

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

07/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JURACI DE ARAUJO

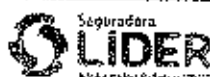
BANCO: 237

AGÊNCIA: 03226-3

CONTA: 000000071367-8

Nr. Autenticação

BRADESCO0701202005000000000023703226000000071367168750 PAGO



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos canais abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Centrais e escritórios metropolitanos: 4020-3556 / Outras regiões: 0800 022 12 84

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 82 89 | SAC (para deficiências auditivas e de fala): 0800 027 17 06 | Central Ouvidoria: 0800 022 91 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://www2.susep.gov.br/bia/LOTECAWEB/DOCOM/INAI.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29635>

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 constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTERMEDIÁRIO DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APISAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECORDAR, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSCITADAS POR VIOLATÓRIAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria Joana Batista da Silva
Inscrito(a) no CPF/CNPJ 942.675.964, 68, na qualidade de Procurador(a) / Intermediário(a) do Beneficiário
Juraci de Araújo Inscrição no CPF sob o Nº 433698664, 53
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Juraci de Araújo
inscrito(a) no CPF sob o Nº 433698664, 53, conforme determinação da Circular Susep 445/12;
Declaro Profissão: Revisor Renda: Revisor e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço abaixo, fornecendo a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Este cliente do qual a falsidade da presente declaração implicará na aplicação penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Epitácio Pessoa</u>	Número:	<u>503</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Bairro:	<u>Santo Antônio</u>	Cidade:	<u>Monteiro</u>	Estado:	<u>RN</u>
Cep:				CEP:	<u>59633-030</u>
C-e-mail:				Inscrição no CPF:	<u>(84) 998270066</u>

Local e Data:

Monteiro 20/11/2019

Maria Joana Batista da Silva
Assinatura do Declarante



06

ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE 20.97.37

Paciente: 49662 - JURACI DE ARAUJO (55 a 25 d)

Nascimento: 27/08/1964

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 700004944797308

CPF: 41369868463

Prof:

Mãe: MARIA ZILDA DE ARAUJO

Pai: JOAO MINERAL DE ARAUJO

Logradouro: EPITACIO PESSOA, 1

CEP: 59618730

Bairro: BOM JARDIM

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.33173848

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: TRAZIDO PELO SAMU

Classificação:

PESO:

21/09/2019 10:02:42

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: Queda de moto, com deformidade em MID, próximo ao joelho

Hora: _____

PETB VITIMS DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA NO MID.

EF: DOR A PALPAÇÃO + EDEMA 2+/4+ NO JOELHO
 (+), SEM LESÃO CUTÂNEA, SEM DEFICIT NO MID

RX: FX PLANTO TIBIAL

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

1) TRAMADOL 100mg + 400ml SF 0,9%

2) TILTIL 40mg + AD, IV

3) ENXUATO AL CC

VIA

HORÁRIO

ASSINT.

11C

11C

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO

VIA CONFORME O ORIGINAL

MOSSORO 21/09/2019

SAME / ARQUIVO

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito ☒ Intermitente (Preenchido PROC)

CID T02.3

Proc. 308010019

Data: 21/09/19. Hr: _____

Médico: _____

*Gerado via SX por JUREIDE DE BRITO ALMEIDA, impresso em 21 de Setembro de 2019.

(Assinatura e Carimbo)



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 **JURACI DE ARAUJO** (Fia: 4969/2019), CPF: 41369866453.

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, 21 de Setembro de 2019.

Marina José Sousa Cipriano
Paciente ou responsável

CCIH - HRTM

DATA 24/10/19

Rosa
Assinatura

NOME DO RESPONSÁVEL
END. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

DATA 24/10/19

[Assinatura]
Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 21/10/2019

B.IME

SAME / ARQUIVO



06

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE 20.97.37

Paciente: 49662 - JURACI DE ARAUJO (55 a 25 d)

Sexo: M Cor: PARDA

Nascimento: 27/08/1964

Natural: MOSSORO, BRASIL

CNS: 700004944797308

CPF: 41369866453

Prof:

Mãe: MARIA ZILDA DE ARAUJO

Pai: JOAO MINERAL DE ARAUJO

Logradouro: EPITACIO PESSOA, 1

CEP: 59618730

Bairro: BOM JARDIM

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.33173848

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: TRAZIDO PELO SAMU

Classificação:

PESO:

21/09/2019 10:02:42

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: Queda de moto, com deformidade em MID, próximo ao joelho

Hora: _____

PTE VITIMO DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA NO MID.

EF: DOB S PALPAÇÃO + EDEMA 2+/4+ NO JOELHO

① SEM LESÃO CUTÂNEA, SEM DEFICIÊNCIA NO MID

RX: FX PLANTO TIBIAL

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

① TRAMADOL 100mg + 100ml SF 0,9%

② TILTIL 40mg + AD/IV

③ ENLAMBONA 10 CC

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO

- TA CONFORME O ORIGINAL

- MOSSORO 21/09/2019

SAME / ARQUIVO

VIA HORARIO ASSINT.

16h

11h

*SAIDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito ☒ Internar (Franchetia PROC)

CID T02.3

Proc. 308010019

Data: 21/09/19. Hr: _____

Médico: _____

Carimbar

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA

CNPJ: 35.650.324/0001-50

MOSSORÓ/RN

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1

1221959 - JURACI DE ARAUJO

Data de Internação: 09/10/2019 - 12:03:00

Sexo: M

Idade: 55 A, 2 M, 13 D

Convênio: SUS

Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 205-04

10/10/2019

hora PA Temp FC FR Glicemia

Assinatura

08:00:00	PACIENTE INTERNADO NESTE SETOR (POSTO 2, 2º ANDAR), SEXO MASCULINO, 55 ANOS, PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: FRATURA DE PLANTALTO TIBIA, COM FIXADORES EM MID. NEGA: HAS+DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA. EVOLUINDO CONSCIENTE, ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO, COMUNICATIVO, ACEITANDO DIETA PRO VIA ORAL. AOS SSVV: NORMOCÁRDICO, NORMOTENSO, PULSO RÍTMICO E REGULAR, AFEBRIL, EUPNEÚICO EM AA, AGIANTÓTICA, ANICTÉRICA, COM PERUSÃO TISSULAR PRESERVADA <2S. AO EXAME CLÍNICO: COURO CABELUDO RÍGIDO, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES COM MUCOSA OCULAR E ORAL NORMOCORADAS. SIC: ELIMINAÇÕES INTESTINAIS E VESICAIS PRESENTES, COM AVP. NO MSE, VABILIZANDO HV+TM LIVRE DE EDEMAS. SOMO PRESERVADO, HIGIENE SATISFATÓRIA, SEM QUEIXAS NO MOMENTO. SEGUIE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. CIRURGIA PARA AMANHÃ.	THATIANE MICHELLE FREITAS DE	 Thatiane Michelle F. de Souza Enfermeira COREN-RN 243343
----------	---	------------------------------------	---

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA

CNPJ: 35.650.324/0001-50

MOSSORÓ/RN

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Page 1 of 1

1221959 - JURACI DE ARAUJO

Data da Internação: 09/10/2019 - 12:03:00

Sexo: M

Idade: 55 A, 2 M, 13 D

Convenio: SUS

Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 205-04

Profissional

Assinatura

11/10/2019

0:00 Pa.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAte: 0, Sat. O₂: 0, Fi. O₂: 0, Ventilação: , Decúbito: ADMINISTRADO SF 500 ML IV, 01 AMP. DE TRAMAL +100ML DE SF IV

KALINICOST


 Kalini Magalhães Costa Silva
 Ttc. Enfermagem
 COREN-RN 119201
4:00 Pa.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAte: 0, Sat. O₂: 0, Fi. O₂: 0, Ventilação: , Decúbito: ADMINISTRADO DIPIRONA 500MG+ABD IV, 01 AMP. DE OMEPRAZOL 40MG+ DILUENTE IV

KALINICOST


 Kalini Magalhães Costa Silva
 Ttc. Enfermagem
 COREN-RN 119201
6:00 Pa.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAte: 0, Sat. O₂: 0, Fi. O₂: 0, Ventilação: , Decúbito: REALIZADO BANHO NO LEITO PACIENTE EM DIETA ZERO AGUARDANDO CIRURGIA ORTOPEDICA

KALINICOST


 Kalini Magalhães Costa Silva
 Ttc. Enfermagem
 COREN-RN 119201

10/10/2019

20:30 Pa.: 130/80, Temp.: 36,5, FC.: 75, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAte: 0, Sat. O₂: 95, Fi. O₂: 21, Ventilação: , Decúbito: RECEBEMOS PACIENTE EMPRE OPERATORIO DE CIRURGIA DE FRATURA DE TIBIA CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS

KALINICOST


 Kalini Magalhães Costa Silva
 Ttc. Enfermagem
 COREN-RN 119201

NECESSIDADES, ACIANOTICO, ANICTERICO, CORADO, HIDRATADO, EM O2 AMBIENTE, COM AVP MANTENDO HVE TERAPIA

KALINICOST


 Kalini Magalhães Costa Silva
 Ttc. Enfermagem
 COREN-RN 119201
22:00 Pa.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAte: 0, Sat. O₂: 0, Fi. O₂: 0, Ventilação: , Decúbito: ADMINISTRADO DIPIRONA 500MG+ABD IV, 01 AMP. DE TENOXICANZOLING+ABD IV



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
PEDRO VIEJO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010
CNPJ: 35.650.824/0001-50
Tel.: (84) 3318-9000

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1221959 - JURACI DE ARAUJO

Data da Internação: 09/10/2019 - 12:03:00

Sexo: M

Idade: 55 A, 2 M, 13 D

Convenio: SUS

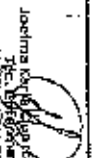
Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 205-04

1/10/2019

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

08:00:00	RECEBO PACIENTE PRE DE CIRURGIA ORTOPEDICA, CONSCIENTE, ORIENTADO, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, DIETA POR VO, VIABILIZANDO HIDRATAÇÃO + TERAPIA MEDICAMENTOSA, AO EXAMENOR MOTENSO, NORMOCADICO, EUPNEICO, AFEBRIL, DIURESE PRESENTE, EVACUAÇÃO PRESENTE, SEM EDEMA, SEM HEMATOMA, O MESMO NÃO APRESENTA QUEIXAS NO MOMENTO. APRESENTA QUEIXAS NO MOMENTO SEGUE ADS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO, ADMINISTRADO 1 SF0,9% DE 500 ML IV, 1 AMP DE TRAMOL+100 ML DE SF0,9% IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA:120/80 TAX:36,508 F.C.:79 F.R.:21 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 96 FI O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:	JOELMA KARLA DUARTE MARINHO	 Joelma Karla Duarte Marinho Téc. Enfermagem CONTR: RN 730779
10:00:00	ADMINISTRADO 1 AMP DE DIPIRONA+ABD IV, 1 FRASCO DE TLATYL+ABD IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,008 F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 96 FI O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:	JOELMA KARLA DUARTE MARINHO	 Joelma Karla Duarte Marinho Téc. Enfermagem CONTR: RN 730779



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
PEDRO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - ANOSDOR/RN - 59611-010
CNPJ: 35.650.324/0001-50
TEL: (84) 3318-9000

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1221959 - JURACI DE ARAUJO

Data da internação: 09/10/2019 - 12:03:00

Sexo: M

Idade: 55 A, 2 M, 13 D

Convenio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 206-06

12/10/2019

Anotação

Técnica(a)

Assinatura

00:00:00	ADMINISTRADO 1AMP DE TRAMAL+100ML DE SFO,9% EV C.P.M. - PA: TAX: 0,008 F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 FI O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:	GINALYA RAIANNY RAMALHO DA SILVA	GINALYA RAIANNY RAMALHO DA SILVA Téc. Enfermagem COREN - RN 858001
04:00:00	ADMINISTRADO 1FR DE CEFALOTINA 1G+ABD EV, 1AMP DE DILUENTE PROPRIO EV, C.P.M. - PA: TAX: 0,008 F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 FI O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:	GINALYA RAIANNY RAMALHO DA SILVA	GINALYA RAIANNY RAMALHO DA SILVA Téc. Enfermagem COREN - RN 858001
06:00:00	REALIZADO BANHO NO LETO, HIGIENE ORAL, MASSAGEM DE CONFORTO, TROCA DE CURATIVO EM F.O. - PA: TAX: 0,008 F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 FI O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:	GINALYA RAIANNY RAMALHO DA SILVA	GINALYA RAIANNY RAMALHO DA SILVA Téc. Enfermagem COREN - RN 858001
06:00:00	INICIO DA ETAPA 500ML DE SFO,9% EV, ADMINISTRADO 1FR DE TENOXICAN 20MG+ABD EV, 1FR DE OMEPRAZOL 40MG+10ML DE DILUENTE PROPRIO EV C.P.M. - PA: TAX: 0,008 F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 FI O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:	GINALYA RAIANNY RAMALHO DA SILVA	GINALYA RAIANNY RAMALHO DA SILVA Téc. Enfermagem COREN - RN 858001



HOSPITAL
WILSON ROSADO

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

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1221959 - JURACI DE ARAUJO

Data da internação: 09/10/2019 - 12:03:00

Sexo: M

Idade: 55 A, 2 M, 16 D

Convenio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 206-06

12/10/2019

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

08:00:00	RECEBO PACIENTE, POS CIRURGIA DE FRATURA DE PLATO TIBIAL CONGENTE E ORIENTADO VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES APRESENTANDO PICO HIPERTENSIVO, NORMOCARDICO, EUPNEICO, AFEBRIL EM O2 AMBIENTE COM ACESSO PERIFERICO NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM HV + TERAPIA MEDICAMENTOSA, ACETA DIETA, DIURESE AUSENTE, NO MOMENTO SEM RELATOS DE QUEIXAS E SEGUIE EM REPOUSO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. - PA: 240X90 TAX: 36,00% F.C.:80 F.R.: 20 Glicemia: 0 PVC: 0 Sat. O2: 96 FI O2: 0 Ventilação: Decúbito:	LUZIA GUEDES BRASILIO	LUZIA GUEDES Téc. Enfermagem COREN-RN 952466
10:00:00	PACIENTE FOI MEDICADO COM DIPIRONA 500MG/ML 2ML + ABD EV E CEFALOTINA DE 1G + ABD EV CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA. - PA: TAX: 0,00% F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 Sat. O2: 0 FI O2: 0 Ventilação: Decúbito:	LUZIA GUEDES BRASILIO	LUZIA GUEDES Téc. Enfermagem COREN-RN 952466
13:00:00	APÓS VISITA MEDICA, PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR, RETIRADO AVP, E SEGUIE DE CADEIRA DE RODAS E AOS CUIDADOS DOMICILIAR. - PA: TAX: 0,00% F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 0 FI O2: 0 Ventilação: Decúbito:	LUZIA GUEDES BRASILIO	LUZIA GUEDES Téc. Enfermagem COREN-RN 952466

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA

CNPJ: 35.650.324/0001-50

MOSSORO/RN

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**1221959 - JURACI DE ARAUJO**

Page 1 of 1

Data da internação: 09/10/2019 - 12:03:00

Sexo: M

Idade: 55 A, 2 M, 13 D

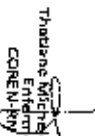
Convênio: SUS

Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 205-04

09/10/2019

Hora PA Temp FC FR Glicemia

Assinatura

12:10:00	ADMITO PACIENTE NESTE SETOR (POSTO 2, 2º ANDAR), SEXO MASCULINO, 55 ANOS, PROVENIENTE DO HRTM, EM MACA, ACOMPANHADO DE MAQUEIRO E FAMILIARES, PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: FRATURA DE PLANTATO TIBIA, COM FIXADORES EM MID. NEGA: HAS+DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA. RECEBO CONSCIENTE, ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO, COMUNICATIVO, EM JEJUM PARA CIRURGIA, AOS SSV: NORMOCARDÍACO, NORMOTENSO, PULSO RÍTMICO E REGULAR, AFEBRIL, EUPNEÚICO EM AA, AGIACÓTICA, ANICÉTERICA, COM PERFUSÃO TISSULAR PRESERVADA <2S. AO EXAME CLÍNICO: COURO CABELUDO RÍGIDO, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES COM MUCOSA OCULAR E ORAL NORMOCORADAS. SIC: ELIMINAÇÕES INTESTINAIS E VESICAIS PRESENTES, VEO PUNÇIONADO, SENDO RETIRADO, E FOI REPUNÇIONADO EM AVP, NO MSE, VIABILIZANDO HV, LIVRE DE EDEMAS, SONO PRESERVADO, HIGIENE SATISFATÓRIA, SEM QUEIXAS NO MOMENTO, SEQUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM, REALIZADO BANHO NO LEITO COM CLOREXIDINA DEREGMANTE, E REFEITO CURATIVO EM PONTOS DOS FIXADORES, AGUARDA CIRURGIA.	THATIANE MICHELLE FREITAS DE	 Thatiane Michelle F. de Souza Enfermeira COREN-RN 243343
----------	--	------------------------------	---

Descrição dos procedimentos cirúrgicos

- 1) Incisão em "H" em 1/3 do antebraço
- 2) Incisão lateral 1/3 do antebraço
- 3) Incisão "Z" com pontos em 1/3 do antebraço
- 4) Incisão lateral 1/3 do antebraço (para o 1/3 do antebraço)
- 5) Incisão lateral 1/3 do antebraço + pontos
- 6) Incisão lateral 1/3 do antebraço
- 7) Incisão lateral 1/3 do antebraço
- 8) Incisão lateral 1/3 do antebraço
- 9) Incisão lateral 1/3 do antebraço
- 10) Incisão lateral 1/3 do antebraço
- 11) Incisão lateral 1/3 do antebraço
- 12) Incisão lateral 1/3 do antebraço
- 13) Incisão lateral 1/3 do antebraço
- 14) Incisão lateral 1/3 do antebraço
- 15) Incisão lateral 1/3 do antebraço
- 16) Incisão lateral 1/3 do antebraço
- 17) Incisão lateral 1/3 do antebraço
- 18) Incisão lateral 1/3 do antebraço
- 19) Incisão lateral 1/3 do antebraço
- 20) Incisão lateral 1/3 do antebraço

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10320



PACIENTE: I221959-JURACI DE ARAUJO

IDADE: 55 A, 2 M, 13

SUS

ARMARIA: 206-AP 206

LEITO: 206-06

ADMISSÃO: 09/10/2019

PRESCRIÇÃO MÉDICA

09/2019 - 18:23:16

CLINICA

Spis após cirurgia

FISIOLÓGICO 0,9% - 500 ML	1,00FR	IV	08/08H		22	06 14
OTINA 1 G	1,00FA	IV	06/06H	+ ABD	16:40	28 04 10
IVA 500MG/ML 2ML	1,00AMP	IV	06/06H	+ ABD	16:40	28 04 10
AL 50MG/ML 2ML	1,00AMP	IV	08/08H	+ SF 0,9% 100ML		28 08 16
ICAN 20MG PÓ LIÓFILO PSOLUÇÃO VEL	1,00FRAMP IV		12/12H	+ ABD	18:10	28 08 16
DRON 8 MG / 4 ML	SN	1,00AMP IV	08/08H	+ ABD	18:10	28 08 16
LAZOL 40MG INJ + DIL	1,00FA	IV	1X DIA		16:15	SN

JEIUM APOS AS 5H DA MANHA DO DIA 11.10.19

COGG — *Reiniciar* (Sufixos)

Reiniciar 40 mg (500) 1x dia. — 22

Paciente e Terapeuta Dr. Raphael

Reiniciar o furose 100 mg

Reiniciar furose 100 mg

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Reumatologia
CRM/RN 6320

EVOLUÇÃO - MÉDICA

ter: 1221959 - JURACI DE ARAUJO

Idade: 55 Anos

Leito: 205-04

019

30 # FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO

PROCEDIMENTO REMARCADO PARA AMANHÃ A TARDE

PACIENTE ALERTA, CONSCIENTE E ORIENTADO.
EUPNEICO E AFEBRIL
SEM QUEIXAS

CD
ORIENTACOES
PRESCREVO JEIUM


Dr. EDUARDO C.L.R. MEDEIROS
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Quadril
CRM/RN - 6439 - TEO 13540

6439 - EDUARDO CORREIA LIMA RODRIGUES MEDEIROS



HOSPITAL
WILSON ROSADO

PLANOS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Paciente: Isabel de Chaves

Clinica: 1-2 Def.: _____ Leito: _____

Cuidados Especiais: SSV

[illegible]

Visto Enfermeiro

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1

221959 - JURACI DE ARAUJO

Data da internação: 09/10/2019 - 12:03:00

Sexo: M

Idade: 55 A, 2 M, 13 D

Convênio: SUS

Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 206-06

12/10/2019

v/a PA Temp FC FR Glicemia

Assinatura

18:00:00	PACIENTE INTERNADO NESTE SETOR (POSTO 2, 2º ANDAR), SEXO MASCULINO, 55 ANOS, PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: FRATURA DE PLANTALTO TÍBIA NEGA: HAS+DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA. EVOLUINDO CONSCIENTE, ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO, COMUNICATIVO, ACETANDO DIETA VIA ORAL. AOS SSV: NORMOCÁRDICO, NORMOTENSO, PULSO RÍTMICO E REGULAR, AFEBRIL, EUPNEICO EM AA, ACIANÓTICA, ANICTÉRICA, COM PERFUSÃO TISSULAR PRESERVADA <2S. AO EXAME CLÍNICO: COURO CABELUDO RÍGIDO, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES COM MUCOSA OCULAR E ORAL NORMOCORADAS. SIC: ELIMINAÇÕES INTESTINAIS E VESICAIS PRESENTES. COM AVP, NO MSE, VIABILIZANDO HV+TM. LIVRE DE EDEMAS. SONO PRESERVADO, HIGIENE SATISFATÓRIA. SEM QUEIXAS NO MOMENTO. SEGUIE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.	MAYSA MAYRAN CHAVES MOREIRA	 Maysa Mayran Chaves Enfermeira COREN-RN 400551
----------	--	-----------------------------------	---



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
PEDRO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-030
CNPJ: 35.650.324/0001-50
Tel.: (84) 3318-9000

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

221959 - JURACI DE ARAUJO

Data da internação: 09/10/2019 - 12:03:00

Sexo: M

Idade: 55 A, 2 M, 13 D

Convênio: SUS

Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 206-06

9/10/2019

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

21:15:00	RECEBEMOS PACIENTE SEXO MASCULINO 55ANOS DE IDADE, VINDO DO CC EM MACA ACOMPANHADO POR MAQUEIRO, FAMILIAR POS REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATO DE TIBIAL DIREITA, AOS EXAMES CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO EM O2 AMBIENTE, AFEBRIL, NORMOTENSO, DIETA VO, VERBALIZA SUAS NECESSIDADES, EM AVP EM MSD VIABILIZANDO HV+TERAPIA MEDICAMENTOSA, APRESENTA CURATIVO, EM F.O. SIC DIURESE AUSENTE POS PROCEDIMENTO, EVACUAÇÃO AUSENTE, SEGUE EM OBS AOS CUIDADOS DA EQUIPE. - PA:140/80 TAX: 36,00% F.C.:78 F.R.:20 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 96 Fi O2: 0 Ventilação: Decúbito:	GINALYA RAIANNY RAMALHO DA SILVA	GINALYA RAIANNY RAMALHO DA SILVA CONE - RN 859002
22:00:00	INICIO DA ETAPA 500ML DE SFO, 9% EV, ADMINISTRADO 1FR DE CEFALOTINA 1G+ABD EV, 1AMP DE DIPIRONA+ABD EV, 1SERINGA DE CLEXANE 40MG SC, C.P.M. - PA: TAX: 0,00% F.C.:10 F.R.:0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 0 Fi O2: 0 Ventilação: Decúbito:	GINALYA RAIANNY RAMALHO DA SILVA	GINALYA RAIANNY RAMALHO DA SILVA CONE - RN 859001



Paciente: Junia de Almeida Idade: 53 Registro: 196469
Setor: e-c Médico: D. Raphael Enferm./Leito: 205-04

[illegible]



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
PEDRO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - RODOVIO RIO/BAH - 59611-010
CNPJ: 35.550.324/0001-50
WILSON ROSADO
TEL: (84) 3318-9000

Page 1 of 1

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

221959 - JURACI DE ARAUJO

Data da Internação: 09/10/2019 - 12:03:00 Sexo: M Idade: 55 A, 2 M, 13 D

Convênio: SUS

Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 205-04

10/10/2019

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

13:49:05	PACIENTE TRANSFERIDO PARA O CENTRO CIRÚRGICO, EM MACA COM PANHADO DE MAQUEIRO E FAMILIAR. - PA: TAXI 0,008 F.C.O F.R.: 0	NICICLEA PAUTILLA LOPES	 Niciclea Pautilla Lopes Téc. Enfermagem COREN - RN 10522210
----------	--	----------------------------	---

Glacenia: 0 PVC: 0 PA/M: 0 Sat. O₂: 0 FIO₂: 0 Ventilação: Decúbito:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

221959 - JURACI DE ARAUJO

ata da internação: 09/10/2019 - 12:03:00

Sexo: M

Idade: 55 A, 2 M, 13 D

Convênio: SUS

Unidade: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 205-04

11/10/2019

PA Temp FC FR Glicemia

Assinatura

8:00:00	PACIENTE INTERNADO NESTE SETOR (POSTO 2, 2º ANDAR), SEXO MASCULINO, 55 ANOS, PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: FRATURA DE PLAVATTO TIBIA, COM FIXADORES EM MID. NEGA. HAS+DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA. EVOLUINDO CONSCIENTE, ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO, COMUNICATIVO, ACEITANDO DIETA PRO VIA ORAL. AOS SSV: NORMOCÁRDICO, NORMOTENSO, PULSO RÍTMICO E REGULAR, AFEBRIL, EUPNEÚICO EM AA, ACIANÓTICA, ANICTÉRICA, COM PERFUSÃO TISSULAR PRESERVADA <2S. AO EXAME CLÍNICO: COURO CABELUDO RÍGIDO, PÚPLAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES COM MUCOSA OCULAR E ORAL NORMOCORPADAS. SIC: ELIMINAÇÕES INTESTINAIS E VESICIAIS PRESENTES. COM AVP, NO MSE, VARIABILIZANDO HV+TM, LIVRE DE EDEMAS. SONO PRESERVADO, HIGIENE SATISFATORIA. SEM QUEIXAS NO MOMENTO. SEGU E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. AGUARDA CIRURGIA.	THATIANE MICHELLE FREITAS DE	 Thatiane Solange F. de Souza Enfermeira COREN-PR 243343
---------	--	------------------------------------	--



CARDIO DIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
PEDRO VIEHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010
CNPJ: 35.650.324/0901-50
Tel. (84) 3318-9090

Page 1 of 1

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

22/1959 - JURACI DE ARAUJO

Data da Internação: 09/10/2019 - 12:03:00 Sexo: M Idade: 55 A, 2 M, 13 D

Convênio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRURGICA Leito: 205-D4

1/10/2019

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

14:00:00	RECERDO PACIENTE EM SEU ESTADO GERAL REGULAR, CONSCIENTE ORIENTADO RESPIRANDO EM O2 AMBIENTE, ACEITA DIETA VIA ORAL, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, AVP EM EM MSD VIABILIZANDO HV + TERAPIA MEDICAMENTOSA. SPO2= 97%, AO EXAME: NORMOTENSO NORMOCARDICO, EUPNEICO, AFEBRIL, DIURESE PRESENTE, EVACUAÇÕES PRESENTE, SEM QUEIXAS SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. - PA: 120x80 TRX: 36, 20x F.C.: 88 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 0 Fi O2: 0 Ventilação: Decúbito:	KEIVYLANNE MARINHO DA SILVA PEREIRA	Keivylanne Marinho da S. Pereira Rec. Enfermagem COREN/RN 1511480
16:00:00	ADMINISTRADO 01 PA SF 0,9% 500ML IV, + 01 AMP DIPIRONA 500MG + ABD IV, + 01 AMP TRAMAL 50MG + SF 0,9% 100ML IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA. - PA: 74x 0,00x F.C.: 80 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 0 Fi O2: 0 Ventilação: Decúbito:	KEIVYLANNE MARINHO DA SILVA PEREIRA	Keivylanne Marinho da S. Pereira Rec. Enfermagem COREN/RN 1511480

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

1221959 - JURACI DE ARAUJO

Page 1 of 1

Data da Internação: 09/10/2019 - 12:03:00 Sexo: M Idade: 55 A, 2 M, 13 D
Convenio: SUS
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 205-04

10/10/2019

Profissional

Assinatura

0:00 Par: Temp: 0, FC: 0, FR: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat O₂: 0, Fi O₂: 0, Ventilação: , Decúbito: ADMINISTRADA TRAMAL 01 AMP+100ML DE SF, COLOCADO ETAVA DE SF 500ML AMBOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

LEOCARINA

Leocarina de Oliveira L. Mendonça
Téc. Eletromagn
CRM - RN 969687

4:00 Par: Temp: 0, FC: 0, FR: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat O₂: 0, Fi O₂: 0, Ventilação: , Decúbito: ADMINISTRADO ONEPRAZOL 01 FRASCO+DILUENTE, DIPIRONA 01 AMP+ABD AMBOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

LEOCARINA

Leocarina de Oliveira L. Mendonça
Téc. Eletromagn
CRM - RN 969687

8:30 Par: Temp: 0, FC: 0, FR: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat O₂: 0, Fi O₂: 0, Ventilação: , Decúbito: REALIZADO BANHO NO LEITO, TROCA DE LENÇÓIS, REALIZADO CURATIVO

LEOCARINA

Leocarina de Oliveira L. Mendonça
Téc. Eletromagn
CRM - RN 969687

19/10/2019

20:30 Par: Temp: 0, FC: 0, FR: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat O₂: 0, Fi O₂: 0, Ventilação: , Decúbito: RECEBIDO PACIENTE VINDO DO CENTRO CIRÚRGICO EM MACA+MAQUEIRO CONSCIENTE, ORIENTADO VERBALIZANDO, O MESMO TEVE CIRURGIA CANCELADA POR ORDEM MÉDICA, FICANDO PARA DIA 11/10/2019 CONFORME PRESCRITO NA PRESCRIÇÃO MÉDICA, AO EXAME: AFEERIL, EUPNEICO, NÓMORTENSO, NÓMOCARDÍDICO, DIETA LIVRE, COM FIADOR NO MID, COM AYP NO MSE, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

LEOCARINA

Leocarina de Oliveira L. Mendonça
Téc. Eletromagn
CRM - RN 969687

22:30 Par: Temp: 0, FC: 0, FR: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat O₂: 0, Fi O₂: 0, Ventilação: , Decúbito: ADMINISTRADO TENOXICAN 01 FRASCO+ABD, DIPIRONA 01 AMP+ABD AMBOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA

LEOCARINA

Leocarina de Oliveira L. Mendonça
Téc. Eletromagn
CRM - RN 969687



HOSPITAL
WILSON ROSADO

Paciente: Guaraci de Araújo Idade: 55 Registro: 446904
Setor: e - c Médico: Dr. Raphael Enferm./Leito: 205-04

[illegible]



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA

HOSPITAL WILSON ROSADO

PEDRO VELHO, 250

SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010

CNPJ: 35.650.324/0001-50

Tel.: (84) 3818-9000

Page 1 of 1

HOSPITAL
WILSON ROSADO

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1221959 - JURACI DE ARAUJO

Data da Internação: 09/10/2019 - 12:03:00

Convenio: SUS

Sexo: M

Idade: 55 A, 2 M, 13 D

Clinica: ORTOPEDIA CIRURGICA Leito: 205-04

10/10/2019

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

4:11:08

PACIENTE TRANSFERIDO PARA CC EM MACA ACOMPAANHADA DE MAQUEIRO E FAMILIAR. - PR: TAX: 0,00R F.C.O F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O₂: 0 FI O₂: 0 Ventilação: Decbito:

CYCLIA MOURA DA
SILVEIRA

CYCLIA MOURA DA SILVEIRA
Téc. Enfermagem
COREN-RN 1227852



HOSPITAL
WILSON ROSADO

HOSPITAL WILSON ROSADO

Convênio: SUS

Paciente : JURACI DE ARAUJO

Data: 12/10/2019

PO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL.

1.	DIETA LIVRE	
2.	SF 0,9% 500ML EV DE 12\12H	(12) (12)
3.	DIPIORNA 1G + ABD EV DE 6/6H	(10) (12) (12) (12)
4.	TILATIL 40MG + 100ML SF 0,9% EV , 1XDIA (suspenso)	Suspensa
5.	TRAMAL 50MG + 100ML SF 0,9% EV DE 8\8H, SE DOR	SU
6.	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H	(10) (12) (12) (12)
7.	CURATIVO DIARIO	(12)
8.	SSSVV + CCGG	Rotina
09.	ALTA HOSPITALAR	
10.		
11.		
12.		
13.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		

EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente evolui em BEG, sem queixas.

FO em bom aspecto, apresenta provável lesão nervo fibular, solicito eletroneurmiografia membros inferiores.

Conduta: ALTA HOSPITALAR

Dr. Raphael Mochetti Gonçalves
Ortopedia e traumatologia
CRM/RN 5320

FICHA DE ANESTESIA

NOME <u>Juarez DE Almeida</u>						DATA <u>12/11/72</u>	
SERVIÇO <u>SUS</u>		ANESTESISTA <u>Imaculada</u>		CIRURGIÃO <u>Dr. Marcelo</u>			
IDADE <u>52 AN</u>	SEXO <u>M</u>	COR <u>B</u>	PR. ART. <u>12/72</u>	PULSO <u>80</u>	TEMP. <u>36,5</u>	ESTADO FÍSICO <u>1</u>	PRÉ-ANESTÉSICO <u>lastima</u>
DIAGNÓSTICO <u>1 2 3 4 5</u>							

OPERAÇÃO REALIZADA

INÍCIO	TERMINO	DURAÇÃO	ROTINA	EMERGÊNCIA	EXTRA
--------	---------	---------	--------	------------	-------

[illegible][illegible]

HORA		OBSERVAÇÕES
A	02:00	1. Respiração
G	02:05	2. Pulso 60
E	02:10	3. Pressão 120/80
N	02:15	4. Temperatura 36.5
T	02:20	5. Sinais vitais
S	02:25	6. Estado geral
CÓDIGO		
ANESTESIA X	220	7. Anestesia
OPERAÇÃO @	200	8. Operação
INTUBAÇÃO X	180	9. Intubação
ENDOTRAQUEAL	160	10. Endotraqueal
PRES. SISTOL	140	11. Pressão sistólica
PRES. DIASTOL	120	12. Pressão diastólica
PULSO	100	13. Pulso
RESP. ASSIST.	80	14. Respiração assistida
RESP. EXPONT.	60	15. Respiração espontânea
RESP. CONTR.	40	16. Respiração controlada
POSICÃO	20	17. Posição
	0	18. Estado geral
		19. Soro
		20. Sangue
		21. Outros

TÉCNICA ANEST. GERAL: () INALATÓRIA: () ENDOVENOSA: () BALANCEADA: () SEDAÇÃO: ()
ANEST. REGIONAL: () RAQUIDIANA: () PERIDURAL: () OUTROS: ()

AGENTES EMPREGADOS

W. H. P. 1895

[illegible]

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

ÓBITO

Part 1 of 1
6336



HOSPITAL
WILSON ROSADO

Paciente: José de Jesus
Idade: 55 Data: 11/07/18
Convênio: SUS

Relatório de Cirurgia

1. Cirurgia Principal: Tratamento cirúrgico pelo osteotomia tubio fixação
2. Cirurgia Secundária: sem
3. Cirurgião: Dr. Raphael Machado CRM: _____
1º Auxiliar: Dr. Gustavo Alves CRM: _____
2º Auxiliar: _____ CRM: _____
Enfermeiro(a): _____ COREN: _____
4. Anestesista: Dr. José Augusto CRM: _____
5. Instrumentador: Santiago COREN: _____

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

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e traumatologia
CRM 105220

Assinatura Cirurgião: _____ CRM: _____
Data: 11/07/18
Para anestesia local, informar:
Hora do início do procedimento: _____ Hora do término do procedimento: _____



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

Pág.: 1/1

PACIENTE: 1221959-JURACI DE ARAUJO

IDADE: 55 A, 2 M, 13

SUS

ENFERMARIA: 205-AP 205

LEITO: 205-04

ADMISSÃO: 09/10/2019

PRESCRIÇÃO MÉDICA

10/10/2019 - 10:28:03

DIETA LIVRE

SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500 ML	1,00 FR	IV	08/08H		08/16/24
CEFALOTINA 1 G	1,00 FA	IV	06/06H	+ ABD	10/16/24
DIPIRONA 500MG/ML 2ML	1,00 AMP	IV	06/06H	+ ABD	10/16/24
TRAMAL 50MG/ML 2ML	1,00 AMP	IV	08/08H	+ SF 0,9% 100ML	08/16/24
TENOXICAN 20MG PO LIÓFILO P/SOLUÇÃO INJETÁVEL	1,00 FRAMP IV		12/12H	+ ABD	10/16/24
NAUSEDRON 8 MG / 4 ML	SN	1,00 AMP IV	08/08H	+ ABD	SN
OMEPRAZOL 40MG INJ + DIL.	1,00 FA	IV	1X DIA		04

DIETA JEJUM APOS AS 5H DA MANHA DO DIA 11.10.19

SSVV+CCGG — Rotina

Dr. EDUARDO C. L. R. MEDEIROS
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Quadril
CRM/RN - 6439 - TECT 13540

6439 - EDUARDO CORREIA LIMA RODRIGUES MEDEIROS



PACIENTE: 1221959-JURACI DE ARAUJO

IDADE: 55 A,2 M,13

SUS

ENFERMARIA: 205-AP 205

LEITO:205-04

ADMISSÃO: 09/10/2019

205-4

PRESCRIÇÃO MÉDICA

09/10/2019 - 19:05:59

DIETA LIVRE

SDRO FISIOLÓGICO 0,9% - 500 ML	1,00FR	IV	08/08H		24/08/16
CEFALOTINA 1 G	1,00FA	IV	06/08H	+ ABD	22/04/16
CLEXANE 40MG / 0,4 ML	1,00SER	SC	1X DIA		22/04/16
DIPIRONA 500MG/ML 2ML	1,00AMP	IV	06/08H	+ ABD	24/08/16
TRAMAL 50MG/ML 2ML	1,00AMP	IV	08/08H	+ SF 0,9% 100ML	22/04/16
TENOXICAN 20MG PÓ LÍFIDO P/SOLUÇÃO INJETÁVEL	1,00FRAMP IV		12/12H	+ ABD	22/04/16
NAUSEDRON 8 MG / 4 ML	SN	1,00AMP IV	08/08H	+ ABD	22/04/16
OMEPRAZOL 40MG INJ + DIL.	1,00FA	IV	1X DIA		22/04/16

SSU + 100G

Rafael

351: paciente com fratura de fêmur
 352: paciente com fratura de fêmur
 353: paciente com fratura de fêmur
 354: paciente com fratura de fêmur
 355: paciente com fratura de fêmur
 356: paciente com fratura de fêmur
 357: paciente com fratura de fêmur
 358: paciente com fratura de fêmur
 359: paciente com fratura de fêmur
 360: paciente com fratura de fêmur

Dr. Raphael Machado Gonçalves
 Ortopedia e traumatologia
 CRM 6320



▼ Dados do Veículo de placa QGF7103

Em 14/11/2019 08:15:51

Placa QGF7103	Renavam 1081416634	Placa Anterior QGF7103/RN	Tipo 2-CICLOMOTOR		Categoria 1-Particular	Espécie 1- Passageiro	Lugares 2
Marca/Modelo 031117-I/WUYANG WY48Q-2 (Importado)			Fabricação/Modelo 2014/2015	Potência 0	Combustível 2-Gasolina	Cor 11-PRETA	Carroceria 999-NAO APLICAVEL
Nome do Proprietário JURACI DE ARAUJO						Recadastrado DETRAN DetranNet	
Proprietário Anterior MONTADORA DISTRI. IMPOR. E EXPOR. DE MOTOS VIEIRA LTDA - EPP						Situação Lacre REGULAR Portaria 272/2007 DENATRAN	
Município de Empacamento MOSSORO			Licenciado até 2019 em 20/03/2019, Licenciamento Anual on-line (CRLV emitido por DDETRAN\22120610487)(Via 1)			Adquirido em 14/04/2015	Situação Em Circulação
Restrição à Venda Sem gravame						Sequência 1345725	
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

Nenhum débito em aberto cadastrado para este veículo.

▼ Infrações em Autuação

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

▼ Listagem de Multas

Nenhuma multa em aberto cadastrada para este veículo até o momento.

▼ Último Processo

Processo 41011427/2016	Interessado 41369866453	Início em 21/03/2016 às 09h29min
Situação Encerrado		Final em 21/03/2016 às 10h17min
Serviço		Execução em
Primeiro Empacamento		Em 21/03/2016 às 09h29min por 48945250468
Geração de guia de pagamento		Em 21/03/2016 às 09h29min por 48945250468
Auditoria		Em 21/03/2016 às 10h17min por 58348670491
Emissão CRV(1ª via)		Em 21/03/2016 às 10h34min por 08240375456

▼ Recurso de Infração

Nenhuma Processo de Recurso de Infração cadastrado para este veículo até o momento.

▶ Histórico de Impedimentos

Nenhum Impedimento cadastrado para este veículo.

**Não Possui valor como
NADA CONSTA !**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENBTAN

CONTRAN

DEMAT Nº 014244724911
CENTROADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 0503410034

UBIACI DE NAUTIO

2013

413-438-600-53

2013

007-100

LA DNEA0016015315

PASSAGERO/CICLOMOTOR/VEICULO ATILITAVEI GASOLINA

LAUJANG V3480-2

2014 2015

007-100

LAUJANG V3480-2

007-100

LAUJANG V3480-2

007-100

LAUJANG V3480-2

007-100

LAUJANG V3480-2

007-100



007-100

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OIL FOR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU MÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 014244724911 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2013

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
RECONHECIDO E VALIDADO, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.segurodpvato.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1104

2015 20/03/2013

0191415034

LAUJANG V3480-2

LAUJANG V3480-2

LAUJANG V3480-2

LAUJANG V3480-2

LAUJANG V3480-2

LAUJANG V3480-2

LAUJANG V3480-2

LAUJANG V3480-2

LAUJANG V3480-2

LAUJANG V3480-2

LAUJANG V3480-2

LAUJANG V3480-2

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO

007-100

007-100

007-100

007-100

007-100

007-100

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190717093

Cidade: Mossoró

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JURACI DE ARAUJO

Data do acidente: 21/09/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO(P.12)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- FIXADOR EXTERNO- OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS(P.10)

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO 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

OUTORGANISM

NOME: ERACI DE ADELJO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: ---
PROFISSÃO: PADEIRO
IDENTIDADE: 751.976 CPF: 6.43.698.694-58
RESIDENTE E DOMICILIO (A) A RUA: RUA E. J. MACIEL PEREIRA S/N
CIDADE: BOSSORCA ESTADO: ---
CEP: 59518-130

NOME: MARIA ROSA BATISTA DO SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: SOLTEIRA
PROFISSÃO: ASO
IDENTIDADE: 001.980.421 CPF: 962.675.974-63
RESIDENTE E DOMICILIO (A) A RUA: Rua Espirito Santo, Nº 503
CIDADE: Mossoró ESTADO: RN
CEP: 59633-130

NOME DA VÍTIMA: Isabel Cristina

DATA DO ACIDENTE: 20/10/2019 COBERTURA: 3000000

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICAÇÃO)



Cartório Vieira
R. Vicente Basso, 141 - Centro, Mossoró - RN, 59060-100 FONE: (84) 3317-4401
TÉLEX: ELMAR VIEIRA DE ALMEIDA

"Redacted" ID of FILE# 2019-01566

JUNACE DE 1944

Resposta de mensagem. Seu PA.
Re transmissao da mensagem.
Mensagem - 09-10-2017 13:38:33
SELDHAN DE MORAES VIEIRA - TABELA SUBSTITUTIVA
BLDJO DIGITE: RN207030640001146JGZ
Para consulta ir para o site: <https://seldigitat.ajro.jus.br>
BND: 09-2017 FCMCNRN: 09-2017 PDI: 09-2017
LIGAR: 09-2017 FCMCNRN: 09-2017



AA603741

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0466046/19

Vítima: JURACI DE ARAUJO

CPF: 413.698.664-53

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JURACI DE ARAUJO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA JOANA BATISTA DA SILVA : 942.675.964-68

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

JURACI DE ARAUJO : 413.698.664-53

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: 23/12/2019
Nome: MARIA JOANA BATISTA DA SILVA
CPF: 942.675.964-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/12/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

MARIA JOANA BATISTA DA SILVA

GERCIA LOURENCO DA SILVA

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190717093

Vítima: JURACI DE ARAUJO

Data do Acidente: 21/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JURACI DE ARAUJO

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, 10 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190717093

Vítima: JURACI DE ARAUJO

Data do Acidente: 21/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JURACI DE ARAUJO

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: **JURACI DE ARAUJO**

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

Banco: **237**

Agência: **000003226-3**

Conta: **0000071367-8**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASIL:

3 - CPF da vítima:

433.698.664-53

4 - Nome completo da vítima:

Juraci de Araújo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2022

5 - Nome completo:

Juraci de Araújo

7 - Profissão:

Pedreiro

8 - Endereço:

Rua Epitácio Pessoa

11 - Bairro:

Santo Antonio

12 - Cidade:

Namoré

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

59631-030

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:

19 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF 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\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A 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)

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco Bradesco

AGÊNCIA: 3226

CONTA: 71367

8

(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 do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

30 - Vítima deixou residência (ou não)?

☐ 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

35 - Nome legal de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legal de quem assina a pedido (a rgo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Namoré - PR 20/05/19
Juraci de Araújo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declaração)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



BDN - Bradesco Dia e Noite
Deposito Conta Corrente

Data: 21/11/2019 Tern: 004098 Hora: 09:13
N.Trans: 5482

Valor:



Favorecido:

Banco: 237

Agencia: 3220 / MOSSORO-CENTRO

Conta: 0871367-8

Titular 1: JURACI DE ARAUJO

Sujeito a conferencia.

O deposito realizado durante o expediente bancario ao publico sera conferido e validado no mesmo dia, de acordo com os valores encontrados no interior do envelope.

Ates o expediente bancario e aos sabados, domingos e feriados, o deposito sera conferido no primeiro dia util subsequente.

Cheque Expresso Bradesco.
Sem talao de cheques em segundos.
Sem pedir na balcao.
nem esperar pelo correio.

Alto Bradesco
SAC - Servico de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Reclamacoes e Informacoes
0800 704 8383
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

Ouvidoria - 0800 727 9933
Atendimento de segunda a sexta-feira das
8h as 18h, exceto feriados.

Obrigado
Tenha um bom dia



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 059073/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/11/2019 08:26 Data/Hora Fim: 14/11/2019 09:04
Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró
Data/Hora do Fato: 21/09/2019 08:50

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Logradouro: SEIS DE JANEIRO

Bairro: Santo Antônio
Nº: SN

Ponto de Referência: PROXIMIDADES DO SEMÁFORO DA RUA DELFIM MOREIRA
Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARIA JOANA BATISTA DA SILVA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Açú Sexo: Feminino Nasc: 20/09/1967
Profissão: Do Lar
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Maria das Dores da Silva Nome do Pai: José Batista da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 942.675.964-68

Endereço

Município: Mossoró - RN Nº: 501
Logradouro: R Eptácio Pessoa CEP: 59.618-730
Bairro: Bom Jardim
Telefone: (84) 8806-2067 (Celular)

Nome Civil: JURAÍ DE ARAÚJO (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Mossoró Sexo: Masculino Nasc: 27/08/1964
Profissão: Pedreiro
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Maria Zilda de Araújo Nome do Pai: João Mineral de Araújo

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 413.698.664-53

Endereço

Município: Mossoró - RN Nº: 501
Logradouro: RUA EPITÁCIO PESSOA
Bairro: BOM JARDIM
Telefone: (84) 8806-2067 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO † (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 059073/2019

Endereço

Município: Mossoró - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Ciclomotor
CPF/CNPJ do Proprietário 413.698.664-53	Placa QGF7103
Renavam 01081416634	Número do Motor WY139FMA14418478
Número do Chassi LWYMCA200F6018575	Ano/Modelo Fabricação 2015/2014
Cor PRETA	UF Veículo Rio Grande do Norte
Município Veículo Mossoró	Marca/Modelo IWUYANG WY48Q-2
Modelo IWUYANG WY48Q-2	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Melo Empregado
Última Atualização Denatran 21/03/2016	Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

Envolvimentos

Juraci de Araújo

Proprietário, Possuidor

Grupo Outros Meios de Transporte

Subgrupo Bicicleta

Descrição Bicicleta

Fabricação Nacional

Situação Envolvido, Melo Empregado

Nome Envolvido

Envolvimentos

Desconhecido 1

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

INFORMA A COMUNICANTE,ORA COMPANHEIRA DA VÍTIMA QUE, NESSE DIA E HORA MENCIONADOS, SEU COMPANHEIRO TRAFEGAVA EM SEU VEÍCULO AUTOMOTOR QUANDO UM INDIVÍDUO DESCONHECIDO, TRAFEGANDO EM UMA BICICLETA, ADENTROU A SUA FRENTE E LHE CAUSOU O ACIDENTE. INFORMA QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE, EVADIU-SE COM DESTINO IGNORADO E SEQUER PRESTOU ASSISTÊNCIA AO COMPANHEIRO DA COMUNICANTE. INFORMA QUE POPULARES ACIONARAM O SAMU PARA ASSISTÊNCIA MÉDICA E DEPOIS ENCAMINHADO PARA O HRTM. INFORMA QUE SEU COMPANHEIRO JÁ SE SUBMETEU ATÉ A PRESENTE DATA, A DUAS CIRURGIAS. INFORMA QUE ELE ESTÁ COMPLETAMENTE INCAPAZ DE SE LOCOMOVER E PERMANECE EM UMA CADEIRA DE RODAS. ESCLARECE QUE SEU COMPANHEIRO QUEBROU VÁRIOS OSSOS DA PERNA DIREITA. QUE SEU COMPANHEIRO AFASTOU-SE TOTALMENTE DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS, DEVIDO AO ACIDENTE. QUE NADA MAIS TEM A DECLARAR.

ASSINATURAS

Erivelton

Erivelton Polari Alves

Agente de Polícia
Matrícula 123.527-3

Responsável pelo Atendimento

Maria Joana Batista da Silva

Maria Joana Batista da Silva

(Comunicante)

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Calúnia e 340-Comunicação Falsa de Crime ou do Contravenção do Código Penal Brasileiro.



Delegado de Polícia Civil: Luís Fernando Sávio de Eliezer Pinto
Impresso por: Erivelton Polari Alves
Data de Impressão: 14/11/2019 09:05
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASIL:

3 - CPF da vítima:

433.698.664-53

4 - Nome completo da vítima:

Juraci de Araújo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2022

5 - Nome completo:

Juraci de Araújo

7 - Profissão:

Pedreiro

8 - Endereço:

Rua Epitácio Pessoa

11 - Bairro:

Santo Antonio

12 - Cidade:

Namoré

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

59631-030

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:

19 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF 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)

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Banco Bradesco

AGÊNCIA:

3226

CONTA:

71367

8

(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 do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

30 - Vítima deixou residência (ou não)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

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

35 - Nome legal de quem assina o pedido (a rgo)

36 - CPF legal de quem assina o pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Namoré - PR 20/05/19
Juraci de Araújo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declaração)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



BDN - Bradesco Dia e Noite
Deposito Conta Corrente

Data: 21/11/2019 Tern: 004098 Hora: 09:13
N.Trans: 5482

Valor:



Favorecido:

Banco: 237

Agencia: 3220 / MOSSORO-CENTRO

Conta: 0871367-8

Titular 1: JURACI DE ARAUJO

Sujeito a conferencia.

O deposito realizado durante o expediente bancario ao publico sera conferido e validado no mesmo dia, de acordo com os valores encontrados no interior do envelope.

Ates o expediente bancario e aos sabados, domingos e feriados, o deposito sera conferido no primeiro dia util subsequente.

Cheque Expresso Bradesco.
Sem talao de cheques em segundos.
Sem pedir na balcao.
nem esperar pelo correio.

Alto Bradesco
SAC - Servico de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Reclamacoes e Informacoes
0800 704 8383
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

Ouvidoria - 0800 727 9933
Atendimento de segunda a sexta-feira das
8h as 18h, exceto feriados.

Obrigado
Tenha um bom dia



**SAMU
MOSSORÓ
192**

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

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 554

Mossoró 25 de Setembro de 2019

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário: **JURACI DE ARAÚJO, 55 anos.**

Natureza da Ocorrência: Acidente Automobilístico: Colisão Moto x Bicicleta

Data da Ocorrência: 21/09/2019

Local da ocorrência: Rua: Seis de Janeiro/Santo Antônio

Viatura: Bravo – Unidade de Suporte Básico de Vida - 02

Hora do Chamado: 09h 50min.

Procedimento no Local: Na cena, vítima foi submetida à imobilização (prancha, colar, coxim e tirantes) e foi encaminhada para a Unidade de Saúde (HRTM), conforme regulação médica do **SAMU 192 Mossoró**.
Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: Maria Jose de Sousa Cipriano, 62 anos, portador de **RG: 001.033.187**.
Estamos à disposição para mais informações.

SILVANIA DO MONTE SANTIAGO
DIRETORA DO SAMU

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

DIXON FRADIK MEDEIROS LIMA

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