
Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190272337

Vítima: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA

Data do Acidente: 07/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GILDETE PEREIRA DA SILVA BERNARDO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HENRIQUE EDUARDO FERREIRA

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. 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, 17 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190272337

Vítima: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA

Data do Acidente: 07/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GILDETE PEREIRA DA SILVA BERNARDO

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190272337

Vítima: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA

Data do Acidente: 07/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GILDETE PEREIRA DA SILVA BERNARDO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HENRIQUE EDUARDO FERREIRA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000762

Conta: 0000037773-8

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:

☐ DAVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do seguro ou ASL:

CNPJ da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CNPJ:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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:

0762

CONTA:

00037773

8

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 devido ao Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas do Segurador LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões decorrentes do acidente ou trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 4º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no IML) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (val. nascido)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a seguradora LIDER pagará, caso devulva, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas aos 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.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Local e Data, Nova Cruz RN 08/04/19

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

PROTOCOLO RECEBIDO

11 ABR 2019

TERRA DO SEM-ARUM

E CORRETORA DE SEGS.

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. NOVA CRUZ

DATA: 09/04/2019

HORA: 09:17:42

TERMINAL: 07621002

CONTROLE: 076210020105

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0762 013.00037773-8

NOME: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA

TIPO DE CONTA: 013 - POUANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

TELEFONE DEPOSITANTE: 84 9877-5757

NÚMERO DO ENVELOPE: 907738350

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Duvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

RECEBUEIRO
09/04/2019
09:17:42
07621002
076210020105

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190272337
Nome do(a) Examinado(a): Henrique Eduardo Ferreira
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Zilda Lisboa Arruda Camara, 51
Santa Luzia Nova Cruz RN CEP: 59215-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 002556292
Data local do acidente: [07/04/2017]
Data local do exame: [23/04/2019] NATAL [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE TORNOZELO DIREITO.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TORNOZELO DIREITO. FEZ FISIOTERAPIAS.
Data da Alta: 15/11/2017**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

LIMITAÇÃO MODERADA DA MOBILIDADE DE INVERSÃO DE TORNOZELO DIREITO, FERIDAS OPERATÓRIAS CICATRIZADAS NA REGIÃO DO TORNOZELO DIREITO, LIMITAÇÃO PARA EXTENSÃO (10°) E PARA FLEXÃO (10°) DO TORNOZELO DIREITO, MARCHA CLAUDICANTE À DIREITA.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

INVALIDEZ AO NÍVEL DO TORNOZELO DIREITO COM LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☒ (X) 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

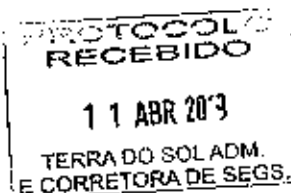
Carimbo com Nome e CRM


DR. URAÍ DE OLIVEIRA
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-RN 4315



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL – DEGEPO
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN
6ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL - NOVA CRUZ – 6ª DRPC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA nº 403/2017



Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Local: Rua Assis Chateaubriand, Centro, Nova Cruz/RN

Data e hora: 07/04/2017, por volta das 16:20 horas

COMUNICANTE: a própria vítima

VÍTIMA: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA

RG: 2.556.292 SSP/PB

CPF: 0072.842.864-40

Filiação: José Luiz Ferreira e de Maria Rosa Rodrigues

Natural: Santo Antônio/RN

Nascimento: 22/02/1987

Profissão: Aricultor

Endereço: Rua Zilda Lisboa Arruda Câmara, nº 51, Conjunto Nova Vida, Bairro Santa Luzia, Nova Cruz/RN

Telefone:

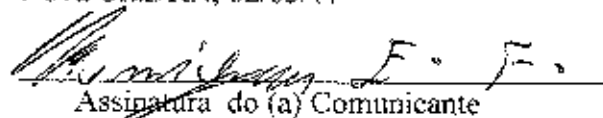
ACUSADO: a esclarecer

Histórico: a vítima procurou esta Unidade de Polícia Judiciária e narrou que foi vítima de acidente de trânsito; Segundo a ela, no dia e horário supra quando pilotava sua Motocicleta HONDA XRE 190, ANO 2016/2016, PLACA QGO-0191/RN, CHASSI nº 9C2MD4100GR009793, RENAVAM nº 01109795928CRLV em nome da vítima, quando foi atingido por um veículo não identificado, já que após o acidente o motorista causador do acidente se evadiu do local; QUE em consequência da colisão sofreu fratura exposta na perna direita; QUE foi socorrido para o Hospital Municipal de Nova Cruz/RN, mas em consequência da gravidade foi transferido de imediato para o Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel na Capital do Estado, tudo conforme documentos hospitalar apresentado nesta DP e anexados ao B.O. Nada mais disse.

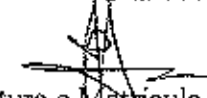
Testemunha(s):

Providência (s) Adotada (s): Registro de B.O

Nova Cruz/RN, 02/05/17


Assinatura do (a) Comunicante

Hora: 17:00 horas


Assinatura e Matrícula do (a) Servidor
Adailton Gonzaga
Mat. 194550-5

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

072.842.864-40 Henrique Eduardo Ferreira

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

Nome completo:

Henrique Eduardo Ferreira

Profissão:

Servente

Endereço:

Zilda Lisboa Antunes Lamara

Bairro:

Santa Luzia

Cidade:

Nova Cruz

Estado:

RN

CPF:

072.842.864-40

Número:

51

Complemento:

CEP:

59215-000

Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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:

0762

CONTA:

00037773

8

(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 divir direito, reconhecendo o dano, desde já e somente após a elevação em crédito, quitação total do valor recebido.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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.

Peo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica e custos da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/77, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, 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 na infração do artigo 299 do Código Penal.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Local e Data, Nova Cruz RN 08/04/19

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

PROTOCOLO RECEBIDO

11 ABR 2019

TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.

2ª Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver):

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



☐ Classificação de risco

Secretaria Municipal de Saúde

HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR PEDRO MOURA

Rua Doutor Mário Negócio, 188 - Centro

CNPJ: 08.144.784/0001-33

Telefone (84) 3281-5815

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA nº: 15.905

Data: 07/09/17

Hora: 17:00

Nome: Henrique Eduardo Tenorio

Nome da Mãe: M^{re} Rose Rodrigues

D.N.: 22/02/87 Idade: 30 Cor: Pardo Sexo: M Estado Civil: Casado

RG: 002.556.292 CNS: 160101510400000 Telefone: 91913172

Naturalidade: ST^e Ant^o Profissão: Apudante Suavente

Endereço: R. Zilda Lisboa Anacleto Carneiro, 211

Bairro: ST^e Luzie Cidade: UF: RN

Queixa do paciente:

Condições do paciente ao ser atendido

☐ Aparentemente BEM ☐ Regular ☐ Agitado ☐ c/ Dispneia ☐ Chocado ☐ Comatoso
☐ c/Hemorragia ☐ em Convulsão ☐ Poli-traumatizado ☐ Outros

Causas

☐ Doença ☐ Agressão ☐ Acidente de Trânsito ☐ Acidente de Trabalho ☐ Acidente doméstico
☐ Acidente com animal doméstico ☐ Acidente causado por animal peçonhento ☐ Intoxicação exógena

Agravantes

☐ Diabetes ☐ Pressão Alta ☐ Diarreia ☐ Cardiopatia ☐ Complicações respiratórias ☐ Doença renal crônica
☐ Gravidez ☐ Câncer ☐ Alergia a ☐ outros:

Temp.: Respição: Pulso: P.A.: Peso:

Exame Clínico:

Paciente em estado de inconsciência
com pupilas midríaticas e reage a dor.

PROTÓCOLO
RECEBIDO

11 ABR 2017

TERRA DO SOL ADM.
CORRETORA DE SEGS.

Hipótese Diagnosticada:

Fraqueza

A Hipótese Diagnosticada é passível de NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA? ☐ SIM ☐ NÃO

[Handwritten signature]

Conduta Médica



Dr. Jorge André de Souza e Silva
Médico
CRM/RN - 8440

Relatório da Enfermagem

☐ Paciente recusou-se a:

Horário: ____/____/____ Data: ____/____/____

Assinaturas:

Paciente: _____

Testemunha: _____

RG: _____

Destinação do Paciente

☐ Alta ☐ Revelia

☐ Internado, no serviço de:

☐ Encaminhado em ____/____/____ hora: ____

Data: ____/____/____

Para: _____

Hora: ____:____:____

(neste hospital)

Setor: _____

☐ Óbito

Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____

- Entregue à: ☐ Família ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P.

Médico (a) - carimbo

Enfermeiro (a) - carimbo

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: 30/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00762

CONTA: 000000037773-8

Nr. da Autenticação 26F2CBF5C86DBCE5

[illegible]

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Gildete Pereira da Silva BernardoRG nº 002.429.874, data de expedição 28/09/18, Órgão SSP/RN,CPF nº 087-385-084-00, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Campo Santo</u>
Número	<u>207</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Nova Cruz</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59215-000</u>
Telefone de Contato	<u>(084) 99120-3370 / (084) 98780-6894</u>
E-mail	<u>_____ / _____</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Nova Cruz/RN 27/03/19Assinatura do Declarante: Gildete Pereira da Silva Bernardo

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/REBOUTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Gildete Pereira da Silva Bernardo

inscrito (a) no CPF/CNPJ 087.385.084 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Henrique Eduardo Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.842.864/40

do sinistro de DPVAT cobertura invalidéz da Vítima Henrique Eduardo Ferreira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.842.864/40 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 Campo Santo</u>	Número: <u>207</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Nova Cruz</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: _____	CEP: <u>59215-000</u>	Tel.(DDD): _____

Local e Data: Nova Cruz / RN 27.03.19

Gildete Pereira da Silva Bernardo
Assinatura do Declarante

PROTOCOL
RECEBIDO
11 ABR 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

NOME: Henrique Eduardo Ferreira

Declaração

Declaro para o devido termo que
Henrique Eduardo Ferreira, por
tira de colisão com o motor
em 07/04/17 sendo atendido
inicialmente no Hospital munici-
pal de Nova Cruz e encaminhado
depois para Hospital Wolfpede
Surgeon por fratura de extre-
midade proximal da tibia onde
onde realizou procedimento
cirúrgico e alta hospitalar
com 14 dias. Recebeu tratamento
ambulatorial e fisioterapia
mas com deformidade da
perna e limitação funcional
e com dor a deambulação.

27/03/19

Dra. Tamyres O. L. Siqueira
MÉDICA
CRM/RN 8302

PROTOCOLADO
RECEBIDO

11 ABR 2019

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

Laudo Médico

Atendi o paciente Henrique Eduardo Ferreira, por indicação de tratamento cirúrgico de fratura-luxação exposta de tornozelo. Há 12 dias e pouco, já consolidada, tendo como sequelas artrose pós-traumática, causando limitação funcional.



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 14336 /2017

Admissão: 07/04/2017 19:29:47

CIRURGIA GERAL - SEM CLASSIFICAÇÃO

Paciente: **13438 - HENRIQUE EDUARDO FERREIRA** (30 a 1 m 13 d)

Nascimento: 22/02/1987

Natural: SANTO ANTONIO.BRASIL

Sexo: M. Cor: PARDA

CNS: 160101510400000

CPF:

Prof:

Mãe: MARIA ROSA RODRIGUES

Pat: JOSE LUIZ FERREIRA

Logradouro: ZILDA LISBOA ARRUDA CAMARA, 211

CEP: 59215000

Bairro: SANTA LUZIA

Cidade: NOVA CRUZ

Telefone: 84.991913172

Compl:

Motivo: MOTO X CARRO - COLISAO

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU RN

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 07/04/2017 19:10:01

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	140/80		98%		20	108		15	

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISAO/MOTO/CARRO/LUXAÇÃO MID/+ESMAGAMENTO DO TECIDO MID

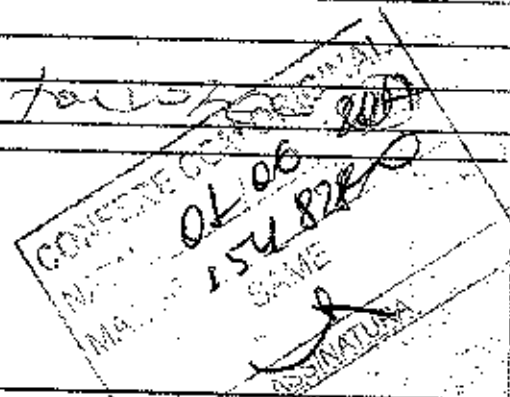
Hora:

Presença de vítima de acidente de trânsito (Moto x carro) no Distrito (Nova Cruz) com fratura exposta no tornozelo direito.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A	VF	cardíaco	Insolito
B	aplc		
C	pulso	efetivo	
D	ECG	= 15. 120	
E	ferimentos	expostos no tornozelo	

OUTRAS OBSERVAÇÕES:



DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Fratura exposta do tornozelo

14/04/77 - Paciente com lesões. História de queda
de aproximadamente 10 metros. Após colar gesso.

Dr. Marcos Vinícius Calhaz
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5946

15/04/77 - Paciente com lesão de

col: cervicodorsal

Dr. Maria Andréa M. de Abreu
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5946 CPF: 030.576.814-42

16/04/77

Paciente com lesão de

col: cervicodorsal

Dr. Maria Andréa M. de Abreu
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5946 CPF: 030.576.814-42

à deambulação e as esferas
fíricas exantóicas. Já não há
tratamento atual, nem
resiliência para outra per-
feta.

CID - 582.1

Edição
Eduardo Gomes de Santana
CPF 2.158
12.01.19.

**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: _____
Data de admissão: 07/04/17 Alta: _____
Nome: Henrique Eduardo Ferreira Naturalidade: Santa Antônia
Idade: 30 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Data de Nascimento: 22/02/1987
RG: 662.556.292 Estado Civil: casado Nível de Instrução: E. médio
Filiação: Pai: José Luiz Ferreira
Mãe: Elaine Rosa Rodrigues
Endereço: R. Zoloto, Lisboa, Amada Comiana, Santa Luzia Cidade: Nova Cruz
Telefone: 99191-3172 () Residencial () Trabalho () Recado
Contato: _____ Outros telefones: 99147-8601
Composição familiar: Paciente ferido com esposa e dois filhos
Outras informações: Faz uso de () Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Ajudante de cozinha Trabalho e 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 () Trazido pelo SAMU
() Socorrido em via pública () Outros meios _____
(x) Encaminhado: Hospital de origem: Nova Cruz

Crêterios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo? _____
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: Daniela Salustiana Pedro Figueira
Parentesco: Esposa Telefone: 99191-3172
Endereço do Responsável: O mesmo

Evolução

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

Paciente aos cuidados da UTI, vítima de acidente de
trânsito, acompanhado pela esposa. Orientado quanto às normas
gerais e solicitados os cópias dos documentos. Situação

Saída

Óbito: Encaminhamento: IEP () SVO () DO () Obs. _____

Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____

Orientações/Encaminhamentos: _____

Observação: Orientar, no âmbito hospitalar, o paciente a seguir para quando o mesmo se apresentar em situações de emergência, o paciente, agravos de saúde, em especial o trauma, de acordo com as normas práticas clínicas e condutas para o atendimento e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



Nome Henrique Eduardo Farias

Leito: _____ Idade: _____ Nº Registro: _____

HISTORIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

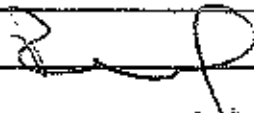
Data: _____ Hora: _____

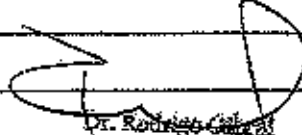
07/04/17 - abertura

Paciente admitido no CC na fax
exposta do tórax A. Feito procedimentos
de urgência

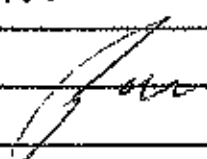
10/04/17 - paciente evoluindo bem.

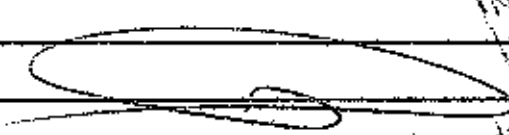
sem queixas. FO pouco sangrento


Dr. Rodrigo Cabral
Ortopedista
CRM 6046/SBOT 14525


Dr. Rodrigo Cabral
Ortopedista
CRM 6046/SBOT 14525

12/04/17

 sem m.


CONFERE COM O PACIENTE
NOME: Henrique Eduardo Farias
MAT. Nº: 154825

Dr. Geníl Fernandes de A. Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5647

19/04/17 Agravado
N/A

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



EXAMES COMPLEMENTARES

NOME

Henrique Eduardo Farias

LEITO

REGISTRO

DATA

1) Eletrocardiograma - bat. em repouso de 4
minutos. Resultado: normal

Dr. Raulino Cabral
Ortopedista
CRM 60438/1975

NOTA: A ESTA FOLHA DEVE SER COLOCADO OS DIVERSOS EXAMES COMPLEMENTARES
O RESULTADO DEVE SER COLOCADO NA ÚLTIMA LINHA

ESTE HOSPITAL É DEUT. E MOSSO.

EXAME
7/10/90
TO
CONFIRMAR CO...
TOME...
HOSPITAL



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

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIN

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Henrique Eduardo Ferreira

6 - Nº DO PROTOCOLO

7 - CARTÃO NACIONAL / SUS

160101510400000

8 - DATA DE NASCIMENTO

22/02/1987

9 - SEXO

30

MASCULINO

FEMININO

2

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Marcos Vinícius Rodrigues

11 - TELEFONE DE CONTATO

9.91913122

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)

Rua Zilda Lisboa Duarte Campos

13 - MUNICÍPIO

Novo Cruz

14 - BAIRRO

Santa Luzia

15 - UF

10 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Queixa de dor

condição hemorrágica

Assim de inspeção

16 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

Na

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Insuficiência cardíaca

21 - CID INICIAL

I50.1

22 - CID SECUNDÁRIO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

pro. hemifio

26 - LEITO / CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

408050578

28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

29 - DT SOLICITAÇÃO

07/04/17

30 - CNE / CPF

31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

33 - CNEP DA REGULADORA

34 - Nº DO BILHETE

35 - BÔNUS

36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO

37 - CNEP

38 - () ACID. TRABALHO TRAJETO

41 - CID PRINCIPAL

42 - CID SECUNDÁRIO

DESCRIÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL

43 - ()

44 - () GRAVE

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO

49 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLADOR AVALIAÇÃO

54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (ANEXO 1)

47 - DT AUTORIZ.

51 - DT AUTORIZ.

48 - CNE / CPF

52

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

HOSPITAL MONSIEUR
Hospitalar
Ligação 022-020 Natal / RN
Confere com original
Em, ____/____/____

Missão: Orientar, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para criação e atualização em situações de emergência clínica, cirúrgica, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas científicas e condutas para o cuidado e a pesquisa em saúde e a luz dos valores éticos e humanísticos.

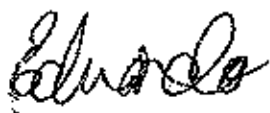


Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 120678 Idade: 30 anos
Unidade: POSTO I Prontuário:
Leito: ENFERMARIA 111-B
Admissão: 16/04/17 20:07 1 dia(s) de internação
Diag.: M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais

17/04/2017 19:01

	Horários de Aplicação	2156
1) DIETA LIVRE, Conforme SND	(SND)	
2) DICLOFENACO SÓDICO 50 MG COM (VOLTAREN) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	22:00 06:00 14:00	
3) TRAMADOL, CLORIDRATO 50 MG COM (TRAMAL) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	22:00 06:00 14:00	
4) RANITIDINA 150MG COM (ANTAK) Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	22:00 14:00	
5) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG); 06 em 06 horas	(RQTINA)	


Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2156

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Laimartine, 5791
Tirol 59.023-020 Natal / RN
Conferir com original
Em, ____/____/____



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 879 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veto.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 16/04/2017 20:14

Paciente: **HENRIQUE EDUARDO FERREIRA** Registro: 120678
Num. RG: 2558282 CPF: 072.842.886-40 Nascimento: 22/02/1987 30 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Casado(a)
Endereço: **RUA ZILDA LISBOA ARRUDA CAMARA** N.: 51 Bairro: **SANTA LUZIA**
Cidade: **NOVA CRUZ** UF: **RN** CEP: **59215000** Fone: 08499195245
Profissão: **SERVENTE DE PEDREIRO** Mãe: **MARIA ROSA RODRIGUES**

Num. Internamento: 1 Entrada: 16/04/2017 20:07 Previsão saída: 18/04/2017 11:00 Atendente: FRANCISCAR
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: 160101510400000
Médico: **Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA** CRM: 2158 **ENFERMARIA 111-B**

Responsável: **DAIANA SALUSTINO PEDRO FERREIRA** CPF: 020.121.784-06 RG: 2558080
Parentesco: **ESPOSA**

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial.

Declaro para os fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital Memorial de Natal pela instituição conveniada a qualquer título.

Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo seja acrescida de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora está autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

Assinatura: [] Paciente ☒ Responsável

Daiana Salustino Pedro Ferreira

Observações:

PACIENTE ACOMPANHANDO AII + RAI-O-X (3 películas)

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 879
Tirol 59.022-020 Natal - RN
Confere com original
Enf. 0406/15
Daiana



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA Idade: 30 anos
Convênio: SUS ESTADUAL Reg: 120678 Prontuário:
Unidade: POSTO I
Leito: ENFERMARIA 111-B
Admissão: 16/04/17 20:07 3 dia(s) de internação
Diag: M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais

19/04/2017 10:37

Morários de Aplicação

2156

11 ALTA HOSPITALAR, A Tarde

2) de acordo com o exp + os exp ABIS G.V. a parte e chek/6/6
de dor Eduardo

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2156

* checar se tem alergia a lincomicina
antes de administrar

Tranex 100mg 12ml - 01 cap + 109 - SKO. 84.
2V

02-15
FARM. GINE
FARM. GINE
FARM. GINE
FARM. GINE
FARM. GINE

Salvo Contraindicação
MÉDICO
CRM - 2156

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 9791
Tiroi 59.022-920 Natal / RN
Confere com original
Em, ____/____/____



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA

Idade: 30 anos

Convênio: SUS ESTADUAL

Reg.: 120678

Prontuário:

Unidade: POSTO I

Leito: ENFERMARIA 111-B

Admissão: 16/04/17 20:07

0 dia(s) de internação

Diag.: M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais

16/04/2017 20:42

		Hórtios de Aplicação	4543
1) DIETA LIVRE, Conforme SND	DO (SND)		
2) DICILOFENACO SÓDICO 50 MG COM (VOLTAREN) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	DO 20/00	08/00	
3) TRAMADOL, CLORIDRATO 50 MG COM (TRAMAL) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	DO 20/00	08/00	
4) RANETIDINA 150MG COM (ANTAK) Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	DO 20/00	10/00	
5) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 06 em 06 horas	DO (ROTINA)		

Dr. HERMANN COSTA GOMES
CRM - 4843

Exames Solicitados:

- HEMOGRAMA COMPLETO
- TEMPO DE PROTROMBINA
- TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 879
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em, ____/____/____



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

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIN

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Henrique Eduardo Fereira

7 - CARTÃO NACIONAL / SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

6 - Nº DO PROTOCOLO

MASCULINO

FEMININO

2

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)

13 - MUNICÍPIO

14 - BAIRRO

15 - UF

16 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fx da medula cervical D

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Ho arborques

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

Imagem + SF + P

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID INICIAL

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - LAUDOS ASSOCIADOS

De acordo com o laudo de

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

osteossintese

26 - LEITO (CLÍNICA)

Ortop

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

urgência

28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

29 - DT SOLICITAÇÃO

07/04/19

30 - CDS / CPF

31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

33 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - Nº DO BILHETE

35 - BÔNUS

36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO

37 - CNPJ

38 -

40 -

38 - () ACID. TRABALHO TRAJETO

DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL

41 - CID PRINCIPAL

42 - CID SECUNDÁRIO

43 - ()

44 - () GRAVE

45 - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO

50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTRÓLE AVALIAÇÃO

47 - DT AUTORIZ.

51 - DT AUTORIZ.

48 - CDS / CPF

52

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

54 - AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO
HOSPITAL MEMORIAL
Juvenal Lamarine 9791
Foi 59.022-020 vital / RN
Confere com original
Em: / /

Nota: Obedecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergência clínica, cirúrgica, aguda de causas rotineiras, em urgência o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde a luz dos valores éticos.

REGISTRO DE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: **HENRIQUE EDUARDO FERREIRA**

Registro: **120678** Nº Internação: **1**

Nascimento: **22/02/1987** 30 anos Data Internação: **16/04/2017 20:07:51**

Leito: **ENFERMARIA 111-B**

OBSERVAÇÕES GERAIS

22:00H FOI MEDICADO COM VOLTAREN 50MG 01 COMP. VO. E TRAMAL 50MG 01 COMP. VO. E ANTAK 150MG 01 COMP. VO.
06:00H FOI MEDICADO COM VOLTAREN 50MG 01 COMP. VO. E TRAMAL 50MG 01 COMP. VO. DE ACORDO COM PRESCRIÇÃO MÉDICA.

Edmilson

17/04/2017
 COREN - 431727

EDMILSON BASILIO DO NASCIMENTO

ESTADO GERAL

Higiene: Com auxílio
 Respiração: O2 Ambiente
 Deambulação: Com auxílio
 Corado: Corado
 Acianótico: Acianótico

Eliminação Vesical: **ESPONTANEA**

Eliminação Intestinal:

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **130 X 70**

Pulso: **80**

Temperatura: **36,4** °C

Respiração: **20**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA
Oral
 Obs:

Alceta Total

QUEIXAS DO PACIENTE

Observações Gerais:

PACIENTE NO PRÉ OPERATORIO DE FRATURA DO TORNOZELO DIREITO. CONSCIENTE, ORIENTADO, DIETA POR VO. REALIZADO BANHO NO LEITO. DIURESE ESPONTANEA. AGUARDA PROGRAMAR CIRURGIA. AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

17/04/2017 10:17:15

COREN - 265724

DANIEL HILARIO DE OLIVEIRA

Daniel

OBSERVAÇÕES GERAIS

10:00 ADM ANTAK 150 MG VO

HOSPITAL MEMORIAL
 Av. Juvencal Lamartine, 979
 Tirol 59.022-020 Natal / RN
 Confere com original
 Em, _____

17/04/2017
 COREN - 265724

DANIEL HILARIO DE OLIVEIRA

Daniel

REGISTRO DE ENFERMAGEM - ADMISSÃO

Dados do Paciente

Paciente: **HENRIQUE EDUARDO FERREIRA**

Registro: **120678** Nº Internação: **1**

Nascimento: **22/02/1987** 30 anos

Data Internação: **16/04/2017 20:07:51**

Acompanhante:

Parentesco:

PROCEDÊNCIA

PACIENTE ADMITIDO NESTE SETOR PROCEDENTE DO HMVG PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FRATURA DO TORNOZELO DIREITO, AOS CUIDADOS DO DR. EDUARDO.

ESTADO GERAL

☒ Consciente ☒ Responsivo
☐ Inconsciente ☐ Sonolento
☒ Corado ☐ Cianótico
☐ Hipocorado ☒ Acianótico

Respiração: Observações:
☒ O2 Ambiente
 Máscara de Venture

Higiene: Observações:
☒ Com Auxílio
☒ Sem Auxílio

Deambulação: Observações:
☒ Com Auxílio DE MOLETAS
☐ Sem Auxílio
☐ Restrito ao leito

SINAIS VITAIS

Pressão Arterial: **130X70 MMHG**

Pulso: **78**

Temperatura: **38,5°C**

Respiração: **20**

ANAMNESE

Doenças Clínicas:
 GASTRITE

Uso de Medicamentos:
 OMEPRAZOL 40MG

Alergias Medicamentosas:
 DESCONHECE

Integridade da Pele:

ACESSO VENOSO

Tipo: **AVP**

Hiperemia

Dor

Edema Temperatura:

Local: **MSE**

Tempo:

DIETA

Tipo: ☒ Oral

☐ Sonda Nasogástrica

☐ Sonda Nadoenteral

☒ Aceita

☐ Aceita Parcial

☐ Não Aceita

Observações:

DIURESE

Sonda:

Espontâneo: **SIM**

Observações Gerais:

PACIENTE DE 30 ANOS SEGUE NO PRÉ OPERATÓRIO DE FRATURA DO TORNOZELO DIREITO. FOI MEDICADO DE ACORDO COM PRESCRIÇÃO MÉDICA. AGUARDA PROGRAMAR CIRURGIA.

Documentação e Exames:

03 PELICULAS DE RX. + PRONTUÁRIO.

HOSPITAL MEMORIAL
 Av. Juvenal Lamartine, 979
 Tirol 59.022-020 Natal / RN
 Confere com original
 Em, ___/___/___

Colmber

16/04/2017 20:52:47
 COREN - 431727

EDMILSON BASILIO DO NASCIMENTO

Prescrição Médica / Evolução Clínica



Paciente: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA
 Convênio: SUS ESTADUAL
 Unidade: POSTO I
 Leito: ENFERMARIA 111-B
 Admissão: 16/04/17 20:07
 Diag.: M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais

Idade: 30 anos
 Reg.: 120678
 Prontuário:

2 dia(s) de internação

16/04/2017 19:00

- 1) DIETA LIVRE, Ao dia
- 2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500ML
 Uso: 01 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.
- 3) CEFALOTINA SODICA 1G (KEFAZOL)
 Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.
- 4) TRANADOL, CLORIDRATO 100MG INJ (TRAMAL)
 Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.
 DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9%
- 5) RANITIDINA 150MG COM (ANTAK)
 Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.
- 6) DIPIRONA 500MG/2ML INJ (NOVALGINA)
 Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.
 DILUIR EM 8 ML DE ABC
- 7) METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML (PLASIL)
 Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.
- 8) RIVAROXABANA 10MG COM (XARELTO)
 Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.
- 9) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG) 08 em 08 horas
- 10) CURATIVO, Ao dia
- 11) SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), Se necessário

Horários de aplicação

2166

(SND)

15:00

500

500

16:00

00:00

08:00

16:00

00:00

08:00

18:00

06:00

06:00

19:00

00:00

06:00

(SND)

22:00

(T)

(M)

(SND)

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
 CRM - 2156

HOSPITAL MEMORIAL
 Av. Juvenal Lamartina, 879
 Tirol 59.022-020 Natal / RN
 Confira com original
 Em, / /

Página: 1 / 1

Prescrição Médica / Evolução Clínica

Formação
Ad CC



Paciente: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA Idade: 30 anos
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 120678 Prontuário:
Unidade: POSTO I
Leito: ENFERMARIA 111-B
Admissão: 16/04/17 20:07 2 dia(s) de internação
Diag.: M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais

18/04/2017 13:10

	Horários de Aplicação	2158
1) DISTA LIVRE, Ao dia	(SND)	
2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500ML Uso: 01 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.	(500 500 500)	
3) CEFAZOLINA SODICA 1G (KEFAZOL) Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.	16:00, 00:00, 08:00	
4) TRAMADOL, CLORIDRATO 100MG INJ (TRAMAL) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9%	16:00, 00:00, 08:00	
5) RANITIDINA 150MG COM (ANTAK) Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	16:00, 06:00	
6) DIFIRONA 500MG/2ML INJ (NOVALGINA) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ASD	16:00, 00:00, 06:00 12:00	
7) METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML (PLASIL) Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.	(SN)	
8) RIVAROXABANA 10MG COM (XARELTO) Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.	22:00	
9) SINAIS VITAIS (SSVV + COGG), 08 em 08 horas	(T N M)	
10) CURATIVO, Ao dia	(M)	
11) SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), Se necessário	(SN)	

Eduardo

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2158

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamarine, 8791
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em, ____/____/____

REGISTRO DE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: **HENRIQUE EDUARDO FERREIRA**

Registro: **120678** Nº Internação: **1**

Nascimento: **22/02/1987** 30 anos Data Internação: **16/04/2017 20:07:51** Leito: **ENFERMARIA 111-B**

OBSERVAÇÕES GERAIS

AS 22H E 06H ADM 1 COMP DICLOFENACO 50MG POR VIA ORAL
AS 22 E 06H ADM 1 COMP TRAMAL 50MG POR VIA ORAL
AS 22H ADM 1 COMP RANITIDINA 150MG POR VIA ORAL

Francisca Gorete Henrique Gomes

18/04/2017
 COREN - 571218

FRANCISCA GORETE HENRIQUE GOMES

ESTADO GERAL

Higiene

Respiração

Deambulação

Corado

Aclenócio

Eliminaç. Vesicais: **ESPONTANEA**

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **130 X 80**

Pulso: **80**

Temperatura: **36,2** °C

Eliminaç. Intestinais:

Respiração: **20**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Obs:

Aceita Total

QUEIXAS DO PACIENTE

Observações Gerais:

PACIENTE NO PRÉ OPERATORIO DE FRATURA DO TORNOZELO DIREITO, CONSCIENTE, ORIENTADO, DIETA POR VO, GIURESE ESPONTANEA, REALIZADO BANHO NO LEITO, ADS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

18/04/2017 11:04:57

COREN - 265724

DANIEL HILARIO DE OLIVEIRA

OBSERVAÇÕES GERAIS

PACIENTE ENCAMINHADO AO C.C ACOMPANHADO DO MAQUEIRO E FAMILIAR. C.C. 9. FELICULAS DE RX. EXAMES LAB.

HOSPITAL MEMORIAL
 Av. Juvenal Lamartine, 979
 Tirol 59.022-020 Natal / RN
 Confere com original
 Em,

18/04/2017
 COREN - 1157803

DAYANA DE ARAUJO SILVA

REGISTRO DE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: **HENRIQUE EDUARDO FERREIRA**

Nascimento: **22/02/1987** 30 anos Data Internação: **16/04/2017 20:07:51**

Registro: **120678** Nº Internação: **1**
 Leito: **ENFERMARIA 111-B**

OBSERVAÇÕES GERAIS

22:00 HS ADMINISTRADO RIVAROXABANA 10MG 1 COMP. VO
24:00 HS ADMINISTRADO CEFALOXILINA 1 FRASCO + ABD EV USADO SERINGA DE 10 CC
24:00 HS ADMINISTRADO TRAMADOL 100MG 1 AMP. + 100ML DE SF EV USADO SERINGA DE 5 CC
24:00 HS ADMINISTRADO DIFENIDRAMINA 1 AMP. + ABD EV USADO SERINGA DE 10 CC
05:00 HS ADMINISTRADO ANTAK 150MG 1 COMP. VO
08:00 HS ADMINISTRADO DIFENIDRAMINA 1 AMP. + ABD EV USADO SERINGA DE 10 CC

16/04/2017
 COREN - 24888
 EDNALDO BERNARDO DA SILVA

ESTADO GERAL

Higiene
 Com auxílio
 Respiração
 Máscara de Venturi

Corado

Deambulação
 Com auxílio

Acianótico

Eliminac. Vesicais: **ESPONTANEA**

Eliminac. Intestinais:

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **130 X 70** Pulso **78** Temperatura: **36,4** °C Respiração:

ACESSO VENOSO

DIETA
 Oral
 Obs:

Apetite Total

QUEIXAS DO PACIENTE

Observações Gerais:

PACIENTE COM EGR NO POI DE FRATURA DE TORNOZELO+ TALA GESSADA AFEBRIL
CONSCIENTE ORIENTADO NA HV POR ACESSO VENOSO PERIFERICO EM Q AMBIENTE
DIETA ORAL REALIZAD BANHO NO LEITO. DIURESE ESPONTANEA EM USO DE ANTI
CEFALOXILINA MEDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA SEGUE AOS CUIDADO DA
ENFERMAGEM

16/04/2017 11:25:31

COREN - 365724
 DANIEL HILARIO DE OLIVEIRA

OBSERVAÇÕES GERAIS

08:00 ADM KEFAZOL 1 FA + ABD EV
08:00 ADM TRAMAL 1 AMP + 100 DE SF EV
12:00 ADM DIFENIDRAMINA 1 AMP + ABD EV

HOSPITAL MEMORIAL
 Av. Juvenal Lamartine, 979
 Tirol 59.022-020 Natal / RN
 Confere com original
 Em: _____

16/04/2017
 COREN - 24888
 DANIEL HILARIO DE OLIVEIRA

Paciente: **HENRIQUE EDUARDO FERREIRA** Registro: 120878
Num. RG: 2556292 CPF: 072.842.834-40 Nascimento: 22/02/1987 30 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Casado(a)
Endereço: **RUA ZILDA LISBOA ARRUDA CAMARA** N.: 51 Bairro: **SANTA LUZIA**
Cidade: **NOVA CRUZ** UF: **RN** CEP: 59215000 Fone: 08499195245
Profissão: **SERVEnte DE PEDREIRO** Mãe: **MARIA ROSA RODRIGUES**

Num. Internamento: 1 Entrada: 16/04/2017 20:07 Previsão saída: 16/04/2017 11:00 Atendente: FRANCISCAR
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: 160101510480000
Médico: **Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA** CRM: 2156 **ENFERMARIA 111-B**

Responsável: **DAIANA SALUSTINO PEDRO FERREIRA** CPF: 090.121.754-00 RG: 2858680
Parentesco: **ESPOSA**

- 1 - Autorizo o(a) Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA, a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia:
- 2 - O(A) Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
- 3 - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitam de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

Razão por que o paciente não assinou o presente Termo de Ciência e Consentimento e Responsabilização:
Preenchido pelo responsável do paciente

Assinatura: [] Paciente ☒ Responsável

Daiana Salustino Pedro Ferreira

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Certifico que expliquei detalhadamente a este paciente, ou ao seu responsável, o procedimento, cirurgia, seus benefícios, riscos e suas alternativas, respondi satisfatoriamente todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente / responsável compreendeu todo o que expliquei.

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA - CRM 2156

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em: ____/____/____

REGISTRO DE ENFERMAGEM - ADMISSÃO CENTRO CIRÚRGICO

Dados do Paciente

Paciente: **HENRIQUE EDUARDO FERREIRA**

Registro: **120678** Nº Internação: **1**

Nascimento: **22/02/1987** 30 anos Data Internação: **16/04/2017 20:07:51** Leito: **ENFERMARIA 111-B**

ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: **Alerta**

ASPECTO GERAL

X - Au. Vermelho X - Acianótico

Pálido Tremores

Vômitos Sudorese

Diurese: **Ausente**

FERIDA OPERATÓRIA

Oc. gida Sangramento

Drenos Fixadores

X - Taia Tração

Edema Hematomas

Observações:

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **120** X **80**

Pulso: **74**

Temperatura: **36** °C

Respiração: **18**

Observações:

RAIO X

Observações/QTD:

Pré: **02 PELÍCULAS DE RX**

Pos: **01 PELÍCULA DE RX D**

Queixas do Paciente:

Observações Gerais:

PACIENTE RETONOU DO CC EM POI DE FRATURA DE TÍBIA D + TALA H.V. EM MSE. COMUNICADO AO SETOR DA NUTRIÇÃO COM ESQUERMA DE ATRICEFAZOLINA 01G DE 800 VERIFICADO SSVV SEM ALTERAÇÕES ADMINIS. MEDICAMENTOS DE

16/04/2017 16:35:39
COREN - 196686

VIVIANE NUNES DA SILVA

OBSERVAÇÕES GERAIS

16:00H FOI ADMINIS. CEFALOLINA 01 G 01 FRASCO + 10 ABD IV

16:00H FOI ADMINIS. TRAMAL 100 MG 01 AMP + 100 SF 05 % IV

18:00H FOI ADMINIS. ANTAK 150 MG V.O

18:00H FOI ADMINIS. DIPIRONA 500 MG 01 AMP + 10 ABD IV

ESTADO GERAL

Alerta

Decúbito Dorsal

Coração

Acianótico

Higiene

Com auxílio

Respiração

O2 Ambiente

Deambulação

Com auxílio

Eliminac. Vesicais.

Eliminac. Intestinais:

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **120** X **70**

Pulso: **80**

Temperatura: **36,7** °C

Respiração: **20**

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Obs:

Aceita Total

Saturação O2:

QUEIXAS DO PACIENTE

Observações Gerais:

PACIENTE COM EGR NO POI DE FRATURA DE TORNOZELO + TALA GESSADA AFEBRIL. CONSCIENTE ORIENTADO NA HV POR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO EM O2 AMBIENTE. DIETA ORAL DIURESE ESPONTÂNEA EM USO DE ANT. CEFALOLINA MEDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM

16/04/2017 20:06:37

COREN - 24988

EDNALDO BERNARDO DA SILVA

REGISTRO DIÁRIO DE ENFERMAGEM

Nome do Paciente

Paciente: **HENRIQUE EDUARDO FERREIRA**

Registro: **120678** Nº Internação: **1**

Nascimento: **22/02/1987** 30 anos Data Internação: **16/04/2017 20:07:51**

Leito: **ENFERMARIA 111-B**

ESTADO GERAL

Alerta
Decubido Dorsal
Secado
Acianótico

Higiene
Com auxílio
Respiração
O2 Ambiente
Deambulação
Restrito ao leito

Eliminac. Vesicais: **PRESENTE**

Eliminac. Intestinais:

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **120 X 80**

Pulso: **80**

Temperatura: **36,6**

°C Respiração: **20**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

H.V EM MSE

DIETA

Oral

Alcanta Total

Obs:

QUEIXAS DO PACIENTE

Observações Gerais:

**PACIENTE EM POS OPERATORIO DE FRATURA DE TIBIA D + TALA H.V EM MSE VERIFICADO
SSVV SEM ALTERACOES SEGUE NO LEITO DE ALTA HOSPITALAR A ESPERA DE TRANSPORTE**

23/04/2017 19:20:00

COREN - 186693

YVIANE NUNES DA SILVA

OBSERVAÇÕES GERAIS

PACIENTE SAIU D ALTA HOSPITALAR

Larissa Regina

23/04/2017

COREN - 618233

LARISSA REGINA RODRIGUES FERREIRA DA SILVA

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em, / /

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 002.556.292 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/06/2017

NOME HENRIQUE EDUARDO FERREIRA

FILIAÇÃO JOSE LUIZ FERREIRA
MARIA ROSA RODRIGUES

NACIONALIDADE SANTO ANTONIO - RN DATA DE NASCIMENTO 22/02/1987

DOC. ORIGEM CERT. DE CASAMENTO 1-8-21 F-200 RN-3994
NOVA CRUZ RN-2 CARTÓRIO

CPF 072.842.664-40

ASSINATURA DO DETENTOR

2a. VIA

LEI Nº 7.119 DE 29/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE PERÍCIA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PROTOCOLO
RECEBIDO

11 ABR 2019

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NÚMERO 002.429.874 DATA DE EMISSÃO 28/09/2018

SOLTEIRO PENEIRA DA SILVA REINHARDT

ENDEREÇO: PENEIRA DA SILVA
MARIA DO LUI BOMBS DA SILVA

MUNICÍPIO: NOVA CRUZ RN DATA DE REGISTRO 16/11/2018

CEP: 59100-000

CPF: 087.335.884-00

28. VISA

LEI Nº 11.127/2018

CARTÃO DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

FOTO

COLAGEM DIREITA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO II

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

POLO GRANDE DO NORTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RECEBIDO

11 ABR 2019

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 11068 // CCE73 Nº 013710053322
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CCE RENAVAM 01109795928 RNTTC ***** EXERCÍCIO 2018

NOME
HENRIQUE EDUARDO PEREIRA

CPF/CNPJ 072.842.854-40 PLACA QG00191

PLACA ANT./UF QG00191/RN CHASSI SCED410038009793

ESPÉCIE TPC PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO AVULSO COMBUSTÍVEL ALCOOL-GASOL

MARCA/MODELO HONDA/XRE 190 ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2015

CAP/POT/OIL SCV/124 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA R\$ 0,00 VENC. COTA ÚNICA 03/03/2018 VENC./COTAS 1º PAGO

FAIXA/PVA PARCELAMENTO/COTAS 2º PAGO 3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) OF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

*** TAXAS DETRAN: PAGO *** DE VAT PAGO

OBSERVAÇÕES

MOTOR: MD41T00009801

NOVA CRUZ/RN

DATA 03/03/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 013710053322 BILHETE DE SEGURO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.SEGURADORAIDER.COM.BR
SAO DPVAT 0800 022 1304

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 05/03/2018

VIA 3 CCE RENAVAM 01109795928 RNTTC ***** EXERCÍCIO 2018

CPF/CNPJ 072.842.854-40 PLACA QG00191

MARCA/MODELO HONDA/XRE 190 ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2015

CAP/POT/OIL SCV/124 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA R\$ 0,00 VENC. COTA ÚNICA 03/03/2018 VENC./COTAS 1º PAGO

FAIXA/PVA PARCELAMENTO/COTAS 2º PAGO 3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) OF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

*** TAXAS DETRAN: PAGO *** DE VAT PAGO

OBSERVAÇÕES

MOTOR: MD41T00009801

NOVA CRUZ/RN

DATA 03/03/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

SEGUROADORA LIDER DPVAT

CNPJ 08.242.854/0001-04

PROTOCOLO RECEBIDO

11 ABR 2018

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190272337 **Cidade:** Nova Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA **Data do acidente:** 07/04/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO.

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO MODERADA DA MOBILIDADE DE INVERSÃO DE TORNOZELO DIREITO, FERIDAS OPERATÓRIAS CICATRIZADAS NA REGIÃO DO TORNOZELO DIREITO, LIMITAÇÃO PARA EXTENSÃO (10°) E PARA FLEXÃO (10°) DO TORNOZELO DIREITO, MARCHA CLAUDICANTE À DIREITA.

Resultados terapêuticos: RESULTADOS ADEQUADOS COM O TRATAMENTO PRECONIZADO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/04/2019

Conduta mantida:

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 intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

DECLARAÇÃO

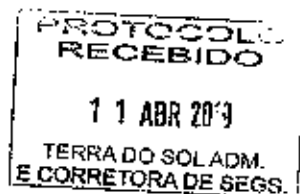
Eu Henrique Eduardo Ferreira portador
do _____

RG: 002.556.292 SSP/RN CPF: 072.842.864-40, recl
amante do SEGURO DPVAT, venho através dessa declaração informar e comunica
que não tenho mas nenhuma documentação Medica Hospitalar, só a que já consta
no pleito do meu processo que são a
entrada Hospital Municipal Monsenhor Pedro Maurer
Hospital Monsenhor Walpido Gurgel

Que demostra e menciona as sequelas que tenho e as dificuldade que fiquei devido
ao acidente de Transito no dia 07 / 04 / 17, por isso peço a analise
da minha documentação, no qual estou precisando e necessitando, da indenização
para ajuda nas lesões sofridas, no qual ainda estou com sequelas pois em verdade só
posso essas documentação medica, e que não tenho mas nenhum tipo de
documentação a mais hospitalar só a que está no pleito do meu processo.

NOVA CRUZ/RN 27 DE Março DE 2019

Henrique Eduardo Ferreira



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Henrique Eduardo Ferreira, brasileiro(a),
estado civil: casado, Profissão: Servente, Data do Acidente 07.04.2017
Cobertura Invalidez, portador(a) do RG 002.556.292, órgão expedidor
____ e do CPF: 072.842.864-40 residente no(a)
Zilda Lisboa Araujo Camara nº 51,
bairro: Santa Luzia, município: Nova Cruz, RN.

OUTORGADO:

Nome: Gildete Pereira da Silva Benmarco, brasileiro(a)
estado civil: casado, Profissão: Agricultora, portador(a) do RG
002.429.874, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 087.385.084-00 residente
no(a) Campo Santo nº 207,
bairro: centro, município: Nova Cruz, RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

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

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

Nova Cruz/RN 28.02.2019

Local e Data



Henrique Eduardo Ferreira
Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

PROTÓCOLO
RECEBIDO
11 ABR 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS



2º OFÍCIO REGISTRO CIVIL E NOTAS
Rua 16 de Novembro, 13 - Centro - Nova Cruz - CEP 58215-000 - Fone: (84) 98752-4463
Tabela: Dispensa Gratuita de Oneros e Taxas
Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:
HENRIQUE EDUARDO FERREIRA
Por ter sido posta em minha presença, dou fé.
NOVA CRUZ/RN, 28 de fevereiro de 2019
Anderson Santos de Oliveira - 1º Substituto
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0124903/19

Vítima: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA

CPF: 072.842.864-40

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/04/2017

Titular do CPF: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GILDETE PEREIRA DA SILVA BERNARDO : 087.385.084-00

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

HENRIQUE EDUARDO FERREIRA : 072.842.864-40

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/04/2019
Nome: GILDETE PEREIRA DA SILVA BERNARDO
CPF: 087.385.084-00

GILDETE PEREIRA DA SILVA BERNARDO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/04/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA