

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALDIR JANUARIO DE FARIAS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 01339

CONTA: 000000050282-3

Autenticação:

1D21FF68B733B74A3CA96F38ACEFFF6A009F0C11BCF3121BC1535FE8176058A1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190683941 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALDIR JANUARIO DE FARIAS **Data do acidente:** 24/05/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO. P9/40

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P35/43
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO 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 OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO PÁGINA 1.

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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 números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Marcos Mendes Bernardino de Souza
inscrito (a) no CPF/CNPJ 061.089.354 / 80 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Aldir Sanuario de Farias inscrito (a) no CPF sob o Nº 596.332.124 / 72
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez / Danos da Vítima Aldir Sanuario de Farias
inscrito (a) no CPF sob o Nº 596.332.124 / 72, 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: <u>Rua Brasilizis Camilo</u>	Número: <u>122</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Anequim</u>	Cidade: <u>Goiânia</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: _____	CEP: <u>59173-000</u>	Tel. (DDD) <u>(84) 99806-1091</u> <u>(84) 99134-3008</u>

Local e Data: Parnamirim 28 de Novembro de 2019.

Marcos Mendes Bernardino de Souza
Assinatura do Declarante



CLÍNICA

OITAVA ROSADO

laude médico

Nome : Audir Loureiro de Farias

Idade : 53 anos

Data do Acidente : 24/05/19

= Paciente sofreu acidente no local de trabalho que gerou fratura de antebraço direito. Acidente grave que exigiu cirurgia.

Alcoolista refere dor em antebraço e punho de 0 a 10 de momento em 50%.

TR2

Alto Índice

Clínica Oitava Rosado
Ortopedia e Traumatologia
CREMER 0274

Dr(a):

Data:

24/11/19

MOSSORÓ:
Rua Juvenal Lamartine, 119
Centro
Fone: (84) 3315.6900 / 3315-6901

SERRA DO MEL:
Rua Celso Severino Lima da Costa, 1214
Vila Brasília
Fone: (84) 9.8728-1592

ASSÚ:
Av. Senador João Câmara, 1304
Centro
Fone: (84) 9.9839-0438

PARNAMIRIM:
Av. Bella Parnamirim, 880
Vila Nova
Fone: (84) 9.9624-2021

NATAL:
Av. Presidente Medice, 256
Igarapé - Zona Norte
Fone: (84) 9.9839-0260

FICHA DE REFERENCIA

Unidade de Origem: _____ Município: NATAL
PACIENTE: ALDIR JANUARIO DE FARIAS Prontuário: _____
Endereço: RUA ALTO DA BELA VISTA
Idade: 53 anos 2 meses Sexo: Masculino Ocupação: _____
Nome de Responsável: ALDIR JANUARIO DE FARIAS

DADOS CLÍNICOS

Impressão diagnóstica: _____ CID: _____
ANTONIO MAXSUELTON ALVES DE SOUZA 7569 19/06/2019
Médico CRM DATA

AGENDAMENTO

Encaminhamento para a especialidade: ORTOPEDIA
Consulta marcada para a unidade: ION Município: Natal
Para o Dr: as Horas do dia: 2/2/2019

AGENDAR CONSULTA NO SISTEMA SISREG PARA O ION
(ANTIGA CLINORT-SUS)

TRAZER O RX E XEROX DOS SEGUINTE DOCUMENTOS:

- ☐ IDENTIDADE ☐ CARTÃO DO SUS
☐ CPF ☐ COMPROVANTE RESID
ENCIA

RX
LIBERADO

PAC: ALDIR JANUARIO DE FARIAS
EMP: ION - AMBULATORIO - DATA: 19/06/2019

Data do Atendimento: 19/06/2019 - 10:32

Código:

Recepção: ANTONIO SOUZA

Paciente: 96828 - **ALDIR JANUARIO DE FARIAS**

Convênio: ION - AMBULATORIO - 705607472912514

Laudó Médico

Sinais Clínicos: TRAUMA, DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS DO BRAÇO POR FRATURA DE GRANDE TUBEROSIDADE

Exame Solicitado: RX BRAÇO AP/P EM CONSOLIDAÇÃO

Diagnóstico CID: S422 CONTUSÃO BRAÇO

Tratamento Realizado: VELPEAU, APOS 30 DIAS RETIRRA TIPOIA E INICIAR FISIOTERAPIA

Dr. Maxsuelton Alves
CRM/RN 7369 TEOT 15233
Ortopedia e Traumatologia
Cir. Ombro e Cotovelo



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **26471 /2019**

Admissão: **24/05/2019 17:58:29**

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

Paciente: **128321 - ALDIR JANUARIO DE FARIAS** (53 a 1 m 21 d)

Nascimento: 09/04/1966 Natural: SAO RAFAEL.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 705607472912514

CPF: 59633212472

Prof:

Mãe: MARIA BARBOSA DE ARAUJO

Pai: EXPEDITO JANUARIO DE FARIAS

Logradouro: ALTO DA BELA VISTA, 579

CEP: 59042250

Bairro: NORDESTE

Cidade: NATAL

Telefone: 84 981226252

Compl:

Motivo: MOTO X CARRO - COLISÃO

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: FAMILIA

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 24/05/2019 17:52:08

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

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA DE MOTO COM TRAUMA DE MSD E TRAUMA DE FACE

Hora: ____:____

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A

B

C

D

E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: 24/05/2019 19:38:17 - INTERNADO

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

A

;

B

C

D

E

A(ALÉRGICAS)

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA-MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

/ /

HORA

SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:

ÓBITO: DATA / / HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP

SUS

PUNTO OK.
Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar
Nº 12557 / 2019

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou:

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: 128321 ALDIR JANUARIO DE FARIAS

Prontuário:

CNS: 705607472912514

Nascimento: 09/04/1966 Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA BARBOSA DE ARAUJO

Pai: EXPEDITO JANUARIO DE FARIAS

Endereço: RUA ALTO DA BELA VISTA, 579 - NORDESTE - NATAL

Fone: 981226252 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE: 240810

UF: RN

CEP: 59042-250

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

PACIENTE ALEGA ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA LUXAÇÃO DE OMBRO DIREITO. ENC AO CC PARA REDUÇÃO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
REDUÇÃO INCRUENTA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RX E SEMIOLOGIA

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S43.0 LUXACAO DA ARTICULACAO DO OMBRO*408010134.REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO OU FRATURA / LUXACAO

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

UMERO PROXIMAL, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☒ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão

☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS

CRM: 4781 / RN

Data da Solicitação 24/05/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____ Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____

Orgão Emissor: _____

Data da Autorização: ____/____/____

Assinatura/Carimbo: _____

Número da Autorização: _____

ALDIR JANUARIO DE FARIAS, : DX from 25/05/201





CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **128321 - ALDIR JANUARIO DE FARIAS** (53 a 1 m 15 d)
Sexo: M Cor: PARDA
Nascimento: 09/04/1966 Natural: SAO RAFAEL.BRASIL
CNS: 705607472912514 CPF: 59633212472 Prof:
Mãe: MARIA BARBOSA DE ARAUJO Pai: EXPEDITO JANUARIO DE FARIAS
Logradouro: ALTO DA BELA VISTA, 579 Cidade: NATAL
CEP: 59042250 Bairro: NORDESTE
Telefone: 84 981226252 Compl:

Motivo: MOTO X CARRO - COLISÃO
Origem: FAMILIA

Tipo: NÃO REFERENCIADO
*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 24/05/2019 17:52:08				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA DE MOTO COM TRAUMA DE MSD E TRAUMA DE FACE
Hora: :

Posição vítima de queda de moto, sem perda de consciência, Nega
consciência, dor abdominal ou Torácica. Apresenta dor em ombro D.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A VAP, sem imobilização
- B Exame em 2º plano
- C Sem hemorragias, BPT, pulso +
- D Glasgow 15, sem defeitos
- E Sem escoriações

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Pele estável
ABD: Flácido

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Lesão de Ombro D

*Gerado via SX por UZIMAR PEREIRA VALE. Impresso em 24 de Maio de 2019.

T2

21 05 19
Arquivo

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

;

B

C

D

E

A(ALÉRGICAS) NegM(MEDICAÇÃO EM USO) NegP(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) Neg

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

RX de Ombro D AP

RX de Torax AP

CONDUTA PRIMARIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

1) VAT, Im.

Paciente com sinais e sintomas de
fraturas sem evidência de
hemotórax ou pneumotórax.

Exatidão de luneta oroscópica

A= à ortopedia

scr. c.b

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dr. Wiener Nunes
CRM - RN 9723

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

Ortopedia

Dr. Wiener Nunes
CRM - RN 9723

HORA: 18:05

DATA: 24/05/9

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

/ /

HORA

SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:

OBITO: DATA / / HORA



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **26471 /2019**

Admissão: **24/05/2019 17:58:29**

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

Paciente: 128321 - ALDIR JANUARIO DE FARIAS (53 a 1 m 21 d)

Nascimento: 09/04/1966 Natural: SAO RAFAEL.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 705607472912514

CPF: 59633212472

Prof:

Mãe: MARIA BARBOSA DE ARAUJO

Pai: EXPEDITO JANUARIO DE FARIAS

Logradouro: ALTO DA BELA VISTA, 579

CEP: 59042250

Bairro: NORDESTE

Cidade: NATAL

Telefone: 84 .981226252

Compl:

Motivo: MOTO X CARRO - COLISÃO

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: FAMILIA

*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 24/05/2019 17:52:08				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA DE MOTO COM TRAUMA DE MSD E TRAUMA DE FACE

Hora: ____:____

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: 24/05/2019 19:38:17 - INTERNADO

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

;

B

C

D

E

A(ALÉRGICAS)

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMARIA@MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

/

/

HORA

SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:

OBITO: DATA / / HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

NAMNESE

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: *Outpatient*

DATA: *24/05/19*

HORA: *19:40h*

SAÍDA:

DATA: */ /*

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

DEOLIVEIRA MARQUES (REDUÇÃO)

ÓBITO:

DATA: */ /*

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: */ /*

HORA:

SAÍDA:

DATA: */ /*

HORA:

ANAMNESE

Paciente não responde ao teste com Tímpano Oculo D.

EXAME FÍSICO

Exame Agudo + Neurológico

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Paciente com Tímpano Oculo D.

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Toma de 1500 ml.

Receita de 1500 ml.

Dr. Roberto Carlos Calhau
Otorrinolaringologista e Traumatologista
CRM-RV 3063 RQE 3032

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Oftos se abrem espontaneamente.	4
Oftos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 1)	3
Oftos se abrem por estímulo doloroso	2
Oftos não se abrem.	1
Resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, está, o porquê, a data e etc.)	5
Consciente (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras incoerentes (Fala aleatória, mas sem troca conversacional)	3
Sons ininteligíveis. (Gemejo sem articular palavras)	2
Apneia.	1
Resposta motora (MRM)	
Obedece a ordem verbal. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulos dolorosos.	5
Retirada inespecífica a dor.	4
Padrão flexo à dor (Decorticação).	3
Padrão extensor à dor (Decerebração).	2
Sem resposta motora.	1

**ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4
	9-12 = 3
	6-8 = 2
	4-5 = 1
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20 = 4
	21-30 = 3
	31-40 = 2
	41-50 = 1
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90 = 4
	70-89 = 3
	50-69 = 2
	1-49 = 1

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)*

03 - 08 = grave (necessidade de intervenção imediata);
09 - 12 = moderado;
13 - 15 = leve

* Referência: TEASDALE G. JENNET. B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-84

** A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que subentendam com idade superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa solicita-se ao clínico que classifique a intensidade de sua dor de acordo com as seguintes adjetivos:

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

**Escala de Trauma Revisada (RTS): É um índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.J. Copes, et al: A revision of the Trauma score, J. Trauma 1981; 21: 396

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1 - AVALIE A RESPOSTA DA VÍTIMA. 2 - PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAIS) E PEÇA UM DESFIBRILADOR (DEA). 3 - ABRAJA VÍTIMA. 4 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR). 5 - SE APNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BÓLTA, VALVULA, MÁSCARA). 6 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE). 7 - SE PULSO AUSCULTADO, INICIE COMPRESSÕES TORÁCIAS. 100/min (PROPORÇÃO 30:2) ATÉ A CHEGADA DO DEA. 8 - DEA DISPONÍVEL: ANALISE O RITMO. 9 - RITMO CHOCAVEL: APLIQUE 1 CHOQUE 360 J. 200 J DE BIFÁSICO, E REINICIE RCP. 10 - RITMO NÃO CHOCAVEL, REINICIE RCP (30:2). 11 - AVALIE O RITMO A CADA 5 CICLOS. 12 - FAÇA RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR. OU CASO A VÍTIMA SE MOVA, 13 - COLOQUE-A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO.

Paciente: 128321 - ALDIR JANUARIO DE FARIAS

Cartão SUS: 705607472912514

CPF: 59633212472

Dt Nasc: 09/04/1966

Idade: 53 anos 1 mes 15 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA BARBOSA DE ARAUJO

Nome do pai: EXPEDITO JANUARIO DE FARIAS

Rua/Av: ALTO DA BELA VISTA

Complemento:

CEP: 59042250

Cidade: NATAL

Nº: 579

Bairro: NORDESTE

Telefone: 84 981226252 84 981226252

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1004

Responsável: ALDIR JANUARIO DE FARIAS -

Usuário: MARIA XAVIER

Admissão: 24/05/2019 19:38:18

Alta: 30.05.19

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S43.0 - LUXACAO DA ARTICULACAO DO OMBRO

408010134 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

Paciente vítima de acidente de moto
com fratura humeral esquerda unilateral e
fratura do ulna do antebraço.

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 23/05/19
MAY: N°

SAME
ASSINATURA

Dr. Mauro Carneiro Calhau
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RN 3063 HCE 3032

NATAL, 24 de Maio de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou: _____

CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **128321 ALDIR JANUARIO DE FARIAS**

Prontuário: _____

CNS: 705607472912514

Nascimento: 09/04/1966 Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA BARBOSA DE ARAUJO

Pai: EXPEDITO JANUARIO DE FARIAS

Endereço: RUA ALTO DA BELA VISTA, 579 - NORDESTE - NATAL

Fone: 981226252 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE: 240810

UF: RN

CEP: 59042-250

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE ALEGA ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA LUXAÇÃO DE OMBRO DIREITO. ENC AO CC PARA REDUÇÃO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

REDUÇÃO INCRUENTA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX E SEMIOLOGIA

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S43.0 LUXACAO DA ARTICULACAO DO OMBRO*408010134.REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO OU FRATURA / LUXACAO

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

UMERO PROXIMAL, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

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

Profissional Solicitante / Assistente:

GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS

CRM: 4781 / RN

Data da Solicitação 24/05/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____ Nº do bilhete: _____ Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____ CNAE da 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: _____



Nome

Nº Registro:

Idade:

Sexo:

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

DATA

24/05/19

Amnésia anterógrada e memória preservada do passado. Lel. R.
v. contínuo


Dr. Manoel Carneiro Calhau
Neurologista e Psiquiatra
CRM 3032



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: *Maria Inês N. Alves*

Reg. Nº *2465/17*

Diagnóstico pré-operatório: *Fratura de humero direito*

Indicação terapêutica: *Redução e fixação*

Urgência (☒) Eletiva (☐)

INTERVENÇÃO

Data: *24/5/17*

Início:

Término:

Duração:

Operador: *A. P. Alves*

CRM/CRO:

1º Auxiliar:

CRM/CRO:

2º Auxiliar:

CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista: *R. G. Gomes*

CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Lesão Mol.

Impala e Altopia.

Remo de fratura de humero

Estudo clínico e radiol.

Diagn.

2465/17

Dr. Mauro Carneiro Calhau
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RN 3063 RCE 3002

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

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

ALGORITMO PR SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1 - AVALIE A RESPONSABILIDADE DA VÍTIMA 2 - PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPÍTAIS) 3 - ABRAVA VO AFÍEIA, 4 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 5 - SE APNEIA, APLIQUE 2 VENTILACOES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MÁSCARA), 6 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTES), 7 - SE PULSO AUSENTE, INICIE COMPRESSIONES TORÁICAS: 100/MIN (PROPORÇÃO 30:2) ATÉ A CHEGADA DO DEJA, 8 - DEJA DISPONÍVEL: ANÁLISE O RÍTIMO, 9 - RÍTIMO CHOCAVEL: APLIQUE 1 CHOQUE 360 (200W PI DEJA BIFÁSICO), E REINICIE RCP, 10 - RÍTIMO NÃO CHOCAVEL: REINICIE RCP (30:2), 11 - AVALIE O RÍTIMO A CADA 5 CICLOS, 12 - PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MEÇA, 13 - COLOQUE-A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO

ANAMNESE

Paciente após acidente de moto com trauma do D.

EXAME FÍSICO Exame Agudo + Neurologia

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA Fratura de humero do D.

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Tudo bem a 1500h.

Revisar ferida.

Dr. Mauro Carneiro Calhaz
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RO 30637 RJE 3032

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

CONFERE COM ORIGINAL
MATERIAL
TAMBE
ASSINATURA

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	4
Oftos se abrem espontaneamente.	
Oftos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3)	3
Oftos se abrem por estímulo doloroso	2
Oftos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, local, a partir de 1 dia e etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala aleatória, mas sem troca conversacional.)	3
Sons ininteligíveis. (Oncando sem articular palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulos dolorosos.	5
Reflexo inapropriado a dor.	4
Padrão flexo à dor (Decorticação).	3
Padrão extensor à dor (Decorticação).	2
Sem resposta motora.	1

"ESCALA DE TRAUMA DO TRAUMA REVISADA - RTT"	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	15-14 = 4
	13-12 = 3
	11-10 = 2
	9-8 = 1
FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA	20 = 4
	16-20 = 3
	12-16 = 2
	1-12 = 1
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90 = 4
	70-90 = 3
	50-70 = 2
	1-50 = 1

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)

03 - 08-grave (necessidade de intervenção imediata);
09-3= moderado;
14-15-leve

* Referência: TEASDALE G. JENNET, B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-84

** A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com idade superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior
0	1	2	3	4

"Escala de Trauma Revisada (RTT): Brevi indica de observação para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Secor W.L. Copes, et al; A revision of the Trauma score, J. Trauma 23(5) 624, 1986.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDOTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

TIPOIA

Teroxian 40
Dexametasona 10

AMROALVES
CRM 5439

AMROALVES
CRM 5439

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: *Out-patient*

DATA: 24/05/19

HORA: 19:00h

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

DELEGADOS MARQUES (REDUGAO)

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

INFORMATIVO

Venho através desta informar que nossa instituição não poderá disponibilizar o RX do(a) paciente **ALDIR JANUARIO DE FARIAS** SUS (SISTEMA ÚNICO DE SAUDE) só pagara diante de uma auditoria feita e nela tem que constar ambos, o pré-operatório e o pós-operatório. Deixando claro o motivo pelo qual não será liberado, conforme solicitação de vossa senhoria.

Natal, 21 de Junho de 2019.

Recepção

Fernanda Luoma

PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA

REGISTRO DE INTERNAMENTO

Nº AIH: _____ Nº ATENDIMENTO: 439941 DATA: 03/06/2019
TIPO DE INTERNAMENTO: _____ HORA: _____
ACOMODAÇÃO: ENFERMARIA LEITO: TERREO 104 F CONVENIO: SUS
MATRÍCULA: 705607472912514 VALIDADE: _____
Criado por Oneide Maria Araujo Fonseca em 03/06/2019 21:33

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: ALDIR JANUARIO DE FARIAS SEXO: Masculino
DATA DE NASCIMENTO: 09/04/1966 RG: 786248 CPF: _____
FILIAÇÃO MÃE: MARIA BARBOSA DE ARAUJO
FILIAÇÃO PAI: EXPEDITO JANUARIO DE FARIAS
ENDEREÇO: Rua Alto da Bela Vista Nº 579
BAIRRO: Nordeste CIDADE: NATAL
ESTADO: RN CEP: 59042-250
FONE: (84) 98127-0650 FONE: _____

SUMÁRIO DE ALTA

TIPO DE ALTA: () MÉDICA () ADMINISTRATIVA () A PEDIDO () EVASÃO () ÓBITO
DATA: _____ HORA: _____ ASS. RESPONSÁVEL DO SETOR: _____

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

PACIENTE COM FRATURA DE UMEIRO
PROXIMAL DIREITO, INTERNA PARA
OSTEOSSINTESE.

PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA

CNPJ: 09.417.742/0001-91

Confere com o Original

Data: 21 / 06 / 2019

Quares

Dr. Maxsuelton Alves
CRM/RN 7569 TEOT 15233
Ortopedia e Traumatologia
Cir. Ombro e Cotovelo

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Aldir Jannorio de Farias Nº REGISTRO _____

Data Nascimento 09/04/1966 Idade 53 sexo M LEITO: 104F Data de Admissão 01/06/19
MÉDICO: Dr. Manoel

ADMISSÃO DO CENTRO CIRURGICO

JEJUM COMPLETO INCLUINDO AGUA? () Não () Sim início 2000 PESO: 82 Kg Altura: _____ cm

RETIRADA DE PRÓTESES/ORTESE/ADORNOS: () SIM () NÃO

ALERGIAS: ~~NÃO~~ () SIM: nega

DOENÇAS PREGRESSAS: () DM () HAS () TABAGISMO () HIV () Hep B () Hep C () Arritmias () DPOC () AVC ()

Marca passo () Outros: nega Medicamentos de uso frequente: nega

Consentimento Cirúrgico Preenchido () Não ~~X~~ Sim

Exames: ~~2~~ Labor 3 Raios-X () USG () TC () RNM () Risco cirúrgico Outros: _____

Encaminhado: () Deambulando () Cadeira de Rodas ~~X~~ Maca ~~X~~ Consciente () Inconsciente ~~X~~ Orientado () Desorientado

Anotações de Enfermagem : _____

Conferido informação acima por: Regina Admitido na sala: 03 Hora _____

ETAPA I: PRÉ -INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta Fratura de umero proximal "D"

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO: ~~X~~ Limpa () Contaminada () Potencialmente Contaminada () Infectada

1. Equipe completa presente (~~X~~ Sim () Não
2. Paciente com identificação e cirurgia confirmada ~~X~~
3. Termo de consentimento ~~X~~ Cirúrgico () hemoterapico () não, caso não esteja assinado contatar o médico.
4. Local da intervenção marcado corretamente ~~X~~ sim () não () não aplicável
5. Bisturi elétrico disponível e testado ~~X~~
6. Aparelho de Anestesia ~~X~~
7. Equipamento de Vídeo ~~X~~
8. Monitor Multi-Parâmetro ~~X~~
9. Saída de: Oxigênio (~~X~~ Ar Comprimido () Vácuo ~~X~~
10. Aspirador cirúrgico disponível e testado ~~X~~
11. Mesa cirúrgica testada ~~X~~

12. Hemoderivados solicitados e reservados () sim () Não ☒ Não aplicável
13. Paciente tem alergia conhecida () sim ☒ não
14. Aparelho de anestesia testado ☒ sim () não
15. Esterilizações dos instrumentais com indicadores ☒ sim () não

ETAPA II: PRÉ-INCISÃO

16. Confirma nome do paciente, local da intervenção e cirurgia proposta ☒
17. Confirma preparo da pele com clorexidine degermante e tópica ☒ Sim () não
18. Confirmar antibiótico profilático administrado ☒ sim () não aplicável
19. Paciente em posição adequada ☒ sim () não

EQUIPE DE ENFERMAGEM

20. Confirmar se a disponibilidade dos materiais e equipamentos solicitados para cirurgia ☒
20. Confirmar com a equipe médica se os exames necessários estão disponíveis ☒
21. Confirma bisturi elétrico e placas instalados corretamente ☒

INTRA-OPERATORIO

Posicionamento: Dorsal ☒ Lateral direita () Lateral esquerda () Posição Ginecológica ()
() Decúbito Proclie () Decúbito Ventral

Monitorização cardíaca: ☒ sim () não PNI/Manguito em: MSE Placa neutra: Local: MIE

Passado faixa de smarch: Não () sim, em: _____ Início _____ Termina _____

Soluções Antissépticas Usadas no Campo Operatório: ☒ Clorex degermante () Clorex aquoso
☒ Clorex Alcóolica () PVPI degermante
() PVPI tintura () _____

Infusões: SFO,9% _____ ml R.Lactato: _____ ml R.Simples _____ ml SG5% _____ ml

Drenos: () Penrose nº _____ () Porto-vac nº _____ () Tórax nº _____

Sinais vitais: PA: 90/90 mmHg FC: 66 bpm Sat: 98 % T: _____ °C Hora: 08:45

Anestesia: Início _____ Termina _____ ☒ Geral Inalatório () Geral Venosa () Sedação () Local
() Peridural () Raquí ☒ Bloqueio: _____

IOT: () Não ☒ sim - Cânula nº 8,0 IOT aramado: ☒ não () sim nº _____

AVP: () não ☒ sim MSE, Jelco nº 20 por Dr. Antun

Cateter O2: () não () sim SNG: () NÃO () SIM Nº _____ SVD () NÃO () SIM Nº _____

Ferida operatória: Curativo limpo e seco

Cultura: _____ Anát. Patológico: () Não () Sim _____ Unid _____

Material Explantado: _____

Conferido por Leidy C. Martins Cruz Intercorrência _____

ETAPA III: ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

Confirmar se a contagem de compressas, instrumentais e agulhas foi realizada () sim () não

Caso a cirurgia realizada não tenha sido a proposta, _____

Medicações administradas (anotar horários) Dipirona 2amp + Dexametasona 1 amp. + Paracetamol 1am + Bisoprolol 1am. Todas as medicações foram adm. Pelo enfermeiro Dr. Antun



cefazolina sódica
Medicamento genérico
1g

Uso EVIM
USO ADULTO E PEDIÁTRICO
VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA
L.1908213
V.02/21



cefazolina sódica
Medicamento genérico
1g

Uso EVIM
USO ADULTO E PEDIÁTRICO
VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA
L.1908213
V.02/21



tenoxicam
Medicamento genérico Lei nº 9.787 de 1999
40 mg - Liofilizado injetável
USO ADULTO / USO IV OU IM
VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA
SNC 0810 201194
PROIBIDA VENDA
AO COMÉRCIO
SICHISTALLA

V.12/20
L.18120043
V.12/20

OPME: () NÃO () SIM, qual

17 04 2019

22.04.19

22 10 19

02 fio Kirshenman Nº 2.5, nos implantes de

Anotações de Enfermagem e Intercorrências

Início da cirurgia: Termina da cirurgia:

CIRURGIÃO Maxwellton ASSISTENTE: ANESTESIOLOGISTA Dr. Antenor Carlos
INSTRUMENTADORA Simone CIRCULANTE: Yellu ENFERMEIRA: Edna

URPA (Unidade de Recuperação pós-anestésica)

Condições de admissão do paciente:

☒ Acordado () Sonolento () agitado Ar ambiente () MV 50%

() Cateter de O2 () TQT ☒ AVP () AVC

() Hipotensão () Hipertensão () Bradicardia () Taquicardia () Tremor () Dor () Baixa Saturação

() Hemorragias () Desorientação () Agitação () Dispneia () Broncoespasmo () Outros.

Medicações Administradas na URPA (anotar horários)

Encaminhado para o andar

AVP () AVC () SNG () SVD FECHADA () DRENOS () CURATIVOS LIMPO ()

SO EM: MSD () MSE () MID () MIE ()

EXAMES: () Labort () Raio x () USG () TC () RNM () RISCO CIRURGICO () OUTROS

ENCAMINHADO: () Enfermaria () UTI () Alta Hospitalar () Outros

Anotações de Enfermagem:

ENCAMINHADO POR: HORA:-

Prontoclinica Dr. Paulo Gurgel
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

PACIENTE: Alcides Juvêncio de Farias

DIAGNOSTICO MÉDICO: ONIBD

MÉDICO: MAX

SETOR: 1º

LEITO: 107F

PROCEDENCIA: (X) DOMICILIAR () HOSPITALAR: QUAL: MEGA

IDADE: 53 ANOS

DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: NEOP

EVOLUÇÃO 03/06/19 HORÁRIO: 21h

ASPECTO GERAL

(X) CONSCIENTE () ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
(X) REATIVO () HIPOATIVO
(X) HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
(X) COMATOSO () SEDADO () ANASARCA () EDEMA

PROCESSO VENOSO (Local e data de inserção)

PRE

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

PRE

(X) HIDRATADA () RESSECADA () ICTÉRICA
(X) NORMOCORADA () HIPOCORADA () CIANOSE
(X) EXTREMIDADES FRIAS () NORMOTÉRMICA

(X) HIPOTERMIA () HIPERTERMIA
TEND: Local: PRE

Característica do líquido: PRE

APARELHO CARDIOPULMONAR

(X) EÚNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
(X) BRADIPNEICO () TIRAGEM: PRE
RUIDOS ADVENTÍCIOS TIPO: PRE
(X) TAQUICARDICO () NORMOCÁRDICO () BRADICARDICO

OBSERVAÇÕES: * ACIDENTE DE MOTO há 10 dias

* MEGA TÍDIO

* EXAMES OK, HEMOGRAMA.

* ORIENTADO QUANTO A JEJUN E HIGIENE ÍNTIMA.

VENTILAÇÃO

(X) O2 AMB () MV % () HOOD:
() ENTUBADO TOT Nº PRE
OBS: PRE

ELIMINAÇÕES

DIURESE

(X) ESPONTÂNEA () SVA A CADA:
() HEMATÚRIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA
() POLIÚRIA () SVD PRE
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: PRE

EVACUAÇÃO

() ESPONTÂNEA
() ESTÍMULO: PRE
() AUSENTE DIAS PRE
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: PRE

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMEN

(X) DELACIDO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
() DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
() TIMPÂNICO () MACIÇO () RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

(X) DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS
() SOBRE MACA () MULETA

DIETA

() AO SEIO () ORAL/COPINHO () GTM
() SOG/SNG PRE
(X) RESÍDUO GÁSTRICO: PRE
(X) ZERO () VÔMITO PRE vezes 22h

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 04/06/19 HORÁRIO: 21h45

ASPECTO GERAL

(X) CONSCIENTE () ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
(X) REATIVO () HIPOATIVO
(X) HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
(X) COMATOSO () SEDADO () ANASARCA () EDEMA

PROCESSO VENOSO (Local e data de inserção)

PRE

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

PRE

VENTILAÇÃO

(X) O2 AMB () MV % () HOOD:
() ENTUBADO TOT Nº PRE
OBS: PRE

ELIMINAÇÕES

DIURESE

(X) ESPONTÂNEA () SVA A CADA:
() HEMATÚRIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA
() POLIÚRIA () SVD PRE
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: PRE

EVACUAÇÃO

() ESPONTÂNEA

PELE

- ☒ HIDRATADA () RESSECADA () ICTÉRICA
☒ NORMOCORADA () HIPOCORADA () CIANOSE
☒ EXTREMIDADE FRIAS () NORMOTÉRMICA
HIPOTERMIA: _____
HIPERTERMIA: _____
DRENO Local: _____
Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

- ☒ EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
() BRADIPNEICO () TIRAGEM: _____
() RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
() TAQUICÁRDICO () NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES:

Rx Ps 02
2 S/D

() ESTÍMULO: _____

() AUSENTE _____ DIAS

ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO**ABDOME**

- ☒ FLACIDO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
() DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
() TIMPÂNICO () MACIÇO () RUÍDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

- ☒ DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS
() SOBRE MACA () MULETA

DIETA

- () AO SEIO () ORAL/COPINHO () GTM
() SOG/SNG _____
() RESÍDUO GÁSTRICO: _____
() ZERO () VÔMITO _____ vezes

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO**HORÁRIO:****ASPECTO GERAL**

- () CONSCIENTE () ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
() ATIVO () REATIVO () HIPOATIVO
() HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
() COMATOSO () SEDADO () ANASARCA () EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

- () AVP: _____
() AVC: _____
() Jelco: _____
() Scalp: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

- () HV _____
() BI _____
() ATB _____

PELE

- () HIDRATADA () RESSECADA () ICTÉRICA
() NORMOCORADA () HIPOCORADA () CIANOSE
() EXTREMIDADE FRIAS () NORMOTÉRMICA
HIPOTERMIA: _____
HIPERTERMIA: _____
DRENO Local: _____
Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

- () EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
() BRADIPNEICO () TIRAGEM: _____
() RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
() TAQUICÁRDICO () NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES:**VENTILAÇÃO**

- () O2 AMB () MV _____ % () HOOD: _____
() ENTUBADO TOT N° _____

OBS: _____

ELIMINAÇÕES**DIURESE**

- () ESPONTÂNEA () SVA A CADA: _____
() HEMATÚRIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA
() POLIÚRIA () SVD _____

ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

- () ESPONTÂNEA

() ESTÍMULO: _____

() AUSENTE _____ DIAS

ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO**ABDOME**

- () FLACIDO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
() DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
() TIMPÂNICO () MACIÇO () RUÍDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

- () DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS
() SOBRE MACA () MULETA

DIETA

- () AO SEIO () ORAL/COPINHO () GTM
() SOG/SNG _____
() RESÍDUO GÁSTRICO: _____
() ZERO () VÔMITO _____ vezes

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

RELATORIO DE ENFERMAGEM

PACIENTE	Adriana Pereira Costa	
APTO.:	104	Nº REGIST.
CONVEN.		

USO DE:	DATA / H	USO DE:	DATA
BOMBA DE INF.	DIL	ECG	
NEBULIZADOR	Nº	OXIG./UMIDIF.	
ASPIRADOR	DIL	BERÇO AQUECIDO	
CURATIVO		FOTOTERAPIA	
		INCUBADORA	

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ASSINAT.
03/06/19	21:00h	Paciente admitida neste setor por indicação de sua mãe, apresentando febre, tosse, dor no peito, dificuldade para respirar, sendo encaminhada para observação e tratamento.	Magnolia Cunha da Costa COREN/RN - 468.062-TE
04.06.19	02:20	Paciente em C.C. com maca, acompanhada por mãe.	
04.06.19	11:20	Paciente em C.C. com maca, acompanhada por mãe.	Dynara Andreelly Sousa de Araújo COREN/RN - 1.141.782-TE
04.06.19	14h	Med. dipirona não foi adm. pois o paciente não havia acordado para o ato, o paciente acordou às 15h, sendo Symp. feita.	Dynara Andreelly Sousa de Araújo COREN/RN - 1.141.782-TE
04.06.19	16h	Adm. med. acetaminofeno 1g + abd. e.	Dynara Andreelly Sousa de Araújo COREN/RN - 1.141.782-TE
04.06.19	20:00	Adm. furosemida 20mg + ABD. EV + dipirona 1g + ABD. EV conforme prescrição.	Francenilda Paula de Oliveira COREN/RN - 795.043-TE
05.06.19	04:00	Adm. acetaminofeno 1g + ABD. EV conforme prescrição.	Francenilda Paula de Oliveira COREN/RN - 795.043-TE
05.06.19	02:00	Adm. dipirona 1g + ABD. EV conforme prescrição.	Francenilda Paula de Oliveira COREN/RN - 795.043-TE
05.06.19	08h	Adm. med. dipirona + Abd. EV + Clp. 30mg + Abd. EV.	Francenilda Paula de Oliveira COREN/RN - 795.043-TE
05.06.19	16:30	Paciente saiu de alta, mandando visitas pessoais + acompanhada de familiares.	Francenilda Paula de Oliveira COREN/RN - 795.043-TE
			Francenilda Paula de Oliveira COREN - RN 398284 - TE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE: ALDIR JANUÁRIO DE FARIAS APTO/ENF.: DATA: 04/06/2019
 REGISTRO: CONVÊNIO: SUS

PRESCRIÇÃO	HORARIOS	Patricia Leão de Fran
Dieta livre após alta do CRO	500	Nutricionista
RS 500ML de 12/12h EV	500	CRN-11110161
Cefazolina 1g ou Cefalotina 1g + ABD 20 ml EV de 8/8h	500	
Tenoxicam 20 mg - 01FA + 20 ml ABD, EV de 12/12h	500	
Dipirona 1g + ABD 18 ml EV de 6/6h	500	
Ranitidina 50mg + 10ml ABD EV pela manhã	500	
Tramadol 100mg + SF 0,9% 100ml EV de 8/8h S/N	500	
Plasil 10 mg + 100ml SF 0,9%, ev de 8/8h S/N	500	
Morfina 10mg - 01ampola + 09ml ABD, fazer 7ml EV de 4/4h S/N	500	
SSVW	500	

Assinatura do Médico
 Dr. Maxsinton Alves
 CRM/RN 7500-7E01 15233
 Ortopedia e Traumatologia
 Ctr. Ombro e Cotovelo

RECIBO RC FARMÁCIA

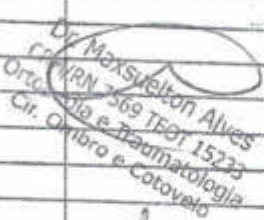
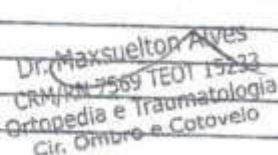
DÉBITOS	
SERINGA 01	
SERINGA 03 cc	
SERINGA 05 cc	
SERINGA 10 cc	
SERINGA 20 cc	
EQUIPO MICROGOTAS	
EQUIPO P/ BI	
EQUIPO P/ SANGUE	
JELCO Nº	
SCALP Nº	
POLIFIX	
LUVA PROCEDIMENTO	
LUVA ESTER. Nº	
GASES PCT	
ESPARADRAPO	
MICROPORE	
PVPI	
ETER	
ALCOOL 70%ml	500
ALGUDÃO BOLA	
AGULHA DESC. 25x8	
CREPOM Nº	
ALGODÃO ORTOP.	
CEPACOL ml	
POMADA	
SONDA DE FOLEY	
SONDA URETRAL	
SONDA NASO	
COLETOR FECHADO	
COLETOR ABERTO	
LAMINA BISTURI	
ELETRODO	
MASC. DESCAT	
SORO FISIO. 0,9%	
FITA HGT	



PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE:	<u>Aldin T. Costa</u>	REGISTRO Nº	
APTO.:	<u>445</u>	CONVENIO	
MÉDICO:			

DATA / HORA	DESCRIÇÃO MÉDICA
04/06/19	<u>ortomedia</u> Paciente submetido a osteotomia e fixar tubos na mão.  Dr. Maxsuelton Alves CRM/RN 7569 TEOT 15233 Ortopedia e Traumatologia Cir. Ombro e Cotovelo
05/06/19	<u>ortomedia</u> PO. osi. tub. man BGI p/ payon p/ top C. stru. lumbal  Dr. Maxsuelton Alves CRM/RN 7569 TEOT 15233 Ortopedia e Traumatologia Cir. Ombro e Cotovelo
05-06-19	<u>nutricão</u> Paciente admitido para realizar cirurgia em ombro @ Nega alergias e doenças pre-existen- tes. Alergia, eliminação fisiológicas presentes em dieta livre  Patricia Costa de França Nutricionista CIRN-RN 10161



CONVÊNIO.:



Rua Monte Sinai, 1948 - Capim Macio - CEP 59078-360

CNPJ 09.417.742/0001-91

FONE: (84) 4008-5000

Nome: ALDIR JANUÁRIO DE FARIAS

Receita Médica

Uso Int.

1. Alginac 1000 _____ 1 cx

Tomar 1 cp VO 8/8h por 5 dias

2. Dipirona 500mg _____ 1cx

Tomar 2 cp VO 6/6h caso dor

Natal, 04 de junho de 2019.

Dr. Maxsuelton Alves
CRM/RN 7569 TEOT 15233
Ortopedia e Traumatologia
Cir. Ombro e Cotovelo

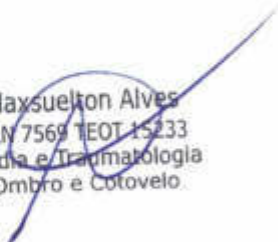
NOME: ALDIR JANUÁRIO DE FARIAS

Atestado Médico

Atesto que o (a) paciente acima citado (a) necessita de 30 (trinta) dias de afastamento de suas atividades laborativas por motivos médicos.

CID: S422

Atenciosamente,


Dr. Maxsuelton Alves
CRM/RN 7569 TEOT 15233
Ortopedia e Traumatologia
Cir. Ombro e Cotovelo

Dr Antônio Maxsuelton

CRM RN

Natal, 29 de maio de 2019.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 786.248

DATA DE EXPEDIÇÃO 03/05/2011

NOME

FILIAÇÃO

ALDIR JANUARDO DE FARIAS

EXPEDIDO JANUARDO DE FARIAS

MARIA BARBOSA DE ARAÚJO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

SÃO RAFAEL RN

09/04/1966

CERT. DE NASCIMENTO L-0250 F-95 RG-97859

NATAL - RN-5 CARTORIO

CPF 596.332.124-77

2ª VIA

Marcelo A. Ferreira Caldas

Coordenador de Identificação

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1760741813



PEDRO BERNARDINO DE SOUZA

1896254 SUP RN

061.069.154-RN DATA NASCIMENTO 29/12/1982

PEDRO BERNARDINO DE
SOUZA
MARIA JOSE DE LIMA

03348753108

20/04/2024 06/08/2024



Pedro Bernardino de Souza

NATAL, RN

29/04/2019

PRIMEIRO PLANTILHA
1760741813

RIO GRANDE DO NORTE

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: <u>Aldir Januario de Farias</u>	
NACIONALIDADE: <u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u>
PROFISSÃO: <u>Comerciante</u>	
IDENTIDADE: <u>786.248</u>	CPF: <u>596.332.124-72</u>
ENDEREÇO: <u>Rua Altio da Bela Vista nº 79, bairro Noroeste</u>	

OUTORGADO

NOME: <u>Marcosley Bernadine de Souza</u>	
NACIONALIDADE: <u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL: <u>casado</u>
PROFISSÃO: <u>Motorista</u>	
IDENTIDADE: <u>1896732</u>	CPF: <u>061.089.354-80</u>
ENDEREÇO: <u>Rua Brasiliao Camilo 122, Anagim com urbanização</u>	

DATA DO ACIDENTE: 24/05/2019 COBERTURA: invalides / danos

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

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

PARANAMIRIM 26.11.2019
LOCAL E DATA

1º Ofício de Notas

Aldir Januario de Farias
ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



1º Ofício de Notas e Registros
Rua Sargento Norberto Marques, 149 - Centro - CEP 59140-230 - Paranaimirim - RN
Fone / Fax: (84) 3272-3325 - Site: www.1oficioparanaimirim.com.br
Equilberto Lins de Vilela (Substituição) - Luciana Cristine Rodrigues do Vale (Substituta)

Reconheço por autenticidade e dou fe à firma de:
ALDIR JANUARIO DE FARIAS
Selo Digital: RN2019009531003342TSS
Confira a autenticidade em: <http://selodigital.tjm.jus.br>
Paranaimirim/RN, 26 de Novembro de 2019, Juíza 11.07.33

Em testemunho 1º Ofício de Notas e Registros

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0438597/19

Vítima: ALDIR JANUARIO DE FARIAS

CPF: 596.332.124-72

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 24/05/2019

Titular do CPF: ALDIR JANUARIO DE FARIAS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA : 061.089.354-80

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

ALDIR JANUARIO DE FARIAS : 596.332.124-72

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: 06/12/2019
Nome: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA
CPF: 061.089.354-80

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019
Nome: CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA
CPF: 026.685.584-92

CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA

Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190683941

Vítima: ALDIR JANUARIO DE FARIAS

Data do Acidente: 24/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALDIR JANUARIO DE FARIAS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190683941

Vítima: ALDIR JANUARIO DE FARIAS

Data do Acidente: 24/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALDIR JANUARIO DE FARIAS

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 dos ombros
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: **ALDIR JANUARIO DE FARIAS**

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

Banco: **341**

Agência: **000001339**

Conta: **0000050282-3**

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 ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

596.332.124-72 Aldir Januario de Farias

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

5 - Nome completo: Aldir Januario de Farias 6 - CPF: 596.332.124-72
7 - Profissão: Recurso 8 - Endereço: Rua slto da Bela vista 9 - Número: 579 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Nordeste 12 - Cidade: Natal 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59042-250
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 8499134-7008(84)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) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ITAU
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 1339 CONTA: 50282 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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) ☐ 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: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s)/nascem? ☐ 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura 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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 061450/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 22/11/2019 11:36

Data/Hora Fim: 22/11/2019 11:53

Delegado de Polícia: Alzira Veiga de Medeiros

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos

Data/Hora do Fato: 24/05/2019 17:20

Local do Fato

Município: Natal (RN)

Bairro: Nordeste

Logradouro: RUA ALTO DA BELA VISTA

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: ALDIR JANUARIO DE FARIAS (COMUNICANTE , VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RN - São Rafael	Sexo: Masculino	Nasc: 09/04/1966
Profissão: Não Informado			
Estado Civil: Sem Informação			
Nome da Mãe: MARIA BARBOSA DE ARAUJO	Nome do Pai: EXPEDITO JANUARIO DE FARIAS		
Em Serviço: Não			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 596.332.124-72

RG - Carteira de Identidade: 786248

Endereço

Município: Natal - RN

Logradouro: RUA ALTO DA BELA VISTA

Nº: 579

Bairro: NORDESTE

Telefone: (84) 98620-1277 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)
--

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Natal - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Descrição CARRO	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 061450/2019

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição MOTOCICLETA	CPF/CNPJ do Proprietário 700.899.404-40
Placa OJT6720	Renavam 00501899871
Número do Motor F4D5-BR407753	Número do Chassi 9CDNF41ZJCM350475
Ano/Modelo Fabricação 2012/2011	Cor PRETA
UF Veículo Rio Grande do Norte	Município Veículo Natal
Marca/Modelo JTA/SUZUKI EN125 YES SE	Modelo JTA/SUZUKI EN125 YES SE
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido, Meio Empregado	Última Atualização Denatran 10/03/2015
Situação do Veículo NADA CONSTA	

Nome Envolvido	Envolvimentos
ALDIR JANUARIO DE FARIAS	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE/VÍTIMA COMPARECEU A ESTA UNIDADE POLICIAL E RELATOU QUE NA DATA E HORA CITADOS CONDUZIA A MOTOCICLETA EM TELA A CAMINHO DO TRABALHO QUANDO UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO BATEU NO GUIDOM E O MESMO VEIO A DESEQUILIBRAR E CAIR E SOFRER LESÕES CONFORME BAA DE NÚMERO 26471/2019, ORIUNDO DO PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO. NADA MAIS DISSE

ASSINATURAS

Janir Azevedo de Paiva
Agente de Polícia
Matrícula 170.234-3
Responsável pelo Atendimento

ALDIR JANUARIO DE FARIAS
(Comunicante / Vítima)

"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-Denúncia 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: 4 - Nome completo da vítima:
596.332.124-72 Aldir Januario de Farias

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

5 - Nome completo: Aldir Januario de Farias 6 - CPF: 596.332.124-72
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua Alto da Bela Vista 9 - Número: 579 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Nordeste 12 - Cidade: Natal 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59042-250
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 84 99124-7008 (84) 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: 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: ITAU

AGÊNCIA: CONTA: (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 339 CONTA: 502823 (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairas)? ☐ 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura do titular do seguro 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:

Natal 26/11/2019

Aldir Januario de Farias

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)