

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2017

Carta nº: 11479101

A/C: BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170436705 ASL-0306798/17
Vítima: BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS
Data Acidente: 17/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CREUSA FERREIRA DE MEDEIROS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2017

Carta nº: 11479102

A/C: BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170436705 ASL-0306798/17
Vitima: BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS
Data Acidente: 17/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CREUSA FERREIRA DE MEDEIROS

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **08/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/04/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2017

Carta nº: 11604686

A/C: BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS

Sinistro: 3170436705 ASL-0306798/17
Vítima: BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS
Data Acidente: 17/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CREUSA FERREIRA DE MEDEIROS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2017

Carta nº: 11699482

A/C: BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS

Sinistro: 3170436705 ASL-0306798/17
Vítima: BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS
Data Acidente: 17/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CREUSA FERREIRA DE MEDEIROS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000002010**

Conta: **000000161360-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170436705 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA PONTE NOVA n° 185 - NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO - NATAL/RN**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 002398934 - SSP**
Data local do exame: **06/09/2017 NATAL/RN**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Fratura bimalleolar do tornozelo esquerdo.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

**Realizado osteossíntese com placa e parafusos de fratura do tornozelo esquerdo.
Alta em julho de 2017.**

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Moderada limitação da flexão dorsal e plantar do tornozelo esquerdo.

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

TORNOZELO ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR – MANTIDO ENQUADRAMENTO EM ARTICULAÇÃO DEVIDO A NÃO REPERCUSSÃO NO MEMBRO -

Local e data de realização do exame médico legal:

RN - NATAL, 06/09/2017

Médico Perito: JUSTINO NOBREGA DE AZEVEDO NETO CRM:3940/RN


Dr. Justino Nobrega
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Quilô
CRM 3940 1307 8979

Assinatura do perito Examinador - CRM



DOCUMENTO 1 *T1%*



DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS
 PORTADOR(A) DO RG Nº 002.398.934 EXPEDIDO POR ITEP EM 05/08/02 E
 CPF 66.415.727-3 (38-303) / CNPJ 00.000.000/0000-00, PROFISSÃO APRESENTADO
 E RENDA MENSAL DE R\$ 937,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 443/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LIDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se **não** for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpyatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2010 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013.161.360-1

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Nº do SINISTRO / RN 27 de Julhode 2017

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

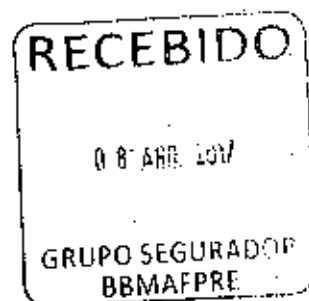
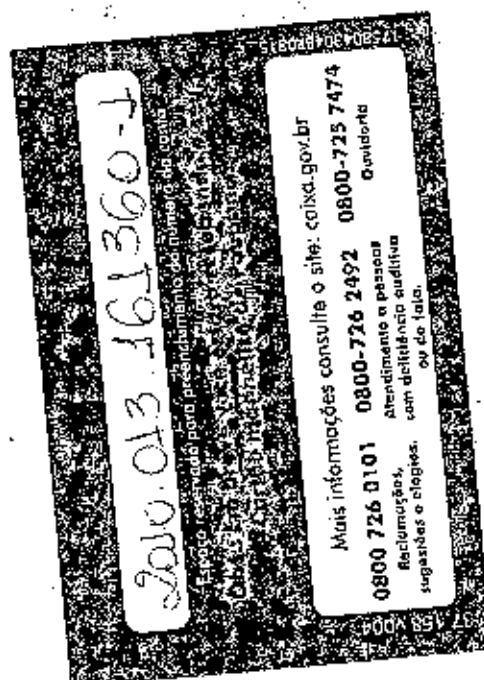


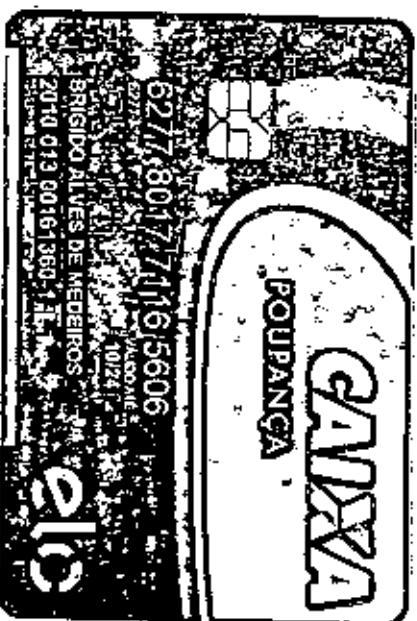
ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpyatsegurodotransito.com.br ou ligue para 0800-0221204.

RECEBIDO

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE





Autorizacao de pagamento



RECEBIDO
30 AGO. 2017
GRUPO SEGUADOR
BBMAFPRE



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

POLICIA CIVIL

DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DA GRANDE NATAL - DPGRAN
DEAV - Delegacia Especializada em Acidentes de Veículos

DOCUMENTO 1 *T1%*



Ref. Ocorrência nº 339/17

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Boletim versando sobre: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO

Data e Hora do Fato: 17/04/2017 às 09:49 ✓

Local do Fato: Em Via Aberta localizado(a) no(a) Avenida Das Fronteiras, S/N, Potengi, Natal, estado do(a/e) Rio Grande do Norte

COMUNICANTE

BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS, brasileira, casado(a), R.G. nº 002398934 ITEP/RN, CPF: 664.512.138-53, Fundamental Inc., pintor, com 70 anos e nascido aos 08/10/1946, natural de São Fernando-RN, filho de Joaquim Alves de Medeiros e de Joana Etelvina de Medeiros, residente e domiciliado à(o) R. Ponte Nova, 185, Vale Dourado Natal, Natal-RN

HISTÓRICO SEGUNDO O COMUNICANTE/VÍTIMA

Informou que na data e hora citados ao atravessar a avenida no local da ocorrência em direção a casa lotérica, fora atropelado por um veículo não identificado, vindo a sofrer lesões conforme BAA de número 16425/2017, oriundo do pronto Socorro Clóvis Sarinho.

Disse que fora conduzido pelo SAMU para o referido pronto socorro conforme ocorrência de número 149908/1, oriundo da SMS.

NADA MAIS DISSE

VÍTIMA(S)

A Vítima é o(a) próprio comunicante

TESTEMUNHA(S)

As testemunhas serão apresentadas posteriormente

INFRATOR(ES)

1º Infrator: , brasileiro(a)

EXAMES REQUISITADOS

Nenhum

OBJETOS ENVOLVIDOS

Nenhum

Autoridade: Alzira Veiga de Medeiros

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Comunicante:

CONCLUSÃO/REMESSA

Registrados os dados possíveis, seja a 1ª Via do Boletim remetido para o conhecimento do(a) delegado(a) Alzira Veiga de Medeiros na e a 2ª via arquivada, para os devidos fins.

Natal, 9 de Junho de 2017.

Janir Azevedo Paiva
Policial Civil
Matrícula: 170.234-3

RECEBIDO

08 JUN 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRL

Complexo de Delegacias Especializadas - Av. Ayrton Senna, 3134 - Neópolis - Natal - RN - (84) 3232-8395

Pol/Ofício

4ac76d7da6e70c9c9dd0a026e8ec912cb



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS, portador da carteira de identidade nº 002.398.934 e inscrito no CPF/MF sob o nº 664.572.738-53 residente e domiciliado na R. PONTE NOVA 185 Cidade NATAL Estado RN, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

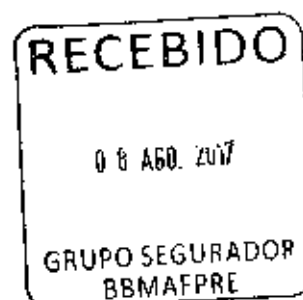
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Brigido Alves de Medeiros

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

NATAL RN 27/07/07

Local e data





17/05/2017

192.168.1.253/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=149908&Digito=1&ReadOnly=1

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 149908/1

Data: 17/04/2017

CHAMADO

TARM: WALDNERY TENORIO DA SILVA MOREIRA

Rádio Operador: LITZ NEY DA SILVA

Equipe Enfermagem Cena:

VTR: USB 08 (UPA 24H ESPERANÇA)

Médico Regulação: MARIA CLAUDIA SALDANHA FARIAS

Médico Cena: WALKER FERREIRA DA SILVA

Usuário Pós-Cena:

Equipe VTR: JOZIMAR PONTES PEREIRA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
JUCELINO RUBITCHEK DE ROCHA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM☒ Regulação Médica☐ Tratamento☐ Informação☐ Engano☒ Queda da ligação☐ Sem Médico☐ Transf./Internação☐ Eletivo

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: FELIPE

Telefone: (84) 98792-1479

Nome do Paciente:

BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS

Idade: *

70 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

☐ Endereço não informado☐ Coordenadas Informadas

Latitude: -5.7557738 Longitude: -35.263364

Endereço: AVENIDA FRONTEIRAS

Nº: VP

Bairro: POTENGI

Outro Bairro:

Referência/Complemento: PANATIS 3///QTH POSTO INTERLAGOS AO LADO DA CONVENIENCIA

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Queixa Paciente: ATROPELAMENTO

Quem Solicitou: Transcurente

Distância do paciente: Próximo

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

17/04/2017 09:52:58 - Dr(a). MARIA CLAUDIA SALDANHA FARIAS

APH: TRAUMA / HD: ATROPELAMENTO POR AUTO

REGULAÇÃO: HOMEM FOI ATROPELADO POR UM CARRO, APRESENTA BASTANTE DOR E EDEMA EM TORNOZELO ESQUERDO. NÃO APRESENTOU TCEE ESTÁ CONSCIENTE E ORIENTADO.

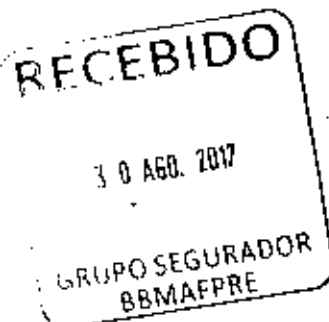
AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 2

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Assinatura:





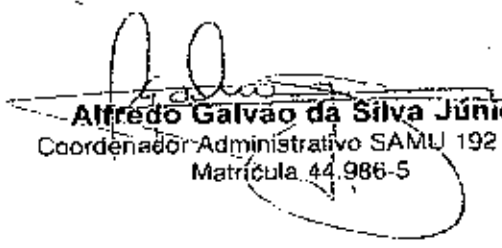
Prefeitura Municipal de Natal
A nossa cidade

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU 192 NATAL

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS** foi vítima de atropelamento por carro, no dia 17/04/2017, aproximadamente às 09h49min, na Avenida das Fronteiras, Potengi, nesta Cidade. Tendo sido atendido pelo SAMU 192 Natal, sob nº de ocorrência 149908/1, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão e removido para o Hospital Walfredo Gurgel.

Natal, 17 de maio de 2017.


Alfredo Galvão da Silva Júnior
Coordenador Administrativo SAMU 192 Natal
Matrícula 44.986-5

RECEBIDO

08 ABO. 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPE



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Brigida Silveira de MedeirosRG nº 002.398.934, data de expedição 05 / 08 / 02, Órgão ITEP

CPF nº 664.572.738-83, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

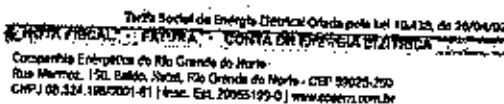
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Ponte Nova</u>
Número	<u>785</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>As. Apresentação</u>
Cidade	<u>Natal</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59774-070</u>
Telefone de Contato	<u>98873-4497</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Natal 25/07/17

Assinatura do Declarante: Brigida Ferreira de Medeiros





CREUSA FERREIRA DE MEDEIROS

CPF: 115.098.708-73

CLASSIFICACAO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL,
Mantido até 2000

RUA PONTE NOVA 185 LOT VALE
DOURADO

NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO/AREA
NATAL RN
50114-070

000330045	UNICA	09/05/2017
09/05/2017	3000291905	049354

CEPTEL CONTINUED

0590833010	08/2017
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO
19/08/2017	10/07/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)	68,85

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO(UNIT)	VALOR(TOT)
Consumo Alvo(Wh)	101.0000000	0,56325284	57,15
Abastecimento Bandeira VERMELHA			2,80
Contribuição Iluminação Pública			8,04

TOTAL DEFATERS

519-05

DEMONSTRATIVO DO CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NR DO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	DE	CONSTANTE	AUMENTO	CONSUMO (mm)		
PROCESSO	CAI	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DE	DE		
21 30000000	Ca1	10/05/2017	499,50	05/06/2017	499,50	39	1 20000	101,00	

HISTÓRICO DE CONTAS		REUNIDADE DE TÍTULOS		CALCULO DO COTIZADO DO COMÉRCIO		
NÚMERO DA	DATA	BANCO DE	%	TAXA DO	COTIZADO DO COMÉRCIO	VALOR
1000000	1978	DE	10	1000000	1000000	1000000

08 AGO. 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAFPRE

DOCUMENTO 1 '11%



Trata-se de Empresa Pública criada pela Lei 10.438, de 26/04/03
 Companhia Energética do Rio Grande do Norte
 Rua Ventura, 131, Edifício Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-050
 CNPJ 08.324.199/0001-61 | Insc. Est. 20095189-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
 CREUSA FERREIRA DE MEDEIROS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA PONTE NOVA 183 LOT VALE
 DOURADO

CPF: 115.058.708-73

NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO/AREA
 NATAL RN
 59114-070

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL
 Monofase

Nº DA UNIDADE 000330245
 DATA DE CANCELAMENTO 09/08/2017
 DATA DE CANCELAMENTO 09/08/2017
 Nº DA UNIDADE 3000745805
 Nº DA UNIDADE 848254

DATA CONTRATO 0580833010
 DATA DE CANCELAMENTO 08/2017
 DATA DE CANCELAMENTO 19/08/2017
 DATA DE CANCELAMENTO 10/07/2017
 TOTAL A PAGAR (R\$) 88,85

CONSUMO (kWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Atual (kWh)	101,000000	0,58585894	57,15
Acrescimo Bandeira VERMELHA			2,80
Contribuição Iluminação Pública			8,84
TOTAL DA FATURA			68,85

Nº DO	Tipo de	Anterior	Atual	Nº de	Constante	Antes	Consumo (kWh)
000330245	000330245	000330245	000330245	000330245	000330245	000330245	000330245
000330245	000330245	000330245	000330245	000330245	000330245	000330245	000330245
000330245	000330245	000330245	000330245	000330245	000330245	000330245	000330245
000330245	000330245	000330245	000330245	000330245	000330245	000330245	000330245
000330245	000330245	000330245	000330245	000330245	000330245	000330245	000330245
000330245	000330245	000330245	000330245	000330245	000330245	000330245	000330245
000330245	000330245	000330245	000330245	000330245	000330245	000330245	000330245
000330245	000330245	000330245	000330245	000330245	000330245	000330245	000330245
000330245	000330245	000330245	000330245	000330245	000330245	000330245	000330245

RECEBIDO

08 AGO. 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAFPRE



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Renata Ferreira de Medeiros, portador(a) do RG nº 107.227, expedido por ITEP, em 03/11/14, CPF/CNPJ nº 775.066.708-73

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Brisilda

Alves de Medeiros do sinistro de DPVAT da natureza inexistência da vítima Brisilda Alves de Medeiros, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: procuradora Renda Mensal: R\$ 937,00

Documentos comprobatórios: _____

Renata Ferreira de Medeiros
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Prefeitura Municipal do Natal
A nossa cidade

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU 192 NATAL

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS** foi vítima de atropelamento por carro, no dia 17/04/2017, aproximadamente às 09h49min, na Avenida das Fronteiras, Potengi, nesta Cidade. Tendo sido atendido pelo SAMU 192 Natal, sob nº de ocorrência 149908/1, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão e removido para o Hospital Walfredo Gurgel.

Natal, 17 de maio de 2017.


Alfredo Galvão da Silva Júnior
Coordenador Administrativo SAMU 192 Natal
Matrícula 44.986-5

RECEBIDO

08 ABO. 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 149908/1

Data: 17/04/2017

CHAMADO

TARM: WALDNERY TENORIO DA SILVA MOREIRA

Médico Regulação: MARIA CLAUDIA SALDANHA FARIAS

Rádio Operador: LITZ NEY DA SILVA

Médico Cena: WALKER FERREIRA DA SILVA

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 08 (UPA 24H ESPERANÇA)

Equipe VTR: JOZIMAR PONTES PEREIRA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
JUCELINO RUBITCHEK DE ROCHA - TECNICO DE ENFERMAGEM☒ Regulação Médica☐ Trote☐ Informação☐ Engano☒ Queda da ligação☐ Sem Médico☐ Transf./Internação☐ Eletivo

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: FELIPE

Telefone: (84) 98792-1479

Nome do Paciente:

BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS

Idade: *

70 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

☐ Endereço não informado☒ Coordenadas Informadas

Latitude: -5.7557738 Longitude: -35.263364

Endereço: AVENIDA FRONTEIRAS

Nº: VP

Bairro: POTENGI

Outro Bairro:

Referência/Complemento: PANATIS 3///QTH POSTO INTERLAGOS AO LADO DA CONVENIENCIA

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WOLFREDO GURGEL

Queixa Paciente: ATROPELAMENTO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Próximo

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

17/04/2017 09:52:58 - Dr(a). MARIA CLAUDIA SALDANHA FARIAS

APH: TRAUMA / HD: ATROPELAMENTO POR AUTO

REGULAÇÃO: HOMEM FOI ATROPELADO POR UM CARRO. APRESENTA BASTANTE DOR E EDEMA EM TORNOZELO ESQUERDO. NÃO APRESENTOU TCEE ESTÁ CONSCIENTE E ORIENTADO.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 2

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apoio:



RECEBIDO

08 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRI

SINAIS VITAIS / OUTROS ACHADOS

Tipo de APH:

Hipótese Diagnóstica:

TRAUMA - ATROPELAMENTO POR AUTO ▼

Sinais Vitais:

17/04/2017 10:35

1ª PA - 140X90
 2ª FC - 102
 3ª FR - 23
 4ª SAT - 97AA
 6ª GLASGOW - 15 ▼

Antecedentes:

☐ Cardiopatia ☐ Diabetes ☐ Epilepsia ☐ Etilismo ☐ Hipertensão ☐ HIV ☐ Nefropatia ☐ Neoplasia ☐ Pneumopatia ☐ Sequela AVC

Outros Antecedentes:

Nível de consciência:

☒ Normal☐ Confuso☐ Torporoso☐ Inconsciente

Respiração:

☐ Não Respira☒ Normal☐ Ruidosa / Dispneia☐ Via aérea obstruída☐ Via aérea pévia

Sudorese:

- SELECIONE - ▼

Coloração da pele:

- SELECIONE - ▼

Sangramento:

Ausente ▼

Uso de algum Medicamento:

Alergia:

Prioridade:

☒ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul

Observação:

QUEDA DO PRÓPRIO NÍVEL APÓS COLIDIR COM CARRO (BAIXO IMPACTO). EDEMA EM TORNOZELO COM DEFORMIDADE. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA. SEM OUTRAS QUEIXAS. CONDUTA: QTI PS CLOVIS SARINHO.

PROCEDIMENTOS

Tipo do procedimento:

IMOBILIZAÇÃO - MMII ▼

Procedimento:

Observação:

CONVÊNIO MÉDICO PARTICULAR

Paciente possui convênio médico particular?*

☐ Sim ☐ Não ☒ Não informado

CONDUTA

☐ Atendimento / Residência☐ Conduta VTR☒ Remoção / Transferência☐ Óbito☐ Endereço não localizado☐ Evasão do local☐ Recusa atendimento☐ Recusa remoção☐ Removido por terceiros☐ Trote

Conduta Médico Regulador:

17/04/2017 10:40:16 - WALKER FERREIRA DA SILVA

QUEDA DO PRÓPRIO NÍVEL APÓS COLIDIR COM CARRO. EDEMA EM TORNOZELO COM DEFORMIDADE. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA. SEM OUTRAS QUEIXAS. CONDUTA: QTI PS CLOVIS SARINHO.

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

☐ Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Vaga Negada - Motivo:

- SELECIONE - ▼

H. ligação ao serv. prop.:

RECEBIDO

Recebido por:

☐ Vaga Negada☐ Vaga Zero

08 APR 2017

17/05/2017

192.168.1.253/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=149908&Digito=1&ReadOnly=1

Motivo da entrada:



PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:

17/04/2017
09:49:36

Regulação Médica:

17/04/2017
09:52:58

Solidtação VTR:

17/04/2017
09:59:56

Saída VTR:

17/04/2017
09:59:59

Chegada Local:

17/04/2017
10:18:47

Saída Local:

17/04/2017
10:42:22

Chegada Destino:

17/04/2017
11:06:47

Liberação Destino:

17/04/2017
11:43:38

Liberação VTR:

17/04/2017
11:43:40



Imprimir



RECEBIDO

08 ABO. 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAFPRE



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 16425 /2017
Admissão: 17/04/2017 11:11:41

CIRURGIA GERAL - SEM CLASSIFICAÇÃO

Paciente: **15334 - BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS** (70 a 6 m 9 d)

Nascimento: 08/10/1946 Natural: SAO FERNANDO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: CPF: 66451213853

Prof:

Mãe: JOANA ETELVINA DE MEDEIROS

Pai: JOAQUIM ALVES DE MEDEIROS

Logradouro: PONTE NOVA, 185

CEP: 59114070

Bairro: NOSSA SENHORA DA

Cidade: NATAL

APRESENTAÇÃO

Telefone: 84.988734497 84 988734497

Compl:

Motivo: CONSULTA DE URG/EMERGENCIA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 17/04/2017 11:08:51				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	CONFERE COM ORIGINAL	TEMP.	Glasgow	RTS	
					NATAL. 26/05/2017				
					MAT. Nº. SAME				
					ASSINATURA				

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: TRAUMA NO TNZ E

Hora: _____

Paciente vítima de atropelamento há cerca de 30 minutos chegou trazido pela SAMU queixando-se de dor em MIE (tornozelo). Relata que colisão foi de pequeno impacto s/ perda de consciência, náuseas, vômitos e outros sintomas. Sinais de dor em.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A Uias aéreas livres

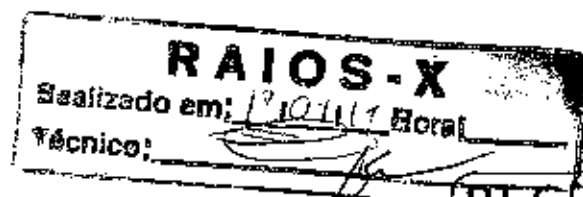
B M.D simétrico s/ RA.

C HD estável

D ECG 15

E s/ associação a dor em tornozelo Espudo.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:



RECEBIDO

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

08 ABR. 2017

GRUPO SEC ADC

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A (ALERGIAS): Não

M (MEDICAÇÃO EM USO): Antidistônicos + Antihipertensivos

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PREVIAS): Exame de útero de pele

L (LÍQUIDOS E ALIMENTOS INGERIDOS)

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL): Atualizado 11/5/11

EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM)

① Rx de Tornozelo ② AP e Oblíquo

Diogo Medeiros
Médico Residente
CRM/RN 7969

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUÇÃO PRIMÁRIA (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: <u>Ortopedia</u>	HORA: <u>11:45</u>	DATA: <u>12/04/12</u>
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 1767 /2017

Prontuário: 1158723

Paciente: 15334 - BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS

Cartão SUS:

CPF: 66451213853

Dt Nasc: 08/10/1946

Idade: 70 anos 6 meses 9 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: JOANA ETELVINA DE MEDEIROS

Nome do pai: JOAQUIM ALVES DE MEDEIROS

Rua/Av: PONTE NOVA

Complemento:

Nº: 185

Bairro: NOSSA SENHORA DA
APRESENTAÇÃO

CEP: 59114070

Cidade: NATAL

Telefone: 84 988734497 84 988734497

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1033

Responsável: CREUZA FERREIRA DE MEDEIROS - ESPOSO (A)

Usuário: UILMA CABRAL SILVA DE OLIVEIRA

Admissão: 17/04/2017 12:45:33

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.8 - FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA
408050578 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

*Prontuário para Admissão com Análise de Risco
Dose. Internado e em alta pelo Dr. Gurgel.*

CONFERE COM ORIGINAL

NATAL, 26/05/17

MAT. Nº.

SAME

ASSINATURA

REVISADO

Data: 20/04/17

[Assinatura]
Assinatura

[Assinatura]
Dr. Alfredo Carneiro Calhaz
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RR 3061

NATAL, 17 de Abril de 2017.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

RECEBIDO

08/06/2017

GRUPO SEGUROS
BBMAFF L

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

Identificação CPF: 664.540.138-53

Enfermaria: _____ Leito: _____ UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 27, 04, 2017 Alta: _____
Nome: RIGIDO ANDES DE NEDEIROS Naturalidade: SÃO PEDRO DO RIO
Idade: 40 Sexo: (X) Masculino () Feminino Data de Nascimento: 08, 10, 1976
RG: 002.398.934 Estado Civil: CASADO Nível de Instrução: FOM. INCOMPLETO
Filiação: Pai: JOAQUIM ANDES DE NEDEIROS
Mãe: JOANA ETELYNIA DE NEDEIROS
Endereço: RUA BONTE NOVA, 185 - N. JUA. APRESENTAÇÃO
Cidade: NATAL.
Telefone: 98873-2497 () Residencial () Trabalho () Recado
Contato: 98834-8719 Outros telefones: _____
Composição familiar: RESIDE COM ESCOZA + FILHO
Outras informações: Faz uso de () Alcool (X) Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

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

Forma de Acesso ao Serviço

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

COPIA ORIGINAL
(X) Trazido pelo SAMU
NATAL: 28/05/17
MAT. Nº: _____
SAME
ASSINATURA

Crêditos para Acompanhante

Possui requisitos? () Não (X) Sim Qual o motivo? TUDO
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: CECILIA FERREIRA DE NEDEIROS
Parentesco: ESCOZA Telefone: 98873-2497
Endereço do Responsável: O MESMO

Evolução

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

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR AUTOMÓVEL.
ESCOZA ORIENTADA SOBRE AS NORMAS HOSPITALARES E
SOLICITAÇÃO CÓPIAS DOS DOCUMENTOS.

Assistente Social
CRESS 864

Saída

Óbito: Encaminhamento: ITP () SVO () DO () Obs. _____
Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____
Orientações/Encaminhamentos: _____

RECEBIDO

08/05/2017

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agudas 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.

GRUPO SEGI ADOP
BBMAFIRE



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Freire Sargel

Pronto Socorro Clovis Sarinho

RELATORIO DE
HISTORIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICO

Nome

BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS

Idade:

Idade:

70

Nº Registro:

HISTORIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data:

Hora:

Presente nos admissionais com história
de doença crônica - em uso de medicação.


Monsenhor Freire Sargel
Pronto Socorro Clovis Sarinho
26/03/17

CONFEE COM ORIGINAL

NATAL 26/03/17

MAT. Nº:

SABE

ASSINATURA

RECEBIDO

08/03/17

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.

GRUPO SLEUP - OR
BBMAFPE



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado de Saúde Pública
Hospital Monsenhor Welirado Gurgel
Pronto Socorro Clávis Seráfico

Nome:

Burgido Alvaro

Idade:

17/05/1977

Registro:

Serviço:

Leitor

DATA

17/05/17

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

Perda de consciência por trauma craniano e focos. Susc. em L.O. M. Gurgel.


Dr. Carlos Roberto de Almeida
Especialista em Medicina
17/05/17



GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

Exclusão Médica

EXAMES COMPLEMENTARES

NOME: Brígida Alves de Medeiros

LEITO: 12

REGISTRO:

IDADE: 70 anos

19/04/17 1ª DEH 70 anos

Admissão HWB em 17/04/17 - Exatidão de tempo de Eq. (ritmo de estopamento)

HAS + DM2 + DAOP (nº de encefalopatia)

Tidoginno pirodo + DPOC

Seqüela AVCN miocr, ric (Pavris Maguist Eq, ric)

PA sendo r. monon há 03 dias, RGT sendo, div controlada em MIE

+ Orientado, exposto, atual. MVB em AHT, nítido, exposto RCR, ET, SIS. Abd. Mocho. Pis com dose perfurais distol.

CS: Aguarda Eq. hda de hep ~ cinzento subpídico. Suspendo Clopidogrel e Cinze (Alipho)

CONFERE COM ORIGINAL

NATAL, 26/05/17

MAT. Nº.

SAME

ASSINATURA

NOTA: A ESTA FOLHA DEVEM SER COLOCADO OS DIVERSOS EXAMES COMPLEMENTARES.

O PRIMEIRO RESULTADO DEVE SER COLOCADO NA ÚLTIMA LINHA

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

RECEBIDO

08 AGO, 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAFPRE



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA - SESAP/RN
HOSPITAL DR. JOÃO MACHADO

Lombone 501, 2, 3, 4
pit 500 62
cu 100 100 100 100
100 100 100 100
100 100 100 100

ENF.: CM
LEITO: 12

FICHA DE EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

NOME: Brigida Alves de Medeiros IDADE: 70a

SETOR - DATA HORA	EVOLUÇÃO
18/4/17 15:50h	Admissão - Anamnese - Tol: Brigida Alves de Medeiros, 70a, casada, demoradora, ginec, natural de Cabo Verde, residente de Natal (RN) - H.D.A. Paciente vítima de atropelamento quatro por carro sem placa de concessão de dor e lesão no pé E. Foi resuscitada pelo SAMU PROPSCS onde foi atropelada natureza de Tomazito E. - AP: HASE DMG DAP. Nega alergia - H.V: Tabagista há 40 anos (3 maços/dia) Et. etilética (morreu há 78 anos) Ex. físico: TA: 125 X 80 RC: 88 FR: 16 T: 36°C BEG, mucosa corada hidratada, úmida, consistente e brônquios. BB: MVG, sibilos SRA glu. RCA, 2T, BNF. RC: 88 diel: glicose, medula MTE: MIEC1 mobilizados D.O.: - Fratura Tomazito E - HASE DMG DAP + tabagismo col: - sedar - RPM - Ap. cirurgia

Georgina Araújo Machado
Médica
CRM/RN - 6018



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Brígido Aires de Medeiros Idade: 70 D/N: 02/15/1946
Pront.: 143.488 Município: Salatá Procedência: Interno () Externo
Data da cirurgia: 23/04/12 Hora Admissão: Bloco 09:30 Sala 09:40 Hora Saída: Peso: 53
Alergias: Não () Sim Medicamentos: MHA, KDM () Outras
Uso de medicações: () Não Sim Losartana, nifedipina Jejum: () Não Sim
SSVV Admissão: PA: 135 x 86 mmHg Pulso: 72 bpm FI: rpm FC: 82 bpm SpO₂: 96 % T: °C

Enfermeiro(a): Leiliane Documentado(a): Ana Rênia Circulante: Clay

Cirurgia: Ht. Anel de fíb. Torçozelo Especialidade: Onco radiol Sala: 03
Hora Início: Hora Término: Tipo de cirurgia: X Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1ª Cirurgião: Dr. Paulo 2ª: Dr. Marcos Residente:

Anestesia: () Local () Sedação () Geral () Biqueto X Raquidiana Ag. nº 27 () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag. nº Cateter nº: Início: Gargola: X Smerch () Pneumático Início: 10:10 Término:
Anestesiologista: Dr. Tarciso

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
☒ Consciente	☒ Normocrase	☒ Normotenso	☒ Jelco	☒ ECG
☐ Letárgico	☐ Hipocrase	☐ Hipotensão	☐ Acesso V. Central	☒ Oximetria
☐ Coma	☐ Cianótica	☐ Hipotensão	☐ Cat. Diálise	☐ Capnógrafo
☒ Orientado	☐ Ictérica	☐ Hipertensão	☐ Fístula	☒ PA
☐ Desorientado	☐ Desidratada	☒ Normocárdico	☐ Arteriovenosa	☐ Estimul. Nervo
☐ Sedado	☒ Íntegra	☐ Bradicardia	☐ SNG	☐ Diprifusor
☐ Ansioso	☐ C/lesões	☐ Taquicardia	☐ SVD	☐ BIC
☐ Deambula	☐ Sudorese	☐ Choque	☐ Colostomia	☐ Desfibrilador
☐ t/dificuldade	☐ Cicatriz cirúrgica	☐ Normoesfígmico	☐ Cistostomia	
☐ Acamado	☒ Higiene Satisfatória	☒ Eupnéia	☐ Dreno	
☐ Paraplégico	☐ Higiene deficiente	☐ Dispneia	☐ Aparelho gessado	
☐ Tetraplégico	☐ Manchas	☐ Dispositivo O ₂	☐ Tração	
☐ Amputações	☐ S/Tricotomia		☒ Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>100</u>	<u>75</u>	<u>73</u>	<u>Bpm</u>
Pulso	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u>Bpm</u>
Oximetria	<u>96</u>	<u>95</u>	<u>95</u>	<u>%</u>
Capnografia	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u>%</u>
PA	<u>135x86</u>	<u>121x74</u>	<u>123x74</u>	<u>mmHg</u>

ACESSO VENOSO
☐ Punção Arterial
☒ Punção Venosa Periférica
☐ Punção Venosa Central
☐ Dissecção venosa
Local: <u> </u>
Cateter: <u> </u>

SONDAGEM GÁSTRICA
☐ SNG nº <u> </u>
Retorno: <u> </u>
CATETERISMO VESICAL
☐ SVF nº <u> </u>
☐ SVA nº <u> </u>
Diurese: <u> </u>
Profissional responsável: <u> </u>

EXAMES SOLICITADOS:	
☐ Hemograma	☐ Gasometria
☐ Coagulograma	☐ Outros
☐ Tipagem Sanguínea	☐ Glicosimetria:
☒ Radioscopia (Raio X)	

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
☒ Dorsal	☐ Cabeça	☒ Anatômicos
☐ Ventral	☐ Pescoço	☐ Abduzidos
☐ Lateral	☐ Tórax	☐ Fletidos
☐ Litotômica	☐ Lombar	☐ MMII
☐ Trendlemburg		☒ Anatômicos
☐ Canivete		☐ Abduzidos
☐ Proclive		☐ Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
() Sim () Não () Metal () Descartável	
Local: _____	
DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA
☒ Sim () Não	() Sim ☒ Não
Solução: _____ Local: _____	

Local: MLE	Situação: 0074
IMPLANTE CIRÚRGICO	
Drenos:	
Tela:	
Cateter:	
Ostomia: -	
Fiorde KC:	Parafuso - tipo: 4 contínuo
Placa - Tipo: Del	de 2 pontos
Outros:	

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO	
Caixa cirúrgica: <u>3.5 + bacia + Pl. material</u>	Quant. Material: _____
Val.: _____	Contagem de gaze e compressa: ☒ Não () Sim

RECEBIDO

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPR



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

(2) Hemoconcentrado Unid. () Plasma Unid. () Plaquetas Unid.
() Albumina Unid. () Expansor plasmático Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

Levofloxacil h: 10:30 h: _____ h: _____
Paracetamol h: 10:30 h: _____ h: _____
Dipirona h: 10:30 h: _____ h: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Fisiológico: _____ ml () Soro Ringer Simples: 01 ml Quantidade total de volume
() Soro Glicosado: _____ ml () Soro Ringer Lactato: _____ ml administrado: _____

ANATOMO PATOLÓGICO

() Não () Sim Peça: _____ Peça para sepultamento: Não () Sim
Swab para cultura: _____ Líquido: _____

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: Limpo () c/exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens Tais Outros _____

INTERCORRÊNCIAS: Cirurgia transcorreu sem intercorrências, sendo todo cuidado utilizado sempre durante a cirurgia.

Ass: Cery Coren: 118.641

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel Não ambiente Curativo: Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro: _____
Diurese: Esponânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: CHO

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

Hora: 11:15 Data: 23/04/12 Nível de consciência: Acordado Sonolento () Narcose Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Canal O₂ O₂ Ambiente
Mobilização MMII: Normal Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não () Sim Tipo: IV Local: USG Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesic
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim () Não Especifique: _____
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos
Curativo: Oclusivo () Descoberto Limpo () Sujo Monitorização: () ECG Oxímetro PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexigoma () Alteração FA : Alteração FC
Relate: _____

SINAIS VITAIS

Líquidos administrados na URPA:

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	<u>35,5</u>	<u>64</u>	<u>140x80</u>	<u>20</u>	<u>96</u>	
30'						
60'						
Alta	<u>35,5</u>	<u>68</u>	<u>140x80</u>	<u>20</u>	<u>96</u>	

Soro glicosado: _____ ml
Soro Fisiológico: _____ ml
Ringer: _____ ml
Irrigação vesical contínua: _____

CONTROLE COM ENFERMEIRO
11/04/12
20/11/12

Medicações administradas URPA:

Eliminações:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

	Diurese	Retorno Gást.	Retorno de irrigação
Recebido da SO			
Desprezado URPA			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: PO1 de limpa de físt de furozilo
300 ml - Ringer - na PV - 500 ml - Ringer
Enteado com 1 litro de Ringer e 1 litro de Soro Fisiológico

Ass: Luiz Coren: 16404



Hospital

Nº prontuário

Nome do paciente

BRIGIDO ALVES DE MOURAS

Data operação

23/04/17

Enf.

Leito

Operador

1º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Tipo de operação

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1) Paciente em decúbito supino, com anestesia geral.
- 2) Assépsis + Antissepsis + Preparação de MIE.
- 3) Abertura de campos estéril.
- 4) Incisão sobre o músculo latissímus, distal, por planos, identificação do foco fraturário e remoção de mais estruturas possíveis, fixação c/ placas de 3,5mm posterior + 06 pontos (04 corticais, 02 espaciais).
- 5) Incisão sobre o músculo medial, identificação do foco de fratura, remoção de mais estruturas possíveis, fixação c/ 01 ponto espacioso.
- 6) Lavagem c/ SFO, 9%, conformação c/ Reposição e Sutura dos planos.
- 7) Curativo estéril + Mla Bala.

Marcus Vinícius L. Freire
Ortopedia / Traumatologia

CRM/RN 5781

1901-19910

RECEBIDO

08 ABR. 2017

GRUPO SEGURODOP
PARANAGUÁ

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Deoclecio Marques		Enfermaria		Leito		Nº prontuário		
Nome		BRIGIDO ALVES MEDEIRO				Idade		Sexo		Cor
Data	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros				
23/04/17										
Tipo sanguíneo	Hematomas	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia					
	Urina									
Ap. respiratório					Asma		Bronquite			
Ap. circulatório					Eletrocardiograma					
Ap. digestivo			Dentes	Pescoco	Ap. urinário					
Estado mental			Ataraxicos	Corticóides	Alergia			Hipotensores		
Diagnóstico pré-operatório					Estado físico		Risco			
Anestésias anteriores										
Medicação pré-anestésica				Aplicada às		Efeito				
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES POSICÃO Agentes Técnica Operação Clurgões Anestesistas Observações										
DDU NEECAINA (P) LAQUI - SIMPLES CESSANTE DE TERNOSZLO (E) PEDRO MELO PIRGE CARVALHO SEM INTERFERENCIA										
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, opsratórias e pós-operatórias										

Conto do Sub-702 600 799 1162 42



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
RG. 002.398. SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
834. HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN 988734477

CPF 664.512.438-53

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA 49 Nº 001

NOME: Brígido Alves de Medeiros
IDADE: 08.10.1946 COR: M SEXO: M ESTADO CIVIL: Casado
NATURALIDADE: São Fernando - RN PROFISSÃO: Pintor PROCEDÊNCIA: Nossa Senhora do
ENDEREÇO: Rua Ponte Nova 185 BAIRRO: Ponte Nova
CIDADE: Natal DATA: 19/04/2017 HORA: 18:55

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐
C/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

RUPILAS	A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)	B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	C) PRESSÃO ARTERIAL
---------	-----------------------------------	----------------------------	---------------------

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

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

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)
1ct. movimento do Qmb

EXAME FÍSICO

CONFERE COM ORIGINAL
Heslton
20/03/20

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

RECEBIDO

DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura TNt (E)

08 ARO, 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPR

EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

☐ HEMATOLOGIA	☐ NEUROLOGIA	☐ NEFROLOGIA	☐ CIR. VASCULAR	☐ ENDOSCOPIA
☐ CLÍNICA MÉDICA	☐ CIRURGIA GERAL	☐ ORTOPEDIA	☐ BUCO-FACIAL	☐ UROLOGIA
☐ NEUROCIRURGIA	☐ OTORRINO	☐ OFTALMOLOGIA	☐ C. PLÁSTICA	☐

CONDUTA

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

☐ FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	☒ INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>Dr. Michel F. de Araujo</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>Ortopedia Oncológica</i>	☐ REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____	DECISÃO MÉDICA ☐ HORA _____ HORA _____	A REVELIA ☐
ENTREGUE A FAMÍLIA ☐	S.V.O. ☐	I.T.E.P. ☐

MÉDICO (Carimbo)

Ass. do Responsável
NIR / NODAL
AUTORIZADO

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA
ORTOPEDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO	
		147488	
DATA	HORA	CATEGORIA	GIH
19/04/2017	21:05		
PACIENTE			DATA DE NASCIMENTO
BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS			08/10/1946
ESTADO CIVIL	PROFISSÃO		
CASADO	APOSENTADO		
ENDEREÇO (RUA, Nº)			
RUA PONTE NOVA 185			
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF	CEP
NATAL	NS APRESENTAÇÃO	RN	59114-070
LOCAL DE TRABALHO			TELEFONE
FILIAÇÃO			
JOANA ETELVINA DE MEDEIROS	JUACIR ALVES DE MEDEIROS		
RESPONSÁVEL			TELEFONE
CREUZA FERREIRA DE MEDEIROS (ESPOSA)			98873-4497
ENDEREÇO			
O MESMO			

DIAGNOSTICO PROVISÓRIO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

fratura torácica (E)

DATA DE ADMISSÃO

ALTA

ÓBITO

HISTÓRIA CLÍNICA

Exame com fratura no tornozelo
no osso
A fratura de tornozelo (E)
fratura de tornozelo (E)
fratura de tornozelo (E)

Dr. Michel Freire de Araújo
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia Ortopedia
08/04/2017 18:51

RECEBIDO

08/04/2017

GRUPO SEGURADOR
BBMFPRLCONFERE COM ORIGINAL
heli...
207532



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS

6- NUMERO DO PRONTUÁRIO

147488

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

702 6007 9911 6241

8- DATA DE NASCIMENTO

08/10/1946

9- SEXO

MASCULINO

10- RAÇA/COR

11- NOME DA MÃE

JOANA ETELVINA DE MEDEIROS

12- TELEFONE DE CONTATO

98873-4497

13- NOME DO RESPONSÁVEL

CREUZA FERREIRA DE MEDEIROS (ESPOSA)

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA PONTE NOVA 185

16- MUNICÍPIO

NATAL

17- BAIRRO

NS APRESENTAÇÃO

18- UF

RN

19- CEP

59114-070

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com trauma no tornozelo
há 23 dias

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento cirúrgico

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

Tratamento cirúrgico

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tratamento cirúrgico

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento cirúrgico

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNIE DA EMPRESA

44- CBOR

38- () ACI. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

RECEBIDO

08 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR
BRASPRE

930

QPP = 664.532.338-53



GOVERNO DO ESTADO DO RIO G. DE O. NORTE

 Secretaria de Estado da Saúde Pública
 Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
 Pronto Socorro Clóvis Sarinho
LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <i>BRUNO ALVES DE ARAÚJO</i>	6 - Nº DO PROTOCOLO
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS <i>702 6007 99116241</i>	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>08/10/1946</i>
9 - SEXO <i>MASCULINO</i>	10 - FEMININO <i>X</i>
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Joana Estelina de Azevedo</i>	12 - TELEFONE DE CONTATO <i>988734497</i>
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº) <i>R. Ponte Nova - 185</i>	14 - MUNICÍPIO <i>Natal</i>
15 - BAIRRO <i>N.S. Apresentação</i>	16 - UF <i>RN</i>
17 - CEP	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>febre com pico de febre e bem-estar</i>
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>procedimento cirúrgico</i>
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Uc + H2</i>

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Abcesso de fêmur</i>	21 - CID INICIAL <i>880.6</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
---	----------------------------------	---------------------	------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>770 cirurgia</i>	25 - LEITO / CLÍNICA	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>030801001</i>	29 - DT SOLICITAÇÃO <i>17/10/17</i>	30 - CNS / CPF	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) <i>Dr. Genivaldo de A. Filho CRM/RN 5547</i>

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL		DESCRIÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
42 - CID SECUNDÁRIO		43 - ()	44 - () GRAVE
		45 - () GRAVÍSSIMA	

AUTORIZAÇÃO

5 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
7 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	
9 - CNS / CPF	52 -	
3 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

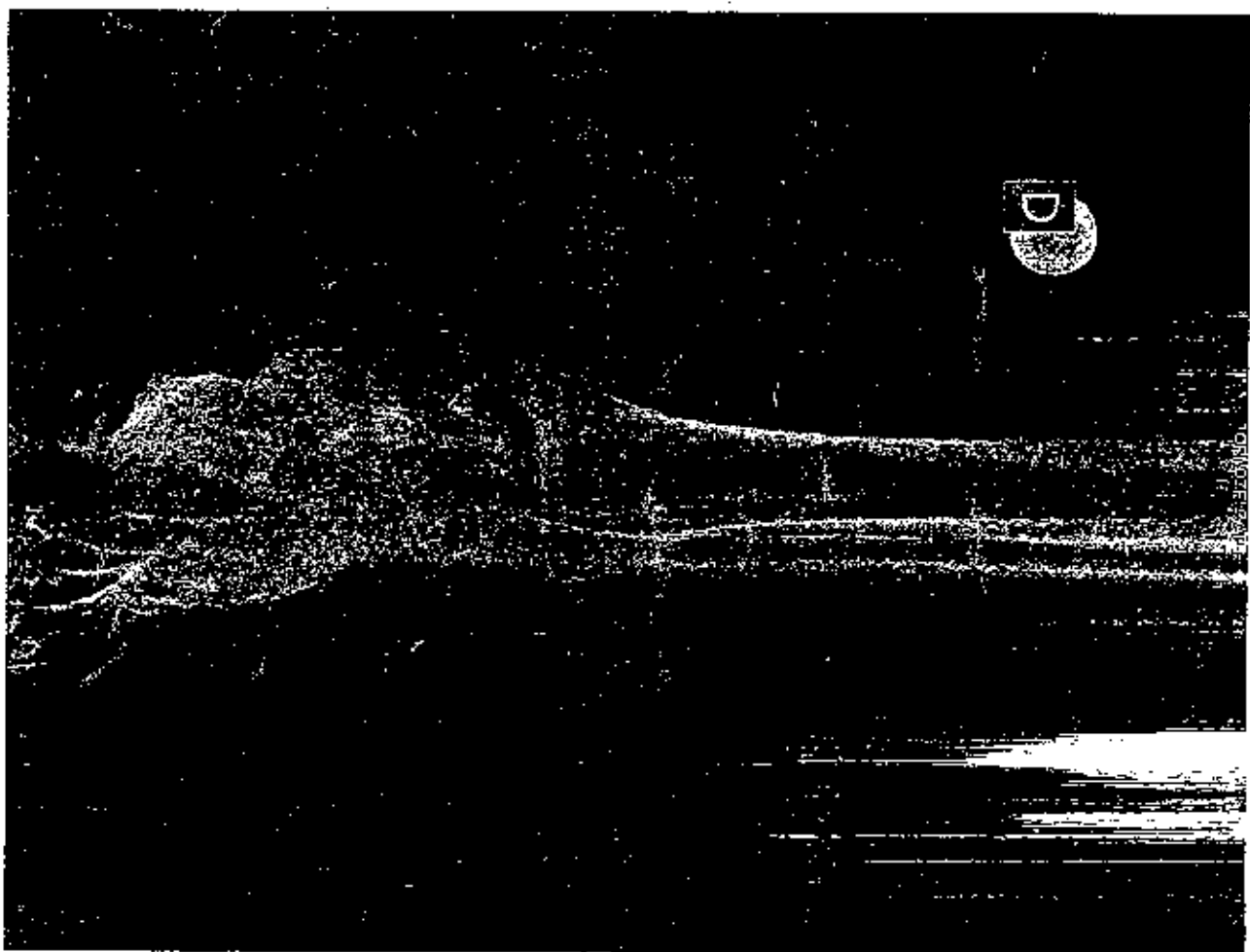
 RECEBIDO
 COMPARECE COM ORIGINAL
 08 AGR. 2017
 207538

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 a luz dos valores éticos e humanitários.

 GRUPO SEGU
 ABMAFRE

BRIGIDO ALVES DE MEDEIRO, : DX from 17/04/2017

BRIGIDO ALVES DE MEDEIRO
17/04/2017



BRIGIDO ALVES DE MEDEIRO
17/04/2017

RECEBIDO

17/04/2017

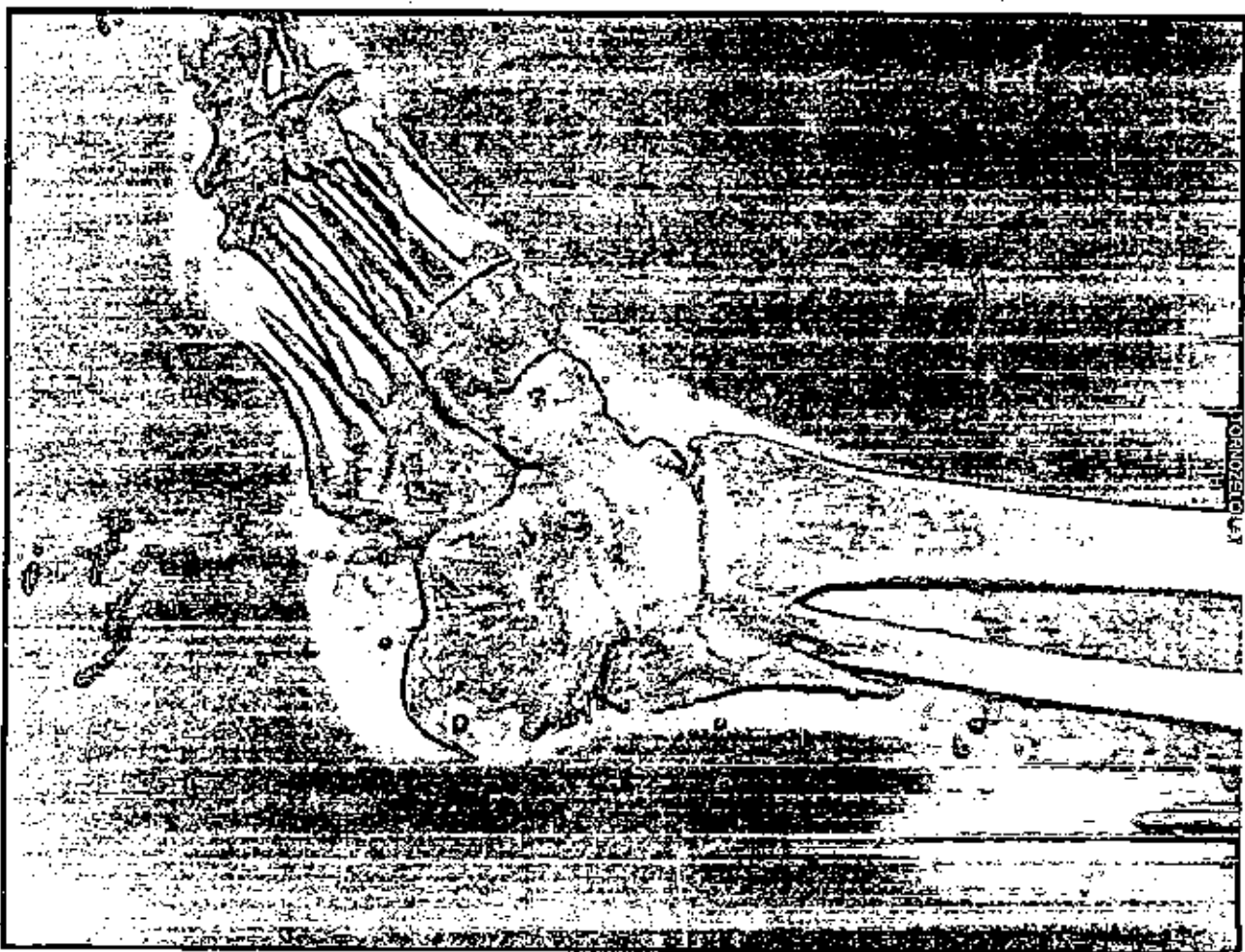
GRUPO SEGUADOR
BBMAFPRE

4071

BRIGIDO ALVES DE MEDEIRO
17/04/2017

BRIGIDO ALVES DE MEDEIRO, : DX from 17/04/2017

BRIGIDO ALVES DE MEDEIRO
17/04/2017



BRIGIDO ALVES DE MEDEIRO
17/04/2017

RECEBIDO
08
GRUPO SEGUROOP
BBMAFPR

4677

BRIGIDO ALVES DE MEDEIRO
17/04/2017

BRIGIDO ALVES DE MEDEIRO
17/04/2017



DOCUMENTO 4 *T4%*



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **664.512.138-53**

Nome: **BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS**

Data de Nascimento: **08/10/1946**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

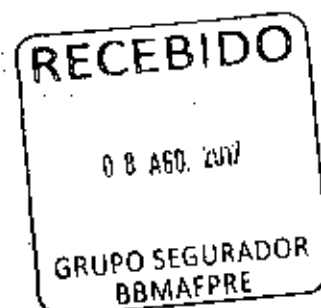
Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **12:07:53** do dia **08/08/2017** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **1672.959A.D12C.3F65**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL 000.702.921	DATA DE EXPEDIÇÃO 03/08/2004
NOME BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS	
FILIAÇÃO JOAQUIM ALVES DE MEDEIROS JOANA ETELVINO DE MEDEIROS	
NATURALIDADE SAO FERNANDO RN	DATA DE NASCIMENTO 08/10/1946
OCC. ONDE CASAM? LEBOIS F-170 RG-012218	
SAO PAULO SP	CARTORIO
CPF 64.512.138-53	PIS 10360539821
1142013	
INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO	
LEI Nº 7.118 DE 29/08/83	

RECEBIDO

08 ARI, ZJW

GRUPO SEGUADOR
BBMAFRE



DOCUMENTO 3 *T39*



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **115.066.708-73**

Nome: **CREUSA FERREIRA DE MEDEIROS**

Data de Nascimento: **04/04/1945**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Digito Verificador: **00**

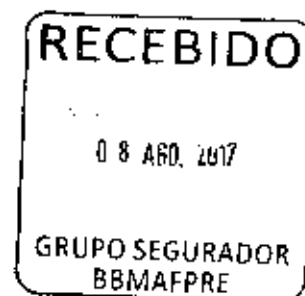


Comprovante emitido às: **12:13:50** do dia **08/08/2017** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **9E37.75D8.6F1C.37DB**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente SILVIA MARINA DOS ANJOS HERCULINO	
Tipo de Sinistro Invalidez Parcial		Agência SUCURSAL NATAL	
Nome do Requerente CREUZA FERREIRA DE MEDEIROS		Nome da Vitima BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS	CPF da Vitima 66451213853
Documentos Complementares			
☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vitima ☐ CPF da Vitima ☐ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☐ Boletim de Ocorrência Policial ☐ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☐ Comprovante de Residência do Requerente ☐ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) ☐ (Cópia autenticada) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☐ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec.Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Invalidez Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações ANA	
		DAMS ☐ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☐ Relatório Médico ☐ Comprovas das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	



0124570

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vitima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vitima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador

RECEBIDO

08 AGO. 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170436705 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS **Data do acidente:** 17/04/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/09/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: OS DADOS INFORMADOS NO SINISTRO, SÃO INSUFICIENTES PARA QUE SE FAÇA UMA ANÁLISE SEGURA DE POSSÍVEIS SEQUELAS

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170436705 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS **Data do acidente:** 17/04/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura bimalleolar do tornozelo esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Moderada limitação da flexão dorsal e plantar do tornozelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Realizado osteossíntese com placa e parafusos de fratura do tornozelo esquerdo. Alta em julho de 2017.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/09/2017

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM ARTICULAÇÃO DEVIDO A NÃO REPERCUSSÃO NO MEMBRO.

Médico examinador: JUSTINO NOBREGA DE AZEVEDO NETO

CRM do médico: 3940

UF do CRM do médico: RN

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO
PROFISSÃO:	APRESENTADOR
IDENTIDADE:	002.398.934
ENDEREÇO:	RUA PONTE NOVA Nº 185 - NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO - NATAL - RN

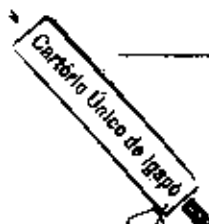
OUTORGADO

NOME:	CREUSA FERREIRA DE MEDEIROS
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	APRESENTADORA
IDENTIDADE:	109.227
ENDEREÇO:	RUA PONTE NOVA Nº 185 - NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO - NATAL - RN

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

09 JUN. 2017

LOCAL E DATA



Brigido Alves de Medeiros

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



NATAL CARTÓRIO ÚNICO JUDICIÁRIO DE IGAPÓ
Praça São Vicente de Paulo nº 45 - Igapó - Natal/RN CEP: 59.301-010
Tel/Fax: (91) 3214-6810

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de: BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS (174403) - BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS
NATAL/RN, 9 DE JUNHO DE 2017 - 11:25

Os 11.
Emol R\$2,34.

Alberto Magalhães M. de Moura - Cartorário Autorizado

RECEBIDO

08 ABO. 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE