

[illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 014529462400
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COX RENAVAM 01167882227 2019

FRANCISCO DE ASSIS GOMES

153.575.294-20

0807558

0807558 / RN 952K25800025122

ESPÉCIE TIPO

PASSAGEIRO/VEICULO LEITA/NAC FELICAVE

14/06/2019

14/06/2019

14/06/2019

14/06/2019

14/06/2019

14/06/2019

14/06/2019

14/06/2019

14/06/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE CARROS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 014529462400 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTÁ O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA SUAS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.SEGURADORA.LIDER.COM.BR

SAC DPVAT 0800 022 1200

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

2019 11/07/2019

VIA 1 153.575.294-20

0807558

0807558

0807558

0807558

0807558

0807558

0807558

0807558

0807558

0807558

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Francisco de Assis Gomes, brasileiro(a),
estado civil: Brasileiro, Profissão: Motorista, Data do Acidente 05/08/2019
Cobertura invalidez, portador(a) do RG 257.190, órgão expedidor
ITEP/RN e do CPF: 155.575.294-20 residente no(a)
Rua São Severino dos Ramos, nº 1203,
bairro: Nossa Senhora da Apresentação, município: Natal / RN.

OUTORGADO:

Nome: Larissa de Oliveira Mala brasileiro(a) estado civil: solteira Profissão: Advogada
portador(a) do RG 003.007.335 órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 086.988.144-25 residente
no(a) R. Edgar Dantas nº 454-C bairro: Santos Reis município: Parnamirim/RN

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

Parnamirim/RN, 04 de Dezembro de 2019

Local e Data



Francisco de Assis Gomes

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



2º

SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS

Paiva Amaral

TABELÃO AIRENE JOSE AMARAL DE PAIVA

Av. Rui Barbosa, 10 - Boa Esperança - CEP: 59140-200 - Parnamirim/RN - Tel.: (84) 2820-3200 / 3272-2280

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de FRANCISCO DE ASSIS GOMES

Parnamirim/RN, 04/12/2019 08:38:07 Em testemunho

verdade. Emol R\$ 2,97

PEDRO ERASMO DE PAIVA NUNES - Substituto

Consulte autenticidade em: <https://eslodigital.tn.jus.br>

Selo: RN201900983640060412XTS



Pedro Erasm de Paiva Nunes
CPF: 704.008.734-00
Escrvente Autorizado

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009616/20

Número do Sinistro: 3200010579

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS GOMES

CPF: 155.575.294-20

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 05/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS GOMES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentos de identificação

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: 11/01/2020
Nome: LARISSA DE OLIVEIRA MAIA
CPF: 086.988.144-25

LARISSA DE OLIVEIRA MAIA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/01/2020
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

THIARA VIRGINIA DA HORA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200010579 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS GOMES **Data do acidente:** 05/08/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS) PG 14
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200010579

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS GOMES

Data do Acidente: 05/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS GOMES

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: 3200010579 Vítima: FRANCISCO DE ASSIS GOMES

Data do Acidente: 05/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS GOMES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da vítima ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois a entregue não permite a leitura das informações.
-----------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200010579

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS GOMES

Data do Acidente: 05/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS GOMES

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: FRANCISCO DE ASSIS GOMES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001953

Conta: 000000012142-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 155.575.294-20 4 - Nome completo da vítima: Francisco de Assis Gomes

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

5 - Nome completo: Francisco de Assis Gomes 6 - CPF: 155.575.294-20
7 - Profissão: recuso 8 - Endereço: Rua São Severino dos Ramos 9 - Número: 1203 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Nossa Senhora da Apresentação 12 - Cidade: Natal 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59115-660
15 - E-mail: recuso 16 - Tel.(DDD): (84) 9 8897-5131

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1953 CONTA: 00012142 4 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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 (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s)? ☐ 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
dígito da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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

36 - CPF legível 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:

Natal em 20/12/19

Francisco de Assis Gomes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 051988/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/10/2019 10:10 Data/Hora Fim: 16/10/2019 10:27
Delegado de Polícia: Alzira Veiga de Medeiros

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos

Data/Hora do Fato: 05/08/2019 07:27

Local do Fato

Município: Natal (RN)
Logradouro: AVENIDA DAS FROTEIRAS

Bairro: Potengi
Nº: S/N

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: FRANCISCO DE ASSIS GOMES (VÍTIMA, COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RN - São José de	Sexo: Masculino	Nasc: 18/05/1955
Profissão: Motorista			
Estado Civil: Separado(a)			
Nome da Mãe: EDITE PAULINO GOMES	Nome do Pai: DAMIAO FRANCISCO GOMES		

Documentos

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 155.575.294-20
RG - Carteira de Identidade: 257190

Endereço

Município: Natal - RN
Logradouro: SAO SEVERINO DOS RAMOS
Bairro: NSA DA APRESENTACAO
Nº: 203
CEP: 59.115-660

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Natal - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Descrição CARRO	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição MOTOCICLETA	CPF/CNPJ do Proprietário 155.575.294-20

Delegado de Polícia Civil: Alzira Veiga de Medeiros
Impresso por: Janir Azevedo da Paiva
Data de Impressão: 16/10/2019 10:27
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 051988/2019

Placa QG07568

Número do Motor KC25E0J025129

Ano/Modelo Fabricação 2018/2018

UF Veículo Rio Grande do Norte

Marca/Modelo HONDA/CG 160 START

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido, Meio Empregado

Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

Renavam 01167809227

Número do Chassi 9C2KC2600JR025122

Cor VERMELHA

Município Veículo Natal

Modelo HONDA/CG 160 START

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 09/10/2018

Nome Envolvido

FRANCISCO DE ASSIS GOMES

Envolvimentos

Proprietário, Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE/VÍTIMA COMPARECEU A ESTA UNIDADE POLICIAL E RELATOU QUE NA DATA E HORA CITADOS CONDUZIA A MOTOCICLETA EM TELA QUANDO VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO A FREAR NA FRENTE DA MOTOCICLETA SEM QUE A VÍTIMA TIVESSE TEMPO PARA FREAR, PROVOCOU A COLISÃO E A VÍTIMA VEIO A CAIR E SOFRER LESÕES CONFORME BAA DE NÚMERO 39742/2019, ORIUNDO DO PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO, DISSE QUE FORA CONDUZIDO PELO SAMU PARA O REFERIDO PRONTO SOCORRO CONFORME OCORRÊNCIA DE NÚMERO 27391/1, ORIUNDO DA SMS. NADA MAIS DISSE

ASSINATURAS

Janir Azevedo de Paiva

Agente de Polícia

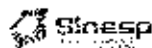
Matrícula 170.234-3

Responsável pelo Atendimento

FRANCISCO DE ASSIS GOMES

(Vítima / Comunicante)

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



Delegado de Polícia Civil: Aílza Veiga de Medeiros
Impresso por: Janir Azevedo de Paiva
Data da Impressão: 18/10/2019 10:27
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

 NATAL	PREFEITURA DO NATAL SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA SAMU 192 NATAL	 SAMU 192
---	--	--

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **FRANCISCO DE ASSIS GOMES**, foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 05/08/2019, aproximadamente às 07h27min, na Avenida das Fronteiras, Potengi, nesta Cidade. Sob nº de ocorrência 273310/1, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 07 de outubro de 2019.

Jose Cláudio M. de Macedo

CPF 018739174-22

Endereço:

JOÃO P. RIBEIRO - RN 3744456

CLAUDIO AUGUSTO CAMARA DE MACEDO

Coord. Geral do Serviço de Transporte Sanitário Municipal e SAMU 192 Natal

Matrícula 72.468-1

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 273310/1

Data: 05/08/2019

TARM: DIANA ALVES JAPIASSU

Médico Regulação: PEDRO FELIPE SOARES DA SILVA

Rádio Operador: JANAÍLSON GABRIEL DA CRUZ FERREIRA

Médico Cena: WALKER FERREIRA DA SILVA

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 10 (UPA 24 ZONA SUL)

Equipe VTR: JOSE IVAN BARBOSA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
PAULO SOARES DANTAS DA SILVA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

* REGULAÇÃO MÉDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: JURGE

Telefone: (84) 99695-6618

Nome do Paciente:

FRANCISCO DE ASSIS GOMES

Idade: *

64 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

Endereço não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: -5.7522318 Longitude: -35.2627243

Endereço: AVENIDA DAS FRONTEIRAS

Nº: VP

Bairro: POTENGI

Outro Bairro:

Referência/Complemento: // RUA POR TRÁS DO IFRN // PX. VIADUTO // PX. LEIDE MORAIS //

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WILFREDO GURGEL

Queixa Primária: COLISÃO CARRO X MOTO

Quem Solicitou: Transcurente

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

05/08/2019 07:32:31 - Dr(a). PEDRO FELIPE SOARES DA SILVA

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: SOLICITANTE REFERE COLISÃO CARRO X MOTO, APRESENTANDO DUAS VÍTIMAS. PRIMEIRA VÍTIMA VALDENEIDE, APRESENTANDO DOR EM MESS E ESCORIAÇÕES DIFUSAS, NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA, NÁUSEAS E VÔMITOS. SEGUNDA VÍTIMA FRANCISCO, APRESENTANDO DOR EM JOELHO ESQUERDO E ESCORIAÇÕES DIFUSAS, NEGA PERDA CONSCIÊNCIA, NÁUSEAS E VÔMITOS.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO:

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO

Apoio:

Data: 05/08/2019 08:20:51 Usuário: (MÉDICO) WALKER FERREIRA DA SILVA

Observação: DRA JULIANA (HWG) QUESTIONOU POR QUE O CASO NÃO FOI DIRECIONADO PARA O HJPB. MOTIVO: NECESSITA DE ASSISTÊNCIA DA ORTOPEDIA. LIGAÇÃO INTERROMPIDA..

Chamado:
05/08/2019
07:27:58

Saída Local:
05/08/2019
08:16:12

Regulação Médica:
05/08/2019
07:32:31

Chegada Destino:
05/08/2019
08:50:20

Solicitação VTR:
05/08/2019
07:35:37

Liberção Destino:
05/08/2019
09:19:27

Saída VTR:
05/08/2019
07:35:45

Liberção VTR:
05/08/2019
09:19:29

Chegada Local:
05/08/2019
07:51:58

Observação do Apoio:

LIGACÃO MÚLTIPLA POR VAGA

Paciente possui convênio médico particular?*Sim ☐ Não ☐ Não informado ☐

CONVÊNIO

Remoção

Conduta Médico Regulador:

05/08/2019 08:15:12 - WALKER FERREIRA DA SILVA

USB 10: QUA FRANCISCO DE ASSIS GOMES, 64 ANOS. VITIMA DE COLISÃO CARRO/MOTO (CONDUTOR). COLISÃO DE BAIXO IMPACTO. PORTAVA CAPACETE (RETIRADO PELO PRÓPRIO). RELATA DOR EM JOELHO ESQ. COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL. 1º PA - 140X110 2º PC - 86 3º FR - 20 4º SAT - 95AA 6º GLASSGOW - 15 CONDUTA: IMOB. CF. PROTOCOLO DE TRAUMA. AVP/HV. QTT PS CLOVIS SARINHO (POLITRAUMA)

Conduta Equipe de Enfermagem:

05/08/2019 08:22:26 - DIANA ALVES JAPIASSU

CONTATO NO POLITRAUMA COM DRª JULIANA, REPASSO O QUADRO DO PCT, A MESMA QUESTIONA PQ NÃO REGULA O PCT NO HOSPITAL STA CATARINA? ANTES MESMO DE EU REPASSA A LIGAÇÃO AO MR WALKER ELA DESLIGA O CHAMADO.

LIGACÃO MÚLTIPLA POR VAGA

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL WOLFREDO GURGEL

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE --

H. ligação ao serv. prop.:

-- SELECIONE --

Recebido por:**Numero do conselho:****Numero da ficha de Remoção:**

Vaga Negada

Vaga Zero

Motivo da entrada:

-- SELECIONE --

Ass:

Nome receptor:**Cargo receptor:****Descrição dos pertences:****Local deixado pertences:****Data:**

Ass:

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DE ASSIS GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01953

CONTA: 000000012142-4

Nr. da Autenticação A551EA22CC2CB472



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1255, Tírol, CEP 59015-009
CNPJ: 08.324.389/0001-35 / INSC. Estadual: 20033.420-3
Admin. Central (84) 3232-4632 / Ouvidoria: (84) 3232-4352

BOLETO DE PAGAMENTO

115
115

COMTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS
IMPRÉSSO EM 23/08/2019 ÀS 10:09:15

DADOS DO CLIENTE		MÉDIA				
FRANCISCO DE ASSIS GOMES		5309023	08/2019			
RUA SAO SEVERINO DOS RAMOS, N. 46 - MOSSA SENHORA						
DA APRESENTAÇÃO NATAL RN 59115-660						
INSCRIÇÃO	NOTA	ERC. ANO	QUANTIDADE DE ECONOMIAS			
209.072.255.00/07.000	5	2122	RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL RÚRICO			
HIGROMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO				
Y175883476	LIGADO	POTENCIAL				
CONSUMO ÁGUA (M3): ?						
DATA LEITURA: 23/08/2019						
LEIT. ATUAL: 92						
LEIT. ANT.: 80						
DIAS CONSUMO: 30						
HISTÓRICO DE CONSUMO						
REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MÉDIA
07/2019	4	05/2019	5	03/2019	8	4
06/2019	4	04/2019	5	02/2019	3	
DESCRIÇÃO						
ÁGUA						
RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)						
CONSUMO DE ÁGUA						
MÚLTA P/IMPONTUALIDADE 07/2019						
JURO DE MORA 05/2019 06/2019						
CONSUMO TOTAL(R\$)						
2 M3 39,99						
0,79						
1,27						
TRIBUTOS						
PTIS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO			
COFINS	39,99	1,85	0,06			
	39,99	7,6	3,04			
VENCIMENTO: 30/08/2019						
TOTAL A PAGAR: 42,05						
DE 01 A 31/08/19 NEGOCIE OS DÉBITOS VENC. ATÉ 07/19 COM DESCONTO.						
PARC. EM ATÉ 48 MESES, PAGTO A VISTA DESC. 100% EM JUROS E MULTAS						
ANÁLISE DE ÁGUA						
Parâmetros	Turbidez	PH	Cond. Total	Dureza Total	Temperatura	Resíduo (como A)
Valores Recomendados	5,0 UT	6,5 a 8,5	0 a 1000 µS/cm	0 a 200 mg/L	10 a 20 °C	5 a 10 mg/L
Valores Obtidos	1,08	7,1	98,72 µS/cm	1,02		1,49

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/81BLIBLITECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

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 COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu Larissa de Oliveira Maia, inscrita (a) no CPF: 086.988.144, 25
na qualidade de Procurador(a) / Intermediário(a) do Beneficiário Francisco de Assis Gomes, inscrito
(a) no CPF sob o nº 155.571.291/20 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez/DAMS da vítima
Francisco de Assis Gomes, inscrito (a) no CPF sob o nº 155.571.291/20 conforme
determinação da Circular Susep 445/12;

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ 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, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço R Edgar Dantas		Número 454	Complemento C
Cidade Santos Reis	Cidade Pernambuco	Estado RN	CEP 59141-150
E-mail recuso		Telefone corporativo (DDD) recuso	Telefone celular (DDD) recuso

Natal/RN 08 de janeiro de 2019
Local e Data

Larissa de Oliveira Maia
Assinatura do Declarante



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 137825 - FRANCISCO DE ASSIS GOMES (64 a 2 m 18 d)

Nascimento: 18/05/1955 Natural: SAO JOSE DE MIPIBU, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 702402575857527

CPF: 15557529420

Prof:

Mãe: EDITE PAULINO GOMES

Pai:

Logradouro: SAO SEVERINO DOS RAMOS, 1203

CEP: 58115660

Bairro: NOSSA SENHORA DA

Cidade: NATAL

APRESENTAÇÃO

Telefone: 84 988511561

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 05/08/2019 09:00:02				
HORA	P.A.	PRGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTORIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixa: COLISÃO CARRO/MOTO DUR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO A NÍVEL DE MIE

Hora: 08:08

Paciente sofreu queda da sua moto após colisão com um carro há 1 hora. Informa que a moto estava parada no momento do acidente. Nega perda de consciência. Queixa-se de dor em joelho esquerdo. Nega trauma torácico e abdominal. Em tempo, paciente hoje pelo SAMU em posto com Glasgow 15.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A Vias aéreas patentes, sem cianose.

B Inspeção, ausculta e percussão = MIE, simétrico, SL RR.

C FC = 92 bpm; sem rangimentos extensor.

D Glasgow 15; pupilas isotóricas e reagentes.

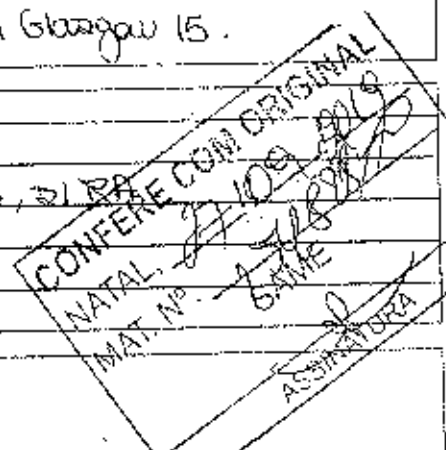
E Sem lesões externas.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Pele e abdome sem alterações.

*Saída:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID



B
C
D
E

A(ALÉRGICAS) Sem alérgicas
M(MEDICAÇÃO EM USO) Anti-tuberculose (não sabe especificar)
P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) Kopuntura. Nega cirurgias prévias
L(LÍQ. E ALIMENTOS INGERIDOS) Café e carne há 3 horas
A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA) Via pública
V(PASSADO VACINAL) Última vacina anti-tetânica há 2 anos

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

Raios X de joelho esquerdo AP e perfil.

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONDIÇÃO PRIMÁRIA(MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Alta CG
+ R. Moura

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1	<u>Dr. Wiener Nunes</u> CRM - RN 9723	HORA: <u>09:45</u>	DATA: <u>05/08/11</u>
ESPECIALISTA 2		HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3		HORA:	DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

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

SEM DOT	LEVE	Modera	Intense	Pin Pos
0	3	2	3	1

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: ORTOPEDIA

DATA: 5 / 8 / 79 HORA: 10:00h

SAÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐S.V.O. ☐I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Marcelo Glauber Pereira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR: 6236 - TEOT: 14567

Destacar nessa folha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

SAÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐S.V.O. ☐I.T.E.P. ☐

Nº FIA: 7271 /2019

Prontuário: 1187580

Paciente: 137825 - FRANCISCO DE ASSIS GOMES

Cartão SUS: 702402575657527

CPF: 15557529420

Dt Nasc: 18/05/1955

Idade: 64 anos 2 meses 18 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: EDITE PAULINO GOMES

Nome do pai:

Rua/Av: SAO SEVERINO DOS RAMOS

Complemento:

Nº: 1203

Bairro: NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO

CEP: 59115660

Cidade: NATAL

Telefone: 84 988511561 84 988511561

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1001

Responsável: FRANCISCO DE ASSIS GOMES -

Usuário: FRANCISCO DE ASSIS MORAIS QUEIROZ

Admissão: 05/08/2019 10:31:13

Alta: 09.08.19

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.1 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

#08050551 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

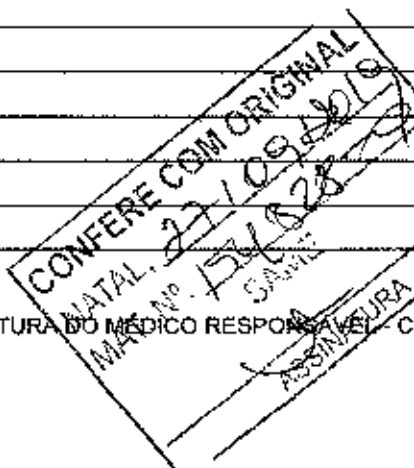
REVISADO

Data: 06/08/2019

Assinatura

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

NATAL, 05 de Agosto de 2019.



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou: _____

CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **137825 FRANCISCO DE ASSIS GOMES**

Prontuário: _____

CNS: 702402575857527

Nascimento: 18/05/1955 Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: EDITE PAULINO GOMES

Pai: _____

Endereço: RUA SAO SEVERINO DOS RAMOS, 1203 - NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO - I Fone: 988511561 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE: 240810

UF: RN

CEP: 59115-660

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

DOR, EDEMA E IMPOTÊNCIA FUNCIONAL EM JOELHO ESQUERDO, APÓS QUEDA DE MOTO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX JOELHO ESQUERDO: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL LATERAL COM AFUNDAMENTO E CISALHAMENTO

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.1 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA*408050551. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLATÔ

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

PLATO TIBIAL, FX;1

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes☒ Hipertensão☐ Obesidade☐ Faz Antibioticoterapia☐ Lesão por pressão☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

MARCELO GLAUBER DA SILVA PEREIRA

CRM: 6236 / RN

Data da Solicitação 05/08/2019

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

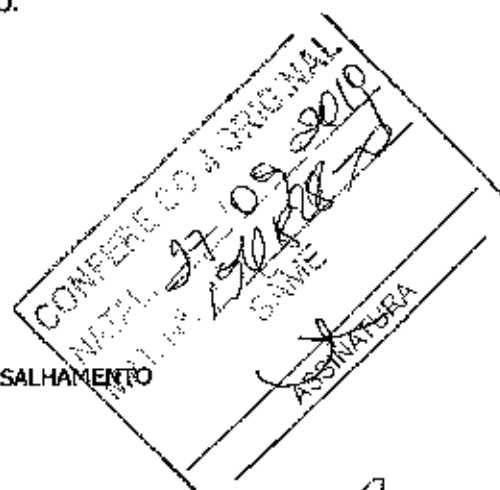
Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

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

Marcelo Glauber Pereira
Ortopedia e Traumatologia
CRM: RN: 6236 - T207: 14667



ENF.: CM
LEITO: 28

FICHA DE EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

NOME: Francisco de Assis Gomes IDADE: 64

SETOR DATA HORA	EVOLUÇÃO
06.09.19	Admissões - Anamnese - Id: Francisco de Assis Gomes, 64 anos, casado, motorista, Natural de São José de Mipibu, procedente Natal (RN) - H.O.A.: familiar, após queda de moto de 10 dias. CI 001 e diagnóstico de descolamento y MIE. Foi levado pelo SAMU ao PSLS, diagnosticado y ploto tibial E. - AP: HASD, uso de medicação 30, 12 horas e HCT 250 Nupia alergia - D.V.: Nupia talipapina / tililimo - Ex. físico: TA: 140 x 100, FC: 98, RR: 20, T: 36,7°C B.E. e pulmões: corado, hidratado, normal, concreta e ruidos AP: MIE, ginecologia, SIDA PUL: RR, 20, BVE, FC 88 Abd: flaco, sem murcha MNT: MIE CI mobilizado L.O.: - Ex MIE (ploto tibial) - HAS Ed: - VPM - 101.12.19 - Ap 06.08.19 N.H.V.G.-PP

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 27/10/19
MAT. Nº. 1528
SANE
ASSINATURA
Gabriela Araújo
Médica
CRM/RN 6013

09/08/19

2º BH por Ex plado tibial

Paciente estável. Sem queixas.

Fraturas eliminatórias sem afecção

Apêlice preservada

Ex físico: OK

Cond. - Acumulação unguia oncológica.
VPM

Dra. Thais Suassuna
Médica
CRM/RN 157

09/08/2019 - 2ª visita Oftalmológica:

OME + E lingual + Recomendações

fora (Cód 188 RN)

08/08/19: # EVOLUÇÃO #

Paciente sem queixas no momento

No exame: Ex físico OK

AC: AC e DV 11

OD: Mantida 11/13

TRATAMENTO 7420

09/08/19 # 2º BH por Ex plado tibial #

Paciente estável, sem queixas. Fraturas eliminatórias e apêlice preservada. Apêlice

Ex: B2, 100%, unguia orientada

AC e AP sem alterações

CD e mantida, apêlice.

OK

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 27/09/2019
MAT. Nº 15882870
SABE
ASSINATURA

8
Paciente: Francisco De Assis Gomes
Sexo: masculino Nascimento: 18/05/1955
Data do Exame: 11/10/2019

RAIO-X JOELHO ESQUERDO

- Controle de tratamento cirúrgico na tíbia proximal, fixada com placa e parafusos metálicos.
- Calcificações de partes moles adjacentes a tíbia e fíbula mediais.
- Comparar com exames anteriores.



Dra. Isadora Bueno Loria CRM SP: 187142

Centro de Atualização (011) 3315-6000
Maurício Jurel Loria S/A. 115 - Cid. São João Câmara, S/N
Maur. Presidente João S/A. 208 - Cid. São João Câmara, S/N



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

FRANCISCO DE ASSIS GOMES

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

167103

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

702 4025 7685 7527

8- DATA DE NASCIMENTO

18/05/1955

9- SEXO

MASCULINO

10- RAÇA/COR

PARDA

11- NOME DA MÃE

EDITE PAULINO GOMES

12- TELEFONE DE CONTATO

988975131

13- NOME DO RESPONSÁVEL

VALDINEIDE GOMES / ESPÓSA

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

R. SAO SEVERINO DOS RAMOS 48

16- MUNICÍPIO

NATAL

17- BAIRRO

N. S. APRESENTAÇÃO

18- UF

RN

19- CEP

59115660

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Transtorno de ansiedade (G50.0)

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de acompanhamento

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

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Ansiedade de pânico (F41.0) S82

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

acompanhamento

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ambulatorial

() CNS () CPF

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Jessé da Moura, Jr.

Otorrinolaringologista

CRM - 6718

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

36- () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37- () ACIDENTE DE TRABALHO

38- () ACIDENTE DE TRÂNSITO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNPJ DA EMPRESA

44- CBO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COG. ORGÃO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

HRDML / SESAP
CONFERIR COM O ORIGINAL
Parnamirim-RN. 01/10/19
Mat. 36904-4



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA
ORTOPEDIAREGULAÇÃO
WALFREDO GURGEL

OBS

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO
		167103
DATA	HORA	CATEGORIA
09/08/2019	16:42	GIH
PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO
FRANCISCO DE ASSIS GOMES		18/05/1955
ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	
CASADO	MOTORISTA	
ENDEREÇO (RUA, Nº)		
R SAO SEVERINO DOS RAMOS 46		
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF
NATAL	N S APRESENTAÇÃO	RN
LOCAL DE TRABALHO		CEP
		59115000
		TELEFONE
FILIAÇÃO		
EDITE PAULINO GOMES	DAMIAO FRANCISCO GOMES	
RESPONSÁVEL		TELEFONE
VALDINEIDE GOMES / ESPÓSA		988975131
ENDEREÇO		
O MESMO		

DIAGNOSTICO PROVISÓRIO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSÃO

09/08/19

ALTA

20-08-19

OBSITO

HISTORIA CLINICA

ITU crônica de origem da túbula

HRDML / SESAP
CONFERIR C/O ORIGINAL
Parnaíba-RN, 09/08/2019

Mat

96492-4

11/11/11

EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

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

CONDUTA

Intervenção de urgência

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

☐ FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	☐ INTERNADO NO SERVIÇO DE _____	☐ REMOVIDO EM _____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA _____ ÓBITO _____	DECISÃO MÉDICA ☐ HORA _____ HORA _____	A REVELIA ☐
ENTREGUE À FAMÍLIA ☐	S.V.O. ☐	I.T.E.P. ☐



Hospital

Nome do paciente		Nº prontuário	
Data operação	Enf.	Leito	
Operador	FRANCISCO DE ASSIS GOMES		1º auxiliar
2º auxiliar	3º auxiliar	Instrumentador	
Anestesiista	Tipo de anestesia		
Diagnóstico pré-operatório	16/08/2019		
DR. ELSON JOSÉ / DR. ROGÉRIO SANTOS			
Tipo de operação			
Diagnóstico pós-operatório			
Relatório imediato do patologista			
OSTEOSSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ESWAZIAMENTO MIE
3. ASSEPSIA E ANTISSEPESIA + COLOCAÇÃO DOS CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO LATERAL E MEDIAL EM JOELHO, DISSECÇÃO POR PLANOS
5. REDUÇÃO DOS COMPONENTES LATERAL E MEDIAL DO PLATÔ TIBIAL + FIXAÇÃO COM PLACA EM PARAFUSOS + ARRUELA E 1º 4,5 E PARAFUSOS, SOB ESCÓPIA
6. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9% E SUTURA POR PLANOS
7. CURATIVO
8. BOA PERFUSÃO DISTAL
9. MANIPULAÇÃO ARTICULAR
10. RX DE CONTROLE

MÉDICO COOPERADO:

Dr. Elson José dos Santos Miranda
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN: 6304 FEOT: 13807

1	CIRURGIAS MÚLTIPLAS
10415010012	
1	POLITRAUMATIZADO
10415030013	
1	PROC. CLÍNICO
1	PROC. CIRÚRGICO
0408050551	
1	CBO. 225225
1	CBO. 225270
3	DIAS
1	CID 5-821

HRDML / SESAP
CONFERI C/O ORIGINAL
Pernambuco-RN. 02/10/2019

Mat.

02/10/2019

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital				Enfermaria	Leito	Nº prontuário	
Nome					Idade	Sexo M	Cor
Data 16/08/19	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros	
Tipo sanguíneo	Hemattas	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia		
	Urina						
Ap. respiratório Eupneico					Aasma	Bronquite	
Ap. circulatório KCR em JT.					Eletrcardiograma		
Ap. digestivo N. D. N			Dentes	Pescoco	Ap. urinário		
Estado mental consciente			Ataraxicos	Corticoides	Alergia Nega	Hipotensores	
Diagnóstico pré-operatório					Estado físico ASA III	Risco	
Anestesias anteriores							
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito		
Agentes Anestésicos							
Líquidos							
Oper.							
Anest.							
P. Pulso							
O. Resp.							
SÍMBOLOS	Cefazolina 2g Ridazolam 10mg Pentachol 50mg Dexametasona 6mg						
ANOTAÇÕES	Rx de { Mecanismo pericard Doray Morpha — 100mg						
POSIÇÃO	Dexametasona 6mg						
Agentes	goniolumin 8mg						
Técnica	Rozuclanestesia lombant (L-1) + Sedocor (Aquila 26G)						
Operação	Procedimento patológico do abdômen livre						
Cirurgiões	Dr. Elson José Dr. Rogério Santos						
Anestosistas	Dr. Jackson						
Observações	Procedimento de anestesia...						

Dr. Jackson
Dr. Rogério Santos
Anestesiologia
20/08/19

SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar**
Nº 20042 / 2019**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou: _____

CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: 137825 FRANCISCO DE ASSIS GOMES

Prontuário: _____

CNS: 702402575857527

Nascimento: 18/05/1955 Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: EDITE PAULINO GOMES

Pai: _____

Endereço: RUA SAO SEVERINO DOS RAMOS, 1203 - NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO - I Fone: 988511561 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE: 240810

UF: RN

CEP: 59115-660

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

DOR, EDEMA E IMPOTÊNCIA FUNCIONAL EM JOELHO ESQUERDO, APÓS QUEDA DE MOTO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICOHRDML / SESAP
CONFERI C/ O ORIGINAL
Parnamirim-RN, 07/10/2019
10 Mat. 369224

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX JOELHO ESQUERDO: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL LATERAL COM AFUNDAMENTO E CISALHAMENTO

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.1 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA*408050551. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTY

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

PLATO TIBIAL, FX;1

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes☒ Hipertensão☐ Obesidade☐ Faz Antibióticoterapia☐ Lesão por pressão ☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

MARCELO GLAUBER DA SILVA PEREIRA

AMARAL
CRM 5439

CRM: 6236 / RN

Data da Solicitação 05/08/2019

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: () Emprego () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segura

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____

Órgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

Data da Autorização: ____/____/____

Assinatura/Carimbo: _____



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:						
() Hemocomcentrado Unid. _____	() Plasma Unid. _____					
() Albumina Unid. _____	() Expansor plasmático Unid. _____					
MEDICAÇÕES UTILIZADAS						
h: _____	h: _____					
h: <u>7h</u> <u>Outem do anestesiologista</u>	h: _____					
h: _____	h: _____					
HIDRATAÇÃO VENOSA						
() Soro Fisiológico: _____ ml	() Soro Ringer Simples: _____ ml					
() Soro Glicosado: _____ ml	() Soro Ringer Lactato: _____ ml					
Quantidade total de volume administrado: _____						
ANATOMO PATOLÓGICO						
() Não () Sim Peça: _____	Peça para sepultamento: () Não () Sim					
Swab para cultura: _____	Líquido: _____					
CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES						
FO de aspecto: () limpo () c/exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Tapes () Outros: _____						
INTERCORRÊNCIAS:						
1. Paciente monitorizada ECG + PN5 + Oxímetro						
2. Mucosas preparadas e com p/ anestesia						
3. Colocado placa de bisturi em regiões expostas						
4. Ponto de sutura de 08:35 suturado às 09:30						
5. Após o proced. cirúrg. paciente monitorizada p/ SPN						
Ass: <u>Amelly</u> Coren: <u>127.992</u>						
CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO						
Nível de consciência: (X) Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado						
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () O ₂ ambiente Curativo: (X) Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro: _____						
Bicrese: () Espontânea (X) Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: _____						
UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO						
Hora: <u>09:45</u> Data: <u>16/08/10</u> Nível de consciência: (X) acordado () Sonolento () Narcose (X) Orientado						
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Cateter O ₂ () O ₂ Ambiente						
Mobilização MMIL: () Normal (X) Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: (X) Normal () Diminuída () Sem mobilidade						
Venoclise: () Não (X) Sim Tipo: <u>0,9% NaCl</u> Local: <u>AS</u> Sondas: () Gástrica () Enteral (X) Vesical <u>SVD</u>						
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim () Não Especifique: _____						
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos						
Curativo: () Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo Monitorização: () ECG (X) Oxímetro () PA						
INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexigoma () Alteração PA () Alteração FC						
Relato: <u>S/ Intercorrências</u>						
SINAIS VITAIS						
Hora	7°C	P	PA	FR	Sat%	Dor
Admissão		65			95%	
30'		85			94%	
60'		69			97%	
Alts						
Líquidos administrados na URPA:						
Soro glicosado: _____ ml						
Soro Fisiológico: _____ ml						
Ringer: _____ ml						
Irrigação vesical contínua: _____ ml						
Eliminações:						
Diurese		Retorno		Drenagem		Retorno da
		Gast.				Irrigação
Recebido da SO						
Desprezado						
URPA						
Medicações administradas URPA:						
Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:						
Paciente segue sem intercorrências						
liberado pelo anestesiologista, segue encaminhado ao RAO						
e após avaliação clínica em 1						



HOSPITAL REGIONAL DE ORLÂNDIA MARQUES DE IENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Francisco de Assis Gomes Idade: 64 D/N: 18/05/55
Pront.: 167103 Município: Orlândia Procedência: ☒ Interno ☐ Externo
Data da cirurgia: 16/08/19 Hora Admissão: 08:00 Sala: 08 Hora Saída: 14:00 Peso: 70
Alergias: ☒ Não ☐ Sim Não Comorbidades: ☒ Não ☐ Sim Não
Uso de medicações: ☐ Não ☒ Sim Leptopon Jejum: ☐ Não ☒ Sim
SSVV Admissão: PA: 120/80 mmHg Pulso: 76 bpm FI: 23 rpm FC: 84 bpm SpO₂: 98 % T: 36 °C

Enfermeiro(a): Adriana Instrumentado(a): Luiz Circulante: Priscilla

Cirurgia: At. cirúrgico de abdome Especialidade: oncológico Sala: 03
Hora Início: 08:45 Hora Término: 14:00 Tipo de cirurgia: ☒ Eletiva ☐ Urgência ☐ Limpa ☐ Contaminada ☐ Infectada
1ª Cirurgião: Dr. Nelson Aux.: Dr. Ronaldo Residente: Dr. Ronaldo

Anestesia: ☐ Local ☒ Sedação ☐ Geral TOT: 2.6 () Bloqueio () Raquidiana Ag. nº 2.6 () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag. nº 30 Cateter nº 30 Início: 08:30 Garrote: ☒ Smarch () Pneumático Início: 08:35 Término: 09:30
Anestesiologista: Dr. Jackson

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

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	76	73	84	Bpm
Pulso	76	73	84	Bpm
Oximetria	98	98	98	%
Capnografia				%
PA	123 x 66	125 x 72	113 x 64	mmHg

ACESSO VENOSO
☐ Punção Arterial
☒ Punção Venosa Periférica
☐ Punção Venosa Central
☐ Dissecção venosa
Local: <u>MSE</u>
Cateter: <u>J 20</u>

SONDAGEM GÁSTRICA
SNG nº <u>1</u>
Retorno: <u>134</u>

CATETERISMO VESICAL
SVF nº <u>14</u> SVA nº <u>1</u>
Diurese: <u>CL BOM ASPECTO</u>
Profissional responsável: <u>Eng. heilane</u>

EXAMES SOLICITADOS:
☐ Hemograma ☐ Gasometria

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

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
☒ Sim ☐ Não ☒ Metal ☐ Descartável
Local: <u>Região escapular</u>
DEGERMAÇÃO
☒ Sim ☐ Não
Local: <u>MSD</u> Solução: <u>sol. ant.</u>

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos:
Tela:
Cateter:
Ostomia:
Fio de KC: <u>Parafuso - tipo: 34 pontilhado</u>
Placa - Tipo: <u>34 pontilhado</u>
Outros:



PEDIDO DE PARECER

MSB20

ECG: Simples 5/20/19

Unidade Solicitante: _____ Município: _____

Paciente: FRANCISCO DE ASSIS GOMES Prontuário: _____

Motivo da Consulta: _____

ECG +

RISCO CIRURGICO

Médico

CRM

Data

12/08/2019

Encaminhado à especialidade: CARDIOLOGIA

Consulta marcada para a Unidade: _____ Município: _____

Para o (a) Dr. (a): _____ às _____ horas do dia _____/_____/____

RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante: _____ Município: _____

Paciente: Fco de Assis Gomes, 64a Prontuário: _____

(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)

(HIEsq.) HAS (losartan + HCTZ) Nível DM controlado

Asma ou Alérgias Assintomáticas CV Ps: 145x80

ECG: Simples atenuado final condut. AC: Pericardio

AR: MIOCARDIO GR. 1/2 de mioc. Hb: 13,1 Hcp: 185000

TAP: 73% Glic: 186 UA: 98 Cr: 1,7 K+: 4,1

PH MCO CIRURGICO GRAU II

Diagnóstico: Diabetes mellitus - HAS

Insulina pl controle hiper glicemia

Médico

CRM

Data

Retornar à clínica solicitante: _____ Unidade: _____

Para o (a) Dr. (a): _____ às _____ horas do dia _____/_____/____

12/08/19

RDWIL / SESAP

CONFÉRMICA ORIGINAL

transmissão RN. 02/10/19

Mat. 50001

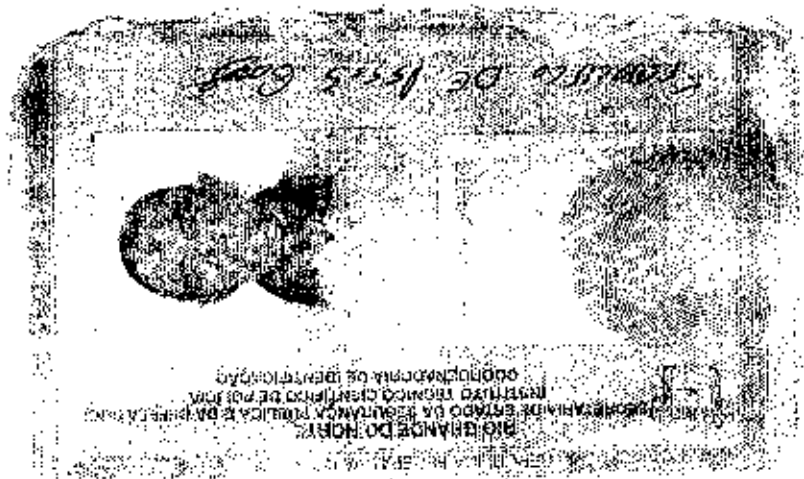
FRANCISCO DE ASSIS GOMES

M IDADE: 64 Nº REG.:

DATA: 12/08/2019

LI:

GOVERNADORIA
SECRETARIA DE
DESENVOLVIMENTO
E PLANEJAMENTO
ECONOMICO
E SOCIAL



0-11111

