

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 13 de Março de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200111556**

**Vítima: LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente: 27/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO**

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 01 de Abril de 2020**

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200111556**

**Vítima: LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente: 27/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO**

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 tornozelo 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: LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO**

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

**Banco: 104**

**Agência: 000000756**

**Conta: 0000062178-4**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <i>Leonardo Bruno Silva do Nascimento</i>		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo:	<i>Leonardo Bruno Silva do Nascimento</i>			6 - CPF: <i>067.406.064-47</i>
7 - Profissão: <i>Recurso</i>	8 - Endereço: <i>Rua Aurora</i>	9 - Número: <i>57</i>	10 - Complemento: <i>casa</i>	
11 - Bairro: <i>Rium Distrito Litoral</i>	12 - Cidade: <i>Parnamirim</i>	13 - Estado: <i>RN</i>	14 - CEP: <i>59160-830</i>	
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): <i>(84) 9 134-3008 (84) 99806-1091</i>			

## 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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

<input checked="" type="checkbox"/> 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:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li> </ul>

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 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (valerásce)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 Impressão digital da víma ou herdeiro(a) não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Parnamirim 24 de Janeiro de 2020*

*LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO*

*Leonardo Bruno Silva do Nascimento*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE NÍSIA FLORESTA - NÍSIA FLORESTA - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000537/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 02/01/2020 16:53 Data/Hora Fim: 02/01/2020 17:07  
Delegado de Polícia: Marcelo de Araújo Aranha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Nísia Floresta

Data/Hora do Fato: 27/11/2019 16:30

Local do Fato

Município: Nísia Floresta (RN)

Logradouro: Rua do Alecrim

Bairro: Timbó

Nº: s/n

Ponto de Referência: Perto da parada de ônibus do pé de Castanhola

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO (VÍTIMA, COMUNICANTE)  
Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Natal Sexo: Masculino Nasc: 12/06/1985  
Profissão: Borracheiro  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: SEVERINA MARIA DA SILVA GOMES Nome do Pai: JOAO BATISTA DO NASCIMENTO

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 067.406.064-47

RG - Carteira de Identidade: 2175501

Endereço

Município: Parnamirim - RN

Logradouro: rua da Aurora

Nº: 57

Complemento: A

Bairro: PIUM

CEP: 59.160-830

Telefone: (84) 99419-3050 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 067.406.064-47	Placa NNS6263
Renavam 00327625325	Número do Motor E3D2E-026836
Número do Chassi 9C6KE1250B0020935	Ano/Modelo Fabricação 2011/2011
Cor AZUL	UF Veículo Rio Grande do Norte
Município Veículo Parnamirim	Marca/Modelo YAMAHA/XTZ 125E
Modelo YAMAHA/XTZ 125E	Veículo adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 06/10/2015	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

Envolvimentos



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE NÍSIA FLORESTA - NÍSIA FLORESTA - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000537/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Comunicante disse QUE: havia ido a casa da sua irmã no dia 27/11/2019, retirar uns cocos e ao sair da casa dela em direção a sua residência, na estrada supracitada no Distrito de Timbó o saco dos cocos rasgou e o pneu traseiro passou por cima, fazendo-o cair ao chão; QUE, foi socorrido por um amigo, chamado JESSÉ que o encaminhou ao Hospital da Praia de Pirangi em Parnamirim, em seguida foi transferido para o Deoclécio Marques. Nada mais disse. O comunicante anexou para fazer o BO os seguintes documento: Cópia do CRLV, CNH, Comprovante de Residência e Laudo Hospitalar que informa que caiu de motocicleta. Deseja entrar com o seguro DPVAT.

ASSINATURAS

Marcelo Bulhões Antunes de Lima  
Agente de Polícia  
Matrícula 2071908  
Responsável pelo Atendimento

LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO  
LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO  
(Comunicante / Vítima)

\*Declaro para os servidos 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:

**067.406.064-47** Leonardo Bruno Silva do Nascimento

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

**Leonardo Bruno Silva do Nascimento** **067.406.064-47**

7 - Profissão:

**Recurso**

8 - Endereço:

**Rua Aurora**

6 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

**57 casa**

11 - Bairro:

**Pium Distrito Rural**

12 - Cidade:

**Parnamirim**

13 - Estado:

**RN**

14 - CEP:

**59160-830**

15 - E-mail:

**(84) 9 9134-3008 (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  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: **0956**

CONTA: **62178**

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

(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)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não

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

28 - Vítima teve filhos, informar Vivos:  Sim  Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (varascer):  Sim  Não

31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiária não alfabetizada

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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Parnamirim 24 de Janeiro de 2020**

**LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO**

**41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)**

**Procurador Bernardo de Souza**

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00756

CONTA: 000000062178-4

---

Nr. da Autenticação 9C1A19C18928920C

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02.



**COSERN**

DADOS DO CLIENTE

SEVERINA MARIA DA SILVA GOMES

CPF: 323 849 554-20

**NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
Rua Manoel, 150, Bairro, Natal - RN, CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.190/0001-61 | Ins. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

2<sup>ª</sup> VIA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA AURORA 57

PLUM/DISTRITO LITORAL  
PARNAMIRIM RN  
59160-830

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	PERÍO	EMIÇÃO
036502432	(INCA)	04/07/2019
Nº DO MEDIOR	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
14/07/2019	323849554	124308

NOTA FISCAL	DATA DE VENCIMENTO	DATA PRAZO DE PAGAMENTO	VALOR FIS
0188491014	07/2019	05/08/2019	43,33
11/07/2019	05/08/2019		

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR FIS
Consumo Ativo (Wh)	56.000,000	0,6662517	36,88
Acréscimo Bancário AWARELA		0,10	0,10
Contrib. Rum. Pública Municipal		4,41	4,41
Multa por atraso-NF 023591188 - 03/05/19		0,31	0,31
Juros Sobre a Dívida-NF 023591188 - 03/05/19		0,03	0,03
ACU 01220 - 08/07/2019 - 03/05/19		-0,47	-0,47
BOLETO			

43,33

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DO CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
8964074	CAT	04/06/2019	96.265,00	96.321,00	00	1,00000		56,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Último mês

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

Último mês

Consumo Ativo do Consumidor

Consumo de Energia R\$ 14,31 I 56,00



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Marcondes Bernardino de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 061.089.354/80, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Leonardo Bruno Silva do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 067.406.064/47,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidizante da Vítima Leonardo Bruno Silva do Nascimento

inscrito (a) no CPF sob o Nº 067.406.064/47, 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 Lider-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 Brasilicío Camilo</u>		
Bairro:	<u>Arequim</u>	Cidade:	<u>Caianinha</u>
E-mail:		Número:	<u>122</u>
		Estado:	<u>RN</u>
		Complemento:	<u>caso</u>
		CEP:	<u>59173-000</u>
		Tel.(DDD):	<u>(84) 99806-1091</u>
			<u>64) 99134-3008</u>

Local e Data: Parnamirim 24 de Janeiro de 2020

Marcondes Bernardino de Souza

Assinatura do Declarante

lauro Pinto

# lauro Pinto São de Janeiro

3100

Data de Adm: 27/01/2019

# Paciente apresenta edema macrogênico que resultou em fadiga de fadiga expedito (curvatura)

# Paciente descreve que o edema é devido de excesso de水量 em 50% fadiga pleiotro.

# Atto Medico

Or(a):

Dr. Edvaldo Rodrigues  
CRM: 024

Data:

27/01/2020

MOSSORÓ:	BARAÚNA:	SERRA DO MEL:	ASSU:	PARNAMIRIM	NATAL:
Rua Juvenal Camarim, 110 Centro Fone: (84) 33356900 / 33356901 9.8866-6069	Rua Expedição Alves, 5/11 Centro	R. Col. Severiano Lins da Costa, 2224 Via Brasil Fone: (84) 9.8782-0474	Au Senador João Câmera, 1304 Centro	Av. Bella Parnamirim, 690 Vila Nova	Av. Presidente Medice, 256 Igapó - Zona Norte





PARNAMIRIM

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PARNAMIRIM  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 UNIDADE MISTA DE SAÚDE DEPUTADO MÁRCIO MARINHO  
 PIRANGI DO NORTE

BOLETIM DE ATENDIMENTO N°		48	DATA DA ENTRADA		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO				
Nº CARTÃO SUS:		706707780648632	HORA DA ENTRADA:		15:14	AZUL	VERDE	AMARELO	VERMELHO
NOME: <i>Homem 13.6.18 de nasc.</i> R NOME DA MÃE: <i>Mrs. Sávea Gomes</i> E SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> F( ) ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> casado <input checked="" type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> união estável E END. RESIDENCIAL: <i>R. Arco</i> N° <i>67</i> CIDADE: <i>Natal</i> P LOCALIDADE: <i>P. NORTE</i> <i>P. SUL</i> <i>PIUM</i> <i>HORTIGRANJEIRA</i> <i>TABATINGA</i> <i>OUTROS</i> A O								IDADE: <i>36</i>	PROFISSÃO:
								CONTATO TELEFÔNICO:	

SINAIS VITAIS								
PA - MmHg	HGT - dl/mg	TEMP °C	FC - bpm	Spo <sup>2</sup> %	FR - bpm	PESO		
110 x 70			80	98.1				
NÍVEL DE DOR:			ESCALA DE GLASGOW ► ESCORE TOTAL					
LEVE	MODERADA	INTENSA	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA			
ANAMNESE								
COMORBIDADES:				USO DE MEDICAMENTOS:				
ALERGIA MEDICAMENTOSA:			PATOLOGIA PRÉ-EXISTENTE:					
( ) SIM ( ) NÃO - QUAIS:			HIPERTENSO <i>new</i>	DIABÉTICO	RENAL	CARDIOPATA	SEQUELADO	OUTROS
CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO								
Aparentemente BEM	Regular	Consciente	Agitado	Orientado				
Dispênico	Em choque	Precardialgia	Comatoso	Hemorragia				
Convulsão	Politraumatizado	Desareodado	Outros					
AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM								
<i>Refece queda de moto com trauma no pé esquerdo com edema + dor e limitação dos movimentos + trauma no cotovelo</i> <i>Isso d. 3 dias</i>								
AVALIAÇÃO CLÍNICA								
<i>Há 4 dias refre a dor de moto com</i> <i>trauma HTO e RIE (tornozelo e pé)</i> <i>cor solena e edema</i>								

**AVALIAÇÕES POSTERIORES:**

Administração de medicamentos.  Curativo.  NBZ.  Retirada de pontos.  Sutura.  Outros \_\_\_\_\_

1º HGT \_\_\_\_\_ dl/mg    2º HGT \_\_\_\_\_ dl/mg    3º HGT \_\_\_\_\_  
 1º TA \_\_\_\_\_ MmHg    2º TA \_\_\_\_\_ MmHg    3º TA \_\_\_\_\_ MmHg    4º HGT \_\_\_\_\_ dl/mg  
 1º TA \_\_\_\_\_ MmHg    2º TA \_\_\_\_\_ MmHg    3º TA \_\_\_\_\_ MmHg    4º TA \_\_\_\_\_ MmHg

**PREScriÇÃO MÉDICA**

1º Encaminha ao HOSPITAL \_\_\_\_\_

Dr. E. L. S. L. \_\_\_\_\_  
 MEDICO  
 MAR-979

**AVALIAÇÕES POSTERIORES:**

Administração de medicamentos.  Curativo.  NBZ.  Retirada de pontos.  Sutura.  Outros \_\_\_\_\_

1º HGT \_\_\_\_\_ dl/mg    2º HGT \_\_\_\_\_ dl/mg    3º HGT \_\_\_\_\_ dl/mg    4º HGT \_\_\_\_\_ dl/mg  
 1º TA \_\_\_\_\_ MmHg    2º TA \_\_\_\_\_ MmHg    3º TA \_\_\_\_\_ MmHg    4º TA \_\_\_\_\_ MmHg

**PREScriÇÃO MÉDICA**

- ① Dexam \_\_\_\_\_ dia \* 131
- ② Valde \_\_\_\_\_ dia, em
- ③ Dantrol \_\_\_\_\_ dia, 16
- ④ Salva \_\_\_\_\_
- ⑤ Folsom \_\_\_\_\_

Caristide S. Silva Lacerda  
 Tec. de Enfermagem  
 CREF: 14 26010

Caristide S. Silva Lacerda  
 Médico  
 CRM: 14 26010

**RELATÓRIO DE ENFERMAGEM****DESTINO DO USUÁRIO**

Retirou-se por decisão médica ás \_\_\_\_\_ horas

Retirou-se por conta própria ás \_\_\_\_\_ horas



## EXAMES COMPLEMENTARES

Rx Tons + ps.

Rx Tons + ps e PAF

HRDML / SESAP  
CONFÉRCIO ORIGINAL  
Carimbo RN  
Mat. 152

Ass. do Responsável

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

## CONDUTA

1. Rx no dia 29/07/2002 + 08/08/2002. EV 14/50

2. Exames dia 29/07/2002 + 18/08/2002

Antonio Braz S. Neto  
Médico  
CRM: 8794/RN

19:18h - Rx sem evolução de lesão ou pneumonias ou febres de dícas costais.  
Paciente bem, eufórico em AA, LOTE.

CD: Ao HMWG para avaliação de Ortopedia (batores de mal-estar medial)

Dra. Lúcia Praça  
MEDICA  
CRM-RN - 9753

Dra. Nastassja Figueiredo  
Cirurgia Geral  
CRM-RN: 1001/2002

Ass. do Responsável

## DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE HORA _____	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____ / _____ / _____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA _____ / _____ / _____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____	A REVELIA <input type="checkbox"/>
ÓBITO _____ / _____ / _____	HORA _____	
ENTREGUE	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



Paciente: **153633 LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO**

Nascimento: 12/06/1985 Idade: 34 ano(s) 5 mes(es) 1 Natural: RN PARNAMIRIM

CNS: 704707780648630 CPF: 06740606447

Cor: PARDA

Sexo: Masculino

Mãe: SEVERINA MARIA DA SILVA

Prof:

Pai: JOAO BATISTA DO NASCIMENTO

Endereço: RUA AURORA, 57 - PIUM (DISTRITO LITORAL) - PARNAMIRIM

Cidade: RN PARNAMIRIM

CEP: 59160-830 Telefone: (84) 94193050

BOLETIM N°: **61950/2019**

Sala Inicial: **ORTOPEDIA, CONSULT** - **VERDE - 120 Min**

→ Triagem: 27/11/2019 22:13

Admissão: 27/11/2019 22:19

Boletim: 27/11/2019 22:30

Motivo: MOTO - QUEDA

Origem: H DEOCLEIO MARQUE

Queixa: Queda de moto há 04 dias / dor + edema em MIE

Observação: Reg com Drº Virgílio

### HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente alega acidente de trabalho?  Sim  Não Profissão e Empresa:

Notif. de viol. interpessoal/autoagressão:  Sim  Não

REFERE ACIDENTE DE MOTO HA 4 DIAS

Alergia: NEGA

Medicação em uso: NEGA

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL. 03/01/20  
MAT. N°. 1520513  
SAME  
ASSINATURA

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL. 03/01/20  
MAT. N°. 1520513  
SAME  
CJ  
ASSINATURA

### EXAME FÍSICO

EDEMA GRAU 3 DIFUSO, SEM SINAIS DE SIND CÓMPARTIMENTAL, DOR MEDIAL E LATERAL

TRAZ RX: FRTURA DE MALEOLO LATERAL WEBER B (ESPIRAL LONGA)

CD: INTERNAÇÃO PARA TTO CIRURGICO + ORIENTAÇÕES

Solicito exames :

SS: fala tipo Rot

Virgilio S. Azevedo  
Ortopedia - Cirurgia da Juventude  
CRM 6641 TEOT 14505

Profissional: VIRGILIO SERQUIZ DE AZEVEDO

CRM: RN 6641

Saída: ( ) Liberação Médica; ( ) Revela; ( ) Internação; ( ) Óbito c/Declar; ( ) Óbito SVO/ITEP; ( ) Transferido para: \_\_\_\_\_

Data e Hora da Saída: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2019 \_\_\_\_:\_\_\_\_

Médico:

Identificação

Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ UTI: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 Data de admissão: 27/11/19 Alta: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Nome: Leonardo Bruno Silveira do Nascimento Naturalidade: Parnamirim - RN  
 Idade: 34a Sexo:  Masculino  Feminino Data de Nascimento: 22/06/85  
 RG: 2575501 Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: \_\_\_\_\_  
 Filiação: Pai: João Batista do Nascimento  
 Mãe: Seteira Maria da Silva  
 Endereço: Rua Senhora, 57 Cidade: Parnamirim - RN  
 Telefone: 9604-4348 compaheira ( ) Residencial ( ) Trabalho ( ) Recado  
 Contato: \_\_\_\_\_ Outros telefones: \_\_\_\_\_  
 Composição familiar: Morar com compaheira + 01 filho de 03 anos  
 Outras informações: Faz uso de  Alcool ( ) Fumo ( ) Drogas ( ) Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

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

Forma de Acesso ao Serviço

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

Critérios para Acompanhante

Possui requisitos? ( ) Não ( ) Sim Qual o motivo?

Portador de deficiência: ( ) Auditiva ( ) Visual ( ) Física ( ) Mental

Responsável pelo paciente: Ramelle Souza

Parentesco: compaheira Telefone: 9604-4348

Endereço do Responsável: o mesmo do paciente

Evolução

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

27/11/19 Paciente vítima de queda de moto, com trauma MIE.  
 Elaborado pelo seu orientador.  
 Sócio do paciente.

Saída

Jélio Dantas

A-Social - 916

Óbito: Encaminhamento: ITEP ( ) SVO ( ) DO ( ) Obs.

Alta hospitalar ( ) Transferência ( ) Destino:

Orientações/Encaminhamentos:

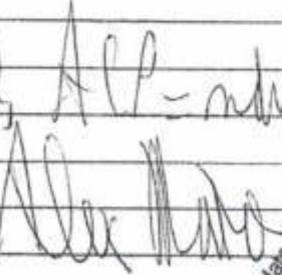


GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
**HOSPITAL DR. JOÃO MACHADO**  
CNPJ: 08.241.754/0108-84  
Av. Alexandrino de Alencar, 1700, Tirol, Natal/RN – CEP: 59.015-350

## FICHA DE EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

NOME: Heitor de Bruno S. do Nascimento DATA: 34  
ENFERMARIA: 2M LEITO: 2X CONFERENCIA DATA: 03/01/10

~~CONFERENCE~~ ORIGINAL  
NATAL 03/01/10 DATED 34  
1526513

DATA	EVOLUÇÃO	NAT. MAT. N.	SAME CT
29/11/19	Admission		ASSINATURA
	Paciente de 31 anos, sexo masculino, cultivo da bactéria <i>Corynebacterium</i> e borreliose (múltiplos testes) com suspeita de linfoma de Hodgkin. Sera comandado ao leito. Exames: BCG, cefalograma, gengivitis, PER, urina, SIRS, Abscesso lúcido, paroxismos de urina		
	CD: Af evoluiu ortopédica Sobreto exames		
30/11/19	Espalmo, estabil, APP-mdh		
	 Dr. Alex Matos de Albuquerque Neurologista CRM/RN 3835 RQE 147		
01/12/19	Docto - fx de tornozelo E Paciente com: SSU (lombalgia) MEG. milionares cefal. n. p. o		

02/12/10. Fx de tornozelo G  
Semipneus. P/ correr

Maria Odilete Pineda Preto  
Médica  
CRM 30882

DATA

EVOLUÇÃO

03/12/10 NHE-12

03/12/10. NHE-12 - Fx de tornozelo G

Pneu de ferro. SSUINOMAS  
GEG, supressor, cebol, v. cpl  
RCR/ST; SIRS, MFT

Maria Odilete Pineda Preto  
Médica  
CRM 30882

04/12/10. NHE-12 - Fx de tornozelo G

Pneu de ferro. SSUINOMAS  
GEG, supressor, cebol, v. cpl  
RCR/ST; SIRS

USP para exame

0

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
Executante: O solicitante ou \_\_\_\_\_

CNES: 2653923  
CNES: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **153633 LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO**

CNS: 704707780648630

Nascimento: 12/06/1985

Sexo: Masculino

Prontuário:

Cor: PARDA

Mãe: SEVERINA MARIA DA SILVA

Pai: JOAO BATISTA DO NASCIMENTO

Endereço: RUA AURORA, 57 - PIUM (DISTRITO LITORAL) - PARNAMIRIM

Fone: 94193050 /

Município: PARNAMIRIM

Código Municipal IBGE:

240325 UF: RN

CEP: 59160-830

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 34482 / 2019

## JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

FRATURA DE TORNOZELO (MALEOLO LATERAL + SUSPEITA DE LESÃO DO LIG. DELTOIDE DEVIDO A EDEMA E EQUIMOSE MEDIAL) A ESQUERDA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

TTO CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX + EXAME FÍSICO



  
Virgílio S. Azevedo  
Ortopedia - Cirurgia do Joelho  
CRM/6541 TEC/1455

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.6 FRATURA DO MALEOLO LATERAL\*408050497.TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAI

## Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

TORNOZELO BI/TRI, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

Diabetes

Hipertensão

Obesidade

Faz Antibioticoterapia

Lesão por pressão

Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assitente:

VIRGILIO SERQUIZ DE AZEVEDO

CRM: 6641 / RN

Data da Solicitação 27/11/2019

## PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

( ) Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: \_\_\_\_\_ N° 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: \_\_\_\_\_

Nº FIA: 11358 /2019

Prontuário: 1191343

Paciente: 153633 - LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

Cartão SUS: 704707780648630

CPF: 06740606447

Dt Nasc: 12/06/1985

Idade: 34 anos 5 meses 15 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: SEVERINA MARIA DA SILVA

Nome do pai: JOAO BATISTA DO NASCIMENTO

Rua/Av: AURORA

Complemento:

Nº: 57

Bairro: PIUM (DISTRITO  
LITORAL)

CEP: 59160830

Cidade: PARNAMIRIM

Telefone: 84 94193050 84 94193050

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1011

Responsável: LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO -

Usuário: FRANCISCO BEZERRA DE MACEDO

Transf. Para a. P. Paul. Gurgel.

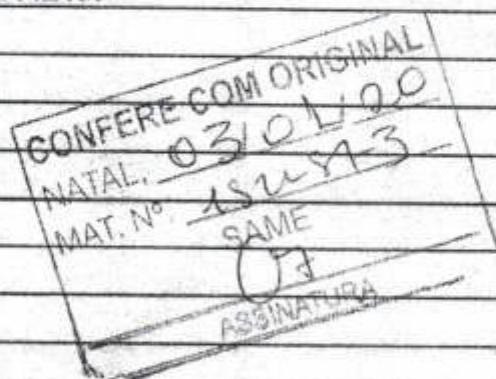
Admissão: 27/11/2019 22:57:06 Alta: 04/12/19 Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.6 - FRATURA DO MALÉOLO LATERAL

408050497 -

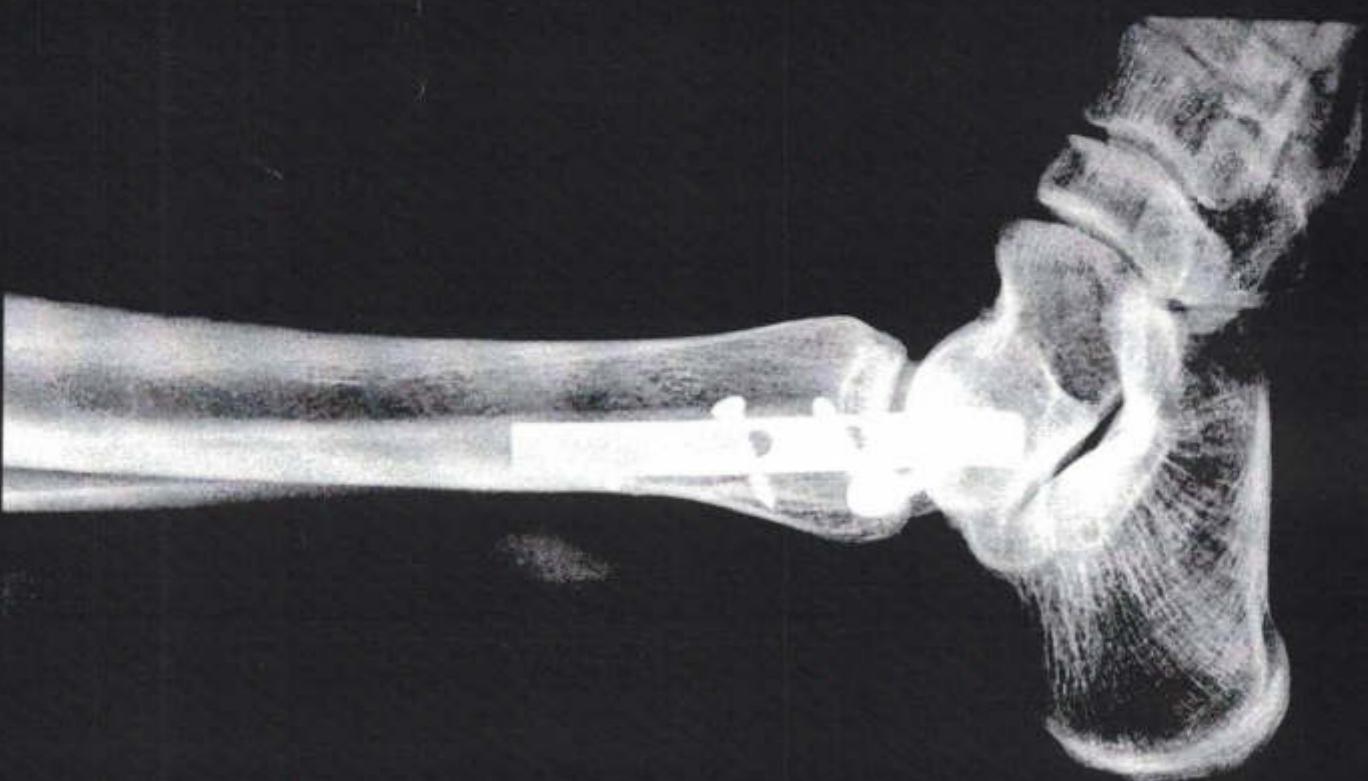
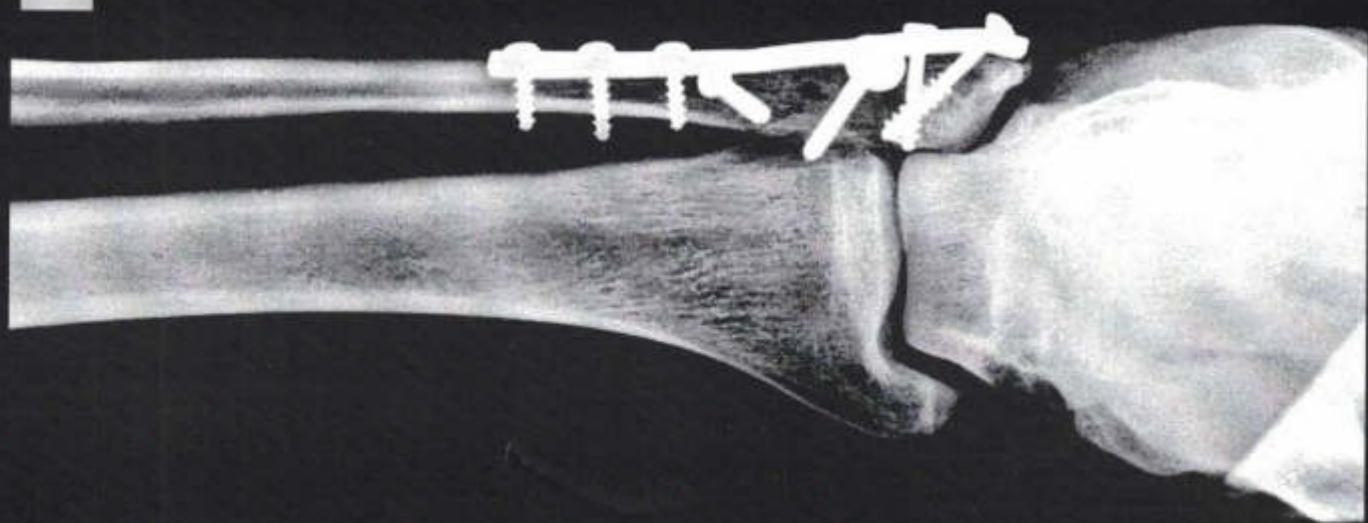
DIAGNÓSTICO FINAL:

## RESUMO DE ALTA



REVISADO  
Data: 12/12/19  
Kilma  
Assinatura

D



Nome: LEONARDO B. SILVA DO NASCIMENTO Data: 17/12/2019

Médico: FREDERICO

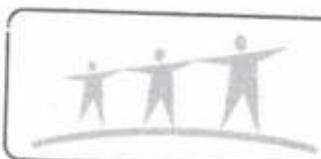
Téc.: JR

Atend.:

Conv.: SUS

96,3 %





PRONTOCLÍNICA  
**Dr. Paulo Gurgel**  
Prontoclinica da Criança Ltda.

**PLANTÃO 24 HORAS**

CIRURGIAS - CLÍNICO GERAL  
PEDIATRIA - ORTOPEDIA  
LABORATÓRIO DE ANÁLISES  
PRONTO-SOCORRO - RAIO-X  
ULTRASSONOGRAFIA

Rua Monte Sinai, 1948 - Fone: (84) 4008-5000 - (Ao lado do Nordestão Ponta Negra) - Natal/RN

Nome: Bmo Sme

sen. F.

Robotofor M10

Frederico de O. Lima  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RN 7514

17/12/19

Natal,

## INFORMATIVO

Venho através deste, informar que nossa instituição não poderá disponibilizar o RX do(a) paciente **LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO, SUS (SISTEMA ÚNICO DE SAUDE)**, só pegará diante de uma auditoria feita e nela terá 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, 20 de Janeiro de 2020.

RECEPÇÃO

---

Jennifer Fernandes  
Secretária Executiva  
Prontoclinica da Criança LTDA

REGISTRO DE INTERNAMENTO

Nº AIH: \_\_\_\_\_ Nº ATENDIMENTO: 491412 DATA: 04/12/2019  
TIPO DE INTERNAMENTO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_  
ACOMODAÇÃO: ENFERMARIA LEITO: TERREO104E CONVENIO: SUS  
MATRÍCULA: 704707780648630 VALIDADE: \_\_\_\_\_  
Criado por Oneide Maria Araujo Fonseca em 04/12/2019 19:27

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO SEXO: Masculino  
DATA DE NASCIMENTO: 12/06/1985 RG: 2175501 CPF: \_\_\_\_\_  
FILIAÇÃO MÃE: SEVERINA MARIA DA SILVA GOMES  
FILIAÇÃO PAI: JOAO BATISTA DO NASCIMENTO  
ENDEREÇO: Rua Aurora Nº 57  
BAIRRO: Plum (Distrito Litoral) CIDADE: PARNAMIRIM  
ESTADO: RN CEP: 59160-830  
FONE: (84) 99419-3050 FONE: (84) 99440-6672

SUMÁRIO DE ALTA

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

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA  
CNPJ: 09.417.742/0001-91  
Confere com o Original  
Data: 20 / 01 / 2020

*Dr. Paulo Gurgel*

## BOLETIM DE SALA DE CIRURGIA - PRONTOCLÍNICA DA CRIANÇA PAULO GURGEL

PAULISTE LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO  
 CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TORNOZELO + REPARO DE LESÃO LIGAMENTAR  
 EM TORNOZELO + NEUROLISE + TENOPLASTIA + OSTEOTOMIA

COL. PROCEDIMENTO(S): 04.08.05.057-8/04.08.05.066-7

04.03.02.007-7/04.08.06.047-6/04.08.06.019-0

EQUIPE MÉDICA	EQUIPAMENTOS / TEMPO DE USO		GASOMETRIA / TEMPO DE USO	DATA: 05/12/2019
	QDP	RETENÇÃO DE RECEITA		
CIRURGIAO: FREDÉRICO LIMA CRM RN 7514	BISTURI ELÉTRICO:		GAS CARBÓNICO:	
1º AUXILIAR:	CAPINOGRAFO:		NITROGENIO:	
2º AUXILIAR:	INTENS. DE IMAGENS:		O2 SOB CAIETE:	
3º AUXILIAR:	MONITOR CARDIACO:		O2 SOB PRESSAO:	
ANESTESISTA: BRUNA LIMA Anestesiologista CRM RN 2513	OXIM. DE PULSO:		ÓXIDO NITROSO:	
INSTRUMENTADOR(A):	SERRA ELÉTRICA:			
<b>FIO CIRÚRGICO</b>	<b>QDP</b>	<b>QDP</b>	<b>QDP</b>	<b>SANGUE:</b>
CATGUT CROMADO 1.0	ATRACÚRIO	SERVOFLORANE	ÁGUA OXIGENADA	CAPA DE VÍDEO
CATGUT SIMPLES 5.0	C. PAFAVERINA 50MG/2ML	TRAMAL	ALCOOL 70%	TUBO S/ BALÃO 3.0
CERA OSSEA	CLONIDIN	PROPOFOL	ALCOOL IGODADO	TUBO C/ BALÃO 3.0
ETHYBOND 2.0	CLORETO DE SUXAMETÔNIO	SORO	DETERGENTE ENZIMATICO	ARRUELAS
FIO ALGODÃO C/ AGULHA	DEXAMETASONA 4MG	ABD 1000ML	DETERGENTE ENZIMATICO	ASPIRADOR
MONOCRYL 3.0	DIPIRONA	ABD 10ML	FORMOL	CIDEX POR ML
NYLON 2.0 (2CM)	DIPROSPAM	FISIOLOGICO 0,9% 1000ML	PVP1 TÓPICO	CIMENTO ORTOPÉDICO
NYLON 2.0 (4CM)	DRAMIN 86DL	FISIOLOGICO 0,9% 250ML	VASELINA	DRILL ELÉTRICO
PDS II 1.0	EFEDRINA	GLUCOSADO 5% 250ML	MATERIAL	FIO DE KIRSCHNER
PROLENE 2.0	EPINEFRINA	GLUCOSADO 5% 500ML	ALGODÃO GRIBOLA	FIO DE LUQUE
VICRYL 0	FENERGAN 50MG 2ML	GLUCOSE 50% AMPOLA	CATETER TIPO ÓCULOS	FIXADOR EXTERNO
<b>ESTÉTICOS</b>	FURADEMIDA	RINGER LACTATO 500ML	COLETOR DE URINA FECHADO	GANCHO
SOFURANO	GLICONATO DE CÁLCIO 10%	RINGER SIMPLS 500ML	COMPRESA CIRÚRGICA	GELOFOAM
INDOCAINA 10% SPRAY	HIDROCORTIZONA 500MG		ELETRODOS	GRAMPO ✓
INDOCAINA 2% C/ VASO	IPSILO 1G		EQUIPO MACROC/ INJETOR	HASTER
INDOCAINA 2% GEL	IPSILO 4MG		EQUIPO P/ ARTROSCÓPIA 4 VIAS	LAMINA DE SHAYER
INDOCAINA S/ VASO	METOCLOPRAMIDA		EQUIPO P/ SANGUE	LIGAMENTO SINTÉTICO
NEOCAÍNA C/ VASO	MUBAH 1300mg (1300mg)	SULFADIAZINA DE PRATA	ESCOVA DESCARTÁVEL	PARAFUSO INTERF. TITANEO
NEOCAÍNA S/ VASO	ONDASETRONA	TROFORDEMIN	ESCOVA SECA	PARAFUSO ANCORA
NOVABUPI C/ VASO	PROSTIGMINE	PÉRFURO CORTANTE	ESPADRAGO	PARAFUSO CANULADO
NOVABUPI S/ VASO 1000mg	RANITIDINA	AGULHA DE STIMPLEX	GASES 10X10 PCT 20	PARAFUSO CORTICAL
PERO FLORANO	SELOKEN 5 MG / 5ML	AGULHA P/ RAQUIN	GORRO DESCARTÁVEL	PARAFUSO ESPONJOSO
TILOCAINA C/ VASO	TILATIL 40MG	AGULHAS	LUVAS DE PROCEDIMENTO	PARAFUSO TRANSVERSO
TRIDIL	TRIDIL	JELCO	LUVAS ESTÉREIS	PINO
<b>MEDICAMENTOS</b>	<b>RETENÇÃO DE RECEITA</b>	<b>J</b>	<b>J</b>	<b>J</b>
DIMORF	DOLANTINA	LAMINA DE BISTURI	MASCARAS DESCARTÁVEL	PLACA
MINOFILINA	FENTANIL	SCALPS	MICROPORE	PLAST ANEL 1.4
MIODARONA	FLUMAZENIL	ATADURA CREPOM	ATADURA DE ALGODÃO	PROTESE
TROPINA	ISOFLORANE	ATADURA DE ALGODÃO	POLIFIXO 2 VIAS	SURGICEI
USCOPAM SIMPLES	KETAMINA	ATADURA GESSO	PRO-PÉ	SONDAS
AFAZOLINA 1G	MIDAZOLAM	MALHA TUBULAR	SERINGA DE INSULINA	ASPIRAÇÃO TRÁQUEAL D4
APTOPRIL 25MG	MIDAZOLAM	SOLUÇÃO	SERINGA DESC. 10ML	NASO LONGA 04
EFALOTINA 1G	NARCAN	CLOREXIDINA ALCOOLICA 100ml	SERINGA DESC. 20ML	SONDA DE FOLEY
EFETRIAXONA 1G	NILPERIDOL	CLOREXIDINA AQUOSA 2%	SERINGA DESC. 3ML	URETRAL 4
LORETO DE POTÁSSIO 10%	NUBAIM	CLOREXIDINA DEGERMANT 100ml	SERINGA DESC. 5ML	SONDA CURTA

## DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

PACIENTE EM DOH SOB RAQUIANESTESIA E SEDAÇÃO

GARROTE + ANTISEPSIA + ASSEPSIA + MONTAGEM DE CAMPOS ESTÉREIS

ACESSO LATERAL PARA TORNozELO ESQUERDO - DIVULSAO POR PLANOS - NEUROLISE DE RAMOS DO FIBULAR

**OSTEOMIA DA FÍBULA, EXPOSIÇÃO, REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA DE MALLEO LATERAL COM PLACA E PARAFUSOS**

TENOPLASTIA DE FIBULARES + REPARO DE LESÃO CÁPSULO LIGAMENTAR DO TORNozelo

SUTURA POR PLANOS + CURATIVO + TALA SEUROPODÁLICA

#### BOA PERFUSÃO DISTAL APÓS RETIRADA DE GARROTE

人教新课标

**ASSINATURA OU CARIMBO DO MÉDICO**

BOLETIM DE ANESTESIA

#### ANESTESIA TIPO RAQUI SIMPLES + SEDAÇÃO IV.

		MONITORIZAÇÃO	
20	O <sub>2</sub> CONTÍNUO		ECG + PNI + SPO <sub>2</sub>
			VENÓCLISE MSD - JELCO 20G
18	SpO <sub>2</sub>		
	ETCO <sub>2</sub>		
16			
14			
12			
10			
8	ECG		
6			
4			
2			

卷之三

RS 500 ML - 2 FR

### EQUIPO - 1UN

SF 0,9% 250ML - 1FR

AGULHA DE RAQUI 27G-Q

MIN. C/ ACRÉSCIMO	MIN S/ ACRÉSCIMO	TOTAIS	INÍCIO DA ANESTESIA INÍCIO DA CIRURGIA TERMINO DA CIRURGIA TERMINO DA ANESTESIA OBSERVAÇÕES:
			10:40 11:00 12:00 12:40

Edina Patricia S. Lima  
Fisioterapeuta

## RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Flávio Bruno Alves de Souza N.º REGISTRO 491312

Data Nascimento 19/06/85 IDADE 34 Sexo M LEITO: 104 E Data de Admissão 17/07/17  
MÉDICO: Dra. Paula Gurgel

### ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

UM COMPLETO INCLUINDO ÁGUA? ( )Não ( )Sim x iniciado 1000 PESO: \_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_ cm

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

ALERGIAS: ( )NÃO ( )SIM: Urga

DOENÇAS PREGRESSAS: ( )DM ( )HAS ( )TABAGISMO ( )HIV ( )Hep B ( )Hep C ( )Arritmias ( )DPOC ( )AVC ( )  
Marcapasso ( )Outros: Urga Medicações de uso frequente: Urga

Consentimento Cirúrgico Preenchido ( )Não ( )Sim

Exames: ( )Labor ( )Raio x ( )USG ( )TC ( )RNM ( )Risco cirúrgico Outros: \_\_\_\_\_

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

Indicações de Enfermagem: Infecção urinária evitada de praxe

Conferido Informação acima por: Flávio Bruno Alves de Souza Admitido na sala: CP2 Hora 09:30  
662.084-871

### ETAPA I: PRÉ-INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta Extrato Tumoral "E"

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO: ( )Limpia ( )Contaminada ( )Potencialmente Contaminada ( )Infectada

1. Equipe completa presente ( )Sim ( )Não
2. Paciente com identificação e cirurgia confirmada ( + )
3. Termo de consentimento ( )Cirúrgico ( )hemoterápico ( )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 ( )

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 disponível ( )

21. Confirma bisturi elétrico e placas instalados corretamente ( )

#### INTRA-OPERATÓRIO

Posicionamento: Dorsal ( ) Lateral direita ( ) Lateral esquerda ( ) Posição Ginecológica ( )

( ) Decúbito Prone ( ) Decúbito Ventral

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

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

Soluções Antissépticas Usadas no Campo Operatório: ( ) Clorex degermante ( ) Clorex aquoso

( ) Clorex Alcólica ( ) PVPI degermante

( ) PVPI tintura ( ) Álcool

Infusões: SF0,9% ( ) ml R.Lactato: ( ) ml Simples ( ) ml SG5% ( ) ml

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

Sinais vitais: PA: ( ) mmhg FC: ( ) bpm Sat: ( ) % T: ( ) °C Hora: ( )

Anestesia: Início ( ) Termino ( ) Geral Inalatório ( ) Geral Venosa ( ) Sedação ( ) Local  
( ) Peridural ( ) Raqui ( ) Bloqueio:

IOT: ( ) Não ( ) sim - Cânula nº ( ) IOT aramado: ( ) não ( ) sim nº ( )

AVP: ( ) não ( ) sim ( ) Jelco nº ( ) por ( )

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

Ferida operatória: Curativo ( )

Retirada: ( ) Anát. Patológico: ( ) Não ( ) Sim ( ) Unid ( )

Material Explantado:

Conferido por ( ) 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) ( )

OPME: ( ) NÃO ( ) SIM, qual

Cx: 3,5 parafusos verticais 2 N° 16 + 1 N° 14 + 1 N° 34 + ~~1 N° 20~~

1 N° 26 c/ arruela, intrafragm + 1 N° 20 intrafragm + parafusos especiais: 1 N° 20

Anotações de Enfermagem e Intercorrências 5/2

Inicio da cirurgia: 11:00 Termino da cirurgia: 12:00

CIRURGIÃO Dr. Fred

ASSISTENTE: -

ANESTESIOLOGISTA Dr. Bruna

INSTRUMENTADORA Josineide

CIRCULANTE: Playone

ENFERMEIRA: Dayane

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

( ) Hemorragia ( ) Desorientação ( ) Agitação ( ) Dispneia ( ) Broncoespasmo ( ) Outros. \_\_\_\_\_

Medicações Administradas na URPA ( anotar horários) \_\_\_\_\_

Encaminhado para o andar

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

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

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

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

Anotações de Enfermagem: Paciente pós-cirúrgico em O2 ambiente, curativo  
ATÉ 24hrs, encaminhado para a enfermaria sem antecipação  
de cirúrgica.

Liga + 1 RX pós cirurgia.

ENCAMINHADO POR: Playone

HORA: 13:00

Pronto-clínica Dr. Paulo Gurgel  
EVOLUÇÃO DE INFERNAGEM

MÉDICO: Flávio

PACIENTE: Leônidas Braga S. Nas  
DIAGNÓSTICO MÉDICO: TN2 (+)

SETOR: + LEITO: 4046  
IDADE: 34 HNC

PROCEDÊNCIA:  DOMICILIAR  HOSPITALAR: QUAL: HFMG  
ALERGIAS: Nenhuma

DOENÇAS PRE-EXISTENTES: Nenhuma

EVOLUÇÃO 04/12/14 HORÁRIO: 20h

ASPECTO GERAL

CONSCIENTE NORMANHO  ALGO ORIENTADO  
 ATIVO ATIVO  SATIVO  
 HIPERTÔNICO HIPOTÔNICO  
 COMATOSO SEEDADO ANASARCA  EDEMA

VENTILAÇÃO

O2 AMB  IMV %  HOOD  
 VENTILADO TOT Nº  
OBS:

ELIMINAÇÕES

DIURESE  
 ESPONTÂNEA  ISVA A CADA h  
 HEMATURIA  OLIGURIA  ANURIA  
 POLIÚRIA  SVD /h  
ASPERCITO/CARACTERÍSTICA:

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

HV  
BT  
+  
HIDRATADA  FRESSECADA  ICTÉRICA  
TERMOCORADA  HIPOCORADA  CIANOSE  
EXTREMIDADES FRIAS  NORMOTÉRMICA  
HIPOTERMIA  
HIPERTERMIA  
CRENO local  
Característica do líquido:

EVACUAÇÃO

ESPONTÂNEA  
 TESTIMONIO  
 AUSENTE DIAS  
ASPERCITO/CARACTERÍSTICA:

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMÉ  
 AFILACIDO  GLOBO  SEMI GLOBO  
 DISTENDIDO  DOR A PALPAÇÃO  
 TÍMPANICO  MACIÇO  RUIDOS HIDROAEREO

LOCOMOÇÃO

DEAMBULANDO  CADEIRA DE RODAS  
 SOBRE MACA  MULETA

DIETA

AO SEIO  ORAL/COPINHO  GTM  
 SOG/SNG /h  
 RESÍDUO GÁSTRICO /h

ZERO  VOMITO vezes 22h

ESFERVAÇÕES: + Acidente de moto h3 c/ 1 mês  
+ sexa tucu

ESFERVAS: + hemorragia c/ 1 mês c/ 1 mês  
+ discreta c/ 1 mês

AB  
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 05/12/14 HORÁRIO: 13h

ASPECTO GERAL  
 CONSCIENTE 2 ORIENTADO  ALGO ORIENTADO  
 ATIVO ATIVO  HIPOATIVO  
 HIPERTÔNICO HIPOTÔNICO  
 COMATOSO SEEDADO ANASARCA  EDEMA

VENTILAÇÃO

O2 AMB  IMV %  HOOD  
 VENTILADO TOT Nº  
OBS:

ELIMINAÇÕES

DIURESE  
 ESPONTÂNEA  ISVA A CADA h  
 HEMATURIA  OLIGURIA  ANURIA  
 POLIÚRIA  SVD /h  
ASPERCITO/CARACTERÍSTICA:

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

PITE:  
 HIDRATADA  
 NORMOCORADA  
 EXTREMIDADES FRIAS  
 HIPOTERMIA  
 HIPERTERMIA  
 DRENOS Local:  
 Característica do líquido:

APARELHO CARDIOPULMONAR

SUSPNEICO  DISPNEICO  TAQUIPNEICO  
 BRADIPNEICO  RETRAGEM:  
 RUIDOS ADVENTICIOS. TIPO:  
 TAQUICARDICO  NORMOCARDICO  BRADICARDICO

OBSERVAÇÕES:

Recente em PDI 30s  
 Ag. levemente  
 Acurado tempo

ASPECTO GERAL  
 CONSCIENTE  ORIENTADO  ALGO ORIENTADO  
 REATIVO  REATIVO  HIPOATIVO  
 HIPERTÔNICO  HIPOTÔNICO  
 FRATOSO  SEDATIVO  ANASARCA  EDEMA

NO VENOSO (Local e data de inserção)

IP:  
 FAVO:  
 Nexo:  
 Duração:

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

1  
 2  
 3  
 4

PELE  
 HIDRATADA  
 NORMOCORADA  
 EXTREMIDADES FRIAS  
 HIPOTERMIA  
 HIPERTERMIA  
 DRENOS Local:  
 Característica do líquido:

APARELHO CARDIOPULMONAR  
 SUSPNEICO  DISPNEICO  TAQUIPNEICO  
 BRADIPNEICO  RETRAGEM:  
 RUIDOS ADVENTICIOS. TIPO:  
 TAQUICARDICO  NORMOCARDICO  BRADICARDICO

OBSERVAÇÕES: Sem queixas no momento, e aos cuidados de

ESTÍMULO \_\_\_\_\_  
 AUSENTES \_\_\_\_\_ DIAS  
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA:

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOME  
 FLACIDO  GLOBOSE  SEMI GLOBOSE  
 DISTENDIDO  DOR A PALPAÇÃO  
 TIMPÂNICO  MACIÇO  RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

DEAMBULANDO  CADEIRA DE RODAS  
 SOBRE MACA  MULETA

DIETA

AO SEIO  MAMADEIRA  GTM  
 SOG/SNG  /  
 RESÍDUO GÁSTRICO:  
 ZERO  VOMITO \_\_\_\_\_ vezes

Carimbo e Assinatura do Enferm.

HORÁRIO: \_\_\_\_\_

VENTILAÇÃO

O2 AMB  MV \_\_\_\_\_ %  HOOD:  
 TENTUBADO TOT N° \_\_\_\_\_  
 OBS:

ELIMINAÇÕES

DIURESE  
 ESPONTÂNEA  SVA A CADA \_\_\_\_\_  
 THEMATÚRIA  OLIGÚRIA  ANÚRIA  
 POLIÚRIA  SVD \_\_\_\_\_  
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA:

EVACUAÇÃO

ESPONTÂNEA  
 ESTÍMULO: \_\_\_\_\_  
 AUSENTES \_\_\_\_\_ DIAS  
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA:

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOME  
 FLACIDO  GLOBOSE  SEMI GLOBOSE  
 DISTENDIDO  DOR A PALPAÇÃO  
 TIMPÂNICO  MACIÇO  RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

DEAMBULANDO  CADEIRA DE RODAS  
 SOBRE MACA  MULETA

DIETA

AO SEIO  MAMADEIRA  GTM  
 SOG/SNG  /  
 RESÍDUO GÁSTRICO:  
 ZERO  VOMITO \_\_\_\_\_ vezes



PRONTOCLINICA  
Dr. Paulo Gurgel

## RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

PACIENTE Juanito Pérez Sánchez APTO.: (104) C. N° REGIST. \_\_\_\_\_  
CONVEN. SUS

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE: LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO  
REGISTRO: \_\_\_\_\_ CONVÉNIO: SUS

APTO/ENF. \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

PREScrição

Dieta branda às 16:00 hs  
S Ringer Lactato 1000 ml EV 24 h  
CEFTRIAXONA 1 G EV 12/12 h  
Dipirona 500 mg - 01 amp + 18 ml ABD IV 6/6 hs  
Tilatil 20 mg EV 12/12 h  
Tramal 100 mg EV 8/8 h SN (100 ml SF 0,9% + 1 amp bromoprida)  
SN 4/4 h cuidados gerais  
Cateterismo vesical de alívio SN  
Observar pulso e perfusão  
Plasil 10 mg EV 8/8h SN, diluir em SF 0,9% 100 ml  
06/12/2015

DIETA LIVRE  
Ringer 500 ml IV 28 gts/min  
CEFTRIAXONA 1g: IV 12/12hs  
Dipirona 500 01 amp, EV, de 6/6 horas  
SSVV 6/6 hs  
CCG  
Alta Hospitalar

RC FARMÁCIA

RECIPO

DÉBITOS	
SERINGA 01	<input type="checkbox"/>
SERINGA 03 cc	<input type="checkbox"/>
SERINGA 05 cc	<input type="checkbox"/>
SERINGA 10 cc	<input type="checkbox"/>
SERINGA 20 cc	<input type="checkbox"/>
EQUIPO MICROGOTAS	<input type="checkbox"/>
EQUIPO P/ BI	<input type="checkbox"/>
EQUIPO P/ SANGUE	<input type="checkbox"/>
JELOCO N°	<input type="checkbox"/>
SCALP N°	<input type="checkbox"/>
POLIFIX	<input type="checkbox"/>
LUVA PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/>
LUVA ESTER. N°	<input type="checkbox"/>
GASES PCP	<input type="checkbox"/>
ESPARADRAPO	<input type="checkbox"/>
MICROPORE	<input type="checkbox"/>
PVPI	<input type="checkbox"/>
ETER	<input type="checkbox"/>
ALCOOL 70%ml	<input type="checkbox"/>
ALGUDÃO BOLA	<input type="checkbox"/>
AGULHA DESC. 25 X 8	<input type="checkbox"/>
CREPOM N°	<input type="checkbox"/>
ALGODÃO ORTOP	<input type="checkbox"/>
CEPACOL ml	<input type="checkbox"/>
POMADA	<input type="checkbox"/>
SONDA DE FOLEY	<input type="checkbox"/>
SONDA URETRAL	<input type="checkbox"/>
SONDA NASO	<input type="checkbox"/>
COLETOR FECHADO	<input type="checkbox"/>
COLETOR ABERTO	<input type="checkbox"/>
LAMINA BISTURI	<input type="checkbox"/>
ELETRODOL	<input type="checkbox"/>
MASC. DESCAT	<input type="checkbox"/>
SORO FISIO. 0,9%	<input type="checkbox"/>
FITA HGT	<input type="checkbox"/>



PRONTOCLINICA  
Dr. Paulo Gurgel

## EVOLUÇÃO MEDICA

PACIENTE: Leonardo REGISTRO Nº \_\_\_\_\_  
APTO.: \_\_\_\_\_ CONVENIO \_\_\_\_\_  
MÉDICO: \_\_\_\_\_

DATA / HORA	Descrição médica
	<p>1 - Cr.      PPI 053 (inf. 2)      Ponto de entrada liso e irregulare-      lamento 2 - Protrusão nasal      em comêrcio.</p>
	<p>2 -: Arte negativo</p>
	<p>Frederico de O. Lima      Ortopedia e Traumatologia      CRM-RB 7514</p> <p>31-2-19</p>



CONTROLE HÍDRICO E T.P.R.

PRONTOCLINICA  
Dr. Paulo Gurgel

NOME: \*

APTE 124

MÉDICO.: DR. JOSÉ GONÇALVES CONVÉNIO: CONVENIO

REG. #

200

DIA	HORAS	PRESSAO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PULSO	DIETA	VÓMITO	DIURESE	EVACUAÇÃO	ASSINATURA
05/02/19	13:00	16x.80	++	36,5°C	350					
05/02/19	17:00	17x.50	++	36,5°C	350					

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERO DA INFRAESTRUTURA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**R N**

PRIMEIRO  
LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
2175501 SSP RN

CPF  
067.406.064-47 DATA NASCIMENTO  
12/06/1985

FILIAÇÃO  
JOAO BATISTA DO  
NASCIMENTO  
SEVERINA MARIA DA SILVA  
GOMES

PERMISSÃO  
ACO  
CAT. HAB.  
AB

REGISTRO  
03350812155 VALIDADE  
29/08/2024 1ª HABILITAÇÃO  
09/08/2004

OBSERVAÇÕES

LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1828239133

ASSINATURA DO PORTADOR  
LOCAL  
PARNAMIRIM, RN DATA EMISSÃO  
30/08/2019

06816452755  
RN706296583

RIO GRANDE DO NORTE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200111556      **Cidade:** Nísia Floresta      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO      **Data do acidente:** 27/11/2019      **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/03/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO ESQUERDO.P 1/11

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE/PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.P1/9/13/20

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS TORNOZELO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

## PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE

NOME:	Leonardo Bruno Silva do Nascimento	
NACIONALIDADE:	Brasileiro	
ESTADO CIVIL:	Solteiro	
PROFISSÃO:	Autônomo	
IDENTIDADE:	2315505	CPF: 067.406.064-47
ENDEREÇO:	Rua Aurora N° 57 Pium Distrito Litoral	

## OUTORGADO

NOME:	Marcander Bernardino de Souza	
NACIONALIDADE:	Brasileiro	
ESTADO CIVIL:	Casado	
PROFISSÃO:	Moto Boy	
IDENTIDADE:	5896734	CPF: 061.089.354-80
ENDEREÇO:	Rua Brasílio Camilo N° 122 Gaiarinha	

DATA DO ACIDENTE: COBERTURA: Invalid 1 Dams.

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.

Paramirim 02 de Março de 2020.

LOCAL E DATA



LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO  
ASSINATURA DO OUTORGANTE  
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



1º Ofício de Notas e Registros  
Av. Senador Salles, 160 - Centro - CEP 59000-230 - Parauapebas - PA  
www.1oficio.com.br | www.parauapebasparaná.com.br  
Atendimento: Segunda a Sexta - das 08h às 17h | Unidade Operacional da 1ª Subseção  
Reconhecido por autenticidade e igualdade à firma de:  
LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO  
Selo Digital: RN20200200023150014045121V  
Confira a autenticidade em: <http://seuigital.com.br> | 0113.3170.0000 | ana beatriz 01613.3



Em testemunha 1º Ofício de Notas e Registros  
Fazenda Pública do Estado do Pará

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0088442/20

**Vítima:** LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

**CPF:** 067.406.064-47

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 27/11/2019

**Titular do CPF:** LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

**Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

## 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

### LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO : 067.406.064-47

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/03/2020  
Nome: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA  
CPF: 061.089.354-80

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/03/2020  
Nome: CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA  
CPF: 026.685.584-92

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA