



Número: **0844742-82.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **15/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 3.037,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO (AUTOR)		DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES (ADVOGADO)	
Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais (RÉU)			
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62822 280	16/11/2020 19:09	2766756_CONTESTACAO_Anexo_04	Outros documentos



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, 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

Carta nº 15617506





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, 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, 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: 067.406.064-47 4 - Nome completo da vítima: Leonardo Bruno Silva do Nascimento

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

5 - Nome completo: Leonardo Bruno Silva do Nascimento 6 - CPF: 067.406.064-47
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Aurora 9 - Número: 57 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Pium Distrito Xitral 12 - Cidade: Parnamirim 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59160-830
15 - E-mail: (84) 9 9134-3008 (84) 9 9806-1091 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0756 CONTA: 62198 4

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

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
POLÍCIA 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

ENVOLVIDO(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: Pamamirim - RN
Logradouro: rua da Aurora
Complemento: A
Bairro: PIUM
Telefone: (84) 99419-3050 (Celular)

Nº: 57
CEP: 59.160-830

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 Pamamirim	Marca/Modelo YAMAHA/XTZ 125E
Modelo YAMAHA/XTZ 125E	Veículo Assaltado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 06/10/2015	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido	Envolvimentos
----------------	---------------



Delegado de Polícia Civil: Marcelo de Araújo Aranha
Impresso por: Marcelo Buihães Antunes de Lima
Data de Impressão: 02/01/2020 17:08
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA 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 Pamamirim, 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 devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Marcelo de Araújo Araújo
Impresso por: Marcelo Bulhões Antunes de Lima
Data de Impressão: 02/01/2020 17:08
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: 067-406-064-47 3 - CPF da vítima: 067-406-064-47 4 - Nome completo da vítima: Leonardo Bruno Silva do Nascimento

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

5 - Nome completo: Leonardo Bruno Silva do Nascimento 6 - CPF: 067-406-064-47
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Aurora 9 - Número: 57 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Pium Distrito Xistral 12 - Cidade: Parnamirim 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59160-830
15 - E-mail: (84) 9 9134-3008 (84) 9 9806-1091

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0756 CONTA: 62178 4 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura 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 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | 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)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



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
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Manoel, 150, Baldo, Natal - RN, CEP 55025-250
CNPJ 06.324.198/0001-61 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE
SEVERINA MARIA DA SILVA GOMES
CPF 323.845.554-20

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
2ª VIA
RUA AURORA 57
PRIMEIRO DISTRITO LITORAL
PARANATIM RN
55160-630

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Mendicância

CONTA CONTRATO
0188491014
11/07/2019
07/2019
05/08/2019
TOTAL A PAGAR (R\$) 43,33

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
55.000.000	0.88582612	38.88
		0.10
		4.41
		0.31
		0.21
		0.09
		-0.47
		43.33

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL
Consumo Abaixo do Mínimo
Acréscimo Bandeira AMARELA
Contrib. Ilum. Pública Municipal
Multa por atraso NF 023581166 - 03/05/19
Juros por atraso NF 023581166 - 03/05/19
Acresc. Taxa de SPAN 11/08 - 12/08/19
Bônus TRAP - em 27 de Set 10 438/0002

TOTAL DA FATURA 43,33

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR LEITURA	DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWh)
5964274	CAT	04/08/2019	90.285,00	04/07/2019	90.333,00	30	1.000,00		99,00

HISTÓRICO DE CONSUMO
Mês 08 - 2019

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS
Cobrança de energia 14,31 36,3%



11/09/2019

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1339737341

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE**

RUA MEIWOZ 150 BAIXO
NATAL 500 GRANDE DO NORTE
CEP 59015-150
CNPJ Nº 32.419.400-41
REGISTRO ESTADUAL 2065199-0



Tabela Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
Linha de Crédito: 116
-TELEFONAMENTO COSERN: 116
-Ligação gratuita 0800 231 0142
-Ligação 050 224 0434

Agência Reguladora de Serviços do Rio Grande do Norte
ARSEN 0001 717 0167 Ligação gratuita de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167
-Ligação gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE
SEVERINA JULIA DE LIMA

DATA DE VENCIMENTO
10/09/2019

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
03/09/2019

CONTA CONTRATO
7001931380

ENDEREÇO

RUA BRASILICIO CAMILO 122 CT
ANEQUINHA/AREA URBANA -59115-400
COLATINHA RN

TOTAL A PAGAR
R\$ 57,42

DATA DA APRESENTAÇÃO
03/09/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL
029453117

CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL
Menor/Avulso
R1

PERÍODO CONSUMO
03/09/2019 a 03/09/2019

CONSUMO
71

IPMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Aluguéis 15,00 valor da Impresca R\$ 9,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Declarar que:

CONTA CONTRATO
7001931380

MÊS/ANO
09/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 57,42

VENCIMENTO
10/09/2019

TALÃO DE PAGAMENTO
Evite dobrar e perfurar ou rasurar.
Este carnê será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



838300000004 574200384076 001931390209 U:1695718135

autocadindimento cosern com ltrndp_dcsrucs_D-home-neologw-sap.com/servlet/login?mod=grupa.com_RFCConversaoServico?dest=1&codvndicallkoder=tue&a=3&codinfaturacd=tue&canal=fpotstos&



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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Marcos Mendes Bernardino de Souza

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

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

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez Permanente da Vítima João Paulo 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 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 Brasilândia Camilo</u>	Número: <u>122</u>	Complemento: <u>caso</u>
Bairro: <u>Anápolis</u>	Cidade: <u>Boianinha</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: _____	CEP: <u>59173-000</u>	Tel.(DDD): <u>(84) 99806-1091</u> <u>(84) 99134-3008</u>

Local e Data: Parnamirim 24 de Janeiro de 2020

Marcos Mendes Bernardino de Souza
Assinatura do Declarante



Leonardo Fátima

Leonardo Bruno Silveira do Vinho
34 anos

Sobrado Saúde: 27/11/2019

Pouco afere orelha no ouvido
que resultou em furo de tunel
especial (curativo)

Pouco duvidou se o furo era por
de oco de nariz em 50% flexão
plaster.

Alto Medico

Data: 2/01/2020

MOSSORÓ:	BARAÚNA:	SERRA DO MEL:	ASSÚ:	PARANAMIRIM:	NATAL:
Rua Juvenal Camarões, 114 Centro Fone: (84) 33134900 / 33154901 9.8866-6069	Rua Expedito Alves, S/N Centro	R. Col. Severiano Lázaro da Costa, 2214 Vila Brasília Fone: (84) 9.8782-0474	Av. Senador João Câmara, 1304 Centro	Av. Bella Paranamirim, 880 Vila Nova	Av. Presidente Médice, 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 Nº 48		DATA DA ENTRADA: 27/11/19		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
Nº CARTÃO SUS: 704 7077 8064 8630		HORA DA ENTRADA: 15:44		AZUL	VERDE	AMARELO	VERMELHO
NOME: RODRIGO B. G. L. B. M. L.		IDADE: 38		PROFISSÃO:			
NOME DA MÃE: MARIA S. G. L. B. M. L.		NOME DO RESPONSÁVEL (SE FOR DE MENOR):					
SEXO: M () F ()		ESTADO CIVIL: () casado () solteiro () viúvo () divorciado () união estável		CONTATO TELEFÔNICO:			
END. RESIDENCIAL: R. AURORA		Nº: 67		CIDADE: () Natal () Parnamirim () Outros () Nísia Floresta			
LOCALIDADE:							
ALCÁCUS	BÚZIOS	BARRETA	BAIRROS PARNAMIRIM	CAMURUPIM	COTOVELO	COLÔNIA DO PIUM	
P. NORTE	P. SUL	PIUM	HORTIGRANJEIRA	TABATINGA	OUTROS		

SINAIS VITAIS							
PA - mmHg	HGT - dl/mg	TEMP °C	FC - bpm	Spo ₂ %	FR - ppm	PESO	
110 x 70			80	98%			
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	DIABÉTICO	RENAL	CARDIOPATA	SEQUELADO	OUTROS
CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO							
Aparentemente BEM	Regular	Consciente	Agitado	Orientado			
Dispenéico	Em choque	Precardialgia	Comatoso	Hemorragia			
Convulsão	Politraumatizado	Desarcodado	Outros				
AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM							
<p>Refere queda de moto com trauma no pé esquerdo com edema e dor e limitação dos movimentos + trauma nos costelas esquerdo.</p> <p><i>Fernanda Christina Flor Linhares</i> Enfermeira coren nº 32.608</p>							
AVALIAÇÃO CLÍNICA							
<p>Há 4 dias refém acidente de moto com trauma HTD e HIE (torax e pé), com edema e dor.</p>							



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) Encaminhado ao HODOL polítr

Dr. E. ...
MÉDICO
MAR 9 79

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 Digoxina — 0,5 mg x 1/30
 ② Valeriana — 0,1 mg, 2x
 ③ Dexametasona 9 — 0,1 mg, 1x
 ④ Salicilato 2x
 ⑤ Foliclor

Caristela S. Silva / 2009
Tec. de Enfermagem
CRM 10.000.000

Dr. Jorge Roberto de Souza
Médico
CRM 10.000.000

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

DESTINO DO USUÁRIO

() Retirou-se por decisão médica às _____ horas

Retirou-se por conta própria às _____ horas



Mae- severina maria da silva jones
contato do Sess- 704 7077 80648630.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA

PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº

NOME:

Leonardo Bruno do Nascimento

IDADE:

12.06.1985

COR:

Parda

SEXO:

Masculino

ESTADO CIVIL:

Solteiro

NATURALIDADE:

Natal - RN

PROFISSÃO:

Pintor

PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO:

Rua Azeiteira

57

BAIRRO:

Pium

CIDADE:

Parnamirim - RN

DATA:

27/11/2019

HORA:

18:30 hs

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐

REGULAR ☐

COM DISPNEIA ☐

CHOCADO ☐

COMATOSO ☐

C/ HEMORRAGIA ☐

EM CONVULSAO ☐

POLITRAUMATIZADO ☐

AGITADO ☐

OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO

SIM ☐

NÃO ☐

PUPILAS

A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)

B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.

RESPIRAÇÃO

PULSO

73

T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA) Paciente com lesão torácica de 4º e 5º costelas há 4 dias. Relato de dor torácica e costal. Relato de uma lesão torácica a nível da 4ª costela que ocorreu durante uma queda, porém não fez nenhum exame.

EXAME FÍSICO

A - via aérea patula, SI cervical -

B - auscultação, mur, s. r. e s. r. -

C - Hemodinâmica estável

D - ECO = 15.

E - Exame de ar. Torácica em foco torácico

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA

PRESSÃO ARTERIAL

RESPIRAÇÃO

* GLASGOW

SCORE FINAL

TEMP.

PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

HRDML / SESAP
CONFERI C/ O ORIGINAL
Parnamirim - RN.



EXAMES COMPLEMENTARES

Rx Tórax ps.

Rx Tórax ps e Perfil

HRDML / SESAP
CONFERIR O ORIGINAL
Mat. 1529

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. Dipnóico - 01 Aug + 08 ml sss. cr
2. Demora 2ag - 01 Aug + 18 ml sss. cr

Antônio Braz S. Neto
Médico
CRM: 8794/RN

19:15h - RX sem evidência de leão ou pneumotórax ou fraturas de arcos costais.
Paciente bem, eufórico em AA, LOTE.

CD: Ao NMWG para avaliação do Atopédia (história de melioidose mediast.)

Dra. Luana Praça
MÉDICA
CRM/RN - 9753

Dra. Nastassja Figueiredo
Cirurgiã Geral
CRM-RJ: 9089 / RJ 0753

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE _____	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____ HORA _____	A REVELIA <input type="checkbox"/> 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)



PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO

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

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

Sexo: Masculino

CNS: 704707780648630 CPF: 06740606447

Cor: PARDA

Prof:

Mãe: SEVERINA MARIA DA SILVA

Pai: JOAO BATISTA DO NASCIMENTO

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

Cidade: RN PARNAMIRIM

CEP: 59160-830 Telefone: (84) 94193050

BOLETIM Nº: **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 DEOCLECIO 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. Nº. 1526573
SAME
ASSINATURA

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL. 03/01/20
MAT. Nº. 1526573
SAME
ASSINATURA

EXAME FÍSICO

EDEMA GRAU 3 DIFUSO, SEM SINAIS DE SIND COMPARTIMENTAL, 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 Bot

Virgílio S. Azevedo
Ortopedia - Cirurgia do Joelho
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:





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

FICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL

Identificação

Enfermaria: _____ Leito: _____ UTI: _____ Leito: 2030
Data de admissão: 27/11/19 Alta: _____
Nome: Leonardo Bruno Silva do Nascimento Naturalidade: Parnaramim - RN
Idade: 34a Sexo: (X) Masculino () Feminino Data de Nascimento: 12/06/85
RG: 2475501 Estado Civil: solteiro Nível de Instrução: _____
Filiação: Pai: João Batista do Nascimento
Mãe: Soterina Maria da Silva
Endereço: Rua Amora, 57 Pium: _____

Cidade: Parnaramim - RN.
Telefone: 9604-4148 Campanheira () Residencial () Trabalho () Recado
Contato: _____ Outros telefones: _____
Composição familiar: 1 mãe e 1 companheira + 01 filha de 05 anos
Outras informações: Faz uso de (X) Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Pintor Trabalho c/ vínculo empregatício () Não () Sim
() Aposentado () Auxílio doença () BPC (X) Autônomo () Pensionista (X) 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
(X) Encaminhado: Hospital de origem: Dececio

Crêterios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo? _____
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: Danielle Araújo
Parentesco: companheira Telefone: 9604-4148
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.
Elaborada pela Saeif (orientação)
Solicitado documentação.

Saída

Óbito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs. Jélica Dantas
Alta hospitalar () Transferência () Destino: A-Saeif - 916
Orientações/Encaminhamentos: _____

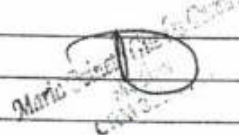
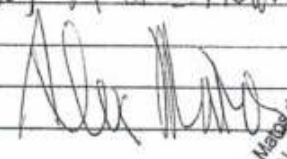




GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DR. JOÃO MACHADO
CNPJ: 08.241.754/0108-84
Av. Alexandrino de Alencar, 1700, Tirol, Natal/RN - CEP: 59.015-350

FICHA DE EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

NOME: Leonardo Bruno Sobrinho **CONFERE COM ORIGINAL**
ENFERMARIA: VI LEITO: 28 **NATAL 03/01/1984**
MAT. Nº 152643

DATA	EVOLUÇÃO
29/11/19	Admissão. Prévio de exames laboratoriais e de imagem com resultado de hemograma (microleucocitose) e perfil supratentorial de ligamento da base. Sem comprometimentos focais. Aoxalme: BEG, ausência de febre/irritação PERU - ST: SIRS Soboleme: fraco pauco ou hipoalucias CD: Af. crônica orthonetion Solente, exatiss. 
30/11/19	Exame, estado, ALP - mlt  Dr. Alex Matos de Albuquerque Neurologista CRM/RN 5845 RDE 1451
01/12/19	20/11 - Ex de hemograma E Aoxalme bem: SSUU mais BEG, ausência de febre/irritação



02/12/19. Fx de Torção do
Simples: Af. Cor. f.

Maria Cinete Guedes Pereira
Médica
CRM 300845

DATA	EVOLUÇÃO
03/12	NHE-RP
03/12/19. 10:14 - Fx de Torção do	
	Paciente em SSU Normais
	EEG, Ruptura Cerebral, V. H
	R. R. em 2F: SIRA, M. H
	At. 19/11/19. 10:14
	Maria Cinete Guedes Pereira Médica CRM 300845
04/12/19. 10:14 - Fx de Torção do	
	Paciente em SSU Normais
	EEG, Ruptura Cerebral, V. H
	R. R. em 2F: SIRA
	spt para 19/11/19
	①



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **153633 LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO**

Prontuário:

CNS: 704707780648630

Nascimento: 12/06/1985

Sexo: Masculino

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

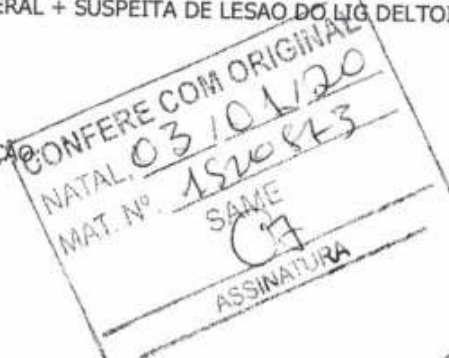
CEP: 59160-830

Clínica 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 - Cirurgião de Joelho
CRM 6641 TECT 14595

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.6 FRATURA DO MALÉOLO LATERAL*408050497. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR

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 / Assistente:

VIRGILIO SERQUIZ DE AZEVEDO

CRM: 6641 / RN

Data da Solicitação 27/11/2019

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 WALFREDO GURGEL

Missão de Internamento Hospitalar

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

Admissão: 27/11/2019 22:57:06

Alta: 04/12/19

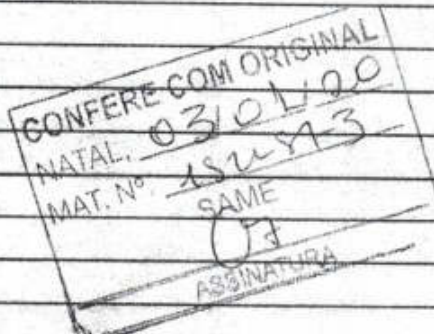
Obito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.6 - FRATURA DO MALÉOLO LATERAL 408050497 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA



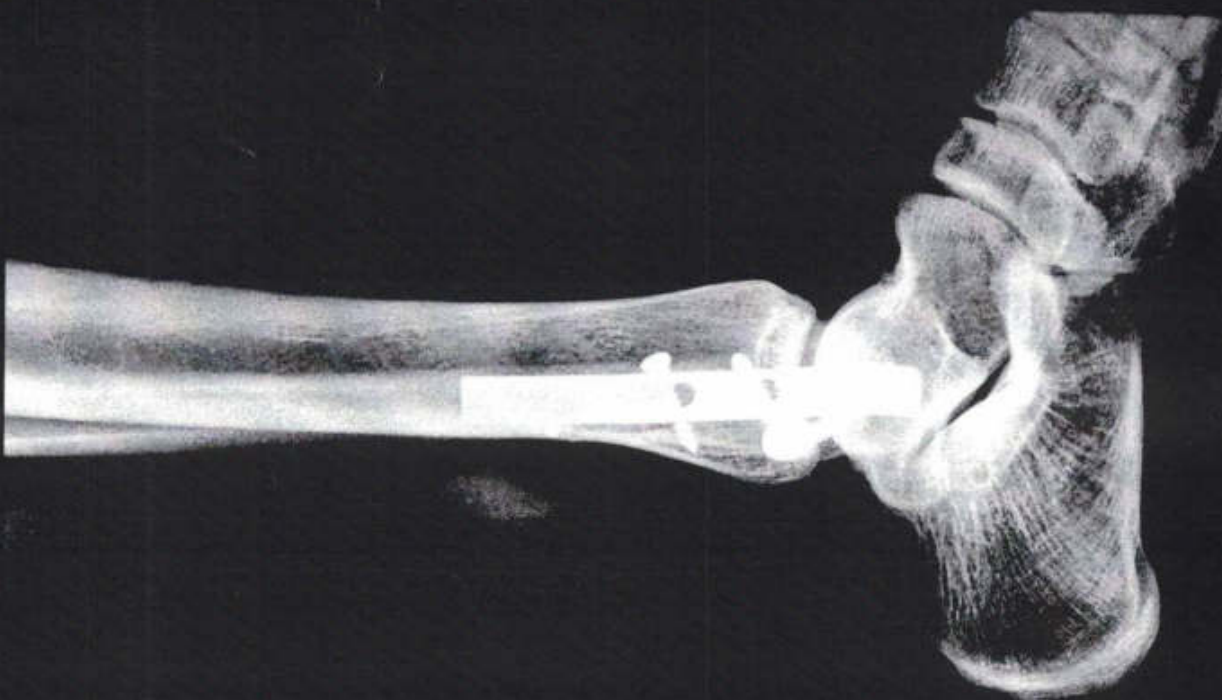
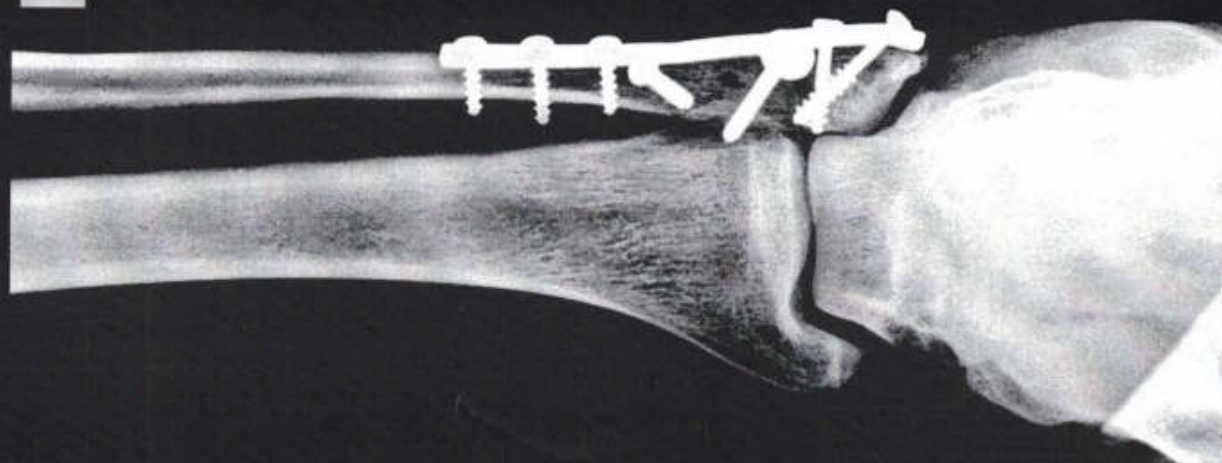
REVISADO
Data: 12/12/19
Assinatura: [assinatura]

NATAL, 27 de Novembro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



D



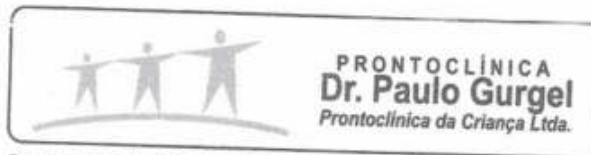
Nome: LEONARDO B. SILVA DO NASCIMENTO Data: 17/12/2019
Médico: FREDERICO Téc.: JR

Atend.:
Conv.: SUS

96,3 %







PLANTAO 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 Nordeste Ponta Negra) - Natal/RN

10000 B m 3 m

serv. f.

robotico m1 (E)

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 SAÚDE), 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
Prontoclínica 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

[Assinatura]

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA E SEDAÇÃO

GARROTE + ANTISSEPSIA + ASSEPSIA + MONTAGEM DE CAMPOS ESTÉREIS

ACESSO LATERAL PARA TORNOZELO ESQUERDO + DIVULSAO POR PLANOS + NEUROLISE DE RAMOS DO FIBULAR

OSTEOTOMIA DA FIBULA, EXPOSIÇÃO, REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA DE MALEOLO LATERAL COM PLACA E PARAFUSOS

TENOPLASTIA DE FIBULARES + REPARO DE LESÃO CÁPSULO LIGAMENTAR DO TORNOZELO

SUTURA POR PLANOS + CURATIVO + TALA SIROPODÁLICA

BOA PERFUSÃO DISTAL APÓS RETIRADA DE GARROTE

A SRPA

ASSINATURA OU CARIMBO DO MÉDICO

BOLETIM DE ANESTESIA

ANESTESIA TIPO RAQUI SIMPLES + SEDAÇÃO IV.

				MONITORIAÇÃO	
20	O ₂ CONTÍNUO			ECG + PNI + SPO ₂	
18	SpO ₂			VENÓCLISE MSD - JELCO 20G	
16	ETCO ₂			MEDICAÇÕES	
14				Atoraz 01	
12				Alup 01	
10				Paracet 01	
8				Propofol 01	
6				Levobupivacaine 02	
4				Propofol 01	
2				Propofol 01	
NOTAS				RS 500 ML - 2 FR	
				EQUIPO - 3UN	
				SF 0,9% 250ML - 1FR	
				AGULHA DE RAQUI 27G-Q	
	MIN. C/ ACRÉSCIMO	MIN S/ ACRÉSCIMO	TOTAIS	INÍCIO DA ANESTESIA:	10:20
				INÍCIO DA CIRURGIA:	11:00
				TÉRMINO DA CIRURGIA:	12:00
				TÉRMINO DA ANESTESIA:	12:50
				OBSERVAÇÕES:	

Drina Patricia S. Lima
-respirologista





PROCTOLOGIA E MATERNIDADE
Dr. Paulo Gurgel

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Armando Bruno Silva de Araújo Nº REGISTRO 491413
Data Nascimento 12/06/85 IDADE 34a Sexo M LEITO: 104-E Data de Admissão 16/11/17
MÉDICO: Dr. Gurgel

ADMISSÃO DO CENTRO CIRURGICO

ALIM COMPLETO INCLUINDO AGUA? () Não (X) Sim início 08:00 PESO: — Kg Altura: — cm
RETIRADA DE PRÓTESES/ORTESE/ADORNOS: (X) SIM () NÃO
ALERGIAS: (X) NÃO () SIM: Nenhuma
DOENÇAS PREGRESSAS: () DM () HAS () TABAGISMO () HIV () Hep B () Hep C () Arritmias () DPOC () AVC ()
Marcapasso () Outros: Nenhuma Medicamentos de uso frequente: Nenhuma
Consentimento Cirúrgico Preenchido () Não (X) Sim
Exames: (X) Labor () Raio x () USG () TC () RNM () Risco cirúrgico Outros: —
Encaminhado: () Deambulando () Cadeira de Rodas (X) Maca (X) consciente () Inconsciente (X) Orientado ()
Desorientado

Análises de Enfermagem: Informações colhidas do paciente

Conferido Informação acima por: divuliana Admitido na sala: CRD Hora 09:30
662.084211

ETAPA I: PRÉ-INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta Proctomia Transverso "E"

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

1. Equipe completa presente () Sim () Não
2. Paciente com identificação e cirurgia confirmada (+)
3. Tipo 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 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: () Placa neutra: Local: ()

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

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

Infusões: 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 () Termina () () 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 ()

Perida operatória: Curativo ()

Intura: () 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 (X) 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 espinhos: 1 N° 20

Anotações de Enfermagem e Intercorrências S/I

Início da cirurgia: 11:00 Término da cirurgia: 12:00

CIRURGIÃO Dr. Fred ASSISTENTE: - ANESTESIOLOGISTA Dr. Bruno
INSTRUMENTADORA Josineide CIRCULANTE: Mayane ENFERMEIRA: Danielle

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 LIMPOS ☒

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

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

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

Anotações de Enfermagem: Paciente pós-cirúrgico em O₂ ambiente, curativo
15 = sempre encaminhado para a enfermaria com autorização
de Dr. Bruno.

Repa + 1 RX pós cirurgia.

ENCAMINHADO POR: Mayane HORA: 12:00



Promoclinica Dr. Paulo Gurgei
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

MÉDICO: Flavio
LEITO: 4046
IDADE: 39 ANOS

DOENTE: LEONILDO BELO S. NASC
DIAGNÓSTICO MÉDICO: TN2 (E)
PROCEDÊNCIA: () DOMICILIAR (X) HOSPITALAR: QUAL: HITW6-
ALERGIAS: NÃO DOENÇAS PRE-EXISTENTES: NÃO

EVOLUÇÃO 04/12/14 HORÁRIO: 20h

ASPECTO GERAL

() CONSCIENTE (X) ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
(X) ATIVO () PASSIVO () INATIVO
(X) HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
(X) EDEMATOSO () SEDADO () ANARCA () EDEMA

DISSO VENOSO (local e data de inserção)

DISSO: _____
DATA: _____
LOCAL: _____
TIPO: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

INFUSÃO: _____
MEDICAMENTOS/ATB: _____

(X) HIDRATADA () RESSECADA () ICTÉRICA
(X) NORMOCORADA () HIPOCORADA () ICANOSE
(X) EXTREMIDADE FRIAS (X) NORMOTÉRMICA

(X) HIPOTERMIA
(X) HIPERTERMIA
(X) SIRENO: Local: _____

Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

(X) EUCARDÍACO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
(X) EUCARDÍACO () TIRAGEM
(X) EUCARDÍACO () NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES: * Acidente de moto há 05 dias

* Quebra de

* Quebra de: hemorragia e o paciente se quebra

* Quebra de: quando a febre e a dor de cabeça

VENTILAÇÃO

(X) 2 AMB () MV % () HOOD
() ENTUBADO TOT Nº
OBS: _____

ELIMINAÇÕES

DIURESE

(X) ESPONTÂNEA () SVA A CADA:
() HEMATURIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA
() POLIÚRIA () SVD

ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

ESPONTÂNEA

() ESTÍMULO:
() AUSENTE DIAS
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMEN

(X) FLACIDO () 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
() SÓG/SNG
() RESÍDUO GÁSTRICO:
(X) ZERO () VÔMITO vezes 20h

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 05/12/14 HORÁRIO: 13h

ASPECTO GERAL

() CONSCIENTE (X) ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
(X) ATIVO () PASSIVO () INATIVO
(X) HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
(X) EDEMATOSO () SEDADO () ANARCA () EDEMA

DISSO VENOSO (local e data de inserção)

DISSO: _____
DATA: _____
LOCAL: _____
TIPO: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

INFUSÃO: _____
MEDICAMENTOS/ATB: _____

VENTILAÇÃO

(X) 2 AMB () MV % () HOOD
() ENTUBADO TOT Nº
OBS: _____

ELIMINAÇÕES

DIURESE

(X) ESPONTÂNEA () SVA A CADA:
() HEMATURIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA
() POLIÚRIA () SVD

ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____



PELE

☒ HIDRATADA ☐ RESSECADA ☐ ICTÉRICA
☐ NORMOCORADA ☐ HIPOCORADA ☐ CIANOSE
☐ EXTREMIDADE FRIAS ☒ NORMOTERMICA
☐ HIPOTERMIA: _____
☐ HIPERTERMIA: _____
☐ DRENO Local: _____
 Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

☐ EUPNEICO ☐ DISPNEICO ☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO ☐ TIRAGEM: _____
☐ RUIDOS ADVENTÍCIOS TIPO: _____
☐ TAQUICÁRDICO ☒ NORMOCÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO

ESTÍMULO: _____
☐ AUSENTE _____ DIAS
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMEN
☒ FLÁCIDO ☐ 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:

*Paciente em boa SCS
 Ag. Monitor. 24h
 Curativo limpo*

EVOLUÇÃO 05/12/19

ASPECTO GERAL

☒ CONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☐ ALGO ORIENTADO
☒ ATIVO ☐ REATIVO ☐ HIPOATIVO
☒ HIPERTÔNICO ☐ HIPOTÔNICO
☐ INATOSO ☐ SEDADO ☐ ANASARCA ☐ EDEMA

CONTATO VENOSO (local e data de inserção)

☒ IV
☐ AVO: _____
☐ Mico: _____
☐ Sinal: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

☒ A
☐ B
☐ C

PELE

☒ HIDRATADA ☐ RESSECADA ☐ ICTÉRICA
☐ NORMOCORADA ☐ HIPOCORADA ☐ CIANOSE
☐ EXTREMIDADE FRIAS ☐ NORMOTERMICA
☐ HIPOTERMIA: _____
☐ HIPERTERMIA: _____
☐ DRENO Local: _____
 Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

☒ EUPNEICO ☐ DISPNEICO ☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO ☐ TIRAGEM: _____
☐ RUIDOS ADVENTÍCIOS TIPO: _____
☐ TAQUICÁRDICO ☐ NORMOCÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES:

*Sem Oxiúria no momento, e aos cuidados de
 equipe de enfermagem.*

HORÁRIO: _____

VENTILAÇÃO

☒ O2 AMB ☐ IMV _____ % ☐ HOOD: _____
☐ ENTUBADO TOT Nº _____
 OBS: _____

ELIMINAÇÕES

DIURESE
☒ ESPONTÂNEA ☐ SVA A CADA _____
☐ HEMATÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ ANÚRIA
☐ POLIÚRIA ☐ SVD _____
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

☒ ESPONTÂNEA
☐ ESTÍMULO: _____
☐ AUSENTE _____ DIAS
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMEN
☒ FLÁCIDO ☐ 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

Carimbo e Assinatura do Enferm.



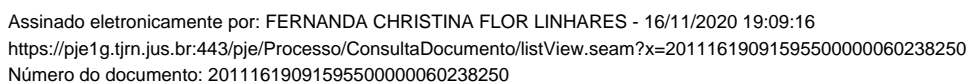
PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

RELATORIO DE ENFERMAGEM

PACIENTE Juliano Bruno Silva da Silva
 APTO.: 101 E Nº 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			

[illegible]



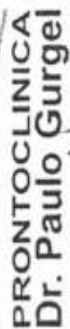
PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE: LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO
REGISTRO:

APTO/ENF.

5	12	2019
---	----	------

PRESCRIÇÃO		HORÁRIOS		DÉBITOS	
Dieta branda as 16:00 hs				SERINGA 01	
S Ringer Lactato 1000 ml EV 24 h				SERINGA 03 cc	
CEFTRIAXONA 1 G EV 12/12 h				SERINGA 05 cc	
Dipirona 500 mg - 01 amp + 18 ml ABD IV 6/6 hs				SERINGA 10 cc	
Tilatil 20 mg EV 12/12h				SERINGA 20 cc	
Tramadol 100 mg EV 8/8 h SN (100 ml SF 0,9% + 1 amp bromoprida)				EQUIPO MICROGOTAS	
SV 4/4 h cuidados gerais				EQUIPO P/ BI	
Cateterismo vesical de alívio SN				EQUIPO P/ SANGUE	
Observar pulso e perfusão				JELCO Nº	
Plasil 10 mg EV 8/8h SN, diluir em SF 0,9% 100 ml				SCALP Nº	
06/12/2019				POLIFIX	
DIETA LIVRE				LUVAS PROCEDIMENTO	
Ringer 500 ml IV 28 gts/mln				LUVAS ESTER. Nº	
CEFTRIAXONA 1g: IV 12/12hs				GASES PCT	
Dipirona 500 - 01 amp, EV, de 6/6 horas				ESPARADRAPO	
SSVV 6/6 hs				MICROPORE	
CCGG				PVPI	
Alfa Hospitalar				ETER	
				ALCOOL 70%ml	
				ALGUDÃO BOLA	
				AGULHA DESC. 25x8	
				CREPOM Nº	
				ALGODÃO ORTOP	
				CEPACOL ml	
				POMADA	
				SONDA DE FOLEY	
				SONDA URETRAL	
				SONDA NASO	
				COLETOR FECHADO	
				COLETOR ABERTO	
				LAMINA BISTURI	
				ELETRODO	
				MASC. DESCAT	
				SORO FISO. 0,9%	
				FITA HGT	



CONTROLE HÍDRICO E T.P.R.

APT[®]

NOME.:

REG.:

MÉDICO.: CONVÊNIO.:

CONVÊNIO.: 515

[illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INTERIOREZA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
2175801 SSP RN

CPF
067.406.064-47

DATA NASCIMENTO
12/06/1985

FILIAÇÃO
**JOAO BATISTA DO NASCIMENTO
SEVERINA MARIA DA SILVA
GOMES**

PERMISSÃO
03350812155

VALIDADE
29/08/2024

CAT. HAB.
AB

HABILITAÇÃO
09/08/2004

OBSERVAÇÕES

LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

LOCAL
PARNAMIRIM, RN

ASSINATURA DO PORTADOR

DATA EMISSÃO
30/08/2019

ASSINATURA DO EMISOR

**06816452765
RN706296583**

RIO GRANDE DO NORTE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1828239133

PROIBIDO PLASTIFICAR
1828239133



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

Valoração 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



OUTORGANTE

NOME: Leonardo Bruno Silva do Nascimento
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Autônomo
IDENTIDADE: 2375501 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: 3846734 CPF: 061.089.354-80
ENDEREÇO: Rua Brasilício Camilo Nº 122 Boianinha

DATA DO ACIDENTE: _____ COBERTURA: Invalidiz / 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.

Paranamirim 02 de Março de 2020.
LOCAL E DATA



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

1º OFÍCIO DE NOTAS E REGISTROS

MARIA MARTA BARRETO
Substituta

19 Ofício de Notas e Registros

Ata da reunião do Conselho Deliberativo nº 06, de 18/03/2015 - Site: www.1ooficiomn.com.br

Reconheço por autenticidade e validade a firma de

LEONARDO BRUND SILVA DO NASCIMENTO.

Selo Digital: RN20220009251001765456ZIV

Confiro a autenticidade em link: [fseuoficio.tyn.jus.br](#)

Parmamirim/RN, 2 de Março de 2015, às 16:13.

Em testemunho 1º Ofício de Notariade

15-03-2015



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0088442/20

Vítima: LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

CPF: 067.406.064-47

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 27/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

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 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

