



Número: **0809662-57.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **25ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **13/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.214,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALDIR JANUARIO DE FARIAS (AUTOR)		DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES (ADVOGADO)	
Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais (RÉU)			
MICHEL FREIRE DE ARAUJO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62818445	16/11/2020 18:04	2765857_CONTESTACAO_Anexo_04	Outros documentos

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: 4020-1596 / 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 SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO 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 Marcondes 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 Brasilizio Camilo</u>	Número: <u>122</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Anequim</u>	Cidade: <u>Goiânia</u>	Estado: <u>GO</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.

Marcondes Bernardino de Souza
Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017





Loureiro

Nome : Andir Loureiro de Farias

Idade : 53 anos

Data do Acidente : 24/05/19

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

o Paciente refere dor no antebraço e punho de 0 a 10 de momento em 50%.

T92

Alto Índice

Dr(a):

Data:

MOSSORÓ:	SERRA DO MEL:	ASSÚ:	PARNAMIRIM:	NATAL:
Rua Juvenal Lamartine, 119 Centro Fones: (84) 3315-6900 / 3315-6901	Rua Cônego José de Castro, 101 Vila Brasil Fone: (84) 9.8728-1552	Av. Senador Raul Clemente, 1304 Centro Fone: (84) 9.9878-0438	Av. Bello Parnamirim, 880 Vila Nova Fone: (84) 9.9624-2021	Av. Presidente Médica, 256 Igarapé - Zona Norte Fone: (84) 9.9839-0260



SUS -RN

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: 11/1/2019

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. Moisés Alves
CRM 756753
Ortopedia e Traumatologia
Gin. Antero e Cotovelo



PROCURADORIA GERAL DO ESTADO
DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA
E DE DEFESA PÚBLICA





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



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 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: ____:____

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A	
B	
C	
D	
E	

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

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

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por UZIMAR PEREIRA VALE. Impresso em 30 de Maio de 2019.



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

Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar
Nº 12557 / 2019

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923
CNES:

Executante: O solicitante ou:

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

Fone: 981226252 /

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

Código Municipal IBGE: 240810

UF: RN CEP: 59042-250

Município: NATAL

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.REDUACAO 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: _____

Número da Autorização

Data da Autorização: ____/____/____

Assinatura/Carimbo: _____



202



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





BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 264/1/2019
Admissão: 24/05/2019 17:58:29



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **128321 - ALDIR JANUARIO DE FARIAS** (53 a 1 m 15 d)
Nascimento: 09/04/1966 Natural: SAO RAFAEL BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: 705607472912514 CPF: 59633212472 Prof: Pai: EXPEDITO JANUARIO DE FARIAS
Mãe: MARIA BARBOSA DE ARAUJO
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: _____

Paciente vítima de queda de moto, sem perda de consciência, lesão
consciente, dor abdominal e torácica. Apresenta dor em ombro D.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A VAP, sem imobilização
- B Gengivas e dentes
- C Sem hemorragias, BPT, pulso +
- D Glasgow 15, sem deficits
- E Sem mobilização

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Pele estável
ABD: Flácido

T2
21 05 19
Arquivo

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Lesão de Ombro D

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



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)			
A			
B			
C			
D			
E			
A(ALERGIAS) <u>Nega</u>			
M(MEDICAÇÃO EM USO) <u>Nega</u>			
P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) <u>Nega</u>			
L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)			
A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)			
V (PASSADO VACINAL)			
EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)		LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	
RX de Ombro D AP RX de Torax AP		<div style="text-align: right; font-size: small;"> Dra Bruna F. dos Santos Coloproctologia CRM 9077 </div>	
CONDUTA PRIMÁRIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS		OUTROS	
1) VAT, Im. Paciente com 3 hemiostomias de fistulas. Sem sinais de infecção ou pneumonia. Exame de Lúpus em (0) = 0 entropia p/ C 6		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
<div style="text-align: right; font-size: small;"> Dra Bruna F. dos Santos Coloproctologia CRM 9077 </div>			
<div style="text-align: right; font-size: small;"> Dr. Wiener Nunes CRM - RN 9723 </div>			
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL		ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE			
ESPECIALISTA 1 <u>Ortopedia</u>	HORA: <u>18:15</u>	DATA: <u>24/05/0</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			





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



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

*Gerado via SX por UZIMAR PEREIRA VALE. Impresso em 30 de Maio de 2019.



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)		
A		
B		
C		
D		
E		
A(ALERGIAS)		
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: *19:00h*

SAÍDA:

DATA: *1/1*

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

DECIUS MARQUES (REDUÇAO)

ÓBITO:

DATA: *1/1*

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: *1/1*

HORA:

SAÍDA:

DATA: *1/1*

HORA:



ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1 - AVALIE A RESPOSTA DA VÍTIMA: 2 - PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPIAIS) 3 - PEÇA UM DESFIBRILADOR (DEA), 3 - ABRAVA VIA AÉREA 4 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 5 - SE APNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSÃO VALVULA MÁSCARA) 6 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE), 7 - SE PULSO AUSCULTA, INICIE COMPRESSÕES TORÁCIAS, 100/MIN (PROPORÇÃO 30:2) ATÉ A CHEGADA DO DEB, 8 - DEB DISPONÍVEL: APLIQUE 1 CHOQUE 360 (200J PI DEB BIFÁSICO), E RENICIE RCP 10 - RITMO NÃO CHOQUEÁVEL, RENICIE RCP (30:2), 11 - AVALIE O RITMO A CADA 5 CICLOS, 12 - PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MOVA, 13 - COLOQUE-A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO

ANAMNESE

Paciente após acidente de moto com trauma ocular D.

EXAME FÍSICO

Exame Agudo + Neurologia

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Lesão Luxação Ocular D.

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Toma NCO 1500h.

Revisão Neurológica.

Dr. Gustavo Cordeiro Calhau
Oftalmologista e Traumatologista
CRM-MV 3063 RJCE 3032

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Outros se abrem espontaneamente.	4
Outros se abrem ao comando verbal. (Não confunde com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3.)	3
Outros se abrem por estímulo doloroso	2
Outros não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde às perguntas corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, está, o porquê, a data e etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras incoerentes (Fala aleatória, mas sem frase conversacional.)	3
Sons ininteligíveis. (Gemejo sem articular palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz testes simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada inspecífica o 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 3-5 = 1
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20 = 4 21-30 = 3 31-40 = 2 41-50 = 1 0 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90 = 4 70-89 = 3 50-69 = 2 1-49 = 1 0 = 0

**Escala de Triagem do Trauma Revisada (RTS). Não indica de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.L., Sacco W.J., Copes, et al; A revision of the Trauma score, J. Trauma 20th ed. 1998

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)*

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

* Referência: TEASDALE G. JENNET, B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-94

** A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com idade superior a 3 anos. No Exame Qualitativo aplica-se ao doente que classifica a intensidade de sua dor de acordo com as seguintes adjetivos:

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

Nº FIA: 4913 /2019

Prontuário: 1185415

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

Telefone: 84 981226252 84 981226252

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1004

Responsável: ALDIR JANUARIO DE FARIAS -

Usuário: MARIA XAVIER

Nº: 579

Bairro: NORDESTE

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

Documentos emitidos e devolvidos ao paciente
com prontuário e exames realizados
Arquivo do CC de Natal.

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 30/05/2019
S43.0Dr. Marcos Carneiro Calhau
Ortopedista e Traumatologista
CRM 3063 RQE 3032

NATAL, 24 de Maio de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



SUS

Nº 12557 / 2019

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou:

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **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 INCRUENTARESULTADOS 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: _____





Hospital Monsenhor Clóvis Sarinho
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

Nome:

Idade:

Nº Registro:

Sexo:

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

DATA

24/5/19

Atendimento a paciente com lesões por insolação. Lesão
em contusão

Dr. Manoel Carneiro Calhau
Médico de Família e Comunitário
CRM 3032

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



**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. Farias*

Reg. N°

Diagnóstico pré-operatório: *Fratura de humero direito*Indicação terapêutica: *Remoção de fratura*Urgência (☒) Eletiva ()**INTERVENÇÃO**Data: *24/05/17*

Início:

Término:

Duração:

Operador: *A. P. Araújo*

CRM/CRO:

1º Auxiliar:

CRM/CRO:

2º Auxiliar:

CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista: *R. Clemente*

CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO*Lesão Mol.**Impala e Intoxica.**Remoção de fratura de humero**Estudo clínico e radiol.**Diagn.**24/05/17*

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

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

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



ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1 - AVALIE A RESPOSTA DA VÍTIMA. 2 - PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPÍCIO). 3 - ABRAVA A VÍTIMA. 4 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR). 5 - SE APNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLA, VALVA, MÁSCARA). 6 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRAQUIDIAL EM LACTENTES). 7 - SE PULSO ALLENTE, INICIE COMPRESSIONES TORÁICAS: 100/min (PROPORÇÃO 30:2) ATÉ A CHEGADA DO DSA. 8 - SEJA DISPONÍVEL: ANÁLISE O RÍTIMO. 9 - RÍTIMO CHOCÁVEL: APLIQUE 1 CHOQUE 360 (200 PJ DE 360 A 360). 10 - RÍTIMO NÃO CHOCÁVEL: REINICIE RCP (30:2). 11 - AVALIE O RÍTIMO A CADA 5 CICLOS. 12 - PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR. 13 - COLOQUE A VÍTIMA EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO.

ANAMNESE

Prontidão física durante o tempo com trauma no d.

EXAME FÍSICO

Exame físico normal + alterações

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Prontidão física durante o tempo.

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

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Toma de 1500 ml.

Prontidão física.

Dr. Marcelo Carneiro Calhau
Clínico Geral e Traumatologista
CRM-RJ 3063 RJCE 3032

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura ocular (AO)	4
Oftalmos se abrem espontaneamente.	4
Oftalmos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3)	3
Oftalmos se abrem por estímulo doloroso	2
Oftalmos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	5
Orientado (Resposta coerente e apropriada às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, data, hora, etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras incoerentes (Fala aleatória, mas sem troca conversacional)	3
Sons ininteligíveis. (Gargalhando sem articular palavras)	2
Assente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	6
Obedece a ordens verbais. (Faz o que se pede quando lhe é ordenado)	6
Localiza estímulos dolorosos.	5
Resposta inapropriada a dor.	4
Reflexo flexo à dor (Decorticação).	3
Reflexo extensor à dor (Decorticação).	2
Sem resposta motora.	1

"ESCALA DE TRAUMA DE REVISÃO - R-19"	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	15-14 = 4 13-9 = 3 8-6 = 2 5-3 = 1
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	10-20 = 4 21-30 = 3 31-40 = 2 41-50 = 1
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90-120 = 4 60-89 = 3 30-59 = 2 0-29 = 1

****Escala de Trauma Revisada (R-19): Bônus indica de vulnerável para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.L. Score W.I. Copes, et al; A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5) 624, 1990.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)

43 - 28-grave (necessidade de intubação imediata);
28- 14-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 colaborem com idade superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa subdivide-se no doente que classifica a importância de sua dor de acordo com os seguintes critérios:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pico
0	1	2	3	4

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

TIPOLIA

Teroxian 40

Dexametasona 10

AMARO ALVES
CRM 5439

AMARO ALVES
CRM 5439

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: *Dixipedia*

DATA: 24/05/19

HORA: 19h40

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

DEOLUS 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 Luora

PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA



REGISTRO DE INTERNAMENTO

Nº AIH: _____ Nº ATENDIMENTO: 439941 DATA: 03/06/2019
TIPO DE INTERNAMENTO: _____ HORA: _____
ACOMODAÇÃO: ENFERMARIA LEITO: TERREO104 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 UMERO
PROXIMAL DIREITO, INTERNA PARA
OSTEOSSINTESE.

PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA

CNPJ: 09.417.742/0001-91

Confere com o Original

Data: 21 / 06 / 2019

Lucas

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 Janniro de Távares Nº REGISTRO _____

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

MÉDICO: Dr. Marcel

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 ☒ Sim

Exames: ☒ Labor ☒ Raios-X () USG () TC () RNM () Risco cirúrgico Outros: _____

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

Anotações de Enfermagem: _____

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

ETAPA I: PRÉ-INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta Fratura de umero proximal "D"

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO: ☒ Limpa () Contaminada () Potencialmente Contaminada () Infectada

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



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 clorexidina 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: USE Placa neutra: Local: USE

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

Soluções Antissépticas Usadas no Campo Operatório: ☒ Clorex degermante () Clorex aquoso
☒ Clorex Alcoolica () 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: 120/90 mmHg FC: 66 bpm Sat: 98 % T: _____ °C Hora: 18:45

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

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

AVP: () não ☒ sim USE, Jelco nº 20 por de suture

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 Levy C. Fernandes / Enfermeira 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. + Penicilina 1am + Bismoprida 1am. Todas as medicações foram administradas pelo enfermeiro Dr. Suter



OPME: () NÃO () SIM, qual

513-201

22.04.19

22 10 19

O2 fio Kirchoff N° 2.5, mas implante do

Anotações de Enfermagem e Intercorrências

Início da cirurgia: Termina da cirurgia:

CIRURGIÃO Maxwellton ASSISTENTE: ANESTESIOLOGISTA Dr. Antenor e Alder
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 ()

CESSO 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 Jamardo de Farias
DIAGNOSTICO MÉDICO: DM II

MÉDICO: MAX
SETOR: 1º LEITO: 107F
IDADE: 53 ANOS

PRECEDENCIA: (X) DOMICILIAR () HOSPITALAR: QUAL: NEGA

DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: NEGA

EVOLUÇÃO 03/06/19 HORÁRIO: 22h

ASPECTO GERAL

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

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

PIR

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

PIR

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

(X) HIPOTERMIA () HIPERTERMIA
(X) FREQUÊNCIA Local: PIR

Característica do líquido: PIR

APARELHO CARDIOPULMONAR

(X) TAQUIPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
(X) BRADIPNEICO () TIRAGEM: PIR
(X) RUÍDOS ADVENTÍCIOS TIPO: PIR
(X) TAQUICARDICO () NORMOCÁRDICO () BRADICARDICO

OBSERVAÇÕES: * ACORDANTE DE MODO BOM HOJE
* MELHIA TUDO
* EXAMES OK, HEMOGRAMA
* ORIENTADO QUANTO A JEJUN E HIGIENE INTIMA.

VENTILAÇÃO

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

ELIMINAÇÕES

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

EVACUAÇÃO

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

APARELHO DIGESTÓRIO

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

LOCOMOÇÃO

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

DIETA

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

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 04/06/19 HORÁRIO: 21h45

ASPECTO GERAL

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

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

PIR

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

PIR

VENTILAÇÃO

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

ELIMINAÇÕES

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

EVACUAÇÃO

() ESPONTÂNEA



PELE

☒ HIDRATADA () RESSECADA () ICTÉRICA
☒ INORMOCORADA () HIPOCORADA () CIANOSE
☐ EXTREMIDADE FRIAS ☒ NORMOTÉRMICA

☐ HIPOTERMIA: _____

☐ HIPERTERMIA: _____

☐ DRENO Local: _____

Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

☒ EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO

☐ BRADIPNEICO () TIRAGEM: _____

☐ RUIDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____

☐ TAQUICÁRDICO ☒ NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO

() TESTÍCULO: _____

() AUSENTE _____ DIAS

ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO**ABDOMEN**

☒ FLACIDO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO

() DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO

() TIMPÂNICO () MACIÇO () RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

☒ DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS

() SOBRE MACA () MULETA

DIETA

() AO SEIO ☒ ORAL/COPINHO () GTM

() SOG/SNG _____

() RESÍDUO GÁSTRICO: _____

() ZERO () VÔMITO _____ vezes

OBSERVAÇÕES: _____

R-X P-5 10x
2 S/D

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO**HORÁRIO:****ASPECTO GERAL**

☐ CONSCIENTE () ORIENTADO () ALGO ORIENTADO

☐ ATIVO () REATIVO () HIPOATIVO

☐ HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO

☐ COMATOSO () SEDADO () ANASARCA () EDEMA

VENTILAÇÃO

() O₂ AMB () MV _____ % () HOOD: _____

() ENTUBADO TOT Nº _____

OBS: _____

ELIMINAÇÕES**DIURESE**

() ESPONTÂNEA () SVA A CADA: _____

() HEMATÚRIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA

() POLIÚRIA () SVD _____

ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

() ESPONTÂNEA

() TESTÍCULO: _____

() AUSENTE _____ DIAS

ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO**ABDOMEN**

() FLACIDO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO

() DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO

() TIMPÂNICO () MACIÇO () RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

() DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS

() SOBRE MACA () MULETA

DIETA

() AO SEIO () ORAL/COPINHO () GTM

() SOG/SNG _____

() RESÍDUO GÁSTRICO: _____

() ZERO () VÔMITO _____ vezes

PELE

☐ HIDRATADA () RESSECADA () ICTÉRICA

☐ INORMOCORADA () HIPOCORADA () CIANOSE

☐ EXTREMIDADE FRIAS () NORMOTÉRMICA

☐ HIPOTERMIA: _____

☐ HIPERTERMIA: _____

☐ DRENO Local: _____

Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

☐ EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO

☐ BRADIPNEICO () TIRAGEM: _____

☐ RUIDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____

☐ TAQUICÁRDICO () NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES: _____

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro



PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

PACIENTE	Nedja 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 pela mãe, com queixa de dor abdominal, febre, vômito e diarreia. Exame físico: T _{ax} 38,5°C, FC 120/min, FR 20/min, SpO ₂ 95%. Ausculta pulmonar sem alterações. Abdomen doloroso à palpação. Prescrita: Analgésico, antitérmico e hidratação.	Magnolia Cunha da Costa COREN/RN - 468.062-TE
04.06.19	02:20	Paciente em repouso, com dor abdominal em leve melhora. Prescrita: Analgésico.	
04.06.19	11:20	Paciente com dor abdominal, acompanhada pela mãe.	Dynara Andreelly Sousa de Araújo COREN/RN - 1.141.782-TE
04.06.19	14h	Med. dipirona não foi adm. pois o profissional não havia recebido a ordem. O profissional só recebeu às 15h.	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. kroxican 30mg + ABD EV + dipirona 1g + ABD EV conforme prescrição.	Francenilda Paula de Oliveira COREN/RN - 795.043-TE
05.06.19	04:00	Adm. clonazepam 1g + ABD EV conforme prescrição.	Francenilda Paula de Oliveira COREN/RN - 795.043-TE
05.06.19	08:00	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 + clonazepam 1g + ABD EV.	Francenilda Paula de Oliveira COREN/RN - 795.043-TE
05.06.19	16:30	Paciente saiu de alta, mandando parentes pessoais + acompanhante de familiares.	Matheus Guedes de Morais COREN - RN 398284 - TE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

PRESCRIÇÃO	HORARIOS	DATA
Dieta livre após alta do CRO		
RS 500ML de 12/12h EV		
Cefazolin 1g ou Cefalotina 1g + ABD 20 ml EV de 8/8h		
Tenoxicam 20 mg - 01FA + 20 ml ABD, EV de 12/12h		
Dipirona 1g + ABD 18 ml EV de 6/6h		
Ranitidina 50mg + 10ml ABD EV pela manhã		
Tramadol 100mg + 5F 0,9% 100ml EV de 8/8h S/N		
Plasil 10 mg + 100ml SF0,9%, ev de 8/8h S/N		
Morfina 10mg - 01ampola + 09ml ABD, fazer 7ml EV de 4/4h S/N		
SSVV		

Dr. Maxsumilton Alves
CRM/RN 7546-TEOT 15233
Ortopedia e Traumatologia
Clr. Ombro e Cotovelo

Dieta livre após alta do CRO

	RC FARMACIA	RECIBO
--	-------------	--------

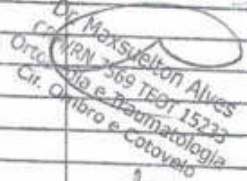

DÉBITOS	
SERINGA 01	
SERINGA 03 cc	
SERINGA 05 cc	
SERINGA 10 cc	
SERINGA 20 cc	
EQUIPO MICROGOTAS	
EQUIPO P/ BI	
EQUIPO P/ SANGUE	
JELCO Nº	
SCALP Nº	
POLIFIX	
LUVA PROCEDIMENTO	
LUVA ESTER. Nº	
GRASE PCT	
ESPARADRAPO	
MICROPORE	
PVPI	
ETER	
ALCOOL 70%ml	5ml
ALGUDA BOLA	1
AGULHA DESC.	2518
CREPOM Nº	
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. Lourenço</u>	REGISTRO Nº	
APTO.:	<u>1048</u>	CONVENIO	
MÉDICO:			

DATA / HORA	DESCRIÇÃO MÉDICA
04/05/19	<u>ortomule</u> Paciente submetido a osteotomia e fixação tuberosidade mão.  Dr. Maxsuelton Alves CRM/RN 7569 TEOT 15233 Ortopedia e Traumatologia Cir. Ombro e Cotovelo
05/05/19	<u>ortomule</u> PO, 01. tub. mão BGS P/pega P/for O. 1000 h/mo
05-06-19	<u>nutricão</u> Paciente admitido para análise nutricional em amb. 01. Nada alterações e doenças pre-existen- tes. Exatidão, eliminação fisiológicas presentes sem dieta livre.  Patricia Costa de França Nutricionista CRN-RN 10161





no Gurgi!
Hobbit-Parasiten-Bezieher

CONTROLE HÍDRICO E T.P.R.

APT9

REG.: 104 MÉDICO.:

CONVÊNIO.:

DIA	HORAS	PRESSAO ARTERIAL	RESPIRACAO	TEMPERATURA	PULSO	DIETA	VOMITO	DIURESE	EVACUACAO	ASSINATURA
03/06/88	23:00h	120 x 70	97/	36,9°C	65	-	-	-	-	grasopolo
04/06/88	06:30	130 x 70	99/	36,4°C	80	-	-	-	-	grasopolo
04/06/88	17:15	160 x 90	-	36,2°C	-	AC	Ø	⊕	-	grasopolo
04/06/88	21:00	130 x 60	-	35,3°C	-	-	-	-	-	Jec - Monumila
05/06/88	12h	120 x 90	97/	36,4°C	-	AC	Ø	+	-	Katascia





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 _____ 1 cx

Tomar 2 cp VO 6/6h caso dor

Natal, 04 de junho de 2019.

Dr. Maxsuelton Alves
CRM/RN 7569 TEOT 15232
Ortopedia e Traumatologia
Cr. Ombro e Cotovelo



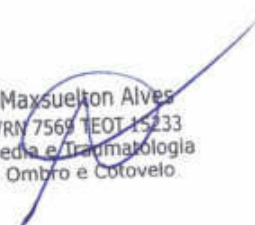
NOME: ALDIR JANUÁRIO DE FARIAS

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.







PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Aldir Januario de Farias		
NACIONALIDADE:	Brasileiro	ESTADO CIVIL:	Solteiro
PROFISSÃO:	Comerciante		
IDENTIDADE:	786.248	CPF:	596.332.124-72
ENDEREÇO:	Rua Altio da Bela Vista nº 579, Jardim Nordeste		

OUTORGADO

NOME:	Marcondes Bernardino de Souza		
NACIONALIDADE:	Brasileiro	ESTADO CIVIL:	casado
PROFISSÃO:	Metecânico		
IDENTIDADE:	1896732	CPF:	061.089.354-80
ENDEREÇO:	Rua Brasiléia Camile 122, Anagim com a estrada		

DATA DO ACIDENTE: 24/05/2019. COBERTURA: Invalidez / danos permanentes.

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 - Paranaminim - RN
Fone / Fax: (84) 3272-3325 - Site: www.1oficioparanaminim.com.br
Equilíbrio Lins do Vale (tabelião) - Luciana Cristine Rodrigues do Vale (Substituto)
Reconheço por autenticidade e dou fe a firma de:
ALDIR JANUARIO DE FARIAS
Selo Digital: RN201900953130033434TSS
Confira a autenticidade em: <http://selodigital.tjn.jus.br>
Paranaminim/RN, 26 de Novembro de 2019, às 11:07:34



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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALDIR JANUARIO DE FARIAS

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Carta nº 15213113

Pag. 00563/00564 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Aldir Januario de Farias 596.332.124-72 Recurso Rua Alto da Bela Vista 579 Casa Nordeste Natal RN 59042-250 (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: ☒ RECLUSO 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: 1339 CONTA: 50282 3

(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 (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 (ou nascidos): ☐ 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

Assinatura legível de quem assina a pedido (a rogo)

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)

FPS.001 V002/2019





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)
Logradouro: RUA ALTO DA BELA VISTA

Bairro: Nordeste
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
Bairro: NORDESTE
Telefone: (84) 98620-1277 (Celular)

Nº: 579

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, Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor



Delegado de Polícia Civil: Alzira Veiga de Medeiros
Impresso por: Janir Azevedo de Paiva
Data de Impressão: 22/11/2019 11:53
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: 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 delongem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Delegado de Polícia Civil: Alzira Veiga de Medeiros
Impresso por: Janir Azevedo de Paiva
Data de Impressão: 22/11/2019 11:53
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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

Aldir Januario de Farias

596.332.124-72

Recuso

Rua Alto da Bela Vista

579

Casa

Nordeste

Natal

RN

59042-250

(84)99134-7008(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\$1.000,00 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: ITAU

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (filhos)? ☐ 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 ao artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura do 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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

