
Rio de Janeiro, 24 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190716675

Vítima: GILBERTO FRANCISCO DA SILVA

Data do Acidente: 07/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDRE DA CRUZ GONCALVES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILBERTO FRANCISCO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190716675

Vítima: GILBERTO FRANCISCO DA SILVA

Data do Acidente: 07/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDRE DA CRUZ GONCALVES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILBERTO FRANCISCO DA SILVA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: GILBERTO FRANCISCO DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002008

Conta: 0000089947-0

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: 053.463.854-60 4 - Nome completo da vítima: Gilberto Francisco da Silva

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

5 - Nome completo: Gilberto Francisco da Silva 6 - CPF: 053.463.854-60
7 - Profissão: Gerente 8 - Endereço: Rua das Oliveiras 9 - Número: 30 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Alto paraíso 12 - Cidade: Buzinho 13 - Estado: 14 - CEP: 59219-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 99223 7551

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: 2008 CONTA: 89947-0

☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

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, 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 nascido(a) ou nascido(a)? ☐ 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, ULTA, 19 de novembro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 053.463.854-60 4 - Nome completo da vítima: Gilberto Francisco da Silva

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

5 - Nome completo: Gilberto Francisco da Silva 6 - CPF: 053.463.854-60
7 - Profissão: Gerente 8 - Endereço: Rua das Oliveiras 9 - Número: 30 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Alto paraíso 12 - Cidade: Buzinho 13 - Estado: 14 - CEP: 59219-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 99223 7551

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: 2008 CONTA: 89947-0

☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

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, 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 ☐ Viúva 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 (a 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, ULTA, 19 de novembro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

**POLÍCIA CIVIL**

1ª DRP – São Paulo do Potengi/RN

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL – MONTE ALEGRE/RN

Av. Alfredo Xavier, s/nº - Centro - CEP: 59.182-000 - fone: 3276-2884

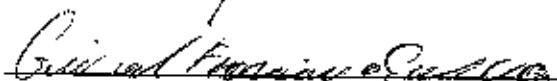
BOLETIM DE Ocorrência Nº 1377/2018 – DPMA.**Natureza da Ocorrência:** ACIDENTE DE VEÍCULO**Local:** Em Brejinho/RN.**Data e Hora do Fato:** Dia 07/07/2018 por volta da 20h.**Comunicante/Vítima:** GILBERTO FRANCISCO DA SILVA Sexo: M Est. Civil: Solteira.**Filiação:** FRANCISCO ROSA DA SILVA E ALZIRA MARIA XAVIER**Natural de:** Monte Alegre/RN**Nascido em:** 12/01/1986 **Idade:** 32 anos**RG:** 003.052.591 ITEP/RN **CPF:** 053.463.854-60**Endereço:** Rua das Oliveiras, 30 – Alto – Paraíso - Brejinho/RN.**Profissão:** Gesseiro **Telefone:** 84 9 9223-7551**ACUSADA:** A ESCLARECER**Endereço:** Conjunto Alegreto – Monte Alegre/RN**HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA:**

O Comunicante compareceu até esta Delegacia de Polícia para informar que na hora e data supracitada sofreu acidente de veículo; QUE o comunicante trafegava na pista que liga a cidade de Brejinho/RN a Santo Antônio/RN; QUE ao passar pelo Povoado Santa Maria – Brejinho/RN, Perdeu o controle do seu carro, o veículo VW/GOL MI, PLACA KJF 3299/PE, RENAVAM 00684394926; QUE o referido veículo era do comunicante, mas ainda não havia feito a transferência, estando o carro no nome de Bruno Ferreira de Sousa; QUE o comunicante perdeu o controle do veículo, foi para a contramão da via e colidiu com um caminhão; QUE no acidente, somente, a vítima se feriu; QUE a vítima foi atendida no Hospital Walfredo Gurgel, em Natal/RN, conforme consta na guia 34033/2018. Nada mais disse o comunicante.

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do comunicante.

Providências Adotadas: Registro do Boletim de Ocorrência. Dado ciência à autoridade policial.

Monte Alegre/RN, 22 de Outubro de 2018 às 14h20min


Comunicante


Josias de Assis Rocha
Mat.: 207.076-6



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 RN



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se faz necessário, que foi encontrado a ocorrência Nº **71662/1** referente ao paciente **GILBERTO FRANCISCO DA SILVA** 32 anos atendido pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN, no dia 07/07/2018 em Brejinho/RN. Conforme ficha anexa.

Natal, 26 de julho de 2018

Ubiratan Wagner de Sousa
Coordenador da Regulação Médica do SAMU 192 RN
MAT.210991-3

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 71662/1

Data: 07/07/2018

CHAMADO

TARM: BRENDA DE MEDEIROS MELO

Médico Regulação: ALYNE ALVES SOBRINHO

Rádio Operador: KLEBERSON PLATINY COUTO SILVA

Médico Cena: RICARDO LUIZ LARANJA KLAUSNER

Equipe Enfermagem: Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USA 04 (BÁSICA) (SANTO ANTÔNIO)

Equipe VTR: HUGO DA COSTA PEREIRA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
RENATO UMBELINO DA SILVA JUNIOR - TÉCNICO DE ENFERMAGEMREGULAÇÃO
MÉDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

QUEDA DA
LIGAÇÃOCONTATO COM EQUIPE
SAMU

TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: BREJINHO (NP)

Nome do Solicitante: DR JORGE CRM 9125

Telefone: (84) 99130-9340

Nome do Paciente:

(I) GILBERTO FRANCISCO DA SILVA

Idade: *

32 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

Endereço não informado

Referência/Complemento:

Motivo Transferência: INTERNAÇÃO

Unidade de Origem Transferência: HOSPITAL DE BREJINHO - HOSP MATERNID. MARIA DAS NEVES (NÃO PACTUADO)

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Observações Rádio Operador: PCTE AOS CUIDADOS DO DR HEITOR NO HCS.

Observações TARM: REGULADO COM DR HEITOR NO POLITRAUMA

Queixa Primária: FRATURA DE FEMUR À ESQUERDA

Quem Solicitou: Médico

Distância do paciente:

Local:

Histórico Regulação Médica:

07/07/2018 20:52:24 - Dr(a). ALYNE ALVES SOBRINHO

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE COM AUTOMÓVEL

REGULAÇÃO: PACIENTE VITIMA DE COLISÃO CARRO X CAMINHÃO ALCOOLIZADO. ESTAVA COM CINTO DE SEGURANÇA HEMATOMA EM TORAX ANTERIOR
FRATURA EXPOSTA DE FEMUR ESQUERDO ABDOME FLACIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA ECG 15, PUPILAS
ISOFOTORREAGENTES PA 120 X80 FC 86 SATO2 99% EM MV50% HGT 146 FR 20 REGULADO NO POLITRAUMA DO CLOVIS SARINHO COM DR HEITOR TEM
AMBULANCIA, MAS ESTÁ COM 2 GESTANTE EM TRABALHO DE PARTO E PROVAVELMENTE IRÁ PRECISAR REMOVÊ-LAS

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: Suíte

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO:

Apoio:

OBSERVAÇÕES

Data: 07/07/2018 20:58:19 Usuário: (TARM) BRENDA DE MEDEIROS MELO
Observação: CONFIRMADO A REGULAÇÃO COM DR HEITOR NO POLITRAUMA.Data: 07/07/2018 21:04:04 Usuário: (RADIO OPERADOR) GHUTEMBERG DIAS FERREIRA
Observação: Controle de frota: USB 04 AÇIONADA, EQUIPE JÁ NO QTH DO HOSPITAL DE BREJINHOData: 07/07/2018 23:45:30 Usuário: (RADIO OPERADOR) KLEBERSON PLATINY COUTO SILVA
Observação: Controle de frota: PCTE AOS CUIDADOS DO DR HEITOR NO HCS.

HISTÓRICO DO CHAMADO

Chamado:
07/07/2018
20:46:46Saída Local:
07/07/2018
21:38:27Regulação Médica:
07/07/2018
20:52:24Chegada Destino:
07/07/2018
22:31:00Solicitação VTR:
07/07/2018
21:03:42Liberação Destino:
07/07/2018
23:45:27Saída VTR:
07/07/2018
21:03:43Liberação VTR:
07/07/2018
23:45:28Chegada Local:
07/07/2018
21:03:44

Walter Ferreira da Silva



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 RN



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se faz necessário, que foi encontrado a ocorrência Nº **71662/1** referente ao paciente **GILBERTO FRANCISCO DA SILVA** 32 anos atendido pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN, no dia 07/07/2018 em Brejinho/RN. Conforme ficha anexa.

Natal, 26 de julho de 2018

Ubiratan Wagner de Sousa
Coordenador da Regulação Médica do SAMU 192 RN
MAT.210991-3

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 71662/1

Data: 07/07/2018

CHAMADO

TARM: BRENDA DE MEDEIROS MELO

Médico Regulação: ALYNE ALVES SOBRINHO

Rádio Operador: KLEBERSON PLATINY COUTO SILVA

Médico Cena: RICARDO LUIZ LARANJA KLAUSNER

Equipe Enfermagem: Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USA 04 (BÁSICA) (SANTO ANTÔNIO)

Equipe VTR: HUGO DA COSTA PEREIRA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
RENATO UMBELINO DA SILVA JUNIOR - TÉCNICO DE ENFERMAGEMREGULAÇÃO
MÉDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

QUEDA DA
LIGAÇÃOCONTATO COM EQUIPE
SAMU

TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: BREJINHO (NP)

Nome do Solicitante: DR JORGE CRM 9125

Telefone: (84) 99130-9340

Nome do Paciente:

(I) GILBERTO FRANCISCO DA SILVA

Idade: *

32 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

Endereço não informado

Referência/Complemento:

Motivo Transferência: INTERNAÇÃO

Unidade de Origem Transferência: HOSPITAL DE BREJINHO - HOSP MATERNID. MARIA DAS NEVES (NÃO PACTUADO)

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Observações Rádio Operador: PCTE AOS CUIDADOS DO DR HEITOR NO HCS.

Observações TARM: REGULADO COM DR HEITOR NO POLITRAUMA

Queixa Primária: FRATURA DE FEMUR À ESQUERDA

Quem Solicitou: Médico

Distância do paciente:

Local:

Histórico Regulação Médica:

07/07/2018 20:52:24 - Dr(a). ALYNE ALVES SOBRINHO

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE COM AUTOMÓVEL

REGULAÇÃO: PACIENTE VITIMA DE COLISÃO CARRO X CAMINHÃO ALCOOLIZADO. ESTAVA COM CINTO DE SEGURANÇA HEMATOMA EM TORAX ANTERIOR
FRATURA EXPOSTA DE FEMUR ESQUERDO ABDOME FLACIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA ECG 15, PUPILAS
ISOFOTORREAGENTES PA 120 X80 FC 86 SATO2 99% EM MV50% HGT 146 FR 20 REGULADO NO POLITRAUMA DO CLOVIS SARINHO COM DR HEITOR TEM
AMBULANCIA, MAS ESTÁ COM 2 GESTANTE EM TRABALHO DE PARTO E PROVAVELMENTE IRÁ PRECISAR REMOVÊ-LAS

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: Suíte

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO:

Apoio:

OBSERVAÇÕES

Data: 07/07/2018 20:58:19 Usuário: (TARM) BRENDA DE MEDEIROS MELO
Observação: CONFIRMADO A REGULAÇÃO COM DR HEITOR NO POLITRAUMA.Data: 07/07/2018 21:04:04 Usuário: (RADIO OPERADOR) GHUTEMBERG DIAS FERREIRA
Observação: Controle de frota: USB 04 AÇIONADA, EQUIPE JÁ NO QTH DO HOSPITAL DE BREJINHOData: 07/07/2018 23:45:30 Usuário: (RADIO OPERADOR) KLEBERSON PLATINY COUTO SILVA
Observação: Controle de frota: PCTE AOS CUIDADOS DO DR HEITOR NO HCS.

HISTÓRICO DO CHAMADO

Chamado:
07/07/2018
20:46:46Saída Local:
07/07/2018
21:38:27Regulação Médica:
07/07/2018
20:52:24Chegada Destino:
07/07/2018
22:31:00Solicitação VTR:
07/07/2018
21:03:42Liberação Destino:
07/07/2018
23:45:27Saída VTR:
07/07/2018
21:03:43Liberação VTR:
07/07/2018
23:45:28Chegada Local:
07/07/2018
21:03:44

Walter Ferreira da Silva

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: 06/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILBERTO FRANCISCO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02008

CONTA: 000000089947-0

Nr. da Autenticação 4501594D41D21339



SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE BREJINHO

Rua Pres. Castelo Branco, 207 - Centro - Brejinho / RN

FONE - (84) 3283-2724

CGC - 08.483.216/0001-67

0001553-4 - DANIELA RODRIGUES DA SILVA

RUA DAS OLIVEIRAS, 30 3291

LOT. ALTO PARAÍSO - 00.00.11.0000003291

BREJINHO - RIO GRANDE DO NORTE

Cap. 59219-000

00.00.11.0000003291

A-2.446

Cuidar da Água é responsabilidade de Todos!
SAAE - Sua Vida Bem Tratada!

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www7.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/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 ANDRÉ DA CRUZ GONÇALVES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 066.640.874.06 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

GILBERTO FERREIRO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.463.854.60

do sinistro de DPVAT cobertura FATALIDADE da vítima GILBERTO FERREIRO DA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.463.854.60, 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>FAZENDA NOVA</u>	Número: <u>2</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>CRUZ DAS ALMAS</u>	Cidade: <u>NATAL</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: _____	CEP: <u>59070-390</u>	Tel. (DDD) <u>(84) 9.8778-0612</u>

Local e Data: NATAL 02. NOVEL 2019

André da Cruz Gonçalves
Assinatura do Declarante



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 34033 /2018

Admissão: 07/07/2018 22:45:30

CIRURGIA GERAL AMARELO

Paciente: 82583 - GILBERTO FRANCISCO DA SILVA (32 a 5 m 26 d)

Nascimento: 12/01/1986

Natural: MONTE ALEGRE, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 708702137120090

CPF: 05346385460

Prof:

Mãe: ALZIRA MARIA XAVIER

Pai:

Logradouro: DAS OLIVEIRAS, 30

CEP: 59219000

Bairro: ALTO PARAIZO

Cidade: BREJINHO

Telefone: 84.992237551

Compl:

Motivo: CARRO X CAMINHÃO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU RN

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 07/07/2018 22:38:28

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RT
22:40	120/80		99		20	76		15	

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISAO CARRO CAMINHAO/ FRATURA DE FEMUR E

Hora:

Sintoma relatado: dor no local da lesão e os membros inferiores da esquerda e direita. Não há perda de consciência e não há vômito.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A Vítima apresenta sinais de trauma físico, lesão de membros inferiores da esquerda e direita.

B Ausculta cardíaca normal.

C Ausculta pulmonar normal.

D Exame de abdome normal.

E Exame de membros superiores normal.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Vitais estáveis

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Trauma

Femur

ExP

Femur

77218
Arquivo

1. 32 anos, vítima de colisão entre
automóveis - não é vítima nem parte da cons-
tituição, porém em consideração - viajar a fazer
a matrícula.

0. Acute. EEG = 15, papilledema, multiple enlarged CSF spaces, moderate hydrocephalus, periventricular indolence.

the column CPT/L.

COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM).....

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

hematoma no antebraço direito

lesão na pele do antebraço direito

OUTROS

lesão na pele do antebraço direito

Op. Acta. pila nr 2. com. p. 10. 10. 10.

Original box 4.70

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

Dr. Luana Lopes
Médica
CEMIRN 8971

- 12/10/1976
- 12/10/1976

Dr. Cassius L. S. Smith Jr.
Secretary, Washington
Chas. H. Smith 225-1276

Assinatura e Carimbo do Responsável

PLANTONTO DA ESCOLA A. DE COMA GLASGOW	
Alunos da Escola (AO)	4
Oficinas de leitura espontânea/individual	
Oficinas de leitura ao professor verbal (não incluindo com o professor de sala pequena individual, se aplicável ao mesmo A, se não for)	3
Oficinas de leitura por estímulo coletivo	2
Oficinas não de leitura	1
Outros recursos verbais (ORC)	
Oficinas (Requisitos correspondentes a necessidades de aprendizagem e de ensino, não incluindo o ensino de língua, de matemática e de outras áreas)	3
Cartões/Requisitos de aprendizagem correspondentes, mas não de leitura de texto e de texto	4
Cartões/Requisitos de aprendizagem correspondentes, mas não de leitura de texto e de texto	2
Palavras impressas (Palavras impressas, mas não de texto de aprendizagem)	2
Soma total (Requisitos correspondentes a necessidades de aprendizagem)	1
Acrescentar	
Outros recursos verbais (ORC)	
Oficinas de leitura verbal (não incluindo o ensino de língua e de matemática)	3
Oficinas de leitura coletiva	3
Leitura espontânea individual	4
Palavras impressas de texto	3
Palavras de texto (Decorativas)	3
Palavras impressas de texto (Decorativas)	3
Soma total (Requisitos correspondentes a necessidades de aprendizagem)	1
Soma total (Requisitos correspondentes a necessidades de aprendizagem)	
Total	

ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS		
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO	
ESCALA DE COMA DE GLASSOW	13-15	= 3
	9-12	= 2
	6-8	= 1
	4-5	= 0
FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20	= 4
	21-30	= 3
	31-40	= 2
	41-50	= 1
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90	= 0
	91-100	= 1
	101-120	= 2
	121-160	= 3

*Credit to Thomas Flanagan (1935): Born in the
of petroleum from petroleum of Thomas Flanagan.
Reference: Adapted from the Thomas H. Flanagan
W. L. Rogers, et al. A history of the Thomas H. Flanagan
A. Thomas (1935) 274, 1935.

CLASSIFICAÇÃO DO YCE
(ATUAL 2008)

21 - 33 graus de liberdade de
movimento
ou 33 graus de liberdade
de movimento

* Reference: THOMAS G. JENNET, B.
 Assistant of cons and imports
 consular agent. A political agent. Lenoir
 1874.2:11-54

* A escola apresenta, entre as atividades curriculares e que possibilitam aos alunos aprenderem a viver, os seguintes conteúdos: **Socialização** - as crianças que ingressam na primeira série de ensino da escola devem ser capazes de estabelecer relações com os outros, de modo a desenvolver a capacidade de trabalhar em grupo, de respeitar as regras e de assumir responsabilidades.

SEM BOR	LEVE	Moderado	Intenso
0	1	2	3

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALERGIAS) ALERGIA, DERMATITE, PRURITOM(MEDICAÇÃO EM USO) INSULINAP(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) NENHUMAL(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS) ALCOOLADOA(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA) VIA PÚBLICA

V(PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

RX TÓRAX AP CORNÉIA
 RX FEMOR AP. JOELHO D
 R X RÍMBULO E AP. COXÓLEO

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OPR
 HENRIQUE de Andrade
 CIRURGIAS GERAIS
 CRM-RN-8255 OUTROS

CONDIÇÃO PRIMÁRIA(MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Roxo de Tórax AP: sem evidênciado de Hemo / PNDX. sem Freq

Jura de coágulo.

CO: 1) alta da cirurgia geral

DR. MARCELO C. G. G.
 CRM-RN-8255

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

C. M. F.

HORA: 22:00

DATA: 07/07/18

ESPECIALISTA 2

M. V. L. C. G. G.

HORA: 22:00

DATA: 07/07/18

ESPECIALISTA 3

C. M. F.

HORA: 02:40

DATA: 08/07/2018

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

HORA

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

OBITO: DATA / / HORA

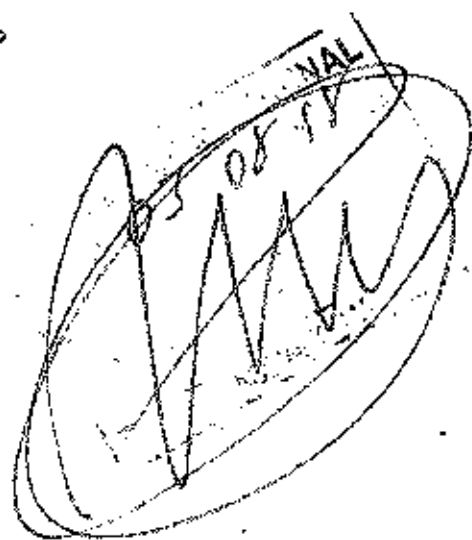
ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP

General Notes

- ① AC - 80 lane
- ② FR - 20 lane
- ③ PA 100 x 40 mm
- ④ HGT - 146 bay full
- ⑤ Equipment by
capitol - 38
- ⑥ ST - 96%
air ambient

CO - 840.9% 500 mt.
to power duration
2. access record
calibrosos.
PL 500 mt av.
photo to driver.
found a bed
O2 mt 50% 81 mm

R





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE BREJO SANTO/RN
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Guilherme Aguiar de Azevedo

RECEITUÁRIO MÉDICO

fol.

Camminubene

120 HCLC

Acidente de trânsito

10 Polietileno 130g

100g

Fratura de fêmur

esquerda

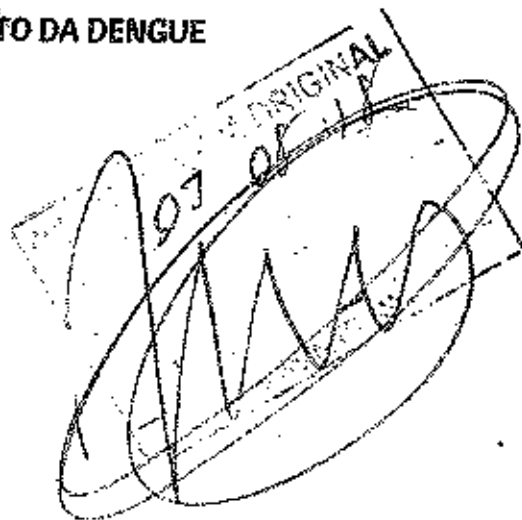
10 Kelling para

exame de

fêmur

21/12/2019

VAMOS COMBATER O MOSQUITO DA DENGUE





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: _____ UTE: _____ Leito: _____
Data de admissão: 04 / 07 / 2018 Alta: _____
Nome: Guilherme Francisco da Silva Naturalidade: Monte Alegre
Idade: 32a Sexo: (X) Masculino () Feminino Data de Nascimento: 12 / 01 / 1986
RG: 003.052.591 Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: Ens. Fund. 3ª
Filiação: Pai: Vinícius Pereira da Silva
Mãe: Alcino Maria Xavier
Endereço: Rua dos Olhos, 30 - Alto Pousado Cidade: Brejo Santo
Telefone: 99223.7551 () Residencial () Trabalho () Reca
Contato: _____ Outros telefones: 99199.5740
Composição familiar: 04
Outras informações: Faz uso de (X) Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Gerente Trabalho c/ vínculo empregatício (X) 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 (X) Trazido pelo SAMU
() Socorrido em via pública () Outros meios _____
() Encaminhado: Hospital de origem: _____

Crterios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo? _____
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: Daniela Rodrigues da Silva
Parentesco: Extrangeria Telefone: 99223.7551
Endereço do Responsável: _____

Evolução

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

08.07.2018 - Paciente vítima de lesões múltiplas e graves com fratura de M.E. em articulação da articulação. Solicitado acompanhamento de enfermeiros e acolhimento.

Saída

Óbito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs.
Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____
Orientações/Encaminhamentos: _____

Nota: O presente, no âmbito hospitalar, destina-se à anamnese e à avaliação de emergência clínica, cirúrgica, aguda de doenças infecciosas, de doenças crônicas, de doenças mentais, de doenças do sistema circulatório e de doenças do sistema respiratório e contribui para o diagnóstico e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

**BOLETIM
OPERATÓRIO****IDENTIFICAÇÃO**Nome: GILBERTO F. DA SILVA Reg. NºDiagnóstico pré-operatório: Fra. 1 SARTEA F. DA SILVAIndicação terapêutica: FRA. 1 ELIMINAR Urgência () Eletiva ()COMO 1ª + 2ª**INTERVENÇÃO**

Data: Início: Término: Duração:

Operador: NARCISO W. Brandão CRM/CRO:

1º Auxiliar: CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista: CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

ASSINELA A INDESSA
ANILINDA IREISAO
LALINEM STACELA FOL FOL
ESILIGOR F. SABAO FOL
DESSINDAIBE ELIGOR
ELTUNA RAO PLANO
IMAEU FOLIGOR
ELINTAO

Walfredo M. Brandão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3642

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

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

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

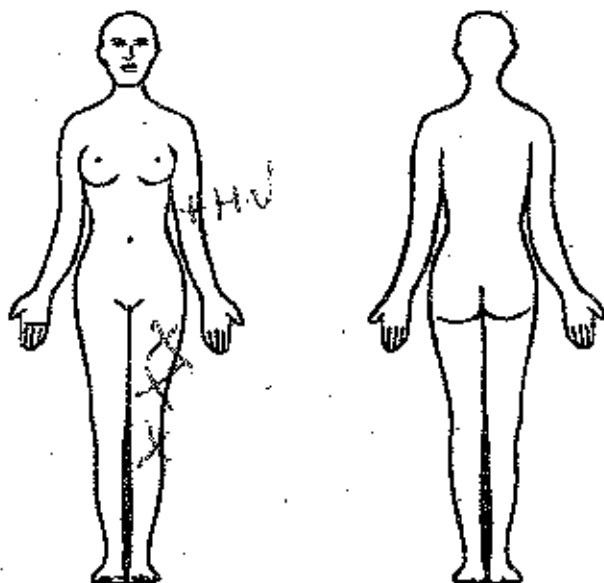


GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Barreto
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Galvão Francisco da Silva
DATA DE NASCIMENTO: 12/10/1986 IDADE: 32 anos
REGISTRO: 1173206 - EM 6722/2018
DATA DE ADMISSÃO: 08/10/2018 HORA: 08:00
ADMISSÃO DO PACIENTE:
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Onitapédio
HIDRATAÇÃO: SIM (☒) NÃO () VIA: PERIFÉRICO: (☒) ACESSO CENTRAL: ()
NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE (☒) ORIENTADO (☒) VIGIL () AGITADO ()
INCONSCIENTE: ()
ESTADO GERAL: BOM () REGULAR (☒) GRAVE ()
SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE (☒) M.V. () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()
ALÉRGICO: SIM (☒) NÃO () 100% Penicilina HIPERTENSO: SIM () NÃO (☒)
DIABÉTICO: SIM () NÃO (☒) ASMÁTICO: SIM () NÃO (☒)
DOENÇA RENAL: SIM () NÃO (☒) OUTRAS PATOLOGIAS: _____
MEDICAÇÕES EM USO: _____
CIRURGIAS ANTERIORES: _____
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO ()
OBSERVAÇÃO: _____

ÁREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____
ÁREA DE FUNÇÃO: _____ HORA: _____
OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, FUNÇÃO E TRICOTOMIA



INSTRUMENTADO: Bandes JALECO N°: _____ ACESSO CENTRAL: _____
CIRCULANTE: Dona Claudete
TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUI (☒) PERIDUAL () B.P.B. () LOCAL ()
OBS: _____
ANESTESISTA: Dr. Victor Dantas
INÍCIO DE ANESTESIA: 08:10
TÉRMINO DE ANESTESIA: _____
ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: Cefazolina 2g
HORA: 08:30

INICIO DE CIRURGIA: 08:25

CIRURGIÃO: Dr. Macedo

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

TIPO DE CIRURGIA: IVT Exatidão de perfuração esquerda da femur + limpeza
+ excisão transcutânea em punha esquerda

TÉRMINO DE CIRURGIA: 09:20

SONDAGEM VESICAL: SIM (x) NÃO ()

Já em uso

Nº DA SONDA:

SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (x)

Nº DA SONDA:

EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (x)

RX:

SIM ()

NÃO (x)

RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO (x)

TIPO:

RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO (x)

TIPO:

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO (x)

FEITO FICHA: SIM ()

NÃO (x)

MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO (x)

ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO: SIM ()

NÃO (x)

FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM ()

NÃO (x)

DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO (x)

COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM (x) NÃO ()

QUANTIDADE: 20

GAZES CONFERIDAS: SIM (x) NÃO ()

QUANTIDADE: 100

CAIXA CIRÚRGICA: Box

COMPLETA: SIM (x) NÃO ()

OBS:

ÓBITO: SIM ()

NÃO (x)

HORA:

REALIZADO RCP: SIM ()

NÃO (x)

RESPONSÁVEL PELA RCP:

PACIENTE ENCAMINHADO:

CRO (x)

UTI ()

ALTA ()

EM AR AMBIENTE: SIM (x)

NÃO ()

TRAQUEOSTOMIZADO: SIM ()

NÃO ()

ENTUBADO: SIM ()

NÃO ()

PREENCHIDO AIH: SIM (x)

NÃO ()

FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM (x)

NÃO ()

FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM (x)

NÃO ()

OBSERVAÇÕES: 08:00 Paciente admitida na SO para submeter-se a um procedimento cirúrgico aos cuidados da Intensiva. Monitorizada com oxímetro de pulso, SAT e pressão arterial. Discrepância analgésica com intercorrências.

08:30 deca de anestesia com 10mg, endovenosa 3mg e 10mg 2ml IV pelo anestesiologista.

10:10 Paciente encaminhada ao exo, com sat e pressão H.V. 50/40 com diurese presente, com traço em punha esquerda. 10:14 3x 6ml em ml de

EC: 94

SpO2 100

Assinatura do (a) Enfermeiro(a)

Diana Medeiros

Assinatura do Cirurgião

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

CONFERE COM ORIGINAL
DATA: 08/01/12
ASSINATURA
Assinatura do Instrumentado

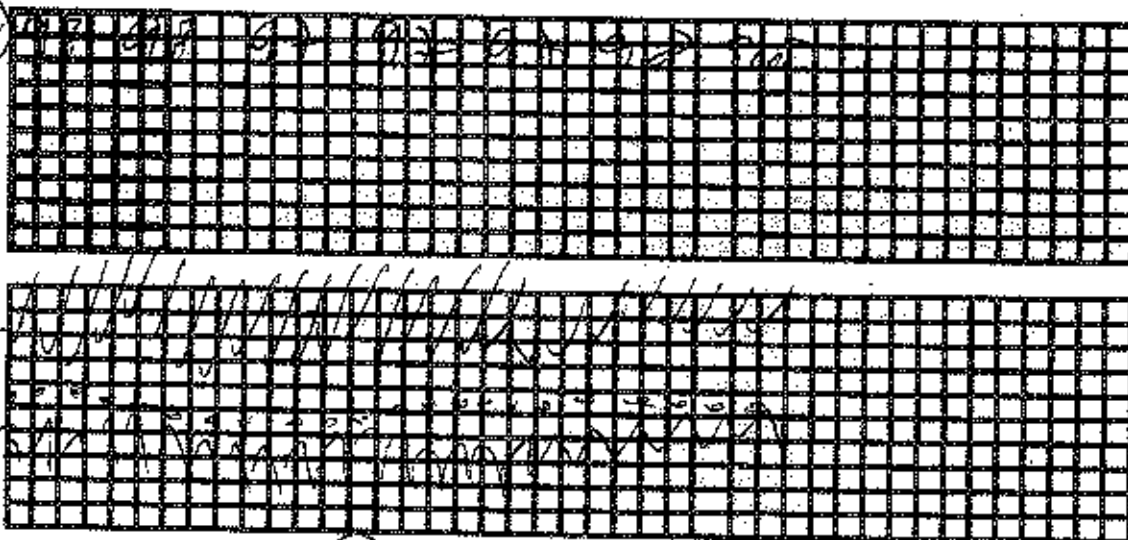


GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Luizberto Francisco da Silva ASA: 1E
Idade: 32 anos Sexo: Masculino Registro: _____
Diagnóstico: Fratura exposta fêmur esquerda Data: 08/07/18
Cirurgia Realizada: Limpesca + fixação
Cirurgião: Marcelo M. Brancato Auxiliar: _____
Anestesiologista: Vitor Santos F. Lopes Enfermagem: _____
História Clínica Admissional: Alergia a Venetran. Sltu msc. púria

Técnica Anestésica: Sedação, anestesia clorox. cloralfia, rocuri 4-24
paracetamol com paracetol 25 mg/ml em solução cristalina



Início: X 08:10 008:25 Término: 0 09:20 X 09:30

Anestésicos Utilizados:

1. Fentanyl 100 mcg
2. Propofol 1% 100 mg
3. Midazolam 2 mg
4. Rocuronio 40 mg
5. Paracetamol 25 mg
6. Paracetamol 25 mg
7. Paracetamol 25 mg
8. Paracetamol 25 mg
9. Paracetamol 25 mg
10. Paracetamol 25 mg
11. Paracetamol 25 mg
12. Paracetamol 25 mg
13. Paracetamol 25 mg

2. VSF 500 ml
4. _____
6. _____
8. _____
10. _____
12. _____
14. _____

Encaminhamento: _____

Assinatura do Anestesiologista - CRM

Vitor Santos F. Lopes
Anestesiologista
CRM 10.24
CRM 10.24

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

N° FIA: 6722 /2018

Prontuário: 1173206

Paciente: 82583 - GILBERTO FRANCISCO DA SILVA

Cartão SUS:708702137120090

CPF: 05346385460

Dt Nasc: 12/01/1986

Idade: 32 anos 5 meses 27 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: ALZIRA MARIA XAVIER

Nome do pat:

Rua/Av: DAS OLIVEIRAS

Complemento:

CEP: 59219000

Nº:30

Bairro: ALTO PARAIZO

Telephone: 84 992237551 84 992237551

Cidade: BREJINHO

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1028

Responsável: GILBERTO FRANCISCO DA SILVA -

Usuário: GLAUBER STEVEN RAMOS DE MEDEIROS

Admissão: 08/07/2018 04:13:22

Alta

Obituary

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S72.3 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

NATAL, 08 de Julho de 2018.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

EXT. 03 3 463 0046

tel - 49223.7557 SW 708 7021 3712 0090

ORT



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

Mãe: Alzira Maria Xavier

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 44

NOME: Gilberto Francisco de S. Pa

IDADE: 12.01.1986 COR: SEXO: M ESTADO CIVIL: Solteiro

NATURALIDADE: Monte Alegre PROFISSÃO: Gessário PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO: Rua das Oliveiras 30 BAIRRO: Alto Paroíço

CIDADE: Brejinho DATA: 15.07.2018 HORA: 10:11

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐
C/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ 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	T.A.
-------	------------	-------	------

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA):

Acidente automobilístico ~~em~~ no Bde
em movimento do HW6 com fratura
do fêmur @

EXAME FÍSICO

Com TTE
Boa Refusão

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Frat. fêmur

1986/1



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515188

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

GILBERTO FRANCISCO DA SILVA

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

161584

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

708 7021 3712 0000

8- DATA DE NASCIMENTO

12/04/1986

9- SEXO

MASCULINO

10- RAÇA/COR

PARDA

11- NOME DA MÃE

ALZIRA MARIA XAVIER

12- TELEFONE DE CONTATO

992237551

13- NOME DO RESPONSÁVEL

O MESMO

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

LOT ALTO PARAISO

16- MUNICÍPIO

BREJINHO

17- BARRIO

ZONA RURAL

18- UF

RN

19- CEP

59219000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Acidente automobilístico apresentando
fratura da perna da esquerda*

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de cirurgia

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

Rx

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ortopedia da perna da esquerda

Dr. Judson V. Azevedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 6892
R00144819

28- CLÍNICA

29- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30- DOCUMENTO

31- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

32- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33- DATA DA SOLICITAÇÃO

34- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

35- () AC. TRÂNSITO

36- CHIP DA SEGURADORA

37- Nº DO BILHETE

38- SERIE

39- () AC. TRABALHO TIPO

40- CNPJ DA EMPRESA

41- CNIE DA EMPRESA

42- CBOR

43- () AC. TRABALHO TRAJETO

44- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

Autorização

45- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46- COD. ORGÃO EMISSOR

47- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



1986081



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA
ORTOPEDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO	
		161554	
DATA	HORA	CATEGORIA	GH
15/07/2018	11:42		
PACIENTE			DATA DE NASCIMENTO
GILBERTO FRANCISCO DA SILVA			12/014/1986
ESTADO CIVIL	PROFISSÃO		
SOLTEIRO	GESSEIRO		
ENDEREÇO (RUA, Nº)			
LOT ALTO PARAISO			
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF	CEP
BREJINHO	ZONA RURAL	RN	59219000
LOCAL DE TRABALHO	TELEFONE		
FILIAÇÃO	FRANCISCO ROSA DA SILVA		
ALZIRA MARIA XAVIER			
RESPONSÁVEL	TELEFONE		
O MESMO	992237551		
ENDEREÇO			
O MESMO			
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO			
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO			

DATA DE ADMISSÃO

ALTA

ÓBITO

HISTÓRIA CLÍNICA

Acidente Automobilístico
apresentando fratura da
diáfise da Fêmur (D)

CONFERE COPIA ORIGINAL
19/07/2018

EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

☐ HEMATOLOGIA	☐ NEUROLOGIA	☐ NEFROLOGIA	☐ CIR. VASCULAR	☐ ENDOSCOPIA
☐ CLÍNICA MÉDICA	☐ CIRURGIA GERAL	☐ ORTOPEDIA	☐ BUCO-FACIAL	☐ UROLOGIA
☐ NEUROCIRURGIA	☐ OTORRINO	☐ OFTALMOLOGIA	☐ C. PLÁSTICA	☐

CONDUTA

① Rx X fluor (F&P)
 ② Traçar myelograma

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

☐ FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	☒ INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>Ortopedi</i>	☐ REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR _____ DATA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____	DECISÃO MÉDICA ☐ HORA _____ HORA _____	A REVELIA ☐
ENTREGUE _____ A FAMÍLIA ☐	S.V.O. ☐	I.T.E.P. ☐
Pedro Ferreira de Melo Filho Ortopedista - CRM 2368 RGO 1327 MÉDICO (Carimbo)		CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)

6722



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 AI

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE GILBERTO FRANCISCO DA SILVA	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE GILBERTO FRANCISCO DA SILVA	6 - Nº DO PROTOCOLO
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS 708402137120090	8 - DATA DE NASCIMENTO 12-01-1986
9 - SEXO 32	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL ALZIRIO MORIA XAVIER
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº) AV DAS OLIVEIRAS Nº 30	12 - TELEFONE DE CONTATO 992237551
13 - MUNICÍPIO BREJINHO	14 - BAIRRO ALTO PARAISO
15 - UF RN	16 - CEP 59219000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS VITIMADO DE AT. DE FURTO DEFUNDADA ALARMON + SORZAMENTO
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO O QUARTO ELIAR

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRA FOM	21 - CID INICIAL T1	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
-------------------------------------	------------------------	---------------------	------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO EXERCÍCIO	25 - LEITO / CLÍNICA	26 - CARATER DA INTERNAÇÃO	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Marconi S. de Instituto e Treinamento CRM 3640
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	29 - DT SOLICITAÇÃO	30 - CNS / 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 BICHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO		DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
41 - CID PRINCIPAL		43 - ()	44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA
42 - CID SECUNDÁRIO			

AUTORIZAÇÃO

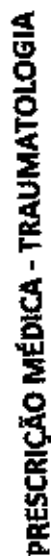
46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	47 - DT AUTORIZ.	48 - CNS / CPF	49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	51 - DT AUTORIZ.	52 -	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AHI)			55 -

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, crônicas, agravadas de causas externas, em casos de trauma, de acordo com as evidências científicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde a luz dos valores éticos e humanitários.

Servico de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermaria		Leito	Nº prontuário	
Nome: Gilberto Francisco da Silva				Idade: 32a	Sexo: M	Cor:
Data: 18/07/88	Pressão arterial: 110x80	Pulso: 120bpm	Respiração:	Temperatura:	Peso: ~100 Kg	Outros:
Tipo sanguíneo:	Hemácia	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Urela	
	Urina:					
Ap. respiratório: NDN				Asma: Nega		Bronquite:
Ap. circulatório: NDN				Eletrocardiograma:		
Ap. digestivo: Jejum pré-op > 8hs		Dentes:	Pescoço:	Ap. urinário:		
Estado geral:		Alergias:	Corticóides:	Alergia: Didojenaco		Hipotensores:
Diagnóstico pré-operatório: frnt. de fêmea (E)				Estado físico:		Risco:
Anestésicos anteriores: Raquin						
Medicação pré-anestésica:			Aplicada às:	Efeito:		

[illegible]



ORTOPEDIA I

LETO 11

PACIENTE: GILBERTO FRANCISCO DA SILVA

DATA: 20.07.18

1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA 40 GT, VO, 6/6H	
3	TRAMAL 50 MG -- 01 COMP. VO, 8/8H	
4	CLEXANE 40 MG, SC, 1X/DIA	
5	SSVV CCGG	
6	Retirar Solu ^{re}	
7		
8	anest ^{ico}	
9		
10		

EVOLUÇÃO:

23rd Oct Sat

anta lway for an

DR. RALPH A. FREIRE
COUNSELLOR & INVESTIGATOR
708.588.1877



HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

() Hemocentrado Unid. () Plasma Unid. () Plaquetas Unid.
() Albumina Unid. () Expansor plasmático Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

h: _____ h: _____ h: _____
h: _____ h: _____ h: _____
h: _____ h: _____ h: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Fisiológico: _____ ml () Soro Ringer Simples: _____ ml Quantidade total de volume
() Soro Glicosado: _____ ml () Soro Ringer Lactato: 500 ml administrado: _____

ANATOMO PATOLÓGICO

() Não () Sim Peça _____ Peça para sepultamento: () Não () Sim
Swab para cultura: _____ Líquido: _____

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: () limpo () c/ exsudato () Contaminada () Aparelho gestado () Bandagens () Talas () Outros:

INTERCORRÊNCIAS: Placenta aderida ao SO para se intermitir
a 1h de cirurgia por fratura de fêmur em MTS, colocada
placa de 10 furos + parafusos, recente monitorização
SVV normal, sem intercorrências, procedimentos
realizados com sucesso, segue sob CRO, aos
curativos da enfermagem Ass: [assinatura] Coren: 31142

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: () Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Ox ambiente Curativo () Oclusivo () Compressivo () Bolsa de
colostomia () Outro: _____
Diurese: () Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: _____

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO

Hora: 17:45 Data: 18/07/18 Nível de consciência: () Acordado () Sonolento () Narcose () Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Cateter O₂ () Ox Ambiente
Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não () Sim Tipo: AVP Local: MS DE Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sução () Torácico () Penrose () Kehr Ostomias: () Sim () Não Especifique: _____
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno insuficiente () Coágulos
Curativo: () Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo Monitorização: () ECG () Oxímetro () PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexigoma () Alteração PA () Alteração FC
Relate: _____

SINAIS VITAIS

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	—	94	—	—	94	—
30'	—	—	—	—	—	—
60'	—	—	—	—	—	—
Alta	—	96	—	—	—	—

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: _____ ml
Soro Fisiológico: _____ ml
Ringer: _____ ml
Irrigação vesical contínua: _____ ml

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

Recebido da SO	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação
Desprezado URPA				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

70% de cultura de fêmur; na
18:50 extubado P/SV, valores
normais Ass: [assinatura] Coren: 16220



Hospital

Nome do paciente **GILBERTO FRANCISCO DA SILVA**

Nº prontuário

18/07/2018

Data operação

DR. EDIMAR

Enf.

DR. URAI

Leito

Operador

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesiologista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

FRATURA FÊMUR ESQUERDO.

Tipo de operação

REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE RÍGIDA

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

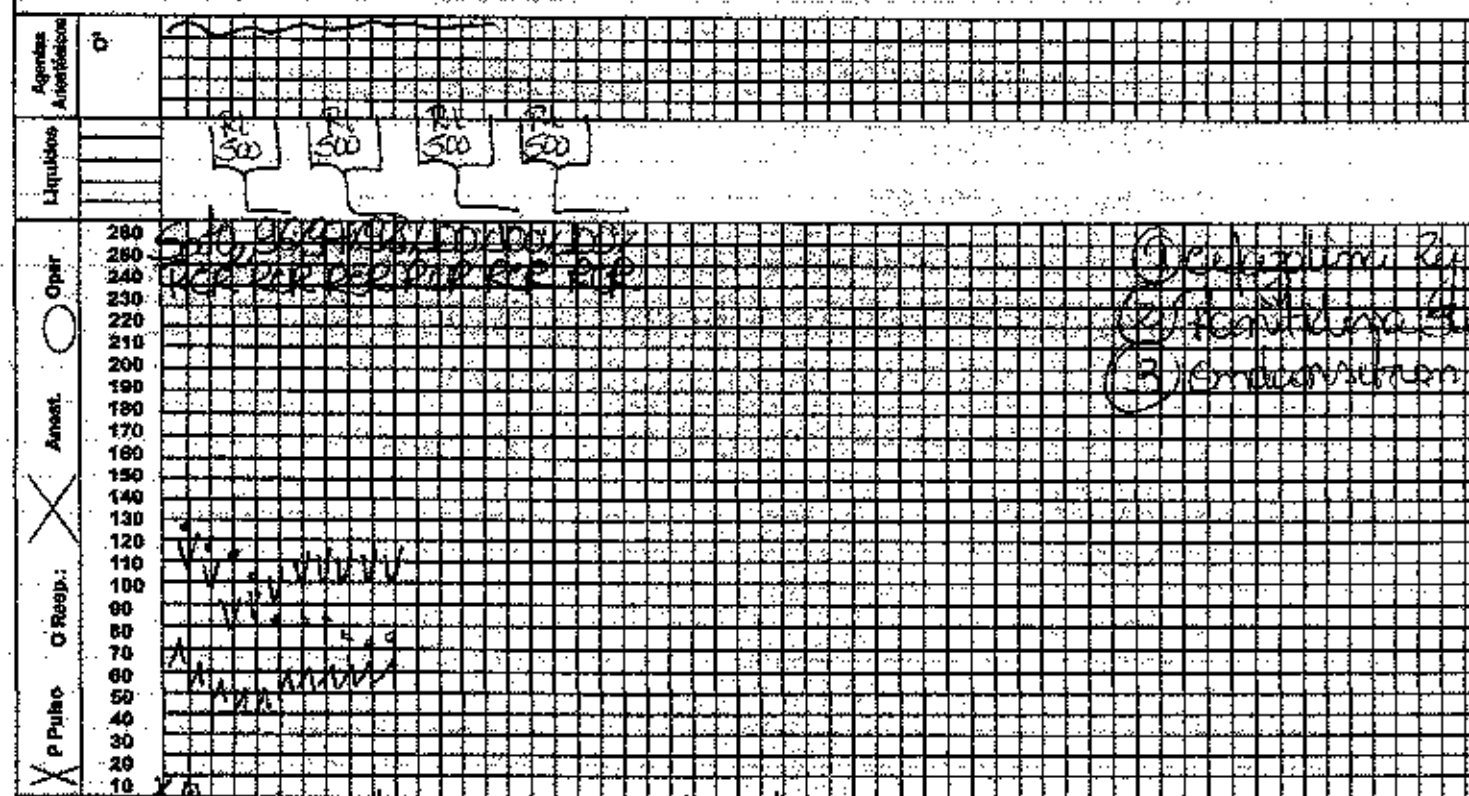
Via de acesso **1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA** Aspecto - vísceras**2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA.****3. CAMPOS ESTÉREIS.****4. ACESSO LATERAL LONGITUDINAL DE COXA ESQUERDA,
REALIZADO REDUÇÃO CRUENTA E FIXAÇÃO COM PLACA
DCP DE 12 FUROS E PARAFUSOS CORTICAIS.****5. LAVAGEM COM SF 0,9% E SUTURA POR PLANOS.****6. CURATIVO.****7. CRO.****8. RX.**

CONFERE COM ORIGINAL

18 JUL 2018

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital				Enfermaria		Leito		Nº prontuário	
Nome: <u>Gilberto Francisco da Silva</u>				Idade: <u>32a</u>		Sexo: <u>M</u>		Cor:	
Data: <u>18/07/88</u>	Pressão arterial: <u>110x80</u>	Pulso: <u>120 bpm</u>	Respiração:		Temperatura:		Peso: <u>~100 Kg</u>	Outros:	
Tipo sanguíneo:	Hermetias:	Hemoglobina:	Hematócrito:		Glicemia:		Urela:		
	Urina:								
Ap. respiratório: <u>NDN</u>						Asma: <u>Nega</u>		Bronquite:	
Ap. circulatório: <u>NDN</u>						Eletrocardiograma:			
Ap. digestivo: <u>Jejum pré-op > 8hs</u>				Dentes:		Pescoco:		Ap. urinário:	
Estado mental:				Ataxia:		Gorduras:		Alergia: <u>Diclofenaco</u>	
Diagnóstico pré-operatório: <u>frat. distal de fêmur (E)</u>						Estado físico:		Risco:	
Anestésicos anteriores: <u>Raqui</u>									
Medicação pré-anestésica:						Aplicada às:		Efeito:	



SÍMBOLOS	Raque entre L4/L5 e/ou agulha tipo Tuohy n° 27G, LCR fixado	
ANOTAÇÕES		
POSIÇÃO	DDH	
Agentes	Bupiv. 0,5% P-20mg + Dimorf. 0,1mg + Clonidina 60μg	
Técnica	Raqui-anestesia	
Operação	Int. cirúrgico de fr. de fêmur	
Cirurgião	Dr. Edimar + Dr. Ueno	
Anestesiologista	Dr. Sidney	
Observações	Francisco Sidney L. Lopes Anestesiologista	
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias		
Perda sanguínea		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Gilberto Francisco da Silva Idade: 32 DN: 12/04/1986
Pront: 161564 Município: Brasília Procedência: ☒ Interno () Externo
Data da cirurgia: 18/07/18 Hora Admissão: 14:00 Sala: 14 Hora Salda: 15:00 Peso: 70
Alergias: () Não (X) Sim Volante Comorbidades: () HAS () DM () Outras Nenhuma
Uso de medicações: () Não (X) Sim Insulina Jejum: () Não (X) Sim
SSW Admissão: PA: 120/80 mmHg Pulso: 70 bpm FL: 100 rpm FC: 70 bpm SpO2: 98 % T: 36 °C

Enfermeiro(a): Lidiane Instrumentador(a): M. Rita Circulante: Daniela
Cirurgia: 11 Cirurgias por fratura de fêmur (E) Ortopedia Especialidade: Ortopedia Sala: 14
Hora Início: 14:00 Hora Término: 15:00 Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: J. Thau Aux: J. Edson Residente:

Anestesia: () Local (X) Sedação () Geral TOT: () Bloqueio (X) Raquidiana Ag.nº () Peridural () Cateter () Cateter
Ag.nº Cateter nº Início: 14:00 Garrote: () Smarch () Pneumático Início: Término:
Anestesiologista: J. Sudriy

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
☒ Consciente	☒ Normocorada	☒ Normotensão	☒ Jaleco	☒ ECG
☒ Letárgico	☒ Hipocorada	☒ Hipotensão	☒ Acesso V. Central	☒ Oximetria
☒ Coma	☒ Cianótica	☒ Hipertensão	☒ Cat. Diálise	☒ Capnógrafo
☒ Orientado	☒ Ictérica	☒ Hipertensão	☒ Fístula	☒ PA
☒ Desorientado	☒ Desidratada	☒ Normocárdico	☒ Arteriovenosa	☒ Estímulo Nervo
☒ Sedado	☒ Integra	☒ Bradicardia	☒ SNG	☒ Diprifusor
☒ Ansioso	☒ C/lesões	☒ Taquicardia	☒ SVD	☒ BIC
☒ Deambula	☒ Sudorese	☒ Choque	☒ Colostomia	☒ Desfibrilador
☒ V dificuldade	☒ Cicatriz cirúrgica	☒ Normoesfígmico	☒ Cistostomia	
☒ Acamado	☒ Higiene Satisfatória	☒ Eupnéia	☒ Dreno	
☒ Paraplégico	☒ Higiene deficiente	☒ Dispneia	☒ Aparelho gessado	
☒ Tetraplégico	☒ Manchas	☒ Dispositivo O2	☒ Tração	
☒ Amputações	☒ S/Tricotomia		☒ Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Melo	Fim	Unid.
FC	<u>85</u>	<u>86</u>		Bpm
Pulso	<u>84</u>	<u>85</u>		Bpm
Oximetria	<u>100%</u>	<u>98%</u>		%
Capnografia				%
PA	<u>120/80</u>	<u>120/80</u>		mmHg

POSICÃO	COXIM	MMSS
☒ Dorsal	☒ Cabeça	☒ Anatômicos
☒ Ventral	☒ Pescoço	☒ Abduzidos
☒ Lateral	☒ Tórax	☒ Fletidos
☒ Litômica	☒ Lombar	☒ MMII
☒ Trendlemburg		☒ Anatômicos
☒ Canivete		☒ Abduzidos
☒ Proclive		☒ Fletidos

ACESSO VENOSO
☒ Puncão Arterial
☒ Puncão Venosa Periférica
☒ Puncão Venosa Central
☒ Dissecção venosa
Local: <u>MSE</u>
Cateter: <u></u>

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
☒ Sim () Não ☒ Metal () Descartável
Local: <u>Clavícula</u>
DEGERMAÇÃO
☒ Sim () Não
Local: <u>MSE</u> Solução: <u>Povidone</u> Local: <u>MSE</u>
TRICOTOMIA
☒ Sim () Não

SONDAGEM GÁSTRICA
☒ SNG nº <u></u>
Retorno: <u></u>
CATETERISMO VESICAL
☒ SVF nº <u></u> ☒ SVA nº <u></u>
Diurese: <u></u>
Profissional responsável: <u></u>

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos: <u></u>
Tela: <u></u>
Cateter: <u></u>
Ostomia: <u></u>
Fio de KC: <u></u>
Placa - Tipo: <u></u>
Outros: <u></u>

EXAMES SOLICITADOS
☒ Hemograma
☒ Gasometria
☒ Coagulograma
☒ Outros
☒ Tipagem Sanguínea
☒ Glicoseimetria
☒ Radioscopia (Raio X)

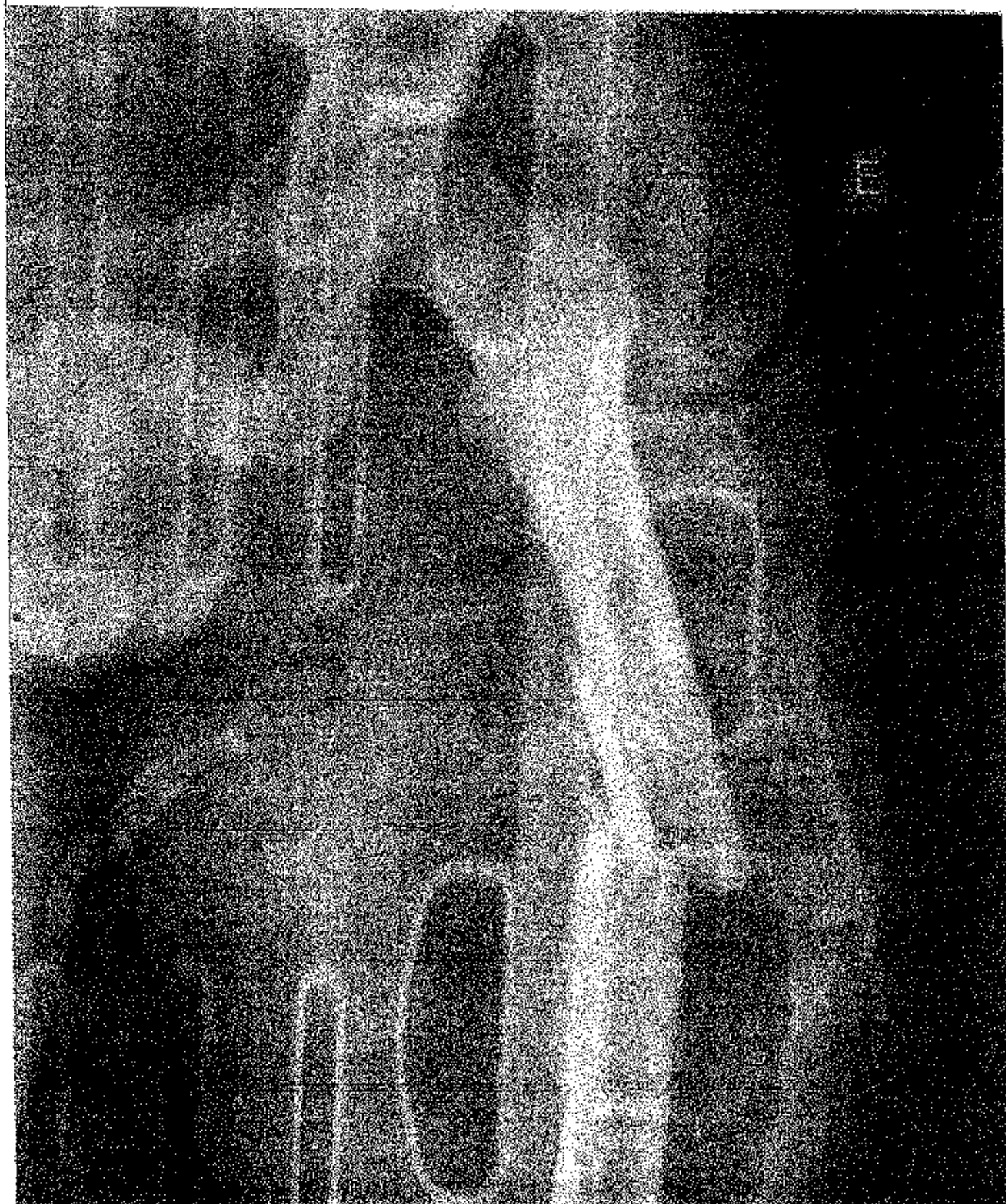
ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: <u>1915</u> Quant. Material: <u>35</u>
Val.: <u>21/07/18</u> Contagem de gaze e compressa: ☒ Não () Sim

GILBERTO FRANCISCO DA SILVA , : DX from 07/07/2018

RECEBIDO POR OBRIGADO
DA SILVA

RECEBIDO POR
H

RECEBIDO POR OBRIGADO
DA SILVA
30/07/2018 14:00:00

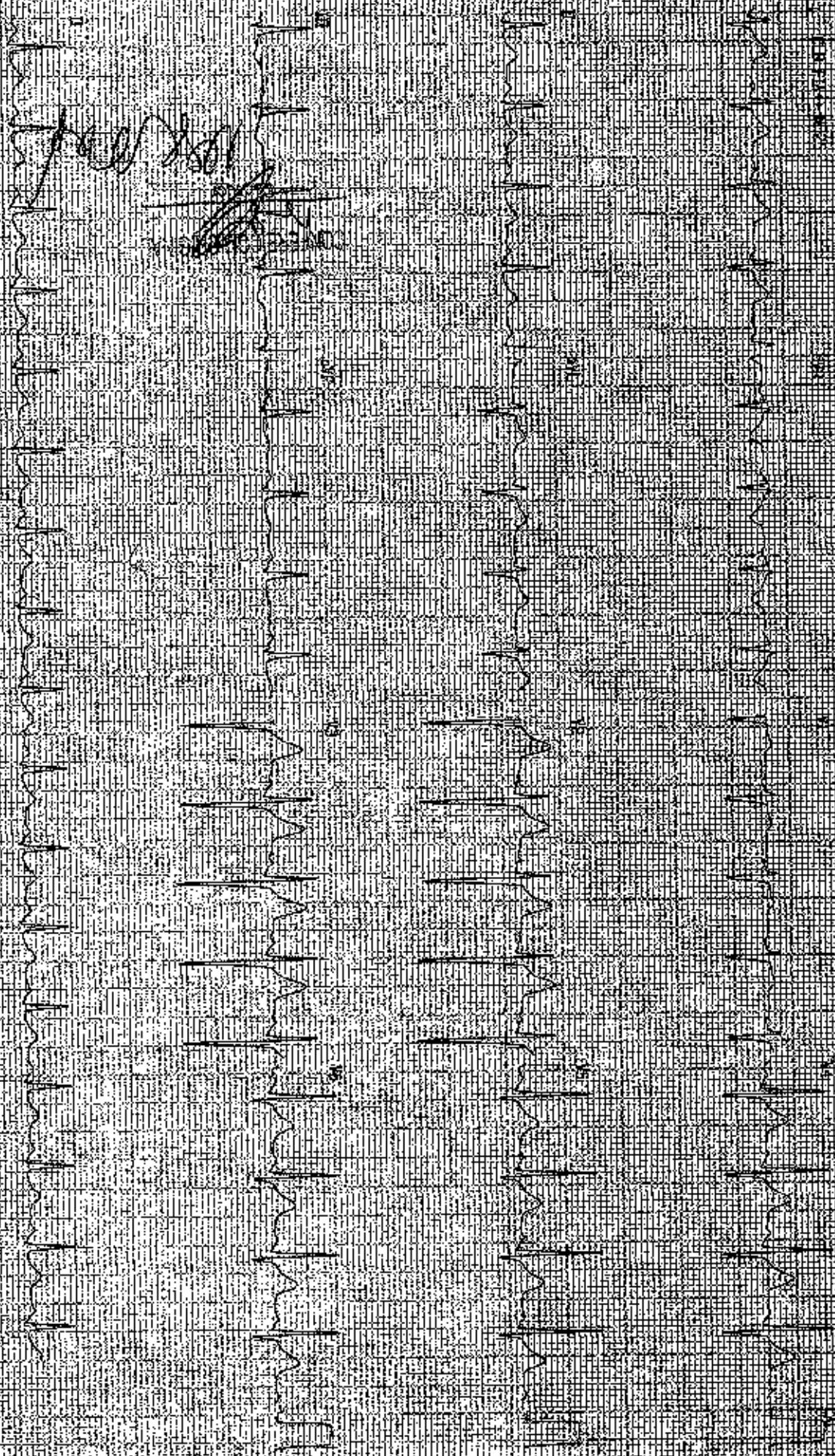


RECEBIDO POR OBRIGADO
DA SILVA

RECEBIDO POR OBRIGADO
DA SILVA
30/07/2018 14:00:00

32 ques

16:50'





PEDIDO DE PARECER

11

Unidade Solicitante: _____ Município: _____

Paciente: GILBERTO TAVASSO DA SILVA Prontuário: _____

Motivo da Consulta: _____

Rises Cirurgias

31 anos

Médico

CRM

Data

Encaminhado à especialidade: _____

Consulta marcada para a Unidade: _____ Município: _____

Para o (a) Dr. (a): _____ às _____ horas do dia _____ / _____ / _____

RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante: _____ Município: _____

Paciente: _____ Prontuário: _____

(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)

Dr. George Damasceno Miranda
CARDIOLOGIA CLÍNICA MÉDICA
CRM - RJ 5778

VERSO

CONFERE COM ORIGINAL

Diagnóstico: _____

Médico

CRM

Data

Retornar à clínica solicitante: _____ Unidade: _____

Para o (a) Dr. (a): _____ às _____ horas do dia _____ / _____ / _____

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



Risco

Nome: GILBERTO FRANCISCO DA SILVA Profissão: _____

Data de Nascimento: 12/04/1986 Idade: 32 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino

Cor: B Escolaridade: _____ Tel./cel. _____

Naturalidade: MONTE ALEGRE RS Estado Civil: CASADO

CPF: _____ Cartão SUS: _____

Filiação: HELENA MARIA XAVIER

Residência: LACOA DO MATO

Bairro: _____ Município: MONTE ALEGRE CEP: 59.219-000

Agente Comunitário de Saúde: _____ Data: 07/10/2018 Hora: 20:02

APRESENTAÇÃO DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA 120x70 mmHg HGT 1,72 mg/dl Pulso 95 Resp 20 Peso _____ kg T° _____

- Histórico Atual:

Paciente com queixa de dor abdominal
* TCE - * Intussuscepção
* História de vômito.

I- Procedimentos:

A SMC 500 mg de
SF 500 mg de
fogo 80/500 - 100
com 100 mg de
Sulfamida 100 mg
Comunicação ao Hospital
regulada pelo Dr. Hector

Ass. / Carimbo

Data: _____



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

003053.465

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 003053.465

NOME: Gilberto Francisco da Silva

IDADE: 19.04.1996 COR: Parda SEXO: Masculino ESTADO CIVIL: Solteiro

NATURALIDADE: Monte das Flores PROFISSÃO: Emprego PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO: Rua dos Linhões 300 BAIRRO: Monte das Flores

CIDADE: Monte das Flores DATA: 09.10.2019 HORA: 10:23 h

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCCADO ☐ COMATOSO ☐
C/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ 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

TA

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Queda

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de fêmur

003053.465
003053.465
003053.465



Sistema
Único de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- DATA

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CID-10

HOSPITAL DEOCLEJO MARQUES DE LUCENA

3575128

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PACIENTE

GILBERTO FRANCISCO DA SILVA

121564

7- CARTÃO NACIONAL DE

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

10- ESTADO

708 7021 3712 0090

12/01/1958

MASCULINO

PARÁ

11- NOME DO PAI

12- TELEFONE DE CONTATO

ALDIRA MARIA XAVIER

992237551

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

DANIELA RODRIGUES DA SILVA - ESPOSA

15- ENDEREÇO (RUA Nº)

R DOS OLIVEIRAS 30

16- MUNICÍPIO

17- ESTADO

18- UF

19- CEP

BRASILHNO

ALTO PARAÍZO

RN

58218000

Justificativa da Internação

20- ANEXO PRIS B N-1 e SINTOMAS CLÍNICOS

*Presença de fraturas
fechadas e abertas*

21- SINTOMAS QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

concomitante

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

(sem resultados)

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID-10 PRINCIPAL

25- CID-10 SECUNDÁRIA

26- CID-10 DOENÇAS ASSOCIADAS

Fratura de fêmur

Procedimento Solicitado

27- ESPECIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento cirúrgico

28- CLÍNICA

29- CARÁTER (AMBIENTADO)

30- DOCUMENTO

31- NÚMERO DO DOCUMENTO

32- NOME DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE E ASSISTENTE

33- DATA DO EXAME

34- ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

35- DATA DO TRANSPORTE

36- NOME DA SEGURADORA

37- NÚMERO DO SEGURO

38- NOME

39- NOME DO TRABALHADOR

40- NOME DA EMPRESA

41- CNPJ DA EMPRESA

42- CID-10

43- NOME DO TRABALHADOR

44- ENDEREÇO DO TRABALHADOR

() EMPREGADO () EMPREENDEDOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () INATENDIDO

Assinaturas

45- NOME DO RESPONSÁVEL AUTORIZADOR

46- CID-10 CID-10 EM SEU

47- DATA DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- NÚMERO DO DOCUMENTO

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51- ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE

Assinatura e Carimbo do Responsável Solicitante

Callberto Funes

32 ANOS

FX Femen. esq

ANT:

⊕ HIPERTIGLICEMIA

NEG HSDM/DX.

NEG CMO PAT

ALERGIA: VOLTAM.

NEG USG DE
PERICÓRPO

ASSINTOMÁTICO CARDIOVASCULAR.

ECG: RS / Traxado normal

AO EXAME

PA 120/80

RECTE SEM SPM

Pulmões Lúps

BAIXO RISCO CARDIOVASCULAR

SEM PRECISÃO CARDIOLÓGICA

Por Ons

Dr. George Roberto Nivante
CARDIOLOGIA CLÍNICA MEDICA
CRM RN 578

17/07/18



HOSPITAL REGIONAL DE OCCELCIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: <u>CAIRO FRANCISCO DA SILVA</u>		Idade: <u>33</u>		D.N.: <u>12/04/1986</u>	
Prof.: <u>AGASSH</u>		Município: <u>BREJO</u>		Procedência: () Interno () Externo	
Data da cirurgia: <u>23/10/99</u>		Hora Admissão: <u>Bloco</u>		Sala: <u>1</u> Hora Saída: <u>1</u> Peso: <u>70</u>	
Alergias: () Não () Sim		Comorbidades: () HAS () DM () Outras			
Uso de medicações: () Não () Sim		Jejum: () Não () Sim			
SSW Admissão: PA: <u>110/70</u> mmHg		Pulso: <u>68</u> bpm		FC: <u>68</u> bpm SaO ₂ : <u>98</u> % T: <u>36</u> °C	
Enfermeiro(a): <u>LIANE</u>		Instrumentador(a): <u>ELTON</u>		Circulante: <u>OLIVEIRA</u>	
Cirurgia: <u>Retirada da placa de metal</u>		Especialidade: <u>Ortopedia</u> Sala: <u>02</u>			
Hora Início: <u>14:40</u> Hora Término: <u>15:25</u>		Tipo de Cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada			
Cirurgião: <u>Dr. Elton</u>		Aux.: <u>Dr. Roberto</u>		Residente: <u>---</u>	
Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: <u>---</u> () Bloqueio () Raquidiana Ag. nº: <u>---</u> () Paridura: () Cateter () Sísteter					
Ag. nº: <u>---</u> Cateter nº: <u>---</u> Início: <u>14:40</u> Garrote: () Smarch () Pneumático Início: <u>---</u> Término: <u>---</u>					
Anestesiologista: <u>Dr. Raul</u>					
NEUROMUSCULAR		PELE/HIGIENE		CARDIOVASCULAR/RESPIRATÓRIO	
☒ Consciente		☒ Normocoréia		☒ Normotensão	
☐ Letárgico		☐ Hipocoréia		☐ Hipotensão	
☐ Coma		☐ Cianótica		☐ Hipertensão	
☒ Orientado		☐ Ictérica		☐ Normocárdico	
☐ Desorientado		☐ Desidratado		☐ Bradicardia	
☐ Sedado		☐ Integro		☐ Taquicardia	
☐ Ansioso		☒ Cíesões		☐ Choque	
☐ Deambula		☐ Sudorese		☒ Normopneumático	
☐ V. dificuldade		☒ Cicatriz cirúrgica		☒ Eupnéia	
☒ Acamado		☒ Higiene Satisfatória		☐ Dispneia	
☐ Paraplégico		☐ Higiene deficiente		☐ Dispositivo O ₂	
☐ Tetraplégico		☐ Manchas			
☐ Amputações		☐ S/Tricotomia			
SINAIS VITAIS		ACESSO VENOSO		PLACA DO SISTUR ELÉTRICO	
FC	Início: <u>122</u> Meio: <u>53</u> Fim: <u>104</u> Unid.: <u>Bpm</u>	Punção Arterial		☒ Sim () Não ☒ Metal () Descartável	
Pulso	<u>110</u> <u>59</u> <u>104</u> <u>Bpm</u>	Punção Venosa Periférica		Local: <u>Amputado</u>	
Oximetria	<u>98</u> <u>99</u> <u>98</u> %	Punção Venosa Central		DEGERMAÇÃO	
Capnografia	<u>---</u> %	Dissecção venosa		() Sim () Não	
PA	<u>131/90/130/80/66</u> mmHg	Local:		Local: <u>Ono E</u> Solução: <u>Ureol + Iodo</u> Local: <u>---</u>	
		Cateter:		TRICOTOMIA	
				() Sim () Não	
				Local: <u>---</u>	
				IMPLANTE CIRÚRGICO	
				Drenos:	
				Tela:	
				Cateter:	
				Cateter:	
				Fio de KC:	
				Placa - Tipo:	
				Quitos:	
				ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO	
				Caixa cirúrgica: <u>800 + 100</u> Quant. Material:	
				Vaz.: <u>---</u> Contagem de gaze e compressa: () Não () Sim	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190716675 **Cidade:** Brejinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILBERTO FRANCISCO DA SILVA **Data do acidente:** 07/07/2018 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO. P8/14

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P8/21 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

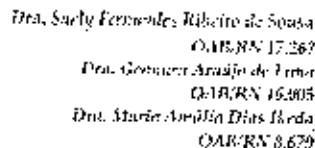
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESCLARECIMENTO

ESTE PROCESSO FOI CANCELADO POR MOTIVO DE INADIPLENCIA.
MAIS O VEICULO NÃO SE ENCONTRA NO NOME DA VITIMA.



OUTORGANTE: Sr(a) Gilberto Francisco da Silva, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Carreiro, portador(a) do Rg. nº 003.190.541 SSP/PA e CPF de nº: 053.440.854-60 residente e domiciliado na Rua dos Clínicos, nº 30, Bairro Alto Paraíso, Município de Guajará, RN, CEP: 59.217-000, com telefone para contato: (84) 99149.67.70, Email: Daniel123421@gmail.com

QUOTORGADO: ANDRÉ DA CRUZ GONÇALVES, brasileiro, casado, autônomo, residente e domiciliado à Rua fazenda Nova, nº 8, Bairro da Cidade Da Esperança – Natal/RN CEP 59070-390, inscrito no CPF de nº 016.640.974-06 e no RG de nº 002.324.034 SSP/RN, com telefone para contato (84) 9 8779.0612.

Por este instrumento particular de procuração, o(a) **OUTORGANTE** nomeia e constitui o **OUTORGADO** seu bastante procurador, para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) CELESTINO FERREIRA DA SILVA, ocorrido em 04/04/2013, conforme registrado no B.O. anexado ao processo.

Podendo o dito **PROCURADOR**, representar o(a) **OUTORGANTE** como se o próprio fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar declarações de endereço, assinar autorização de pagamento/crédito de indenização de sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

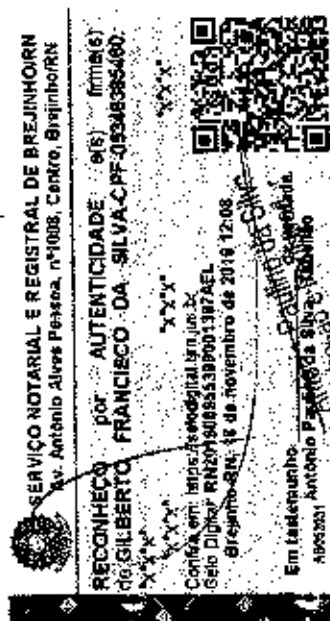


RESUNHO/RK 12 de NOVEMBRO de 2019

CPF nº 053.463.854-60
Outorgante

Obs: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira.

Espaço Comercial André Barbosa
Rua dos Cantinês nº 1235, Bairro Alecrim, CEP 59030-600,
Telefone 084 99192.9564 // 98811.6496.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0422625/19

Vítima: GILBERTO FRANCISCO DA SILVA

CPF: 053.463.854-60

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 07/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILBERTO FRANCISCO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ANDRE DA CRUZ GONCALVES : 016.640.974-06

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

GILBERTO FRANCISCO DA SILVA : 053.463.854-60

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: 28/11/2019
Nome: ANDRE DA CRUZ GONCALVES
CPF: 016.640.974-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

ANDRE DA CRUZ GONCALVES

GERCIA LOURENCO DA SILVA