

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:

21/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03070-8

CONTA: 000000043665-8

Nr. Autenticação

BRDESCO2101202005000000000023703070000000043665472500 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200012167 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 24/10/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA COMINUTIVA DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P2,8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR 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 MEMBRO SUPERIOR 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200012167

Vítima: JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 24/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA

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, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200012167

Vítima: JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 24/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **237**

Agência: **000003070-8**

Conta: **0000043665-8**

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

702.043.444-41

Shanatan Leocadio de Oliveira

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Shanatan Leocadio de Oliveira

702.043.444-41

Recuso

Rio Guarapiranga/Residencial Mestre Luciano 560 AP: 403 B1: 3

Guarapiranga

Natal

RN

59074-776

(84) 9 9134-3086 (84) 9 9806-1091

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

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

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

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

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

☐ CONTA 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: BRADESCO (237)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3070 8 CONTA: 43665 8 (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital 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, Paranaissurim 20 de Dezembro de 2019.

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 056047/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/11/2019 10:32 Data/Hora Fim: 01/11/2019 11:02
Delegado de Polícia: Alzira Veiga de Medeiros

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos

Data/Hora do Fato: 24/10/2019 12:40

Local do Fato

Município: Natal (RN)
Logradouro: AVENIDA SENADOR SALGADO FILHO

Bairro: Tirol
Nº: S/N

Ponto de Referência: EM FRENTE AO WALFREDO
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(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: MARCIA MARIA LEOCÁDIO (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Santana do Sexo: Feminino

Profissão: Do Lar

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria das Graças Leocádio

Nome do Pai: Manoel Joaquim Neto

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 074.603.744-90

Endereço

Município: Natal - RN
Logradouro: R Rio Guarapes
Complemento: BL-J APTO-403
Bairro: Guarapes
Telefone: (84) 99909-1410 (Celular)

Nº: 560

CEP: 59.074-776

Nome Civil: JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Santana do Sexo: Feminino Nasc: 21/03/2004

Profissão: Estudante

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Marcia Maria Leocádio

Nome do Pai: José de Oliveira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 702.043.444-41

Endereço

Município: Natal - RN
Logradouro: R Rio Guarapes
Complemento: bl-j apto. 403
Bairro: Guarapes

Nº: 560

CEP: 59.074-776



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 056047/2019

Telefone: (84) 99909-1410 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Natal - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Microônibus/Ônibus
Descrição ônibus	CPF/CNPJ do Proprietário 09.326.382/0001-12
Placa LPW4474	Renavam 00330933876
Número do Motor 924919U0940854	Número do Chassi 9BM384078BB788400
Ano/Modelo Fabricação 2011/2011	Número da Carroceria BUSUCFBTNBA311782CIFE
Cor BRANCA	UF Veículo Rio Grande do Norte
Município Veículo Natal	Marca/Modelo M.BENZ/MPOL TORINO U
Modelo M.BENZ/MPOL TORINO U	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 02/12/2014	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

Envolvimentos

Desconhecido 1

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE, GENITORA DA VÍTIMA, COMPARECEU A ESTA UNIDADE POLICIAL E INFORMOU QUE NA DATA E HORA CITADOS SEU FILHO, MENOR, VINHA COMO PASSAGEIRO NO ÔNIBUS EM TELA, COM O BRAÇO ENCOSTADO NA JANELA, E QUE POSSIVELMENTE BATEU EM UM POSTE, VINDO A SOFRER LESÕES CONFORME BAA DE NÚMERO 55302/2019, ORIUNDO DO PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO. QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE A MOTORISTA DISSE NÃO PODER PRESTAR SOCORRO, POIS ESTAVA DIRIGINDO E COBRANDO, EVADINDO-SE DO LOCAL.

NADA MAIS DISSE.

ASSINATURAS

Janir Azevedo de Paiva

Agente de Polícia

Matrícula 170.234-3

Responsável pelo Atendimento

Marcia Maria Leocádio

(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 Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção 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: 702.043.444-41 4 - Nome completo da vítima: Shanatan Leocadio de Oliveira

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

5 - Nome completo: Shanatan Leocadio de Oliveira 6 - CPF: 702.043.444-41
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rio Guarapiranga/Residencial Mestre Luciano 9 - Número: 560 10 - Complemento: AP: 403 B13
11 - Bairro: Guarapiranga 12 - Cidade: Natal 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59074-776
15 - E-mail: (84) 9 9134-3008 16 - Tel. (DDD): 99806-1091

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

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

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

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

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

☐ CONTA 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: BRADESCO (237)
AGÊNCIA: 3070 8 CONTA: 43665 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 de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital 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, Parnamirim 20 de Dezembro de 2019.

Marcelo Mano Leocadio
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Marcelo Mano Leocadio
43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **55302 /2019**

Admissão: **24/10/2019 13:03:31**

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - LARANJA

Paciente: 148918 - JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA (15 a 8 m 29 d)

Nascimento: 21/03/2004 Natural: SANTANA DO MATOS, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: CPF: 70204344441

Prof: ESTUDANTE

Mãe: MARCIA MARIA LEOCADIO

Pai:

Logradouro: RIO GUARAPES, 560

CEP: 59074776

Bairro: GUARAPES

Cidade: NATAL

Telefone: 84 .99742859

Compl:

Motivo: OUTROS FERIMENTOS

Tipo: REFERENCIADO

Origem: FAMILIA

*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 24/10/2019 12:52:11				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: FRATURA EXPOSTA CAUSADA EM ONIBUS

Hora: ____:____



EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: 24/10/2019 14:46:27 - INTERNADO

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **148918 JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA**

Prontuário:

CNS: Nascimento: 21/03/2004

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: MARCIA MARIA LEOCADIO

Pai:

Endereço: RUA AGRESTINA, 0 - PLANALTO - NATAL

Fone: 99742859 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE:

240810

UF: RN

CEP: 59073-270

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo Nº 29989 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

TRATAMENTO CIRURGICO



RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

SEMILOGIA

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S42.3 FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO*408020393. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERO

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

UMERO DIAFISARIA;3

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão

☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

MARIO ARNAUD MELO DE ABREU

CRM: 5476 / RN

Data da Solicitação 24/10/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora:

Nº do bilhete: Série:

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa:

CNAE da Emp.: CBOR:

() Acidente de Trabalho Trajeto

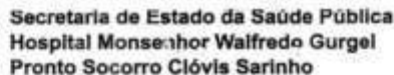
Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: Órgão Emissor:

Número da Autorização:

Data da Autorização: Assinatura/Carimbo:



Name: JAD

Nome: JOHANNY ROCAIRO Idade: _____ N° Reg.: _____
 Serviço: CR. PLÁSTICA Enfª: _____ Leito: 258

AO SERVIÇO:

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

presente em 705 opusculo
de extensão de pole
fixados em MSD

solictamos auxilios e
acompanhamento ~~original~~ caso.

Natal/RN, 11 de 1\

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 19/12/19
MAT. Nº. 152-815
de SAME

Edilson Carlos de Souza
Cirurgião Plástico - CRM 2127
CPF nº 178.764-15 ISS 116-38
Médico que solicita

PARECER:

PACIENTE PRECISA SER TRANSFERIDO PARA OUTRO HOSPITAL CRENÇAS E OPERAR CORNTO AUMENTO DO VOLUME. PRESENÇA DE FRATURA DO ÚMERO DIREITO (COM FIO DE SUTURA) MAIS LAZOS O NERVO RADIAL E ULNAR

97EN60 JAN 5 1968

* FEIXO PIA PRO
NBR

Natal/RN 72 de 47 de 9

Médico que emite o parecer

Dr. Ricardo Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5001 TEOT-11295

**GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

238

**FICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL****Identificação**

Enfermaria: _____ Leito: _____ UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 04/10/19 Alta: 1/1/
Nome: ADONAIAN LEOCADIO DE OLIVEIRA Naturalidade: SANTANA DO MAT
Idade: 15 ANOS Sexo: () Masculino () Feminino Data de Nascimento: 01/03/2000
RG: 3.392.719 Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: _____
Filiação: Pai: JOSE DE OLIVEIRA
Mãe: MARCIA ME LEOCADIO
Endereço: R. RIO GUARAPES, 560 - PRS. Mestre Luciano
Bairro Guarapes Cidade: Natal
Telefone: 99909-1410 - Mãe (Mae) () Residencial () Trabalho () Recado
Contato: 99904-3845 - Kleiton (pai) Outros telefones: _____
Composição familiar: Mãe, 01 filho e 02 irmãos (04 pessoas)
Outras informações: Faz uso de () Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

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

Forma de Acesso ao Serviço

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

CrITÉRIOS para Acompanhante

Possui requisitos? () Não (X) Sim Qual o motivo? Mental
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: Mãe
Parentesco: Mãe Telefone: 99909-1410
Endereço do Responsável: O mesmo

Evolução

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

Chamado vítima de Colisão Onibus com Postei. Foi
trazido por pessoa envolvida no acidente. Deu
atestado de acompanhamento e orientação.

Rosália M. Fernandes
Assistente Social
CRESS 999

Saída

óbito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs. _____

Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____

Orientações/Encaminhamentos: _____



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

BOLETIM OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jonathan Leonardo da Silva Reg. Nº _____
Diagnóstico pré-operatório: Tumor de pele
Indicação terapêutica: Exatoma parietal Urgência () Eletiva (✓)

INTERVENÇÃO

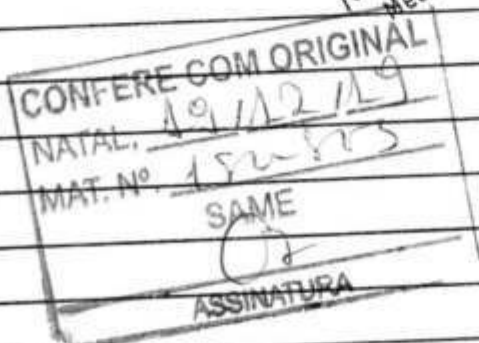
Data: 24/10/19 Início: _____ Término: _____ Duração: _____
Operador: João Alves CRM/CRO: _____
1º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____
2º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____
Instrumentador: _____ CRM/CRO: _____
Anestesista: Gilberto CRM/CRO: _____

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Os autores, dependentes, submetidos ao procedimento cirúrgico, relatam a presença de um nódulo de 1,5 cm de diâmetro +
fundo de fibrose cutânea - Exatoma parietal
e um 3º - 01 ponto
Azo de sutura de 01 cm de comprimento

04.13.04.017.8(3) TOL2 (741,69)

João Alves Martini
Médico / CRM 2484



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

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?



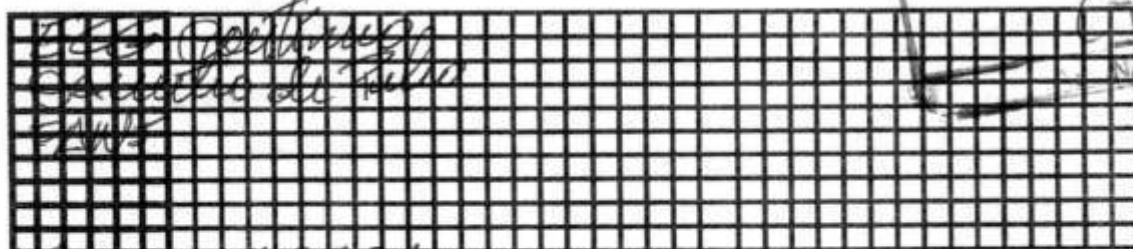
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Flaviano Leonardo de Lima ASA: E1
Idade: 159 Sexo: M Registro: 24/10/19
Diagnóstico: Fratura exposta de umos antebraço e cotovelo
Cirurgia Realizada: Amputação de umos + antebraço + T - cunha fechada longa
Cirurgião: Reinaldo Azeiteiro Auxiliar: Auxílio
Anestesiologista: Celestino Enfermagem:
História Clínica Admissional: paciente com história de trauma no MSD.
Nega álcool e drogas ilícitas.

Técnica Anestésica: Bloqueio Plexo braquial

CONFEE ORIGINAL
NATAL 19.12.19
MAT. Nº 152-7
NATURA



Início: 15:20

Término: 17:35 / 17:50

Anestésicos Utilizados:

1. Propofol 1% 200 mg
2. Midazolam 500 mg
3. Clopidina 150 mg
4. Geptocina 80 mg
5. Midazolam 3 mg
6. Difenidramina 2 g
7. Fentanil 70 µg
8. Colcecidina de 1 mg/ml L
9. Ceftriaxona 80 mg
10. Epinefrina 1 mg/ml
11. Ceftriaxona 2 g
12. Propofol 1 mg/ml
13. Dexametasona 10 mg
14.

Encaminhamento: Encaminhado ao CCS acordado, PA = 105 x 65
FC = 93, SaO2 = 100%

Assinatura do Anestesiologista - CRM



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jonathan B. de Sousa Reg. Nº 25.000.000Diagnóstico pré-operatório: Fratura separação unguem eIndicação terapêutica: Antes-alco Urgência ☒ Eletiva ☐

INTERVENÇÃO

Data: 24/10/19 Início: 10h Término: 11h Duração: 1hOperador: Dr. Ricardo Araújo CRM/CRO: 5001 T207 11.951º Auxiliar: Dr. Ricardo Araújo CRM/CRO: 5001 T207 11.952º Auxiliar: Dr. Ricardo Araújo CRM/CRO: 5001 T207 11.95Instrumentador: Dr. Ricardo Araújo CRM/CRO: 5001 T207 11.95Anestesista: Dr. Ricardo Araújo CRM/CRO: 5001 T207 11.95

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- (1) Deu hito dorsal
- (2) Anestesia
- (3) Limpeza extensa com Iodo
- (4) Ant. SPT
- (5) Aplicação de campo
- (6) Lavagem na área de CI 20/10/19
- (7) Debulha no
- (8) Fixação do antegordo com 6 (6) ungs
- (9) com fio 13, com sutura na unha
- (10) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (11) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (12) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (13) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (14) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (15) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (16) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (17) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (18) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (19) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (20) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (21) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (22) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (23) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (24) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (25) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (26) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (27) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (28) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (29) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (30) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (31) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (32) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (33) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (34) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (35) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (36) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (37) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (38) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (39) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (40) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (41) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (42) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (43) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (44) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (45) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (46) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (47) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (48) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (49) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (50) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (51) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (52) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (53) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (54) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (55) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (56) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (57) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (58) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (59) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (60) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (61) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (62) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (63) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (64) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (65) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (66) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (67) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (68) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (69) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (70) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (71) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (72) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (73) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (74) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (75) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (76) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (77) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (78) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (79) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (80) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (81) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (82) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (83) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (84) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (85) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (86) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (87) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (88) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (89) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (90) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (91) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (92) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (93) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (94) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (95) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (96) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (97) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (98) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (99) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19
- (100) com fio 24, com sutura da CT 30/10/19

Dr. Ricardo Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5001 T207 11.95

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

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 55302 /2019
Admissão: 24/10/2019 13:03:31

CIRURGIA GERAL - LARANJA

Paciente: **148918 - JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA** (15 a 7 m 3 d)
Nascimento: 21/03/2004 Natural: SANTANA DO MATOS, BRASIL
CNS: CPF: 70204344441 Prof:
Mãe: MARCIA MARIA LEOCADIO Pai:
Logradouro: AGRESTINA, 0 Cidade: NATAL
CEP: 59073270 Bairro: PLANALTO Compl:
Telefone: 84 99742859

Sexo: M Cor: PARDA

Motivo: OUTROS FERIMENTOS
Origem: FAMILIA

Tipo: REFERENCIADO
*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 24/10/2019 12:52:11

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: FRATURA EXPOSTA CAUSADA EM ONIBUS

Hora: 13:15

travando no meio do ônibus no
ônibus (122).
Apresentando fratura exposta no
tórax direito. (F) Permeio ao tórax (D)
EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A VPM
B 2º grau
C 1º grau
D ECG - 15
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

trauma: 6 m
pressão: fraca

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

fratura exposta

24.10.19 13:55

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3392719 1.VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 22/03/2012

NOME JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA

FLIAÇÃO

JOSE DE OLIVEIRA

MARCIA MARIA LEOCADIO

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

SANTANA DO MATOS RN 21/03/2004

DOC. ORIGEM

CERT.NASC.No.10362 L.12 F.191

SANTANA DO MATOS RN CARTORIO

702.043.444-41

Assinatura: *[Assinatura]*

Assessoria Jurídica

LEI Nº 20.000 DE 2003

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 002.700.000-1 DATA DE EMISSÃO 03/05/2005

FILIAL: MARCIA MARIA LEONARDO

MANOEL JOAQUIM NETO

MARIA DAS GRACAS LEONARDO

NATURALIDADE

SANTANA DO MATOS RN

DATA DE NASCIMENTO 27/06/1988

DOC. CHAMADO LA060 F-054 RG-006194

SANTANA DO MATOS RN 02 CARTÃO

CPF 232200 8

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29.08.83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

ROLEGAR DIREITO

Assinatura: Marcia Maria Leonar

CARTÃO DE IDENTIDADE



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

074.603.744-90

MARCIA MARIA LEONADIO

27/05/1989

