E → AP/Popl
RX lés → AP
RX pé E → AP/Colapso
RX pernas E → AP/Popl

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
RX urina E → AP
RX glicose E → AP/Popl

CONDIÇÃO PRIMÁRIA (MEDICAÇÃO E PROCEDIMENTOS)
Ocasão #
Paciente vítima de acidente motorista
Fracasso cirúrgico pé E, pernas E
e abdômen. Reforçado em outros
exames. Incomodidade respiratória
- efotativa E.V.
Ao cept/ tratamento cirúrgico de urgência

OUTROS
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Cirurgia Geral
Paciente vítima de acidente motorista
e abdominal. A dor abdominal
RM 5782
T. MADRUG (RM2)
Exporte de Hill
D. Hugo Costa
Próximo a Traumatologia
CRM 99570-1/15731
Dr. Wilson W. Veríssimo de Almeida
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Tornozelo e Pé
CRM 101.252-1/1819
RCE 2973

ASSINATURA E CARRIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARRIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3	HORA:	DATA:

DESTINO DO PACIENTE: DATA / / HORA

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

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

ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () I.T.E.P.





ESTADO GRANDE DO NORTE
 PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA DE SÃO BENTO
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

M/ Aquinaldo Soares ..

Encaminha ao Hospital
 Walfredo Gungel
 Dr Pedro Flávio
 (Cirurgião Geral)

Paciente, 59 anos vítima de
 acidente de Motocicleta apresentando
 possível fratura em região proximal
 do antebraço (E) associada
 a fraturas abertos em antebraço (E)
 em região proximal da perna (E)
 e dorso do pé (E). Glasgow 15,
 agnóstico ao ambiente; Consciente, 1
 orientado.

Solicito avaliação ao
 Cirurgião Geral - 03/09/14

UNIDADE MISTA DE SAÚDE SENHORINHA RODRIGUES
 RUA SEVERINO BELMONT, S/N - SERRA DE SÃO BENTO/RN

CONFINE ORDEM DA OPM
 DATA 02.10.14
 Nº 152-843
 BAIXE
 CF



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO G JR GEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 8297 /2019

Prontuário: 1188518

Paciente: 141738 - AGUINALDO SOARES

Cartão SUS: 700201999951630

Idade: 50 anos 9 meses 11 dias

Sexo: M

CPF: 12507391871

Etnia: PARDA

Dt Nasc: 21/11/1968

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: FRANCISCA PEQUENO DA SILVA

Nome do pai: MANOEL SOARES SOBRINHO

Rua/Av: DEPUTADO MARCIO MARINHO

Complemento:

CEP: 59218000

Telefone: 84 987273389 84 987273389

Especialidade: ORTOPEDICA

Responsável: AGUINALDO SOARES -

Usuário: FRANCISCO DE ASSIS MORAIS QUEIROZ

Nº: 631

Bairro: SAO PEDRO

Cidade: PASSA E FICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA Leito: 1013

Admissão: 02/09/2019 01:54:38 Alta: Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S52.3 - FRATURA DA DIAFISE DO RADIO
08020423 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL. 02/10/19
MAT Nº. 1820813
SANE
ASSINATURA

NATAL, 02 de Setembro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM





IDENTIFICAÇÃO

Nome: Aguiar do Soares Reg. Nº _____
 Diagnóstico pré-operatório: Fratura exposta de ossos do antebraço E
 Indicação terapêutica: limpeza + desbridamento + redução Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: 02/09/19 Início: _____ Término: _____
 Operador: Américo Alves
 1º Auxiliar: _____
 2º Auxiliar: _____
 Instrumentador: _____
 Anestesista: _____

Boleto: _____
 CONFERE COM ORIGINAL
 CRM/CRO: 110119
 NATAL 22/08/13
 MAT. N.º _____
 CRM/CRO: ABIE
 ASSINATURA
 CRM/CRO: _____

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Paciente em DSH sob antebraço
 abd. exp. de MIE e MEE
 aspirin + antiagreg. + comp.
 abd. exp. de ferimentos em MIE e MEE / antebraço.
 abd. exp. de fr. de fêmur
 limpeza extensa de ef
 desbridamento de tecido devitalizado
 fechamento p. plást
 Curativo + Tab. antibiótico

02/09/19
 05:11

Coleta de material anátomo-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.



SUS Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Idtante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Escutante: O solicitante ou

CNES: 2653923
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **141738 AGUINALDO SOARES**

CPF: 700201999951630

Nascimento: 21/11/1968

Sexo: Masculino

Prontuário:

Cor: PARDA

Mãe: FRANCISCA PEQUENO DA SILVA

Pat: MANOEL SOARES SOBRINHO

Endereço: RUA DEPUTADO MARCIO MARINHO, 631 - SAO PEDRO - PASSA E FICA

Fone: 987273389 /

Unidade: PASSA E FICA

Código Municipal IBGE:

240910 UF: RN

CEP: 59218-000

Indicação de Acompanhamento: ORTOPEdia Laudo Nº 23591 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

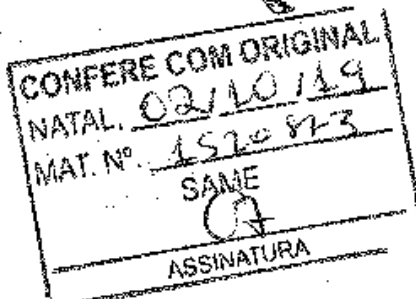
ACIDENTE MOTOCICLISTICO

FRATURA EXPOSTA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
NECESSIDADE DE CIRURGIA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX



Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S52.3 FRATURA DA DIAFISE DO RÁDIO*408020423. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE AMBOS OS O

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

ANTEBRAÇO, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

Diabetes

Hipertensão

Obesidade

Faz Antibióticoterapia

Lesão por pressão

Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

JUDSON WELBER VERISSIMO DE AZEVEDO

CRM: 5892 / RN

Data da Solicitação 02/09/2019

Jr. Judson W. Verissimo de Azevedo
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião do Quadril e Pelve
CRM/RN - 5892 - TECT 14918
RQE 2873

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____

Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____

CBOR: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____

Órgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

Data da Autorização: ____/____/____

Assinatura/Carimbo: _____





Aguinaldo Soares

Idade:

Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADICIONAIS

Hora:

22/08/19
 05:15

Ortopedia

Fratura Exposta de osso do antebraço e
 ferimento em punho (3 pontos) e dor de pé e
 mão direita por trauma durante a queda
 e utilização de equipamento de segurança.

ANÁLISE CLÍNICA
 CMM 08/19

CONFERE COM ORIGINAL
 NATAL 02/10/19
 MAT. Nº 1520815
 SANE
 ASSINATURA

Os profissionais de saúde, no âmbito hospitalar, assistindo à saúde pela criação e atuação em situações de emergência, devem, além de suas atividades, em especial a triagem, de acordo com as melhores práticas, identificar e contribuir para a criação e a perpetuação em saúde e luz dos valores éticos e humanitários.





ZANCA

Paciente: AGUINALDO SOARES
HOSPITAL MONSIEUR WILFREDO GURGEL

Nome: FERNANDA
Médico: CLAUDIO LAD



		Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do estabelecimento de Saúde			LEITO	FIA	Nº DO PRONTUÁRIO
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			118	1.463	8.318
HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY PEREIRA DOS SANTOS					
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			CNES:		
Identificação do Paciente			DATA DE ADMISSÃO		
NOME DO PACIENTE			03/11/2019		
AGUINALDO SOARES					
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE(CNS)	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO	RAÇA/COR	
700.201.999.951.630	21/11/1968	50	M	P	
NOME DA MÃE			TELEFONE DE CONTATO/ Nº DO TELEFONE		
FRANCISCA PEQUENO DA SILVA SOARES			98796-0986		
NOME DO RESPONSÁVEL					
JOÃO BATISTA SOARES DE LIMA			98896-0448		
ENDEREÇO, RUA, Nº, BAIRRO					
RUA: DEP. MARCIO MARINHO, Nº 361 - SÃO PEDRO					
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		UF	CEP		
PASSA E FICA		RN	59.218-000		
IDENTIDADE	ORGAO EMISSOR	CPF	COR		
3.399.801		125.073.918-71			
RELIGIAO	PROFISSAO	ESTADO CIVIL			
CATÓLICO	AGRICULTOR	SOLTEIRO			
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Dureza de nota h e LOMAS com fatura de clivela ven pl kspira curvatura					
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO					
Clínica ortopédica					
PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS					
Raio x					
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL		CID 10 SECUNDÁRIO		
Letargia clivela					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
DESCRÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
internamento hospitalar					
29. CLÍNICA	30. CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31. DOCUMENTO () CNS () CPF	32. Nº DOC. (CNS/CPF) PROF. SOLICIT. /ASSISTENTE		
Ortopedia clivela			612390.04785		
33. NOME DO PROF. SOLICITANTE/ ASSISTENTE	34. DATA DA SOLICITAÇÃO	35. ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)			
Jehisa C. S. S. S.	31/11/19	Medica		CRM-RN 5327	
46. NOME DO PROF. AUTORIZADOR	47. Cód. ORGAO EMISSOR	52. Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
DRº ROBSON ALENCAR					
48. DOCUMENTO () CNS () CPF	49. Nº DOC. (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
50. DATA DA AUTORIZAÇÃO	51. ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)				
1/1					

12-11-19



Ido: _____

Data: 12/11/19

Nome: Fernanda Flor

04.08010.150

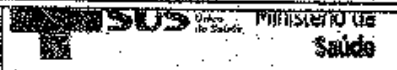
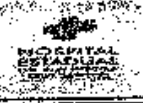
Urgia: Urgência de Uterina

2do 5420

Urgião: Delegado

Ido: _____

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/ AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)



Identificação do estabelecimento de Saúde

1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2. CNES
3. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4. CNES

Identificação do Paciente

5. NOME DO PACIENTE <u>A. Evangelina Soares</u>	6. Nº DO PRONTUÁRIO
7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8. DATA DE NASCIMENTO
9. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	10. SEXO MASC. <input type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/>
11. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	12. TELEFONE DE CONTATO DDD ()
13. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14. COD. IBGE MUNICÍPIO
15. UF	16. CEP

17. NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR(AIH)

<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	
18. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO-ANTERIOR	19. COD. DO PROCEDIMENTO-ANTERIOR
20. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO-MUDANÇA	21. COD. DO PROCEDIMENTO-MUDANÇA
22. DIAGNÓSTICO INICIAL <u>Embrião divido</u>	23. CID 10 PRINCIPAL
24. CID 10 SECUNDÁRIO	25. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <u>Interrupção cirúrgica de gravidez a termo</u>	27. COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
28. SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input checked="" type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III	
29. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	30. COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
31. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	32. COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
33. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	34. COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
35. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	35. COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38. JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Interrupção cirúrgica de gravidez a termo

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	40. DATA DA SOLICITAÇÃO <u>09/11/19</u>
41. DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	42. Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
43. ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

AUTORIZAÇÃO

44. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	45. COD. DO EMISSOR
46. DATA DA AUTORIZAÇÃO	47. ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
48. DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	49. Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY PEREIRA DOS SANTOS

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

IDENTIFICAÇÃO

PACIENTE: Admiral: Soares SEXO M

REGISTRO _____ IDADE: _____ DIAGNÓSTICO _____

CIRURGIA PROPOSTA: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS

() HAS (X) DM () IRC () HEMODIÁLISE () IAM () ARRITMIAS () ASMA/DPOC () AVE
() ALERGIAS _____ () TRANSFUSÃO PRÉVIA () CIRURGIAS _____
() OUTROS Uso regular de losartan

MEDICAÇÕES EM USO (VERIFICAR TEMPO DE SUSPENSÃO DOS ANTI-PLAQUETÁRIOS E ANTICOAGULANTES)

() AAS () CLOPIDOGREL () HEPARINA () WARFARINA () CILOSTAZOL

ANTI-HIPERTENSIVOS: Losartan

OUTROS: _____

EXAME FÍSICO

PESO _____ Kg ALTURA _____ m PA _____ x _____ mmHg FC _____ bpm FR _____ irpm

() VIGIL () NÃO-CONTACTUANTE () ORIENTADO () DESORIENTADO

() CORADO () HIPÓCORADO () EUPNEICO () DISPNEICO SatO2 _____ %

AP. CARDIOVASCULAR: _____

AP. RESPIRATÓRIO: _____

MALLAMPATI _____ () ESTIGMAS DE VIA AÉREA DIFÍCIL

() DEFORMIDADES NA COLUNA () OUTROS _____

AVALIAÇÕES E EXAMES LABORATORIAIS

HB/HTC _____ LEUCÓCITOS _____ PLAC _____ GLICEMIA _____ CREAT _____

TAP/INR _____ TTPA/R _____ Na⁺ _____ K⁺ _____ OUTROS _____

E.C.G.: _____ RX DE TÓRAX _____

RISCO CIRÚRGICO: _____

ASA II () EMERGÊNCIA () RESERVA DE UTI () RESERVA DE HEMODERIVADOS

TÉCNICA ANESTÉSICA PROPOSTA: Dióxido de óxido nítrico + sedação

ANESTESIOLOGISTA (CARIMBO E ASSINATURA)

NATAL, 24, 11, 21



nome: Aquinaldo Soares L. 149

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RN
HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY PEREIRA DOS SANTOS
SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO VIA SISREG

NOME DO PACIENTE: Aquinaldo Soares
CARTÃO SUS: 7008201939951630
IDADE: 502 PROCEDENCIA: ROMA e HCE RW
TELEFONE DE CONTATO: 98796-0986/98796-0148

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

CID PRINCIPAL: S42.1
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Ex de 113 membros de
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS: claudicação
Dois a tríplices

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO: Necessidade de cirurgia

PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS: Rx

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Osteossintese de clavícula (E)

CÓDIGO PROCEDIMENTO: _____

Natal, 05/10 de 20 19

MÉDICO SOLICITANTE
Dr. Diego
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia de Ombro e Coto de Braço
CRM-RN: 10024 / TEST: 16445





BOLETIM OPERATÓRIO

Nome: A. G. Silva 50441 Reg. _____

Diagnóstico pré-operatório: fratura de clavícula
Indicação terapêutica: fixação cirúrgica

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____
Operador: D. G. G. Cruz
1º Auxiliar: Bruno Moura
2º Auxiliar: _____
3º Auxiliar: _____
Instrumentador: _____
Anestesiologista: _____

RELATO DA INTERVENÇÃO

Via De Acesso - Incisão - Aspectos Nos Órgão E Lesões Encontradas - Técnicas Empregadas e Descrição Dos Processos - Ligaduras E Suturas Empregadas - Drenagem - Curativos
Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Obs.

Fratura da clavícula direita, 5cm acima do ombro, com deslocamento de 2cm e angulação de 30 graus. Realizada a fixação cirúrgica com placa e parafusos. Sem lesões de estruturas adjacentes.

*BRUNO MOURA L. Borges
Rm 504 - Setor 1004
Tribunal Regional de Roraima*



FICHA DE MATERIAL DE CONSUMO

Medicações		Materiais		Fios	
Descrição	Quant.	Descrição	Quant.	Descrição	C
Neocína Pesada		Cervão estivado		Algodão sem agulha nº	
Eflerina		Ac.Graços essenciais (AGE)		Algodão sem agulha nº	
ABD 10ml		Sulfadiazina de prata	ml	Algodão com agulha nº	
Xylocaina 5/V		Agulha Raqui Nº		Algodão com agulha nº	
Xylocaina C/V		Agulha Epidural Nº		Catgut simples nº	
Xylocaina GEL		Alcool 70%	ml	Catgut crinado nº	
Morfina 0,2mg		Clorexidina Degermente	ml	Mononylon nº	
Pentaniil 50mcg/ml - 2ml		Clorexidina Aquosa	ml	Mononylon nº	
Pentaniil 50 mcg/ml - 10ml		Clorexidina Alcoólica	ml	Prolene nº	
Midazolam 15mg/3ml		PUPI Degermente	ml	Prolene nº	
Midazolam 50mg/10ml		PVPI Tintura	ml	Vicryl nº	
Bupivacaína		PVPI Tópico	ml	Vicryl nº	
Ropivacaína		Espiradrape	cm	Cera óssea	
Própofoi 10mg/ml		Compressa (Pacote)		Fita cardíaca	
Sevofluorano 250ml		Gazes (Pacote)			
Fiumazetil 0,3mg/ml		Grípom (Pacote)			
Narcan 0,4mg/ml		Eletrodos			
Alfentanila 0,554mg/ml		Atadura GESSADA		MATERIAL ORTOPEDIA	
Cecamline 50 mg/ml - 10ml		Algodão cirúrgico (Pacote)		Fio de Kirschner nº	
Diazepam 5mg/ml		Equipo Microgotas		Fio de Cardelem	
Etomidato 5mg/ml		Equipo Hemoderivados		Placa RCP larga 4,5 nº	
Tramadol 50mg/ml		Polifix		Placa RCP estreita 3,5 nº	
Ampicilil 25mg/5ml		Jeico Nº		Peca 1/3 tubular nº	
Hafoparidol 5mg/ml		Luva Estéril Nº 7,0			
Atracúrio EV		Luva Estéril Nº 7,5		Placa em T	
Paracurônio EV		Luva Estéril Nº 8,0		Parafuso cortical (3,5) nº	
Racurônio EV		Linha de Procedimento (PAR)		Parafuso cortical (3,5) nº	
Glicose 50%		Lamina de Bisturi Nº		Parafuso cortical (3,5) nº	
Soro Glicosado ml		Agulha 13 x 4,5		Parafuso cortical (4,5) nº	
Soro Fisiológico ml		Agulha 15x7		Parafuso cortical (4,5) nº	
Ringer Simples 500ml		Agulha 28x7		Parafuso cortical (4,5) nº	
Ringer Lactato 500ml		Agulha 40x12			
Captopril 25mg		Seringa 01ml		EQUIPAMENTOS	
Captopril 50mg		Seringa 03ml		Aspirador	
Furosemida EV		Seringa 05ml		Bisturi elétrico	
Hidralazina EV		Seringa 10ml		Intensificador de imagem	
Rantidina EV		Seringa 20ml		Monitor Multiparamétrico	
Ordeassatona EV		Serra de Gile	gramas	Oxímetro de pulso portátil	
Pisil EV		Gel de Placa			
Dexametazona EV		Escova de Degermação			
Dipirona EV		Gorro descartável			
Tenoxicam EV		Máscara cirúrgica descartável			
Diclofenaco de sódio IM		Pró-pé descartável			
Hidrocolóide gel ()	gramas	TOT nº			
Alginato de cálcio - PLACA		Cânula de Traqueostomia nº			
Alginato de cálcio com Ag - PLACA		Intracath nº			

SALA OPERATÓRIA

Horário: 09:30 H
 TA: 110/60 mmHg FC: 110 bpm SPO2: 100 %

Anestesia: ()SIM ()NÃO TIPO: _____

Realizado degermação: ()SIM ()NÃO Local: _____

Realizado tricotomia: ()SIM ()NÃO Local: _____

Início da Anestesia: _____ H Término: 09:35 H

Início da Cirurgia: _____ H Término: 09:38 H

Administrado Antibiótico: ()SIM ()NÃO QUAIS: _____ HORA: _____

Administrado outras medicações: ()SIM ()NÃO QUAIS: _____ HORA: _____

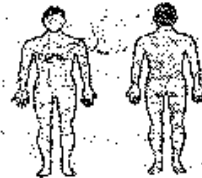
Hemotransfusão: ()SIM ()NÃO Tipo: _____ Quantidade: _____ ml Nº de Bolsas: _____

Conferido Caixa Cirúrgica: ()SIM ()NÃO Tipo: _____ Avisos: _____ HORA: _____

Utilizado Psicotrópicos: ()SIM ()NÃO QUAIS: _____ HORA: _____

Paciente encaminhado para: ()URPA ()UTI ()LEITO EM: ()Ar ambiente ()MV % ()C.Nasal ()TOT ()TOT ()Macro NE

Horário encaminhamento: 09:35 H Ass: _____ COREN RN: _____



OBSERVAÇÃO:



108A
F E L

Hospital Memorial
Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@vivo.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 17/09/2019 08:55

Paciente: AGUINALDO SOARES Registro: 139456
Idade: 51 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Solteiro(a)
RG: 3399801 CPF: 125.073.918-71 Nascimento: 21/11/1968
Endereço: DEPUTADO MARCIO MARINHO N.: 361 Bairro: CENTRO
Cidade: PASSA E FICA UF: RN CEP: 59218000 Fone: 84988349618
Profissão: AGRICULTOR FAMILIAR POLIVALENT Mãe: FRANCISCA PEQUENO DA SILVA

Dados do Internamento

Admissão: 17/09/2019 8:54 Entrada: 17/09/2019 8:54 Previsão saída: 19/09/2019 11:00 Atendente: JAISIAK
Convênio: SUS ESTADUAL Matrícula/CNS: 700201999951630
Médico: Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA CRM: 5500 **LEITO RESERVA 07**

Dados do Responsável

Responsável: CPF: RG:

Termo de Responsabilidade

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou responsável por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial.

Declaro para os fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital Memorial de Natal pela instituição conveniada a qualquer título.

Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo o acréscimo de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora está autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

Autorizo a liberação da documentação do meu caso médico, através de fotografia, ou de exames gráficos e de imagens, bem como o seu arquivamento por meio digital, papéis, fotografias ou quaisquer meios para os seguintes fins:

- a. Diagnóstico;
- b. Planejamento e Terapêutico;
- c. Ensino e Pesquisa.

Assinatura: [X] Paciente [] Responsável

Aguialdo Soares 17/09/19
Beatriz

Observações
PACIENTE COM 1 RX



Dados do Paciente

Paciente: **AGUINALDO SOARES** Registro: **139456**
Num. RG: **3399801** CPF: **125.073.918-71** Nascimento: **21/11/1968** 51 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **DEPUTADO MARCIO MARINHO** N.: **361** Bairro: **CENTRO**
Cidade: **PASSA E FICA** UF: **RN** CEP: **59218000** Fone: **8498834981E**
Profissão: **AGRICULTOR FAMILIAR POLIVALENT** Mãe: **FRANCISCA PEQUENO DA SILVA**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **17/09/2019 8:54** Previsão saída: **19/09/2019 11:00** Atendente: **JAISIAK**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **700201999951630**
Médico: **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA** CRM: **5500** **LEITO RESERVA 07**

Dados do Responsável

Responsável: _____ CPF: _____ RG: _____
Parentesco: _____

**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO
PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS**

- 1 - Autorizo o(a) Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: S8304 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS
- 2 - O(A) Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
- 3 - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

Razão por que o paciente não assinou o presente Termo de Ciência e Consentimento e Responsabilização.
Preenchido pelo responsável do paciente

Aguialdo Soares
Assinatura: [] Paciente [] Responsável

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Certifico que expliquei detalhadamente a este paciente, ou ao seu responsável, o procedimento, cirurgia, seus benefícios, riscos e suas alternativas, respondi satisfatoriamente todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente / responsável compreendeu todo o que expliquei.

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA - CRM 5500



FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 17/09/2019 08:55

Dados do Paciente

Paciente: **AGUINALDO SOARES** Registro: 139456
Num. RG: 3399801 CPF: 126.073.918-71 Nascimento: 21/11/1968 51 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Solteiro(a)
Endereço: DEPUTADO MARCIO MARINHO N.: 361 Bairro: CENTRO
Cidade: PASSA E FICA UF: RN CEP: 58210000 Fone: 8468349818
Profissão: AGRICULTOR FAMILIAR POLIVALENT Mãe: FRANCISCA PEQUENO DA SILVA

Dados do Internamento

Num. Internamento: 1 Entrada: 17/09/2019 8:54 Previsão saída: 19/09/2019 11:00 Atendente: JAISIAK
Convênio: SUS ESTADUAL Matrícula/CNS: 700201999951630
Médico: Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA CRM: 5500 **LEITO RESERVA 07**

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____

Data da Baixa: _____ No. de dias de hospitalização: _____ No. de US: _____

Doc. Apresentado: _____ Diagnóstico Definitivo: _____

Procedência: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatório sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratório: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurológico: _____

Ap. Urinário e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____



Código Solicitação: 306648319

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADEUnidade Solicitante:
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Unidade Executante:

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro:

AV SENADOR SALGADO FILHO - S/N - TIROL

Central Reguladora

NATAL

Data de Solicitação

16/09/2019 - 14:03:17

Data de Autorização

16/09/2019 - 14:23:19

Data de Reserva

22.09.2019

Data Prevista de Alta

23.09.2019

DADOS DO PACIENTE

CNS:

700201999951630

Nome do Paciente

AGUINALDO SOARES

Nome da Mãe

FRANCISCA PEQUENO DA SILVA SOARES

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

21/11/1968 (50 anos)

Tipo Logradouro:

SÍTIO

Número:

S/N

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(84) 8057-6699 (Exibir Lista Detalhada)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

46594302434

Diagnóstico Inicial - CID:

S523 - FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO

Caráter:

11 - Urgência

Clínica:

ESPEC - CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAPISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA. 0408020431

LANÇO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

PACIENTE SOFREU TRAUMA NO RÁDIO CAUSANDO FRATURA. FEITO IMOBILIZAÇÃO/ID>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

EXAME FICIO E RAIO X

Condições que Justificam a Internação:

NECESSIDADE DE CIRURGIA

PACIENTE

Motivo da Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador):

CNES:

2653923

CNES:

2653923

Município Executante:

NATAL

Operador:

01987736419MARIENE

Operador:

ADRIANOMAGNO

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:

PASSA E FICA - RN

Raça:

BRANCA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:

PANELAS

Bairro:

ZONA RURAL

Município de Residência:

SERRA DE SAO BENTO

Complemento:

CASA

CEP:

59214-000

UF:

RN

Nome do Médico Solicitante:

NARCONI MEDEIROS BRANDAO

Status da Solicitação:

APROVADA

Classificação de Risco:

Prioridade 0 - Emergência, necessidade de atendimento imediato

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408020431

Data de Solicitação:

16/09/2019 - 14:03:17

Data da Extração dos Dados: 16/09/2019 23:50:18





Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

Manoel Soares 2014

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **141738 AGUNALDO SOARES**

Prontuário:

CNS: 700201999951630

Nascimento: 21/11/1968

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: FRANCISCA PEQUENO DA SILVA

Pai: MANOEL SOARES SOBRINHO

Endereço: RUA DEPUTADO MARCIO MARINHO, 631 - SAO PEDRO - PASSA E FICA

Fone: 987273389 /

Município: PASSA E FICA

Código Municipal IBGE:

240910 UF: RN

CEP: 59218-000

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 23591 / 2019

988349818

986342818

988321044

987960986

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

ACIDENTE MOTOCICLISTICO

FRATURA EXPOSTA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

NECESSIDADE DE CIRURGIA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S52.3 FRATURA DA DIAFISE DO RADIO*408020423.TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS O

Usa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

ANTEBRAÇO, FX:2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

Diabetes

Hipertensão

Obesidade

Faz Antibioticoterapia

Lesão por pressão

Usa Exador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

JUDSON WELBER VERISSIMO DE AZEVEDO

CRM: 6892 / RN

Data da Solicitação 02/09/2019

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: _____

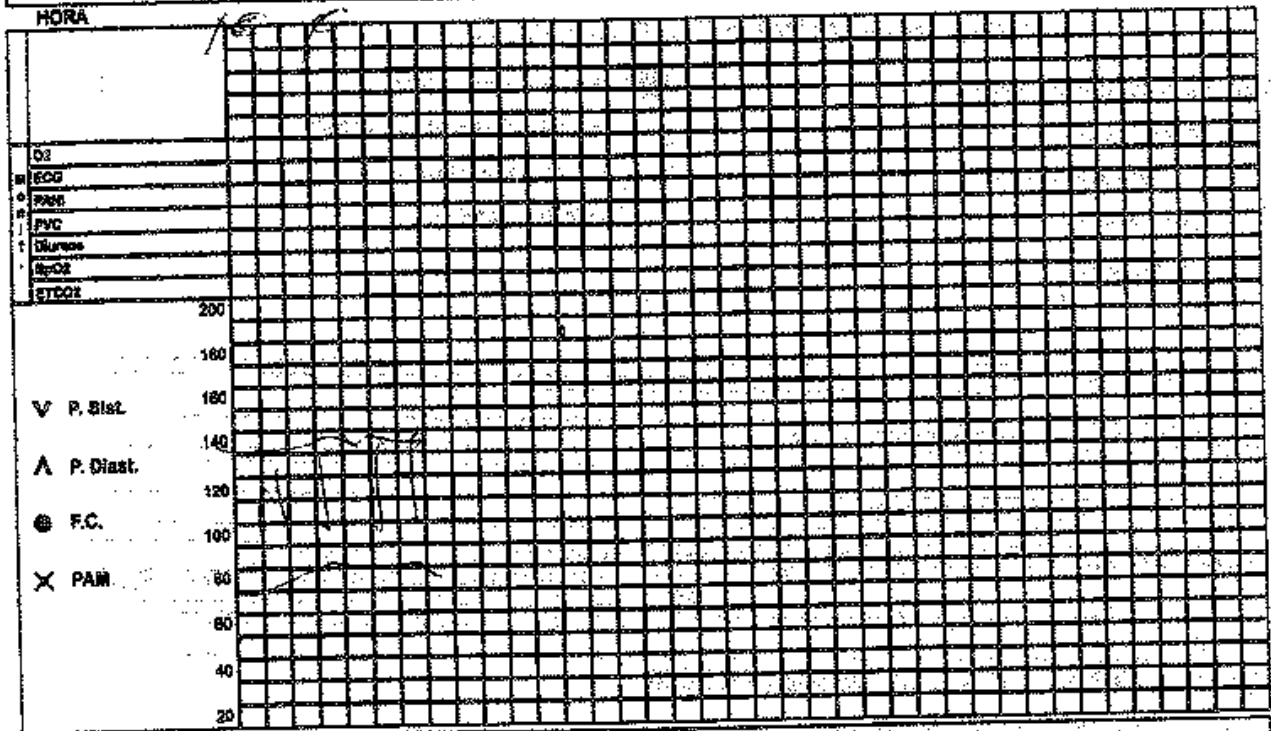
Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____



BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

Paciente: **AGUINALDO SOARES** Registro: **139456** IH: **1**

Cirurgia Realizada: **EMBIETO- FRATURA ANTEBRAÇO A ESQUERDA** Data: **17/03/2019**
 Cirurgião: **DR FÉLIX RIBEIRO** 1º Auxiliar: 2º Auxiliar: Anestesiologista: **DR FRANCISCO MELO**



Exames Laboratoriais

pH		
PCO2		
HCO3		
CO		
BUN		
PROT		
SODIO		
HEM		
Hg		
Hc		
Ha		
K		
Ca		
Glucose		

FERROCAL	500MG	03ML
NEOCLAN	10MG	01ML
NEOCARNA	0,5%	
DIASOR	0,5%	
INTERVAL	10MG	
RODUNCORO	50MG	
ATRAZURO	20MG	
PROPONAN	1%	
EPEDRINA	20MG	
JARAMBY	10MG	
CEFAZOLINA	1G	02AMP
DIBROMA	1%	
BRAMIN	5MG	
DESONEYASONA	10MG	
MANITOLNA	50MG	
ONDASITRORNA	5MG	
NEOCARNA	0,5%	
ISOSARCA	5,5%	
CEYOPROFENO	100mg	
ROPI 01%	20ML	01FR
XYLESTEEN	20ML	01FR
SFO 0,9%	500ML	02FR

TÉCNICA ANESTÉSICA: BLOQUEIO PLEXO: MEDICAÇÃO

BLOQUEIO: LOCAL DA PUNÇÃO: **4** AGULHA: **Depois:**
NÍVEL ANESTESIA: **BLOQUEIO MOTOR: 2**
POSICÃO: Antes: **Depois:**
APARELHO:
TÉCNICA: ABERTO
INTUBAÇÃO/OXIGENAÇÃO: ORAL
TRAUMATICAÇÃO: **WT:** **FR:**
SONDA: **Nº** **KM:** **PAE:**
CUFF:
INDUÇÃO:
MANUTENÇÃO:
CONDIÇÃO FINAL: **REFLEXOS:** **CONSCIÊNCIA:**

BALANÇO **OBSERVAÇÕES**

Dr. Francisco da Silva Melo
Anestesiologista SBA 15714
CRM: 4539 - CPF: 565.148.404-34

DURAÇÃO: 00:00 **INÍCIO:** 19:55 **FINAL:** 17:08



PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: 139456 IH: 1 Paciente: AGUINALDO SOARES
Nascimento: 21/11/1968 51 anos Internação: 17/09/2019 08:54:45 Leito: LEITO RESERVA 07

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: BLOQ. DE PLEXO + SEDACÃO

Anestesiologista: MELO

Tipo: FRATURA DE ANTEBRACO

Cirurgião: HELIO

Instrumentador: ANTONIA+ BERENISE

Circulante: STEPHANIE

Tipo curativo: OCLUSIVO

Tem material para biópsia/cultura: NÃO

Inf. sanguínea: NÃO

Monitoração corete: SIM

Placa de bisturi: SIM

Antibiótico profilático?: NÃO

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

PACIENTE COSCIENTE ORIENTADO O AMBIENTE. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA+ AFIRMA HAS. NA HVP EM MSD COM SF 0,8% JELCO Nº20. SEM INTERCORRENCIA CIRURGIA ENNCAMINHADO AO SRPA EM O AMBIENTE. SEGUIE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

FICHA DE CONTROLE DE INFECCÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECCÃO EM CIRURGIA

Potencial de Contaminação: Limpa

STEPHANIE BEATRIZ DE SOUZA DANTAS
Técnico(a) COREN - 854448





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: AGUINALDO SOARES (idade: 50 anos)
Convênio: SUS ESTADUAL Reg: 139456 Prontuário:
Unidade: UNIDADE I Peso: 68,0 kg Altura: 1,58
Letto: ENFERMARIA 108-A
Admissão: 17/09/19 08:54 0 dia(s) de internação
Diag: S623 - Fratura da diáfise do rádio

17/09/2019 19:00	Horários de Aplicação	8500
1) DIETA LIVRE, Ao dia	DO (SND)	
2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL Uso: 1 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.	DO 04:00, 12:00	
3) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 10 ML DE ABD	DO 06:00, 12:00	
4) DIFIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD	DO 06:00, 12:00, 18:00	
5) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.	DO 04:00, 12:00	
6) DIMENIDRINATO B6 DL 10mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.	DO 18:00	
7) DICLOFENACO SODICO 50mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	DO 06:00, 14:00	
8) RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	DO 18:00	
9) OBSERVAR PERFUSÃO DISTAL, Ao dia	DO (ATENÇÃO)	

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA
CRM - 5500



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Hospital Memorial de Natal

Registro-Internamento: 139456 -1

Leito N°: ENFERMARIA 108-A

Médico: CRM - 5500 - HELIO RUBENS POLIDO GARCI

LAUDO MÉDICO PARA SITUAÇÕES ESPECIAIS

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Mudança de Procedimento | <input checked="" type="checkbox"/> Uso de Prótese, Ortese |
| <input type="checkbox"/> Diária de U.T.I. | <input type="checkbox"/> Uso de Fatores de Coagulação |
| <input type="checkbox"/> Diária de Acompanhante | <input type="checkbox"/> Uso de Oxigenadores |
| <input type="checkbox"/> Vacina Anti RH | <input type="checkbox"/> Nutrição Parenteral |
| <input type="checkbox"/> Parecer CCIM | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

HOSPITAL

10.867.687/0001-10 Hospital Memorial de Natal

PACIENTE

139456 -1 - AGUINALDO SOARES

PROCEDIMENTO ANTERIOR	PROCEDIMENTO SOLICITADO	MÉDICO SOLICITANTE	CRM	CPF
		HELIO RUBENS POLIDO GARCI	5500	195.818.178-07

JUSTIFICATIVA

FRATURA DO ANTEBRAÇO E COM COMIÇÃO, REALIZADOS:

040802042-3 - TTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO ANTEBRAÇO COM SÍNTESE
0408040157 ENXERTO OSSEO

2 PLACAS DCP
12 PARAFUSOS

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

CRM

5500

DATA

17/09/2019 16:54:46

AUTORIZAÇÃO

AUDITOR

CRM

DATA





DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: AGUINALDO SOARES

Data do Procedimento: 17.09.19

Registro: 138458 IH: 1

Diagnóstico pré-operatório: S52 FRATURA DO ANTEBRACO | NOTA: AS SEQUINTES SUBDIVISÕES SÃO FORNECIDAS, PARA USO OPC

Código do procedimento

0408020423

0408040157

Cirurgia realizada

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS

OSTEOTOMIA DA PELVE

Equipe cirúrgica:

Cirurgião: HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

CRM

5500

Anestesiologista: FRANCISCO DA SILVA MELO

4538

Instrumentador: bernarda

Instrumentador Empresa: antonia

Grau de Contaminação: Limpo

Profilaxia Antimicrobiana:

Anatomopatológico: Não

Exame: Não se aplica

Descrição dos materiais especiais utilizados:

2 placas dor
12 parafusos

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados:

Descrição da cirurgia:

1. Paciente em DDH sob bloqueio M Sup E
2. Assépsia e antibiograma
3. Via de acesso dorsal + ulnar do antebraço E
4. Divisão roma por plano
5. Tratamento cirúrgico da fratura dos ossos do antebraço E com a síntese
6. Exame ósseo
7. RX intra-op.
8. Limpeza + sutura + curativo + tala gessada

CRM: 5500 - HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

17/09/2019 16:57:48





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@relocmail.com.br

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **AGUIBALDO SOARES** Registro: **138456** IH: **1**
Nascimento: **21/11/1968** 61 anos Data Internação: **17/09/2019 08:54:45** Leito: **ENFERMARIA 108-A**

Turno: Tarde Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **POI DE ANTEBRACO ESQUERDO**

Isolamento de contato: **Não**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorada**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **NEGA**

Sinais Vitais

Oxigenioterapia

Temperatura: **34,9 °C** Saturação O2: **92%** Respiração: **21 RPM**

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial: **140x90** Frequência Cardíaca: **85**

Acesso Venoso

-Dieta-

Periférico

VO

MSD

LIVRE

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.:

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos:

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Dracos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

LIMPO E OCLUSIVO

Medicações:

Intercorrência:

AS 18:22HRS RECEBO PACIENTE ADULTO MANOS CONSCIENTE E ORIENTADO EM O2 AMBIENTE. VINDO DE CENTRO CIRURGICO EM POI DE ANTEBRACO. AFERIDO SINAIS VITAIS O MESMO SEGUE ESTAVEL AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Maria dos Prazeres da Silva Christina
COREN: 182559-7E

COREN: 182559 - MARIA DOS PRAZERES DA SILVA
17/09/2019 18:23:40



REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **AGUINALDO SOARES**

Registro: **138456** IH: **1**

Nascimento: **21/11/1968** 51 anos Data Internação: **17/09/2019 08:54:45**

Leito: **ENFERMARIA 108-A**

Turno: **Noturno**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **PÓS OPERATÓRIO DE FRATURA DE ANTEBRACÇO (E)**

Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorada**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **DESCONHECE**

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Sinais Vitais:

Temperatura: **36,4 °C**

Saturação O2: **99%**

Respiração: **21 RPM**

Pressão Arterial: **120x80**

Frequência Cardíaca: **89**

Acesso Venoso

Dieta

Periférico

VD

MSO

ACEITA BEM.

Eliminações Fisiológicas -

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.:

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos:

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

OCULTADO.

Medicações:

ADM. CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

Intercorrência:

SEQUE EM SEU LEITO SEM QUEIXAS. AFERIDO 33VY, PERMANECE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE PLANTÃO.

Itamar

COREN: 1088671 - ITAMAR SOARES DA SILVA
17/09/2019 20:48:11



REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **AGUINALDO SOARES** Registro: **139456** IR: **1**
Nascimento: **21/11/1968** 51 anos Data Informação: **17/09/2019 08:54:45** Leito: **ENFERMARIA 106-A**

Turno: **Diurno** Antecedentes:
Hipótese Diagnóstica: **PÓS OPERATÓRIO DE FRATURA DE ANTEBRAÇO (E)**
Estado Geral: **Bom** Coloração da Pele: **Normocorada**
Alergias Medicamentosas: **DESCONHECE**
Sinais Vitais
Temperatura: **36,6 °C** Saturação O2: **97%** Respiração: **21 RPM**
Pressão Arterial: **120x80** Frequência Cardíaca: **82**

Isolamento de contato:
Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Oxigenioterapia
Em O2 Ambiente

Eliminaçãoes Fisiológicas
Diurese: **ESPONTÂNEA**
Obs.:
intestinais: **AUSENTE**
Aspectos:

Drenos
Data:
Tipo:
Local:
Aspecto:
Obs.:


HGT

Correção:	Correção:
Correção:	Correção:
Correção:	Correção:

Curativo:
REALIZADO PELA COMISSÃO DE CURATIVOS.

Medicações:
ADM.MEDICAÇÕES.CPM.

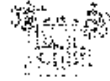
Intercomência:
AS 07 HRS RECEBO PLANTÃO COM PACIENTE ADULTO 50 ANOS CONSCIENTE E ORIENTADO EM O2 AMBIENTE. PACIENTE DE ALTA NO LEITO A ESPERA DE TRANSPORTE. EM POI DE ANTEBRAÇO. AFERIDO SINAIS VITAIS O MESMO SEGUE ESTÁVEL AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. AS 19 HS PACIENTE ACABA DE SAIR DO HOSPITAL NA AMBULANCIA DO SEU MUNICÍPIO COM AJUDA DO MACUQUEIRO E COM SEUS PERTENCERES.


COREN: 1313798 - LINDINÉRIA ROCHA FERREIRA SILVA
18/09/2019 09:51:00





Govorno do Estado de Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Seguranca Pùblica e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVA CRUZ
Localidade: Rua Felipe Pessoa Cortez, 165, Centro, NOVA CRUZ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: 2302010958291

1.2 Data de Expedição: 10/01/2020 11:08:20

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÁNSITO COM DANO

1.4 Liguei CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 07/09/2019 19:00:00

2.2 Autoria: Conhecida

2.3 Fato: Contusão

2.4 Plagante: Não

2.5 Modelo e categoria(s) do Veículo

2.7 Logradouro: SÍTIO RAJADA

2.6 Tipo de Local: Rural

2.9 CEP:

2.8 Número: 0

2.11 Ponto de Referência:

2.9 Complemento

2.13 Cidade: SERRA DE SÃO BENTO

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: AGUNALDO SOARES

3.2 Estado civil: Solteiro(s)

3.3 Nome social:

3.4 País:

3.4 Estado: Paraíba

3.6 Mãe: FRANCISCA PEQUENO DA SILVA SOARES

3.5 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CEP:

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 21/11/1958

3.13 Profissão: AGRICULTOR

3.14 RG: No informado - ITÉPIRN

3.16 Telefone(s):

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 861

3.18 Nacionalidade: PASSA E FICA/RN

3.18 Bairro: SÃO PEDRO

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

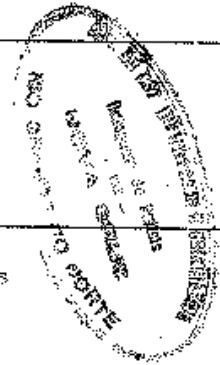
3.22 Logradouro: RUA DEPUTADO MÁRCIO MARINHO

3.21 Cidade: PASSA E FICA

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA



5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.2 Corrente:

7.1.4 Renavam:

7.1.5 Placa: OFV2990

7.1.6 Estado:

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: POP 100

7.1.8 Ano do Modelo: 0

7.1.10 Ano de Fabricação: 2013

7.1.11 Cor do Veículo: VERMELHA

7.1.12 Tipo do Veículo:

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: JOSÉ JOÃO DO NASCIMENTO

7.1.18 Vinculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor: AGUNALDO SOARES

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico:

O DECLARANTE INFORMA QUE EM DATA, HORA E LOCAL, JÁ CITADOS, CONDUZIA A MOTO DESCRITA ACIMA, QUANDO NAS PROXIMIDADES DO SÍTIO RAJADA, ADALTRHOU EM OUTRA MOTO QUE VINHA EM SEN TIPO CONTRÁRIO; QUE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE SERRA DE SÃO BENTO, SENDO ATENDIDO E ENTÃO MINHADO PARA O HOSPITAL WALFREDO GURGEL NA CAPITAL DO ESTADO, ONDE PERMANECIU INTERNADO DURANTE DEZESSETE DIAS, SENDO AINDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MEMORIAL ONDE SE SUBMETEU A EVENTO CIRÚRGICO, CONFORME CONSTA EM LAUDOS ANEXOS. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

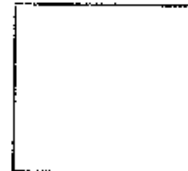
10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data: 10/01/2020 11:08:20

Gerson Alves Ribeiro
Agente de Polícia Civil
Mat. 168.099-4

Agunaldo do Soares
Interessado



Polícia Civil

Atendimento: 1680994 - Gerson Alves Ribeiro
Impressão por: 1680994 - Gerson Alves Ribeiro em: 10/01/2020 11:08:20

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 125.073.918-71 4 - Nome completo da vítima: Aguinaldo Soares

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

5 - Nome completo: Aguinaldo Soares 6 - CPF: 125.073.918-71
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Deputado Maurício Marinho 9 - Número: 261 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Passo e Fica 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59218-000
15 - E-mail: (84)99120-3370 (84)98780-6894

DADOS CADASTRAIS

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\$1.000,00 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Acrescente uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 06349 CONTA: 25.947 0 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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(s) (se houver)? 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Indicação digital da vítima ou do beneficiário responsável: _____
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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Natal RN 03.02.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Aguinaldo Soares

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



31/01/2020 - BANCO DO BRASIL - 13:11:54
061411961 0296
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUPANCA
EM DINHEIRO

CLIENTE: AGUINALDO SOARES
AGENCIA: 0614-9 CONTA: 25.947-0 VAR: 51
DATA: 31/01/2020
NR. DOCUMENTO: 6.141.196.100.296
VALOR DINHEIRO: 6000
VALOR TOTAL
NR. AUTENTICACAO: 6.5C3.7AF.09E.D37.662

Creditos a partir de 04/05/2012 estão
disciplinados pela LEI 12.793.

LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,
ENTRE OUTRAS INFORMACOES.

