

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOBSON COSTA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00806

CONTA: 000000089053-0

Nr. da Autenticação 917D442E6D699A4C

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190557185

Cidade: Tangará

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOBSON COSTA DOS SANTOS

Data do acidente: 16/05/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: AFUNDAMENTO CRANIANO REGIÃO LATERAL DIREITA.

Descrição do exame físico: APRESENTA AFUNDAMENTO NA REGIÃO LATERAL DE CRÂNIO DIREITO, FAZ USO DE CLONAZEPAM, REFERE TONTURAS E ESQUECIMENTOS. REFERE ANOSMIA.

Resultados terapêuticos: RESULTADOS ADEQUADOS COM O TRATAMENTO PRECONIZADO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 15/10/2019

Conduta mantida:

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

**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

Número do Sinistro: 3190557185
Nome do(a) Examinado(a): Jobson Costa dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): R Sen Jeorgino Avelino, 55
Centro Serra Caiada RN CEP: 59245-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 001837101
Data local do acidente: [16/05/2019]
Data local do exame: [15/10/2019] NATAL [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

AFUNDAMENTO CRANIANO REGIÃO LATERAL DIREITA.

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

Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA FRONTOTEMPORAL DIREITA E HEMATOMA EXTRADURAL TEMPORAL DIREITA.

Data da Alta: 13/09/2019

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

APRESENTA AFUNDAMENTO NA REGIÃO LATERAL DE CRÂNIO DIREITO, FAZ USO DE CLONAZEPAM, REFERE TONTURAS E ESQUECIMENTOS. REFERE ANOSMIA.

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

DANO AO NÍVEL DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

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

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

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

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

% do dano: ☐ () 10% residual ☒ (X) 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 24956 /2019

Admissão: 16/05/2019 18:20:24

CIRURGIA GERAL - VERMELHO

Paciente: 127240 - JOBSON COSTA DOS SANTOS (38 a 10 m 25 d)

Nascimento: 21/06/1980 Natural: NATAL BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 705000201079750

CPF: 03949949496

Prof:

Mãe: MARIA DE FATIMA COSTA DOS SANTOS

Pai:

Logradouro: SENADOR GEORGINO AVELINO, 14

CEP: 59245000

Bairro: CENTRO

Cidade: PRESIDENTE JUSCELINO

Telefone: 84 987328842

Compl:

Motivo: CARRO X MOTO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU RN

*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 16/05/2019 18:17:44				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISAO MOTO CARRO/ TCE GRAVE+ ENTUBADO

Hora: _____

- Colisao moto carro
- tce grave / espumoso.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A	WPP
B	
C	pressão art: 120x80
D	
E	Exame físico no PC 6/2

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

torax: Exame físico
pulmão: físico

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

tce

PROTOCOLO RECEBIDO

30 SET 2019

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
A missão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 4645 /2019

Prontuário: 185174

Paciente: 127240 - JOBSON COSTA DOS SANTOS
Cartão SUS: 705000201079750 CPF: 03949949496
Idade: 38 anos 10 meses 25 dias Sexo: M Etnia: PARDA
Nome da mãe: MARIA DE FATIMA COSTA DOS SANTOS
Nome do pai:
Rua/Av: SENADOR GEORGINO AVELINO
Complemento:
CEP: 59245000
Telefone: 84 987328842 84 987328842
Especialidade: NEUROCIRURGIA
Responsável: JOBSON COSTA DOS SANTOS -
Usuário: WELLINGTON GOMES DO NASCIMENTO

Dt Nasc: 21/06/1980
Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nº: 14
Bairro: CENTRO

Cidade: PRESIDENTE JUSCELINO

Unidade: POLITRAUMA Leito: 08

Admissão: 16/05/2019 19:02:24 Alta: Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S06.4 - HEMORRAGIA EPIDURAL
403010276 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

COPIA DO ORIGINAL
NATAL, 16 de Maio de 2019

NATAL, 16 de Maio de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



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

Nome: JOSSON COSTA DAS SANTAS Nº Registro: _____
Serviço: _____ Idade: _____ Leito: _____

DATA	EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR
20/05/24	N/A
	Plano 15 sem pluss
	sem clífar total - fo neu
	Pl controle com derivagem satisfatória, sem lras cl
	afili de mano
	co Alta da UTI
20/05/24	→ Evolução UTI - POH
	4 - DPO DHEB + Espectrometria Descompressiva
	(Herniotomia epistomica pós colisão cervical - másc
	Em uso: Ceftioxona 2g/dia (DA)
	Clindamicina 300mg 2/6h (DA)
	Paciente evolu clinicamente e Paracetamol não mais
	estável. Sem febre, vigie, com taquicardia. Em
	uso de DVA. Sono, apetite e diurese preservados.
	Não apresenta extrusão. Sem deficits neuro-
	lógicos focais ou RNC.
	D-TACOMET/24h:
	NO EXAME:
	REG: vigie, orientado, Apomado (+H-), hídric-
	tado amnésico. Acrometria. Hematoma parietal
	bilateral.
	Neuro: Glasgow 15 Pupilas: IFR. S/ secreção
	AC: ACR 2T: BNE 3, sopros: FC 95
	AP: UV(0), discretamente aumentada em HTD (base)
	S/ RAS Sat 92%.
	ABD: plano flexível. Indolor. LHA(0)
	MMII: Sem edema ou sinais de TVP.

Conclusão: Alta da UTI
Início reposição de K (K 3,1)
Início dieta líquida pastosa.
Início unferm Nmonha

Regina Costa de Freitas
Médica
20/05/2024



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

Nome: Johson, Costa dos Santos

Serviço:

Idade: 38 anos

Nº Registro:

Leito: 229

DATA

EVOLUÇÃO MULTIDICIPLINAR

23/05/19


TARDE

Paciente segue em bom estado geral estável, agitado ao exame, orientado, cooperativo, colaborativo, com AA sem SDR, relata tontura pouco produtiva, crises ausentes no momento. AP: M (+) com RAIS; sem distúrbio motor, apresenta em deterioração. Com impedimento para realização de exercícios ativos de MMSS e MMII + treino de equilíbrio + exercícios para treinamento + exercícios de respiração diafragmática associada à tosse. Como paciente encontra-se apto e em bom estado geral em condições para receber alta da fisioterapia, assim recebe orientações gerais e alta fisioterápica.

FISIOTERAPIA

RESPIRATORIA ()

MOTORA ()

Ana  Carolina

Fisioterapeuta

CREITO 2162325

FISIOTERAPIA
RESPIRATORIA ()
MOTORA ()

AVALIAÇÃO DIURNA

19/05/2019 – LEITO 644 JOBSON COSTA DOS SANTOS, 38ANOS

DHED

ANTIBIOTICO: CEFTRIAXONE E ~~VANCOMICINA~~ *clindamicina*

PACIENTE ESTAVEL, SEM SEDAÇÃO, COM RESPIRAÇÃO ESPONTANEA, EM MACRONBZ, SEM FEBRE NAS 24H, SEM DISGLICEMIAS, HEMODINAMICA ESTAVEL, SEM NECESSIDADE DE AMINAS. EXTUBADO ONTEM.

EM REG, ACIANOTICO, ANICTERICO, AFEBRIL, SEM EDEMAS.

SN: PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES, SEM SEDAÇÃO, GLASGOW: AO:3 RV: 4 RM: 6
TOTAL: 13

ACV: BRNF 2TS/S TA: 130X68MMHG FC: 86BPM SAT:98%

AR: MVF SEM RA RESPIRADOR: FIO2: 28% PCV PEEP: 6 FR: 16IRPM LP:16

ABDOME: NORMOTENSO, RHA + SEM VCM

DIURESE POR SVD: 2400ML/24H BH: -481ML

CD: TC DE CRANIO CONTROLE

REAVALIAÇÃO DO NEURO

REPONHO CA.

Dr. Eduardo A. Ferreira
CRM 9955/RN
Médico Internista

[illegible]



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

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Jaqueline Costa, Udoia Santos Idade: 38a Nº Reg.: 128340
Serviço: Nutrição Enfº ou PO: Leito: 644

AO SERVIÇO: Fonocardiologia

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

Paciente Udoia Costa, 38a, com HGT, queixando-se de palpitações e tonturas, com história de
em MU.
Solicito avaliação quanto à interpretação dos dados do exame de interpretação
de SNE.

Quarta

Daniella D. S. de M. Marques
Nutricionista
CRN-67199

Natal/RN, 19 de Maio de 2019

Médico que solicita o parecer

PARECER: Paciente avaliado pelo Fonocardiologista, apresentando
desquites funcional sem sintomas de tosse e com abscissa
curva limpa. Sugestivo de doença
de curta duração liberada
sem risco.

Karla Danielly S. de M. Marques
FONOCARDIOLOGA
CRP 9748/RN

20/5/19

Natal/RN, de de

Médico que emite o parecer



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvia Sarinho

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório:

Hemiflexão extraocular tipoparictal D.

Indicação terapêutica:

Drenagem de HED.

Urgência ()

Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: 16/05/19

Início: 19:45h

Término:

Duração:

Operador:

Dr. Carlos

CRM/CRO:

1º Auxiliar:

Dr. Fábio

CRM/CRO:

2º Auxiliar:

CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista:

Dr. Priscila

CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- Pte em DDH, sob anest. gen., com o paciente em lit.
- Tricotomia, Assepsia, Ant-espas, colocação de campos cirúrgicos;
- Incisão fpa cisterna FTP à D, reparo do flap musculotênico;
- Presença de fte cisterna / opuntismo tipoparictal;
- Cisterna FTP à D e drenagem e drenagem do HED; Anestesia dorsal nas bordas de cisterna;
- Hemostasia e coagulação bipolar + unipolar;
- Dreno musculotênico / saída por contra-almofada interna;
- Sutura por planos;
- Curativo estéril;
- À UTI.

Dr. Carlos V. D. S.
NEUROCIRURGI
CRM-5109

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

Coleta de material para microbiologia: (X) 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 Nº 11800 / 2019

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou: _____

CNES: 2653923
CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **127340 JOBSON COSTA DOS SANTOS**

CNS: 705000201079750

Nascimento: 21/06/1980 Sexo: Masculino

Prontuário: _____

Cor: PARDA

Mãe: MARIA DE FATIMA COSTA DOS SANTOS

Paí: _____

Endereço: RUA SENADOR GEORGINO AVELINO, 14 - CENTRO - PRESIDENTE JUSCELINO

Fone: 987328842 /

Município: PRESIDENTE JUSCELINO

Código Municipal IBGE: 241030

UF: RN

CEP: 59245-000

Clínica de Acompanhamento: NEUROCIRURGIA

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE VITÍMA DE COLISÃO MOTO X CARRO HA 3 HORAS COM CRISE CONVULSIVA, REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, SENDO SEDADO E INTUBADO

SEDADO

RAMSAY VI

PUPILAS MIOTICAS

TC DE CRÂNIO: FRATURA FRONTOTEMPORAL DIREITA + HEMATOMA EXTRADURAL TEMPORAL DIREITA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
RISCO DE MORTE

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

TC DE CRÂNIO: FRATURA FRONTOTEMPORAL DIREITA + HEMATOMA EXTRADURAL TEMPORAL DIREITA

Diagnóstico e Procedimento Inicial:

S06.4 HEMORRAGIA EPIDURAL*403010276. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL

Profissional Solicitante / Assistente:
RAMON BARBALHO GUERREIRO

DR. RAMON B. GUERREIRO
NEUROCIRURGO
CRM/RN 5107

CRM: 5107 / RN

Data da Solicitação: 16/05/2019

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 Empresa: _____

CBOR: _____

☐ Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência: ☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado

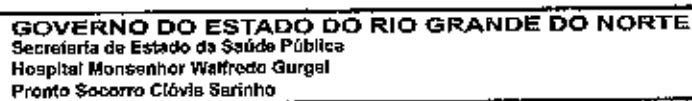
AUTORIZAÇÃO

Nº Autorização da AIH

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____


Documento: ☐ CNS ☐ CPF nº _____

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

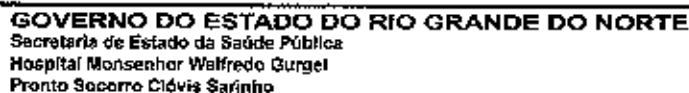


Nº Registro:

Wade: 2/20

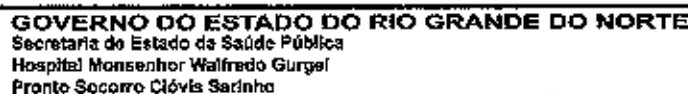
Let's 

0619



Nome: J. H. S. 2 Costa P. S. S. 1 (1) Nº Registro: _____
 Serviço: _____ Idade: _____ Letra: _____

[illegible]



Nome: JOSEAN GUSTAVO SUTER Nº Registro: _____
 Serviço: _____ Idade: _____ Sexo: _____
 Data de Nascimento: _____ Data de Admissão: _____
 Data de Exatidão: _____

[illegible]

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenor Walfredo Gurriel

Pronto Socorro Clóvia Sarinho

Nome: Yohann Carlos dos Santos

Service:

blades:

Nº Registro:

Leitn: 644

DATA

EVOLUÇÃO MULTIDICIPLINAR

19/08/2019

N. H. H. H. H.

Ergebnis: versch. von versch. Zonen: brenn. BNE (HOT 208 AGE)

Ad Sclita: inscrizione 1470. Tommaso di Rocco.

Donatelli Giuseppe Silvestri
Architetto
CRM - 67199

222 19/05/19

Products already existing

El punto de corte

02000000

Drum Vozro to Kibiro

Two

Ag to Union

CRM 4875
Neurocirurgia/Neurologia
Instituto de Aposentados

19.05.19

Antipraxis

Paciente neurologico, muito agitado hoje, manifestando espontaneamente em WSSO, sem sinais de desconforto respiratorio. SaO₂ 100%, hidratado e com bom motor. AP₂ 110/60 mm Hg. Condut: manifestar etimo agitado, ataxia de gaito simples,番禺mente no lado direito, da para 600 x 600 x mm a.a.

Flávio Emanuel Soffia de Melo
Fisioterapeuta Intensivista
CREFITO 153531 F

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (EO)	
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem em resposta verbal. Não conformar com o despesar de uma pessoa desconhecida, se a) Não responde a se não 1]	3
Olhos se abrem por estímulos dolorosos	2
Olhos não se abrem.	1
Resposta Verbal (RV)	
O paciente responde verbalmente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, hora, onde está, onde se encontra.	5
Responde às perguntas verbalmente, mas não responde a perguntas e respostas.	4
Paciente responde verbalmente, mas não responde a perguntas.	3
Paciente responde verbalmente, mas não responde a perguntas.	2
Paciente responde verbalmente, mas não responde a perguntas.	1
Resposta Motora (RM)	
O paciente responde verbalmente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, hora, onde está, onde se encontra.	6
O paciente responde verbalmente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, hora, onde está, onde se encontra.	5
O paciente responde verbalmente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, hora, onde está, onde se encontra.	4
O paciente responde verbalmente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, hora, onde está, onde se encontra.	3
O paciente responde verbalmente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, hora, onde está, onde se encontra.	2
O paciente responde verbalmente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, hora, onde está, onde se encontra.	1

⁴Escola de Trauma Rattinada (2003): Bases técnicas de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Associação de Cirurgiões do ABC. Grupo W.I. Lopes, et al. A revision of the Trauma course. J. Trauma 2003; 54: 1000.

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

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A
B
C
D
E

A(ALERGIAS)

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Dr. Rafael Kosas
 Cirurgião Geral e do Aparelho Digestivo
 CRM/RN 4501

OUTROS

CONDUZA PRIMÁRIA@MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

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

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:	DATA	HORA
SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:		
ÓBITO: DATA	HORA	
ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP		

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 039.499.494-96 4 - Nome completo da vítima: JOBSON COSTA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: JOBSON COSTA DOS SANTOS 6 - CPF: 039.499.494-96
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA: SEN GEORGINO ALBUINO 9 - Número: 55 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: SERENA CARADA 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.245-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 84.998945-9725-84.99898-2468

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0306 CONTA: 89053
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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 por invalidez permanente, uma vez que assinalar uma das opções:

☒ 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.

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34 - Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 45 - Assinatura do Procurador (se houver)

46 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 47 - Assinatura do Procurador (se houver)

48 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 49 - Assinatura do Procurador (se houver)

SAC CAIXA 0800 076 0101 (De segunda a quinta-feira, das 8h às 18h)

Resumo da sua poupança



Este resumo é fornecido automaticamente

para quem é titular de uma poupança CAIXA

Atendimento Especializado: 0800 076 0101 (De segunda a quinta-feira, das 8h às 18h)

0800 726 0501 (Domingos e feriados)

Outros canais: 0800 125 7771

caixa.gov.br

CAIXA

AQUI Banco24Horas

Seu Banco 24 horas por dia, 7 dias por semana

CAIXA
POUPANÇA

4392 6718 4542 7703

JOHSON COSTA DOS SANTOS

0805 013 06089053-0 10/24

VISA

Electron

PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA CAIADA
HOSPITAL E MATERNIDADE DONA TECA

Rua: Manoel Xavier Bezerra, 51 - Centro- Serra Caiada/RN - Tel.: 84 3293-0200.

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 50

Nome: Robson Costa dos Santos Profissão: _____
Data de Nascimento: 23/06/80 Idade: 39 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino
Cor: _____ Escolaridade: _____ Tel.: _____
Naturalidade: _____ Estado Civil: _____ Identidade: 004.837.401
Cartão SUS: 705000201079750
Filiação (Mãe ou Pai): Maria de Fátima Costa
ENDEREÇO: R: Sen. Georgino Avelino Nº _____
Bairro: _____ Complemento: _____ CEP: _____
Cidade: S. Caiada Data: 16/05/19 Hora: 16:20

APRESENTAÇÃO DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PRESSÃO ARTERIAL _____ X _____ PESO _____ TEMP _____ HGT _____ FC _____ SPO2 _____
HISTÓRICO ATUAL: Hipertemia(☐) Diarreia(☐) Emese(☐) Artralgia(☐) Dor generalizada(☐) Edema(☐) Prurido(☐)
Dispneia(☐) Dor retrorbitaria(☐) Linfonodomegalia(☐) Exantema(☐)

Outros: 38,0, Apneia, Tc. Oxiômetro não utilizado, autônomo.
motociclista. Acidente em via pública batendo num muro. FC=65
Sat=90%, ECG=14pmas (irregular) FR=20, FC=65bpm, PA=140x90.
Agente muito agitado, cl desorientado, muita sudorese, cl
hematoma.

PROCEDIMENTO

At. HUGA - Politrauma

98850 - 58-83

NATA:



Alinocha Sergey de Lima
CRM - 4719

LIBERAÇÃO DO PACIENTE:

(☐) INTERNAÇÃO (☐) ALTA (☐) TRANSFERIDO (☐) EVASÃO

DATA: 16/05/19