

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: 12/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCA ANTONIA LILIANE DE ARAUJO SILV

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000048697-0

Nr. da Autenticação 20C37BAB4E734BBB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190675992 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCA ANTONIA LILIANE DE ARAUJO SILVA **Data do acidente:** 29/07/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATO TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/ PLACA E PARAFUSOS- PAG 14,16)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

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 MODERADO DO JOELHO DIREITO.

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

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190675992

Vítima: FRANCISCA ANTONIA LILIANE DE ARAUJO SILVA

Data do Acidente: 29/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDILSON DANTAS DE ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCA ANTONIA LILIANE DE ARAUJO SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190675992

Vítima: FRANCISCA ANTONIA LILIANE DE ARAUJO SILVA

Data do Acidente: 29/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDILSON DANTAS DE ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCA ANTONIA LILIANE DE ARAUJO SILVA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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

Recebedor: FRANCISCA ANTONIA LILIANE DE ARAUJO SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000560

Conta: 0000048697-0

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

035 547 564 - 23

4 - Nome completo da vítima:

Francisca Antonia L. de A. Silva

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

5 - Nome completo:

Francisca Antonia L. de A. Silva

7 - Profissão:

Tec. Enfermagem

8 - Endereço:

Rua Silva Jardim

11 - Bairro:

Bom Vista

12 - Cidade:

Mozoro

15 - E-mail:

Não Possui

6 - CPF:

035 547 564 - 23

9 - Número:

573

10 - Complemento:

Casa

13 - Estado:

RJ

14 - CEP:

59605-300

16 - Tel. (DDD):

(84) 99827-0066

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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0560

CONTA:

48697

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 do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (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 nascituro (ainda não nasceu)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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

profissão
e/ou
cargo da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Mozoro RJ 29/10/2019

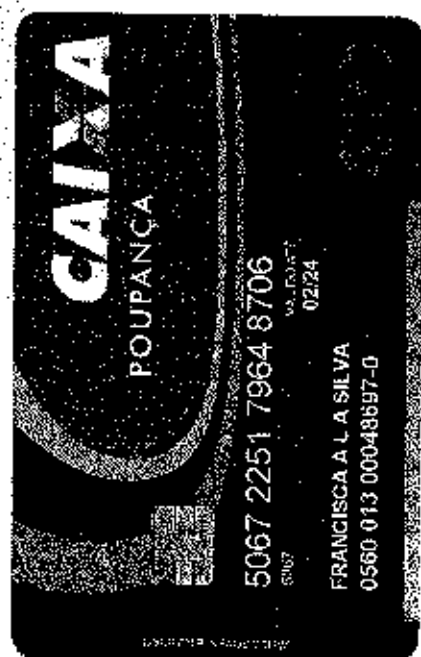
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Francisca Antonia L. de A. Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 049480/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/11/2019 10:31 Data/Hora Fim: 20/11/2019 10:31
Origem: Data: 08/10/2019
Delegado de Polícia: Valtair Camilo de Paiva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró
Data/Hora do Fato: 29/07/2019 20:00

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Logradouro: Alberto Maranhão

Bairro: Barrocas

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCA ANTÔNIA LILIANE DE ARAÚJO SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)
Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Mossoró Sexo: Feminino Nasc: 08/02/1982
Profissão: Auxiliar de Enfermagem
Estado Civil: Viúvo(a)
Nome da Mãe: Maria Eliane de Araújo

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 035.547.564-23

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: R Silva Jardim
Bairro: Boa Vista
Telefone: (84) 98778-0836 (Celular)

Nº: 573
CEP: 59.605-100

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 035.547.564-23	Placa QGK4850
Renavam 01079863379	Número do Motor JL1P39FMB13T016210
Número do Chassi 951BXKBA8EB003184	Ano/Modelo Fabricação 2014/2013
Cor CINZA	UF Veículo Rio Grande do Norte
Município Veículo Mossoró	Marca/Modelo MOTO TRAXX/JL50Q-8
Modelo MOTO TRAXX/JL50Q-8	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 02/03/2016	Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Francisca Antônia Liliane de Araújo Silva	Proprietário



Delegado de Polícia Civil: Valtair Camilo de Paiva
Impresso por: Helder Emerson Nogueira Jerônimo
Data de Impressão: 20/11/2019 10:31
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 049480/2019-A01

RELATO/HISTÓRICO

Declarou que conduzia a sua moto quando colidiu contra um gato atravessando a via, vindo a perder o controle e sofrer queda da sua motocicleta; Que o BO é para fins de DPVAT; Que não houve ou desejou representação criminal; Que foi encaminhada pelo SAMU ao HRTM; Nada mais disse.

ASSINATURAS

Helder Emerson Nogueira Jerônimo

Agente da Polícia
Matrícula 1890205

Responsável pelo Atendimento

Francisca Antônia Liliã de Araújo Silva

(Comunicante / Vítima)

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **035 547 564-23** 4 - Nome completo da vítima: **Francisca Antonia L. de A. Silva**

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

5 - Nome completo: **Francisca Antonia L. de A. Silva** 6 - CPF: **035 547 564-23**
7 - Profissão: **Rec. Enfermagem** 8 - Endereço: **Rua Silva Jardim** 9 - Número: **513** 10 - Complemento: **Casa**
11 - Bairro: **Boa Vista** 12 - Cidade: **Mossoró** 13 - Estado: **RN** 14 - CEP: **59605-100**
15 - E-mail: **Não Possui** 16 - Tel.(DDD): **(84) 99827-0066**

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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: **0560** CONTA: **48697** **0** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vivo/nascido)? ☐ 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 - Imposição digital de vítima ou beneficiário não autorizada
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Mossoró - RN 29/10/2019**

Francisca Antonia L. de A. Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Francisca Antonia L. de A. Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**SAMU
MOSSORÓ
192**

**Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192**

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 487

Mossoró 05 de Setembro de 2019

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário: **FRANCISCA ANTONIA LILIANE DE ARAUJO SILVA, 37 anos.**

Natureza da Ocorrência: Acidente Automobilístico; Queda de moto

Data da Ocorrência: 29/07/2019

Local da ocorrência: Avenida: Alberto Maranhão/Barrocas/Prox. a Indufal

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

Hora do Chamado: 20h 21min.

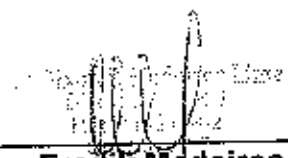
Procedimento no Local: Na cena, vítima foi submetida a imobilização (prancha, colar, coxim e tirantes), e foi encaminhada para a Unidade de Saúde (HRTM), conforme regulação médica do SAMU 192 Mossoró.

Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: JOSE EDILSON DANTAS DE ARAUJO, 30 anos, portador de RG: 002.521.681.

Estamos à disposição para mais informações.

SILVANIA DO MONTE SANTIAGO
DIRETORA GERAL DO SAMU
MAT. 58682-1

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


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

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTERUA MERMOSZ, 150, BALDO
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços do Rio Grande do Norte-

ARSEP 0800 727 0187 -Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE
JOSE MOREIRA DE ARAUJODATA DE VENCIMENTO
18/09/2019DATA EMISSÃO DA NOTA
FISCAL

11/09/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

11/09/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

029961260

CONTA CONTRATO
0477871011

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
Monofásico
B1ENDEREÇO
RUA SILVA JARDIM 573 -BOA
VISTA/AREA URBANA -59605-100
MOSSORO RN -TOTAL A PAGAR
R\$ 68,51PERÍODO CONSUMO
12/08/2019 a 11/09/2019CONSUMO
30

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 18,00 valor do imposto R\$ 9,72

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO

0477871011

MÊS/ANO

09/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 68,51

VENCIMENTO

18/09/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evita dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este canhoto será usado em
leitora ótica.

838100000000 685100384002 477871011208 014700294732

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTERUA MERMOSZ, 150, BALDO
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços do Rio Grande do Norte-

ARSEP 0800 727 0187 -Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE
JOSE MOREIRA DE ARAUJODATA DE VENCIMENTO
18/09/2019DATA EMISSÃO DA NOTA
FISCAL

11/09/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

11/09/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

029961260

CONTA CONTRATO
0477871011

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
Monofásico
B1ENDEREÇO
RUA SILVA JARDIM 573 -BOA
VISTA/AREA URBANA -59605-100
MOSSORO RN -TOTAL A PAGAR
R\$ 68,51PERÍODO CONSUMO
12/08/2019 a 11/09/2019CONSUMO
30

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 18,00 valor do imposto R\$ 9,72

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO

0477871011

MÊS/ANO

09/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 68,51

VENCIMENTO

18/09/2019

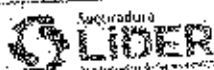
TALÃO DE PAGAMENTO

Evita dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este canhoto será usado em
leitora ótica.

838100000000 685100384002 477871011208 014700294732

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.superintendenciaseguros.gov.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 072 12 06

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 072 01 89 | SAC (para deficientes físicos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 93 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:
<http://www.susep.gov.br/BR/NOTICASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?ID=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a manter o cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Esse 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 de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização da Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PRIVADÊNCIA PRIVADA, SAÚDE, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. O CONSELHO DE CONTROLE DE FINANÇAS - CCJAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM SUA FUNÇÃO DE SUPERVISÃO, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS E SÓLITAS DE ATIVIDADES ILEGÍTIMAS PREVISTAS NA LEI Nº 6.763/98.

Pelo exposto, eu José Wilson Dantas de Araújo
inscrito (a) no CPF/CNPJ: 096.772.394.90 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Francisca A. Liliane de A. Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 035547564.23
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Francisca A. Liliane de A. Silva
inscrito (a) no CPF sob o nº 035547564.23 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: Recebe Renda: Recebe e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recusa Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Superintendência SUSEP - DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Silva Jardim</u>	Número: <u>573</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>PR</u>	CEP: <u>59605-300</u>
Cidade: <u>Morrore</u>	Fonele: <u>(84) 98827-0066</u>	
E-mail: <u>Não Possui</u>		

Local e Data: Morrore - PR 29/10/2019

x José Wilson Dantas de Araújo
Assinatura do Declarante



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	
8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO
10 - RAÇA/COR	
11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	17 - DDD, RGE MUNICÍPIO
18 - UF	19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO	
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL	
24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
31 - DOCUMENTO	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
35 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	40 - Nº DO BILHETE
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	41 - SÉRIE
42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNPJ DA EMPRESA
44 - CBOB	
45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA	
() EMPREGADO	() EMPREGADOR
() AUTÔNOMO	() DESEMPREGADO
() APOSENTADO	() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO	
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - COD. EMISSÃO EMISSOR
48 - DOCUMENTO	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 56735 /2019

Admissão: 29/07/2019 21:00:59

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 11222 - FRANCISCA ANTONIA LILIANE DE ARAUJO SILVA (37 a 5 m 21 d)

Nascimento: 08/02/1982

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: 703606074201130

CPF: 03554756423

Prof:

Mãe: MARIA ELIANE DE ARAUJO

Pai: FRANCISCO ASSIS DA SILVA

Logradouro: SILVA JARDIM, 573

CEP: 59605100

Bairro: BOA VISTA

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.987780836

Compl:

Motivo (alagado pelo paciente): QUEDA - ESCADA

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: Samu

Classificação:

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	120/80		99		20				

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: Deformidade e dor em M.D/queda de mpto

Hora 21:00 Recente, vítima de trauma em região lateral no esterno da direita, após queda de considerável altura de aproximadamente 10 metros, com lesão de fratura de costela.

A = um area pequena, com coloração local vermelha e palpável B = MV+, sem expirar subcutâneo C = estútil e hiperinflado, sem sinais de apneia D = ciberespiras, pupila esquerda dilatada E = Esmu na região D com aspecto fraturado

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORARIO	ASSINT.
1) R x pulmão D. AD+P			
2) Analgesia em curva de 100mg			
3) Talatid 40mg + AED - EV			
4) Dipirona 500mg/ml - 2ml + AED - EV			
fraseal 100mg 1ampola diluída 100ml S.F. e			
Glub			
faixa compressiva			
Dito 200g e 2 pontos de			
109 p/ instalar fralda total			
AS C.T.R. apertada			

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencha CID-PROC)

CID 582.1 Proc. 0468080551 Data: 27/7/19. Hr: 22:40 Médico:

*Gerado via SX por FRANCISCA VALERIA DE MEDEIROS. Impresso em 29 de Julho de 2019.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 27/07/2019

SAME / ARQUIVO



LAUDO

PACIENTE Francisca A. L. A. Silva, FOI SUBMETIDO(A) A TRATAMENTO
CIRURGICO DE natureza ortopédica, NO HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE
LUCENA NO DIA 22/08/19 E DEVE MANTER ACOMPANHAMENTO
AMBULATORIAL E FISIOTERAPICO.

AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS A CRITERIO MEDICO PERITO, por um
período estimado de 100 (cem) dias.

CID 10: S82.1

Dr. Ricardo Evangelista B. Pimenta
Ortopedista e Traumatologia
CRM 5387 - TR 17425

PARNAMIRIM 24/08/19



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

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: FCC Antonio Gomes Idade: Nº Reg.

Serviço: ORTOPEDIA Enº: 212 Leito: 01

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

Parecer Cardiológico
Pre-OP

Mossoró, 30 de 02 de 2013

Médico que solicita o parecer

PARECER: + Cardiologia

Aguinaldo C. C.

Dr. Hamilton Nunes
Cardiologia Clínica e Intervencionista
CRM/RN - 5839

* Status

* Dissociados da parte de vta cardiovascular

* Negativa para Cerebropatia * Tabaquista

* Boa capacidade funcional

Med. 27.3 mg/dl 120/70 mmHg

* R37 PC-84mm Phrenol ASD: 60°
ORL: 27.3 mg/dl 120/70 mmHg

Dr. Hamilton Nunes
Cardiologia Clínica e Intervencionista
CRM/RN - 5839

* Baixa no exame

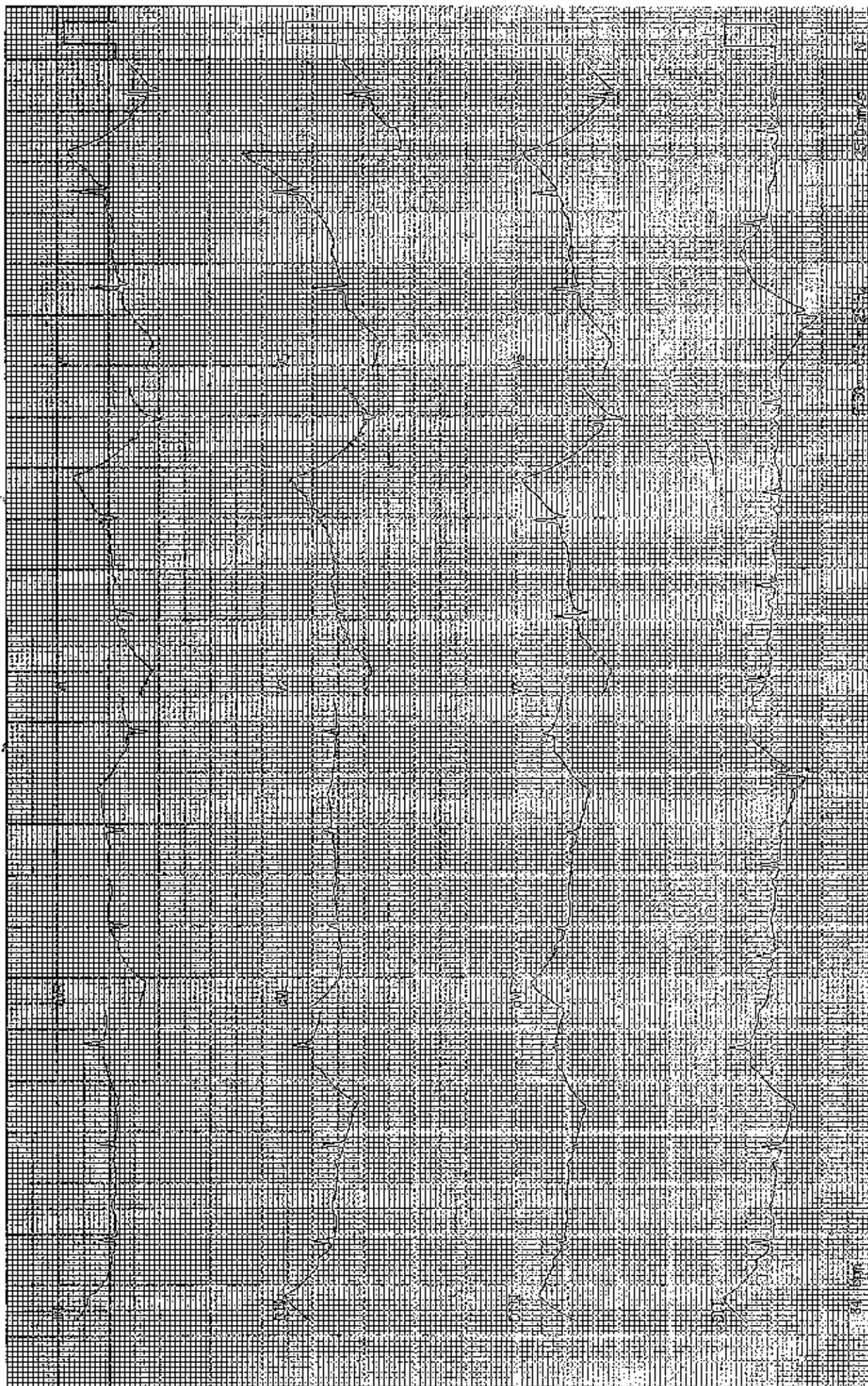
37 años

Sexo: F

FCA ANTONIA LILIANE DE A SILVA

31/07/2019 12:39

HEM



HEMOPATIA DE ABRIL 1980

CRF-PB 2826

**SESAPIRN - HRTM - LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS**

Atend: 336/2019 Dt. Atend: 02/08/2019 17:20 Dt. Impressão: 02/08/2019 17:22

Paciente: 11222 FRANCISCA ANTONIA LILIANE DE ARAUJO SILVA - Feminino - 37 anos 5 meses e 22 dias

FIA: TARCISIO MAIA 3992/2019 - Unid: CLINICA ORTOPEDICA .Quarto: 212 .Leito: 01

Med. Solicitante: DIEGO ARIEL DE LIMA - CRM 7406/RN

HEMOGLOBINA: 11,00 g/dl

Valores Referência: Masculino: 13,5 a 18,0 g/dl

Feminino: 11,5 a 16,0 g/dl

Método: Automação BS-3000plus

HEMATÓCRITO : 31,70 %

Valores de Referência : Masculino : 40 a 54 %

Feminino : 37 a 47 %

Crianças : 30 a 40%

Recém-nacidos : 45 a 65%

Método : Semi-automatizado: BC - 3000plus

ALLYSON FORTUNATO DE ABRANTES

CRF-PB 2826



ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 11222 - FRANCISCA ANTONIA LILIANE DE ARAUJO SILVA (37 a 5 m 21 d)
 Nascimento: 08/02/1982 Natural: MOSSORO-BRASIL Sexo: F Cor: PARDA
 CNS: 703606074201130 CPF: 03554756423 Prof:
 Mãe: MARIA ELIANE DE ARAUJO Pai: FRANCISCO ASSIS DA SILVA
 Logradouro: SILVA JARDIM, 573 Cidade: MOSSORO
 CEP: 59605100 Bairro: BOA VISTA
 Telefone: 84.987780836 Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - ESCADA
 Origem: SAMU RN

Tipo: REGULADO
 *Empresa:

OBS: Samu						Classificação:		PESO:	
						29/07/2019 20:59:45			
HORA	P.A.	HGT	SatO2	PIO2	F.R.	F.O.	TEMP.	Glasgow	RTB
	120 80		99		20				

HISTORIA - EXAME FISICO

Queixas: Deformidade e dor em M.D/queda de moto

Hora 21:00 Recente, vítima de trauma em região lateral
 no esterno da direita, região paravertebral, com
 luxação.
 A= um braço pendente, com elos locais
 B= MV+, sem expirar subcutâneo
 C= osso 1 humeral esquerdo, sem sinais de fratura
 D= ulna esquerda, fratura isolada do terço médio
 E= Dor na região D com suspeita fratura

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORARIO	ASSINT.
1) RX de M.D. AD+P			
2) Analgésico em regime de dose contínua			
3) Paracetamol 40mg + ASD - EV			
4) Dipirona 500mg/ml - 2ml + ASD - EV			
5) Analgésico 100mg/ml - 10ml + ASD - EV			
6) Analgésico 100mg/ml - 10ml + ASD - EV			
7) Analgésico 100mg/ml - 10ml + ASD - EV			
8) Analgésico 100mg/ml - 10ml + ASD - EV			
9) Analgésico 100mg/ml - 10ml + ASD - EV			
10) Analgésico 100mg/ml - 10ml + ASD - EV			
11) Analgésico 100mg/ml - 10ml + ASD - EV			
12) Analgésico 100mg/ml - 10ml + ASD - EV			
13) Analgésico 100mg/ml - 10ml + ASD - EV			
14) Analgésico 100mg/ml - 10ml + ASD - EV			
15) Analgésico 100mg/ml - 10ml + ASD - EV			
16) Analgésico 100mg/ml - 10ml + ASD - EV			
17) Analgésico 100mg/ml - 10ml + ASD - EV			
18) Analgésico 100mg/ml - 10ml + ASD - EV			
19) Analgésico 100mg/ml - 10ml + ASD - EV			
20) Analgésico 100mg/ml - 10ml + ASD - EV			

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

CID: S82.1 Proc. 04680551 Data: 29/07/19. Hr: 21:40 Médico:

*Gerado via SX por FRANCISCA VALERIA DE MEDEIROS, impresso em 29 de Julho de 2019.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAMU MOSSORO 29/07/2019



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
50725/2018

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 56735 /2019

Admissão: 29/07/2019 21:00:59

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 11222 - FRANCISCA ANTONIA LILIANE DE ARAUJO SILVA (37 a 5 m 26 d) Sexo: F

Nascimento: 08/02/1982

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: 703608074201130

CPF: 03554756423

Prot

Mãe: MARIA ELIANE DE ARAUJO

23 Fiot.
Paiz FRANCISCO ASSIS DA SILVA

Logradouro: SILVA JARDIM, 573

CEP: 59605100

Bairro: BOA VISTA

Cidade: MOSSORO

Telephone: 84.987780836

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresarial

OBS: Same

Classificação:

20/07/2019 20:59:45

PESO:

OBS: Samu					29/07/2019 20:59:45				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	120 80		98		20				

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: Deformidade e dor em MIB/queda de moto

Hora: _____

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MARI
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 07/02/2011

SAME / ARQUIVO

Diagn. Initial:

[illegible]

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

CID

Proc.

Data: / /19. Hr: : :

Médico:

(Assignar a)

*Gerado via SX por FRANCISCA VALERIA DE MEDEIROS. Impresso em 08 de Agosto de 2019.

September



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

Identificação do Paciente

6- PACIENTE

FRANCISCA ANTONIA LILIANE DE ARAUJO SILVA

7- CARTÃO NACIONAL/UG

703 6080 7420 1130

11- NOME DA MÃE

MARIA ELIANE DE ARAUJO

13- NOME DO RESPONSÁVEL

MARIA ELIANE DE ARAUJO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA JARDIM 573

16- MUNICÍPIO

MOSSORO

8- DATA DE NASCIMENTO

08/02/1982

9- SEXO

FEMININO

5- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

187159

10- RAÇA/COR

BRANCA

12- TELEFONE DE CONTATO

14- TELEFONE DE CONTATO

17- BAIRRO

BOA VISTA

18- UF

RN

19- CEP

59805100

Justificativa da Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

do paciente procura em e/ou
do paciente D/T/T/T em

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

neurote fútil e longo

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

ECG + ASX

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento clínico

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DO DOCUMENTO DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

36- () AC. TRÂNSITO

37- () AC. TRABALHO TIPO

38- () AC. TRABALHO TRAJETO

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO ROLHETE

41- SÉRIE

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

48- DOCUMENTO

49- Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

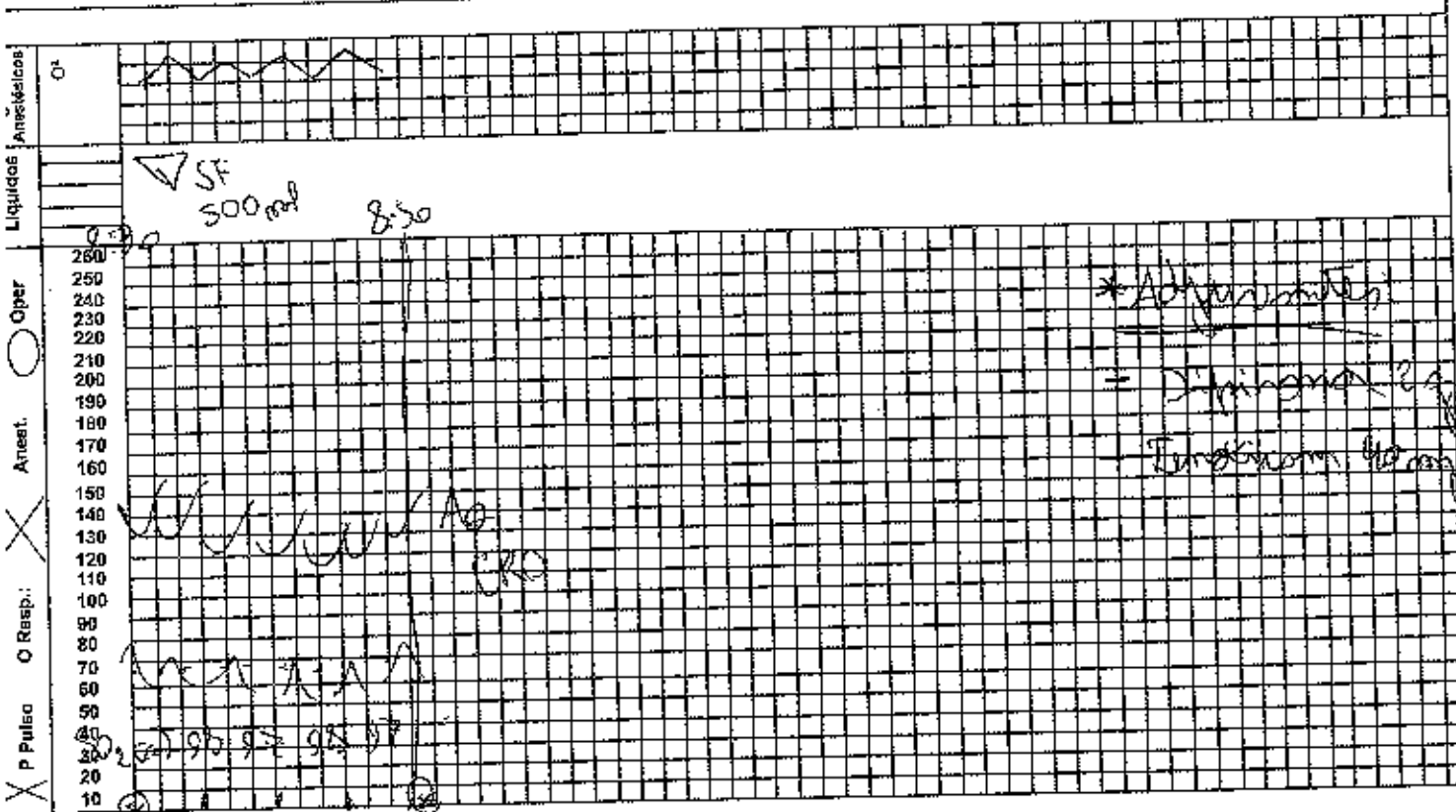
CONFERE COM ORIGINAL
DATA: 11/11/2011

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia																		
Hospital					Enfermaria	Leito	Nº prontuário											
Nome					Idade		Sexo	Cor										
Francisco Antonio de A. Silva					37		F											
Data	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso		Outros											
22/08/19																		
Tipo sanguíneo	Hematias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia													
	Urina																	
Ap. respiratório																		
Ap. circulatório					Asma		Bronquite											
Ap. digestivo					Eletrocardiograma													
Estado mental			Dentes	Pescoço	Ap. urinário													
			Ataraxicos	Corticóides	Alergia		Hipotensores											
Diagnóstico pré-operatório					Estado físico		Risco											
Fotografia de foto torácica direita																		
Nisteseis anteriores																		
Medicação pré-anestésica																		
Aplicada às					Efeito													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicação</th> <th>Aplicada às</th> <th>Efeito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>34mg</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2L 500ml 500ml</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										Medicação	Aplicada às	Efeito	34mg			2L 500ml 500ml		
Medicação	Aplicada às	Efeito																
34mg																		
2L 500ml 500ml																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicação</th> <th>Aplicada às</th> <th>Efeito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>34mg</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2L 500ml 500ml</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										Medicação	Aplicada às	Efeito	34mg			2L 500ml 500ml		
Medicação	Aplicada às	Efeito																
34mg																		
2L 500ml 500ml																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicação</th> <th>Aplicada às</th> <th>Efeito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>34mg</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2L 500ml 500ml</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										Medicação	Aplicada às	Efeito	34mg			2L 500ml 500ml		
Medicação	Aplicada às	Efeito																
34mg																		
2L 500ml 500ml																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicação</th> <th>Aplicada às</th> <th>Efeito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>34mg</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2L 500ml 500ml</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										Medicação	Aplicada às	Efeito	34mg			2L 500ml 500ml		
Medicação	Aplicada às	Efeito																
34mg																		
2L 500ml 500ml																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicação</th> <th>Aplicada às</th> <th>Efeito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>34mg</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2L 500ml 500ml</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										Medicação	Aplicada às	Efeito	34mg			2L 500ml 500ml		
Medicação	Aplicada às	Efeito																
34mg																		
2L 500ml 500ml																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicação</th> <th>Aplicada às</th> <th>Efeito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>34mg</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2L 500ml 500ml</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										Medicação	Aplicada às	Efeito	34mg			2L 500ml 500ml		
Medicação	Aplicada às	Efeito																
34mg																		
2L 500ml 500ml																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicação</th> <th>Aplicada às</th> <th>Efeito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>34mg</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2L 500ml 500ml</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										Medicação	Aplicada às	Efeito	34mg			2L 500ml 500ml		
Medicação	Aplicada às	Efeito																
34mg																		
2L 500ml 500ml																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicação</th> <th>Aplicada às</th> <th>Efeito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>34mg</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2L 500ml 500ml</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										Medicação	Aplicada às	Efeito	34mg			2L 500ml 500ml		
Medicação	Aplicada às	Efeito																
34mg																		
2L 500ml 500ml																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicação</th> <th>Aplicada às</th> <th>Efeito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>34mg</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2L 500ml 500ml</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										Medicação	Aplicada às	Efeito	34mg			2L 500ml 500ml		
Medicação	Aplicada às	Efeito																
34mg																		
2L 500ml 500ml																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicação</th> <th>Aplicada às</th> <th>Efeito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>34mg</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2L 500ml 500ml</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										Medicação	Aplicada às	Efeito	34mg			2L 500ml 500ml		
Medicação	Aplicada às	Efeito																
34mg																		
2L 500ml 500ml																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicação</th> <th>Aplicada às</th> <th>Efeito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>34mg</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2L 500ml 500ml</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										Medicação	Aplicada às	Efeito	34mg			2L 500ml 500ml		
Medicação	Aplicada às	Efeito																
34mg																		
2L 500ml 500ml																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicação</th> <th>Aplicada às</th> <th>Efeito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>34mg</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2L 500ml 500ml</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										Medicação	Aplicada às	Efeito	34mg			2L 500ml 500ml		
Medicação	Aplicada às	Efeito																
34mg																		
2L 500ml 500ml																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicação</th> <th>Aplicada às</th> <th>Efeito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>34mg</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2L 500ml 500ml</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										Medicação	Aplicada às	Efeito	34mg			2L 500ml 500ml		
Medicação	Aplicada às	Efeito																
34mg																		
2L 500ml 500ml																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicação</th> <th>Aplicada às</th> <th>Efeito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>34mg</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2L 500ml 500ml</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										Medicação	Aplicada às	Efeito	34mg			2L 500ml 500ml		
Medicação	Aplicada às	Efeito																
34mg																		
2L 500ml 500ml																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicação</th> <th>Aplicada às</th> <th>Efeito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>34mg</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2L 500ml 500ml</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										Medicação	Aplicada às	Efeito	34mg			2L 500ml 500ml		
Medicação	Aplicada às	Efeito																
34mg																		
2L 500ml 500ml																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicação</th> <th>Aplicada às</th> <th>Efeito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>34mg</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2L 500ml 500ml</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										Medicação	Aplicada às	Efeito	34mg			2L 500ml 500ml		
Medicação	Aplicada às	Efeito																
34mg																		
2L 500ml 500ml																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicação</th> <th>Aplicada às</th> <th>Efeito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>34mg</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2L 500ml 500ml</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										Medicação	Aplicada às	Efeito	34mg			2L 500ml 500ml		
Medicação	Aplicada às	Efeito																
34mg																		
2L 500ml 500ml																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicação</th> <th>Aplicada às</th> <th>Efeito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>34mg</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2L 500ml 500ml</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										Medicação	Aplicada às	Efeito	34mg			2L 500ml 500ml		
Medicação	Aplicada às	Efeito																
34mg																		
2L 500ml 500ml																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicação</th> <th>Aplicada às</th> <th>Efeito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>34mg</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2L 500ml 500ml</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										Medicação	Aplicada às	Efeito	34mg			2L 500ml 500ml		
Medicação	Aplicada às	Efeito																
34mg																		
2L 500ml 500ml																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicação</th> <th>Aplicada às</th> <th>Efeito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>34mg</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2L 500ml 500ml</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										Medicação	Aplicada às	Efeito	34mg			2L 500ml 500ml		
Medicação	Aplicada às	Efeito																
34mg																		
2L 500ml 500ml																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicação</th> <th>Aplicada às</th> <th>Efeito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>34mg</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2L 500ml 500ml</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										Medicação	Aplicada às	Efeito	34mg			2L 500ml 500ml		
Medicação	Aplicada às	Efeito																
34mg																		
2L 500ml 500ml																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicação</th> <th>Aplicada às</th> <th>Efeito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>34mg</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2L 500ml 500ml</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										Medicação	Aplicada às	Efeito	34mg			2L 500ml 500ml		
Medicação	Aplicada às	Efeito																
34mg																		
2L 500ml 500ml																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicação</th> <th>Aplicada às</th> <th>Efeito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>34mg</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2L 500ml 500ml</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										Medicação	Aplicada às	Efeito	34mg			2L 500ml 500ml		
Medicação	Aplicada às	Efeito																
34mg																		
2L 500ml 500ml																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicação</th> <th>Aplicada às</th> <th>Efeito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>34mg</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2L 500ml 500ml</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										Medicação	Aplicada às	Efeito	34mg			2L 500ml 500ml		
Medicação	Aplicada às	Efeito																
34mg																		
2L 500ml 500ml																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicação</th> <th>Aplicada às</th> <th>Efeito</th> </</tr></thead></table>										Medicação	Aplicada às	Efeito						
Medicação	Aplicada às	Efeito																

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital HM				Enfermaria	Leito	Nº prontuário	
Nome Francisco A. C. de Araújo Silva				Idade	Sexo F	Cor	
Pressão arterial		Pulso	Respiração	Temperatura	Peso ~65kg	Outros	
Hematematias		Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia		
Urina		Viola pontusaria					
respiratório					Asma	Bronquite	
circulatório					Eletrocardiograma		
digestivo			Dentes	Pescoco	Ap. urinário		
ado mental			Ataracicos	Corticoides	Alergia NDN	Hipotensores	
gnóstico pré-operatório					Estado físico SA	Risco	
Exatidão de platô tibial e direito							
Exatidão anterior							
Indicação pré-anestésica				Aplicada em	Efeito		



SIMBOLOS	
E	
NOTAÇÕES	
POSIÇÃO	DDH
Agentes	Ketamina 25mg; Propofol 140mg
Técnica	Genel Veno
Operação	Retirada de F.E.
Cirurgiões	Elson + Diego
Anestesiistas	Arthur Hally
Observações	Perda sanguínea

Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias

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

Interv. p/oper

Dr. Edmar M. Dantas
CRM-942
Ortopedia-Traumatologia

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

☐ FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	☒ INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>Ortopedia</i>	☐ REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____	DECISÃO MÉDICA ☐ HORA _____ HORA _____	A REVELIA ☐
ENTREGUE À FAMÍLIA ☐	S.V.O. ☐	I.T.E.P. ☐
Núcleo Interno de Regulação NIR / HDML AUTORIZADO MÉDICO (Carimbo) CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)		

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

202-3
Autorizado pelo Nucleo de Regulação NGR/HM
AUTORIZADO

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

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNES DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR

48 - DOCUMENTO

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

DATA:



Hospital

Nº prontuário

Nome do paciente

Data operação

Enf.

Leito

Operador

FRANCISCA ANTÔNIA DE A SILVA

1º auxiliar

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesieta

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

22/08/2019

DR. ELSON JOSÉ / DR. PEDRO MELO

Tipo de operação

Diagnóstico pós-operatório

FRATURA DO PLATO TIBIAL DIREITO (GRAVE, S VI)

Relatório imediato do patologista

OSTEOSSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA

2. ESVAZIAMENTO MID

3. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA + COLOCAÇÃO DOS CAMPOS ESTÉREIS

4. INCISÃO EM CRISTA ILIACA RETIRADA DE ENXERTO + LAVAGEM + SUTURA

5. INCISÃO LATERAL E POSTEROMEDIAL EM JOELHO, DISSECÇÃO POR PLANOS

6. REDUÇÃO DOS COMPONENTES POSTERIOR E MEDIAL DO PLATO TIBIAL +
FIXAÇÃO COM PLACA EM POSTERIOR 3,5 MM PARAFUSOS + 4,5 MM EM T
MEDIAL + PARAFUSOS7. LEVANTADA SÚRPERFICIE ARTICULAR + ENXERTO + PLACA 4,5 MM L +
PARAFUSOS

8. SOB ESCOPIA

9. LAVAGEM EXAUSTIVA + SUTURA POR PLANOS

10. BOA PERFUSÃO DISTAL

11. MANIPULAÇÃO ARTICULAR

12. RX DE CONTROLE

CIRURGIAS MÚLTIPLAS

041501012

POLITRAUMATIZADO

041503013

PROC. CLÍNICO

PROC. CIRÚRGICO

040805055

CBO. 225225

CBO. 225270

3 DIAS

CBO. 225270

MÉDICO COOPERADO:

Dr. Elson José
Cirurgião Geralista

US-703 60607420 1130 Sep. 9 7

at.



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome: Vanessa Antônia de Azevedo
 Idade: 08/03/1987 COR: — SEXO: Seu. ESTADO CIVIL: Solteira
 NATURALIDADE: Bossorô - RN PROFISSÃO: Sec. de Saúde PROCEDÊNCIA: —
 ENDEREÇO: Rua Silva Távila 373 - Boa Vista BAIRRO: Boa Vista
 CIDADE: Bossorô - RN DATA: 14/08/2019 HORA: 10:20h

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

LEGIA ACIDENTE DE TRABALHO ☐ SIM ☐ NÃO ☐

PUPILAS, A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW) B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA C) PRESSÃO ARTERIAL

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

TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO TA.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)
Queda de uma escada e/ou chafiz do
plato fibular D/1 TTT cirúrgico

EXAME FÍSICO

[Handwritten signature and stamp]

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL fratura plato fibular D



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

OBS

REGULAÇÃO
NÃO REGULADOCLÍNICA
ORTOPEDIA

ENFERMARIA Nº

LEITO

PRONTUÁRIO

167159

CATEGORIA

CM

DATA
14/08/2019HORA
10:48

DATA DE NASCIMENTO

08/02/1982

PACIENTE

FRANCISCA ANTONIA LILIANE DE ARAUJO SILVA

PROFISSÃO

TEC ENF

ESTADO CIVIL

SOLTEIRO

ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA JARDIM 573

MUNICÍPIO

MOSSORO

BAIRRO

BOA VISTA

UF

RN

CEP

59605100

TELEFONE

LOCAL DE TRABALHO

FILIAÇÃO

MARIA ELIANE DE ARAUJO

FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA

TELEFONE

RESPONSÁVEL

MARIA ELIANE DE ARAUJO

ENDEREÇO

O MESMO

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

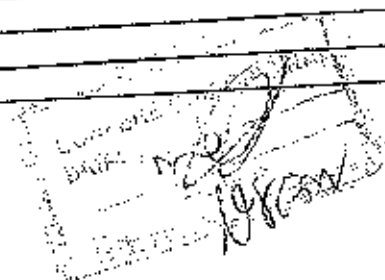
DATA DE ADMISSÃO

ALTA

24/08/19

ÓBITO

HISTÓRIA CLÍNICA



Prontuário: **208880**



**SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN**

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **FRANCISCA ANTONIA LILIANE DE ARAUJO SILVA** (Fia: 3992/2019), CPF:03554756423.

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

Mossoró/RN, 29 de Julho de 2019.

Paciente ou responsável

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 07/08/2019

SAME / ARQUIVO

Sistema Ministério
SUS único de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

2 - CNES

2503689

4 - CNES

2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

FRANCISCA ANTONIA LILIANE DE ARAUJO SILVA (8 - 3992/2019)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

208880

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

703806074201130

8 - DATA DE NASCIMENTO

08/02/1982

9 - SEXO

Masc. ☐ 1

Fem. ☒ 2

10 - RAÇA/COR

PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

MARIA ELIANE DE ARAUJO

DDD

84

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

987780836

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

FRANCISCA ANTONIA LILIANE DE ARAUJO SILV

DDD

84

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

987780836

16 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

SILVA JARDIM, 573 - BOA VISTA

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

MOSSORO

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

240800

18 - UF

RN

19 - CEP

59605100

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

fractura da perna direita
Dor e edema local

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento cirúrgico

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

Radiografia, exame físico e exames de imagem

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA

24 - CID 10

PRINCIPAL

S82.1

25 - CID 10

SECUNDÁRIO

26 - CID 10

CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

408050551

29 - CLÍNICA

CIR

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

2

31 - DOCUMENTO

() CNS

(X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

85775800672

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

LUIS FERNANDO CENTI NASCIMENTO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

29/07/2019

35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

DE LORENZO ALVES

MEDICO

CRM 1439

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR

LIGINEY LINO DE OLIVEIRA

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - DOCUMENTO

(X) CNS

() CPF

980018001835565

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 07/08/2019

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

SAME / ARQUIVO



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Fca Antonio Wiliane de Araújo Silva Reg No

Diagnóstico pré-operatório: Fratura do Plató fibular Direito.

Indicação terapêutica: tratamento cirúrgico com
fixador externo trans articular
de joelho. Direito

INTERVENÇÃO

Início: 10:00h Fim: 10:50h Duração: 00:50h

Operador DR. LEONARDO FREIRE

1º Auxiliar: DR. MANOEL FERNANDES

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista: DR. EDILSON

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

☒ Limpa () Pot. Contaminada () Contaminada () Infectada

Presente sob Raquianestesia com dreno de urina de urgência.

1) Antissepsia de M.I.D. e aposição de curativos
antirrisco.

2) Osteossíntese com fixador externo trans articular
de joelho direito.

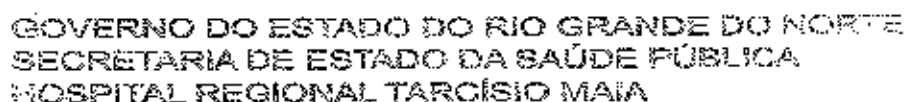
3) Curativos.

4) Pulsoes bem faveiros preservados em M.I.D.

5) Aferência

Dr. Leonardo Freire
Cirurgião

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 14/05/2018
SAME / ARQUIVO BIANCO



paciente: Pac. Andrius, Evelyn A. Sda de 30/07/19
Nome Plato tubial
Id. M. M. M. Auxiliar: R. Corneio Instr. médica: —
de: R. Edilson Anestesia: resq.
Cloro: B. 00 Término: 11:30

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO RAIMA
ESTA COPIA É ORIGINAL
SAME MOSAICO 04 08/12/19
B.m.
SAME I ARQUIVO



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os fins que se fizerem necessários,

que o (a) Sr. (a) Francisca Rubia L.A. Silva foi examinado

(a) nesta Unidade de Saúde às _____ horas,

Necessitando de 100 (cem) dias de

afastamento do trabalho por motivo de moléstia classificada no C.I.D. com

nº 582.1, a partir da presente data.

Dr. Marcelo Fernandes R. Pontes
Otorrinolaringologista
CRM/RN 5387 - FEG 12425

Parnamirim/RN 14/10/81

Médico / CRM



Secretaria de Saúde Pública
Hospital Deoclécio M. Lucena

RECEITUÁRIO MÉDICO

Francisco Antonio L. Moura

R

1) Ciprofloxacino 500mg - 14 cp

31 cp 12/12 horas por 7 dias

2) Alivina 1000 - 31 cp

31 cp de 8/8h por

5 dias

3) Linadon 1g - 31 cp

31 cp de 6/6h por 5 dias

4) Xarullin 100mg - 31 cp

31 cp após almoço

por 10 dias

24/08/19

Dr. Ricardo Luiz de A. Moura
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5309 - 1801 12425

Fratura distal

do Elbow + 01 pedio

Revisão 05/09/19

7:00h

Dr. Ricardo Luiz de A. Moura
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5309 - 1801 12425



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH



CONTROLE E REGISTRO DOS MATERIAIS ESTERILIZADOS E
UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: Flávia Antonia Tullio A. Sales Registro: _____
Data de nasc.: 08/02/82 Sexo: () F () M
Nome da Mãe: Maria Elvira de Azevedo
Data da Cirurgia: 30/07/19
Cirurgia: fixação do torniquete Cirurgião: R. Manoel
Instrumentador: _____ Circulante: Ateliado + Kelliane

Lote Número: Fabricação: Validade: Código: Quantidade:
V137701449 02/2019 03 Anos 2.345 08 PCS

Nome Técnico: PINO IMPLANTAVEL.

Nome Comercial: PINO DE SCHANZ.

Modelo Comercial: PINO DE SCHANZ ESTERIL DIAM. 5,0 X 200 MM

Número de Registro ANVISA: 80046530010 Mat.Fabric.: ASTM F138



Implantec Materiais Médicos & Hospitalares Ltda.
Estr. Duílio Beltrami, 8585 - Valinhos/SP CEP: 13278-078
Resp. Técnico: Agmar A. Bispo CREA-SP: 5083950858
Armazenamento, Manuseio, Advertências e Esterilização
Ver Instrução de Uso em www.implantec-ortopedia.com.br
PROIBIDO REPROCESSAR - ESTERIL - ETO
Produto Médico Invasivo - Classe 3

Lote Número: Fabricação: Validade: Código: Quantidade:
V137701449 02/2019 03 Anos 2.345 08 PCS

Nome Técnico: PINO IMPLANTAVEL.

Nome Comercial: PINO DE SCHANZ.

Modelo Comercial: PINO DE SCHANZ ESTERIL DIAM. 5,0 X 200 MM

Número de Registro ANVISA: 80046530010 Mat.Fabric.: ASTM F138



Implantec Materiais Médicos & Hospitalares Ltda.
Estr. Duílio Beltrami, 8585 - Valinhos/SP CEP: 13278-078
Resp. Técnico: Agmar A. Bispo CREA-SP: 5083950858
Armazenamento, Manuseio, Advertências e Esterilização
Ver Instrução de Uso em www.implantec-ortopedia.com.br
PROIBIDO REPROCESSAR - ESTERIL - ETO
Produto Médico Invasivo - Classe 3

Lote Número: Fabricação: Validade: Código: Quantidade:
V137701449 02/2019 03 Anos 2.345 08 PCS

Nome Técnico: PINO IMPLANTAVEL.

Nome Comercial: PINO DE SCHANZ.

Modelo Comercial: PINO DE SCHANZ ESTERIL DIAM. 5,0 X 200 MM

Número de Registro ANVISA: 80046530010 Mat.Fabric.: ASTM F138



Implantec Materiais Médicos & Hospitalares Ltda.
Estr. Duílio Beltrami, 8585 - Valinhos/SP CEP: 13278-078
Resp. Técnico: Agmar A. Bispo CREA-SP: 5083950858
Armazenamento, Manuseio, Advertências e Esterilização
Ver Instrução de Uso em www.implantec-ortopedia.com.br
PROIBIDO REPROCESSAR - ESTERIL - ETO
Produto Médico Invasivo - Classe 3

Lote Número: Fabricação: Validade: Código: Quantidade:
V10824127 02/2019 03 Anos 272 01 PC

Nome Técnico: Sistema de Fixação Externa

Nome Comercial: Fixador Externo

Modelo Comercial: FIXADOR EXTERNO DINAMICO - T.F. 1004/B 350MM

Número de Registro ANVISA: 80046530008 Mat.Fabric.: INOX E ALUM.



Implantec Materiais Médicos & Hospitalares Ltda.
Estr. Duílio Beltrami, 8585 - Valinhos/SP CEP: 13278-078
Resp. Técnico: Agmar A. Bispo CREA-SP: 5083950858
Armazenamento, Manuseio, Advertências e Esterilização
Ver Instrução de Uso em www.implantec-ortopedia.com.br
FABRIC. RECOMENDA USO UNICO-ESTERIL-ETO
Produto Médico Não-Invasivo - Classe 1

Lote Número: Fabricação: Validade: Código: Quantidade:
V10824127 02/2019 03 Anos 272 01 PC

Nome Técnico: Sistema de Fixação Externa

Nome Comercial: Fixador Externo

Modelo Comercial: FIXADOR EXTERNO DINAMICO - T.F. 1004/B 350MM

Número de Registro ANVISA: 80046530008 Mat.Fabric.: INOX E ALUM.

Implantec Materiais Médicos & Hospitalares Ltda.
Estr. Duílio Beltrami, 8585 - Valinhos/SP CEP: 13278-078
Resp. Técnico: Agmar A. Bispo CREA-SP: 5083950858
Armazenamento, Manuseio, Advertências e Esterilização
Ver Instrução de Uso em www.implantec-ortopedia.com.br
FABRIC. RECOMENDA USO UNICO-ESTERIL-ETO
Produto Médico Não-Invasivo - Classe 1

Lote Número: Fabricação: Validade: Código: Quantidade:
V10824127 02/2019 03 Anos 272 01 PC

Nome Técnico: Sistema de Fixação Externa

Nome Comercial: Fixador Externo

Modelo Comercial: FIXADOR EXTERNO DINAMICO - T.F. 1004/B 350MM

Número de Registro ANVISA: 80046530008 Mat.Fabric.: INOX E ALUM.

Implantec Materiais Médicos & Hospitalares Ltda.
Estr. Duílio Beltrami, 8585 - Valinhos/SP CEP: 13278-078
Resp. Técnico: Agmar A. Bispo CREA-SP: 5083950858
Armazenamento, Manuseio, Advertências e Esterilização
Ver Instrução de Uso em www.implantec-ortopedia.com.br
FABRIC. RECOMENDA USO UNICO-ESTERIL-ETO
Produto Médico Não-Invasivo - Classe 1

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

DATA: 06/08/2019

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

Nome: FRANCISCA ANTÔNIA LILIANE DE ARAUJO SILVA

37 ANOS

CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC

Leito: 212-1

DATA DA ADMISSÃO: 29/07/2019

MOSSORO - RN

CODIGO: 11222

DATA	EVOLUÇÃO	
	8ºDIH: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO EM FIXAÇÃO EXTERNA QP: SEM QUEIXAS EF: BEG, COTE, NORMOCORADA E HIDRATADA. AFEBRIL. ACV: RCR, 2T, SEM SÓPRO AR: MV + EM AMBOS HEMITORAX, SRA ABD ATÍPICO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO. RHA + PEQUENAS FLICTENAS DE CONTEUDO CLARO NA REGIÃO ANTERIOR DA PERNA D SITUAÇÃO: LABORATÓRIO 31/07: HB: 11 HT:31,7% LEUCO:5900 PLAQUETAS:142 MIL UR:18 CREAT:0,5 GLICOSE 70 LABORATÓRIO (02/08/19): HB: 11 HT: 31,7% GUIA PARA SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO NO SISREG PREENCHIDA BAIXO RISCO CIRÚRGICO CD: VPM	
	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA VO LIVRE	
2	SFO,9% 1500 ML EV PARA 24 HORAS	
3	DIPIRONA 1G DILUÍDO EV 6/6 HORAS FIXO	
4	TRAMAL 100MG + 100 ML ABD EV 8/8 HS SN	
5	CEFTAZIDIMA 1G + 100ML SF E V 8/8 HS	
6	CLAXANE 40 MG SC 1X/DIA	
7	OMEPRAZOL 40MG -D1 AMP EV 1X/DIA PELA MANHÃ	
8	PLASIL- 01 AMPOLA EV SN	
9	DIAZEPAM 10 MG, ½ COMP VO, 12/12H	
10		
11	SSVV + CCGG	

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 07/08/2019
SAME / ARQUIVO

**SESAP/RN - HRTM - LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS**

Atend: 350/2019 Dt. Atend: 02/08/2019 23:14 Dt. Impressão: 03/08/2019 00:45

Paciente: 11216 MARIA ELIANE DE ARAUJO - Feminino - 57 anos 4 meses e 7 dias

BAA: TARCISIO MAIA 57151/2019 - Unid: Quarto: Leito:

Med. Solicitante: JOTA JAIME MESQUITA - CRM 8838/RN

HEMOGRAMA COMPLETO**ERITROGRAMA**

HEMÁCIAS: 4,00 milhões
HEMOGLOBINA: 12,50 g/dl
HEMATÓCRITO: 36,80 %

Masc: 4,5 a 6,0 milhões - Fem: 4,0 a 5,5 milhões
Masc: 13,5 a 18,0 g/dl - Fem: 11,5 a 16,0 g/dl
Masc: 40 a 54 % - Fem: 37 a 47 %

V.C.M. 92 fl
H.C.M. 31,25 pg
C.H.C.M 33,97 %
R.D.W 13,60 %

80 A 94 fl
26 A 32 pg
32 A 36 %
Valor de Referência: 11,5 a 14,5 %

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS 6700 mm³ (5.000 a 10.000 mm³)

	RELATIVO	Referências	ABSOLUTO	Referências
BLASTOS	0	(0 A 0%)	0	(00 A 00)
PRÔMIELOCITOS	0	(0 A 0%)	0	(00 A 00)
MIÉLOCITOS	0	(0 A 0%)	0	(00 A 00)
METAMIELOCITOS	0	(0 A 0%)	0	(00 A 00)
BASTÕES	0	(3 A 5%)	0	(120 A 320)
SEGMENTADOS	58	(58 A 66%)	3.886	(03300 A 5200)
EOSINOFILOS	02	(2 A 4%)	134	(60 A 320)
BASOFILOS	0	(0 A 1%)	0	(00 A 80)
LINFOCITOS ATÍPICOS	0	(0 A 0%)	0	(00 A 00)
LINFOCITOS TÍPICOS	37	(21 A 35%)	2.479	(1200 A 2400)
MONOCITOS	03	(4 A 8%)	201	(240 A 640)

CONTAGEM DE PLAQUETAS 121.000 mm³ Valor de Referência: Recém nascidos: 250.000 a 550.000 mm³
Crianças: 200.000 a 500.000 mm³
Adultos: 150.000 a 450.000 mm³
Método: Semi-automatizado: BS - 3000 plus

OBSERVAÇÃO:

URÉIA: 40 mg/dl

Valor Referência: 15 a 45 mg/dl
Método: Enzimático Colorimétrico - BS - 380 Mindray

ALLYSON FORTUNATO DE ABRANTES

CRF-PB 2826

**SESAPIRN - HRTM - LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS**

Atend: 350/2019 Dt. Atend: 02/08/2019 23:14 Dt. Impressão: 03/08/2019 00:45

Paciente: 11216 MARIA ELIANE DE ARAUJO - Feminino - 57 anos 4 meses e 7 dias

BAA: TARCISIO MAIA 57151/2019 - Unid: .Quarto: .Leito:

Med. Solicitante: JOTA JAIME MESQUITA - CRM 8838/RN

CREATININA: 0,80 mg/dl

Valor Referência: 0,7 a 1,2 mg/dl

Método: Enzimático - BS - 380 Mindray

TRANSAMINASE OXALACÉTICA (TGO): 25 U/l

Valor Referência: de 12 a 46 U/l

Método: Cinético - BS - 380 Mindray

TRANSAMINASE PIRÚVICA (TGP): 20 U/l

Valor Referência: de 3 a 50 U/l

Método: Cinético - BS - 380 Mindray

GLICOSE: 99 mg/dl

Valor Referência: Em jejum de 80 a 100 mg/dl

Método: Enzimático - BS - 380 Mindray

ALLYSON FORTUNATO DE ABRANTES

CRF-PB 2826



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

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado Francisca Antônia
Liliana de Araújo Silva
foi examinado nesta Unidade às _____ horas, necessitando
de 06 (seis meses) de afastamento do trabalho, a partir
desta data.

Monteiro 05/08/19
LOCALIDADE E DATA

Dr. Rodrigo Jales Barreto
Ortopedia e Traumatologia
C.R.O. 15812
CRM-RN 4759 TEGT - 1172

ASS. DO MÉDICO E CARIMBO COM CRM

017-10 582.1

NOTA: Este atestado é válido para as finalidade previstas no Art. 86
do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14/03/67 e será
expedido para justificatividade de 1 a 15 dias de afastamento do
trabalho.

 **REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**
Conselho Federal de Enfermagem
Inscrição - COREN RN 900.872.083
TÉCNICO DE ENFERMAGEM

NOME CIVIL
FRANCISCA ANTONIA LILIANE
DE ARAUJO SILVA

PORTABILIDADE / UF / PAIS DE ORIGEM
MOSSORÓ
RN
BRASILEIRA



Francisco de Assis da Silva **V 13499210**

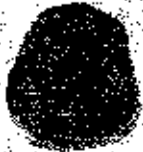
Próximo
FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA
MARIA ELIANE DE ARAUJO

CPF 036.547.964-23 **DATA DE EMISSÃO** 20/07/2018

DATA DE NASCIMENTO 08/02/1982 **DATA DE VALIDADE** 20/07/2020

IDENTIDADE 1359088 2VIA

ÓRGÃO EMISSOR CFE/ERN



VALIDADE EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL



Victima

JOSE EDISON DANTAS DE ARAUJO
 084521681-2
 07166497150
 31/10/2019
 01/11/2019
 ANTONIO DANTAS DE ARAUJO
 MARIA HELENA DE ARAUJO
 07166497150
 31/10/2019
 01/11/2019

07166497150
 31/10/2019
 01/11/2019
 RIO GRANDE DO NORTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 1.1089 // 00061 Nº 013710252597
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CÔD. RENAVAM 0107966379 RCTO. 2018 EXERCÍCIO

FRANCISCA ANTONIA LILIANE DE ARAUJO BIV

CPF / CNPJ 035.547.564-23 PLACA QGK4850

PLACA ANT. / UF QGK4850/RN CHASSI 951BXGBABR003184

PASSAGEIRO/CICLOMOTOR/NAO RELOCAVEL ESPECIE TIPO COMPOSTOVEL

MOTO TRAXX / JL500-8 MARCA / MODELO GASOLINA

ANO RAB. 2013 ANO MOD. 2014

CAP. / POT. / CIL. 13/03/2018 CATEGORIA PARTICULAR

VENO / COTAS 1º ISENTO 2º ISENTO 3º ISENTO

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0,00 TAXAS DETRAN: FAGO ***

MOTOR: JL1P39FNB13M016210 OBSERVAÇÕES

NOSSORO/RN 13/03/2018

SIDNEY S. SILVA

Coordenador de Registro de Veículos

DETRAN - RN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RN Nº 013710252597 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 13/03/2018

CPF / CNPJ 035.547.564-23 PLACA QGK4850

RENAVAM 0107966379 MARCA / MODELO MOTO TRAXX / JL500-8

ANO RAB. 2013 CATEGORIA 951BXGBABR003184

PREMIO TARIFARIO

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.245.005/0001-04

▼ Dados do Veículo de placa QGK4850

Em 25/10/2019 10:57:50

Em 23/10/2019 10:57:50

Placa QGK4850	Renavam 1079663379	Placa Anterior QGK4850/RN	Tipo 2-CICLOMOTOR	Categoria 1-Particular	Espécie 1- Passageiro	Lugares 2
Marca/Modelo 019442-MOTO TRAXX/JL50Q-8 (Nacional)		Fabricação/Modelo 2013/2014		Potência 0	Combustível 2-Gasolina	Cor 5-CINZA
Nome do Proprietário FRANCISCA ANTONIA LILIANE DE ARAUJO SILVA					Recadastrado DETRAN DetranNet	
Proprietário Anterior SG SOLUTIONS LTDA					Situação Lacre REGULAR Portaria 272/2007 DENATRAN	
Município de Emplacamento MOSSORO		Licenciado até 2018 em 13/03/2018, Licenciamento Anual no lote 011089, AR=RS064042927BR (CRLV emitido)(Via 1)			Adquirido em 24/12/2013	Situação Em Circulação
Restrição à Venda Sem gravame					Sequência 1339664	
Informações PENDENTES originadas das financeiras via SNG - Sistema Nacional de Gravame						
Nenhuma informação pendente até esta data						
Impedimentos						
Nenhum impedimento registrado até esta data						

▼ Listagem de Débitos

Classe (Clique abaixo para a emissão da GUIA)	Número da Guia	Vencimento	Valor Nominal(R\$)	Valor Atual(R\$)
UF:DN-000300-S008577682-6050 (Efeito Suspensivo)	5.2018.000014904046	05/04/2019	293,47	293,47
Postagem CRLV c/ AR (CORREIOS) 2019	3111234.9.109971539	07/06/2019	7,00	7,00
Total dos Débitos:			R\$ 300,47	R\$ 300,47
Taxas Detran 7,00	Seguro DPVAT 0,00	IPVA 0,00	Multas 293,47	

▼ Infrações em Autuação

Nenhuma Notificação de Autuação realizada para este veículo até o momento.

▼ Listagem de Multas

Num.Auto	Descrição	Local/Complemento
UF:DN-000300-S008577682-6050 Efeito Suspensivo	AVANÇAR O SINAL VERMELHO DO SEMAFORO (ELETRÔNICO) Em MOSSORO no dia 30/04/2018 às 02h58min	BR110 KM 48,2

▼ Último Processo

Processo 41007385/2016	Interessado 77892836420	Início em 01/03/2016 às 13h19min
Situação Encerrado		Final em 02/03/2016 às 07h35min
Serviço		Execução em
Primeiro Emplacamento		Em 01/03/2016 às 13h19min por 28923081434
Geração de guia de pagamento		Em 01/03/2016 às 13h19min por 28923081434
Auditoria		Em 02/03/2016 às 07h35min por 29699835400
Emissão CRV(1ª via)		Em 02/03/2016 às 07h42min por 08240375456

▼ Recurso de Infração

Processo	Numero do Auto	Detalhamento da Infração	Resultado do Processo
JARI 933/2019 Em 19/02/2019	UF:DN-000300-S008577682-6050/3	AVANÇAR O SINAL VERMELHO DO SEMAFORO (ELETRÔNICO) Em MOSSORO no dia 30/04/2018 às 02h58min BR110 KM 48,2	Recurso em julgamento

▶ Histórico de Impedimentos

Nenhum impedimento cadastrado para este veículo.

**Não Possui valor como
NADA CONSTA !**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190675992 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCA ANTONIA LILIANE DE ARAUJO SILVA **Data do acidente:** 29/07/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATO TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/ PLACA E PARAFUSOS- PAG 14,16)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

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 MODERADO DO JOELHO DIREITO.

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

22143565611

OLDFORD

DATA DO ACIDENTE: 29/07/2019 CDSORUUA: Invalidez

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

Moore - 29/30/2039

OFICIO

Francisco Antonio Palacios de Arce y Silva

1-600-941-5513 PHARMA-

Cartório Vieira
R. Vicente Sabáta, 187 - Centro, Manaus - AM, 66000-150 FONE: (94) 3317-69
Zélio de Almeida Vieira de Almeida



Procesamiento de datos: EICM 2018-01362

Referred for automatic removal to file of

Resistant to pressure, the
to the sun, the

~~RECEIVED~~

SELO DIGITALY RN20-89594E0406393/406
Pare conv. per: 19810 ACC230
19810 / 198101201 175 100 10

MMQ: NS 2 03 PCN: NS 2 03 NS: NS 03
 L3: NS 0 05 FUND: NS 05



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0431997/19

Vítima: FRANCISCA ANTONIA LILIANE DE ARAUJO

CPF: 035.547.564-23

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/07/2019

Titular do CPF: FRANCISCA ANTONIA LILIANE DE ARAUJO SILVA

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE EDILSON DANTAS DE ARAUJO : 096.772.394-90

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

FRANCISCA ANTONIA LILIANE DE ARAUJO SILVA : 035.547.564-23

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: 04/12/2019
Nome: JOSE EDILSON DANTAS DE ARAUJO
CPF: 096.772.394-90

JOSE EDILSON DANTAS DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA