

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: 30/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03483

CONTA: 000000020667-6

Nr. da Autenticação 70C88A834303DF49

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190704469 **Cidade:** Apodi **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA **Data do acidente:** 16/09/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINAS 05 E 10.

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

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1343903247

NOTA FISCAL | SATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTERUA HERMOZ 155 SAÍDO
NATAL - RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59065-250
CNPJ 08.924.196-0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28-04-02

Ligação Grátis

-TELEATENDIMENTO COSERN- 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 261 0142

-Ouvidoria 0800 054 0454

Agência Reguladora de Serviços do Rio Grande do Norte-
ARSEP 0500 727 0157 -Ligação Grátis de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligação Grátis de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARIA AUXILIADORA DA SILVA
NASCIMENTO

DATA DE VENCIMENTO

22/11/2019

DATA EMISSÃO DA NOTA
FISCAL

14/11/2019

CONTA CONTRATO

7006346914

ENDEREÇO

RUA BOA VISTA 28 -CENTRO/AREA
URBANA -59795-000 FELIPE GUERRA
RN -

TOTAL A PAGAR

R\$ 102,03

DATA DA APRESENTAÇÃO

14/11/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

033061356

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
Monofásico
B1

PERÍODO CONSUMO

15/10/2019 a 14/11/2019

CONSUMO

134

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 18,00 valor do imposto R\$ 16,92

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO

7006346914

MÊS/ANO

11/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 102,03

VENCIMENTO

22/11/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este canhoto será usado em
leitora ótica.

838000000017 020300384070 006346914204 013184557439



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1343903812

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTERUA MERMÓZ, 150, BALDO
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59015-250
CNPJ: 08.324.186/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28-04-02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria: 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços do Rio Grande do Norte-

ARSEP 0800 727 0137 -Ligação Gratuita de Telefones Fijos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE ELANO GUILHERME GOIS E SILVA	DATA DE VENCIMENTO 02/12/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 18/11/2019	CONTA CONTRATO 7010502181
ENDEREÇO RUA JOSE FIRMINO DE OLIVEIRA 195 CS- -LIBERDADE -CENTRO/AREA URBANA -59795-000 FELIPE GUERRA RN -	TOTAL A PAGAR R\$ 146,50	DATA DA APRESENTAÇÃO 18/11/2019	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
		NÚMERO DA NOTA FISCAL 033226152	

PERÍODO CONSUMO 17/10/2019 a 18/11/2019	CONSUMO 194
---	-----------------------

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 18,00 valor do imposto R\$ 24,62

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO
------------------------------	---------------------------

Desaque aqui

CONTA CONTRATO 7010502181	MÊS/ANO 11/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 146,50	VENCIMENTO 02/12/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
838900000013 465000384070 010502181203 012583765738 				
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA				

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À 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: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022 51 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022 12 06 | Central Ovidiana: 0800-021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 HELADIO GUILHERME GÓES E SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 098-307.284 / 12 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 139.828.084 / 24

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 139.828.684 / 24 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECURSO Renda: RECURSO 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 JOSE FIRMINO DE OLIVEIRA</u>	Número: <u>195</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>CIDADE ALTA</u>	Cidade: <u>FEMPE GUERRE</u>	Estado: <u>BN</u>
E-mail:	CEP: <u>59795-000</u>	Tel. (DDD): <u>(81) 99998-5065</u>

Local e Data: FEMPE GUERRE - BN - 27 DE NOVEMBRO DE 2019

HELADIO GUILHERME GÓES E SILVA
Assinatura do Declarante



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 61556 /2019

Admissão: 16/09/2019 11:43:52

CIRURGIA GERAL - AMARELO

20.9641

Paciente: 49352 - JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA (21 a 9 m)

Nascimento: 16/12/1997

Natural: APODI.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 162384265600003

CPF: 13982868424

Prof:

Mãe: MARIA AUXILIADORA SILVA NASCIMENTO

Pai: JOSE RAN DA COSTA

Logradouro: BOA VISTA, 28

CEP: 59795000

Bairro: CIDADE ALTA

Cidade: FELIPE GUERRA

Telefone: 84.96547984

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

*Empresa:

OBS: FELIPE GUERRA

Classificação:

16/09/2019 11:35:41

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	P.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: QUEDA DE MOTO, COM PROVAVEL FRATURA EXPOSTA EM TIBIA

Hora: _____

*Relato Trauma direto em Pernas D
Bilado, corado, pedras no
AR: N. V. P.
AS: F. L. V. L. e indolente
CD: Dito de*

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORARIO	ASSINT.
1) Analgésico 500mg			
2) Antibiótico 1g/100ml 1000mg		12h 2 ^o	
3) Analgésico a sub. 400mg 200mg			
4) Prescrição 4/ 1000mg			
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SOME MOSSORÓ 13/11/2019 BIM			
SAME/ARQUIVO			
		708.3	

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito (x) Interna: (Preencher CID, PROC)

CID

Proc.

Data: / /19. Hr: :

Médico:

*Gerado via SX por FRANCISCO KLEBER PINHEIRO MEDEIROS. Impresso em 16 de Setembro de 2019.

Carimbar)

Assinar e
Carimbar



SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA** (Fia: 4864/2019), CPF:13982868424.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 16 de Setembro de 2019.

Paciente ou responsável

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA - H.R.T.M.

DATA 02/10/19

Assinatura

CCIH - HRTM

DATA

02/10/19
Kafala

Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ COM O ORIGINAL
SARE MOSSORÓ 13/11/2019

SARE / ARQUIVO

On Antonio Pineda de A. to
OCEANOGRAPHIC
DIA 1.30-17.

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 13/11/2019
B.1.10

SAME / ARQUIVO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

2 - CNES
2503689

4 - CNES
2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA (8 - 4864/2019)

8 - Nº DO PRONTUÁRIO
209646

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
162384265600003

9 - DATA DE NASCIMENTO
16/12/1997

9 - SEXO
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR
PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE
MARIA AUXILIADORA SILVA NASCIMENTO

DDD
84

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE
96547984

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA

DDD
84

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE
96547984

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
BOA VISTA, 28 / - CIDADE ALTA

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
FELIPE GUERRA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
240370

18 - UF
RN

19 - CEP
59795000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Revisão de exames
com fratura na região da perna.*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

Exame de fratura

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

Exame de fratura

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURAS ENVOLVENDO REGIÕES MÚLTIPLAS DE UM MEMBRO INFERIOR

24 - CID 10
PRINCIPAL
702.3

25 - CID 10
SECUNDÁRIO
S82.8

26 - CID 10
CAUSAS ASSOC.
V29.9

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPI

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
060805080

29 - CLÍNICA
CIR

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
2

31 - DOCUMENTO
() CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) - ROL SOLICITANTE / ASSISTENTE
13186183472

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE
ANTONIO PINHEIRO DE ALMEIDA NETO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
16/09/2019

35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
Dr. Antonio Pinheiro de Almeida Neto
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOE

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
LIGINEY LINO DE OLIVEIRA

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO
(X) CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR
980016001835565

**HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SOME MOSSORÓ 13/11/2019**

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

SOME TARCISIO



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Josivaldo Nascimento da Costa Reg Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: Fratura exposta da tíbia (diófise) direita

Indicação terapêutica: _____

INTERVENÇÃO

Início: 13:40 Fim: 14:40 Duração: _____

Operador Dr. Fabiano

1ª Auxiliar: Dr. Pinheiro

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: _____

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - Ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

() Limpa () Pot. Contaminada (X) Contaminada () Infectada

Paciente em decúbito dorsal sob raquianestesia, oxigenia e antissepsia; colocação de campos estéreis; ampliado quimonto de exposição e realizado debridamento e lavagem exaustiva com SFO, 9%; Observado fratura calcificada com cominuição; fixado com fixador externo linear 350mm; sutura de pele; curativo estéril. PSRA.

Fabiano Dantas de Carvalho

Ortopedia e Traumatologia

1501-45476

CRM/RN: 6072

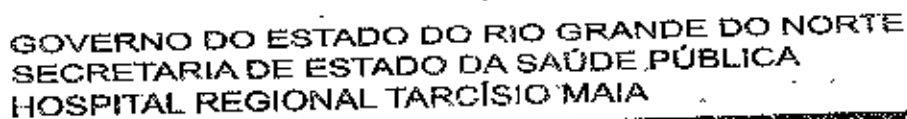
16/09/19

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ

SAME / ARQUIVO



Nome do paciente: Francisco Alexandre de Azevedo do Pront.: _____ Data: 11/05/2011

Nome do paciente: Yarekdo Nogueira do Monte do Monte...
 Cirurgia: III - cirurgia das orelhas da perna D. Data: 16-09-19
 Cirurgião: Dr. Falcão Auxiliar: Pinheiro Instrumentadora: Artaldea
 Anestesista: Dr. João Pinto Anestesia: Nogueira
 Início da Cirurgia: 14:20 Término: 14:50

MATERIAL USADO	QUANTIDADE
* COMPRESSAS	5 unidades
* GASES	02 pacote
* ESPARADRAPO	
* COMPRESSAS	
* LÂMINA DE BISTURI Nº	
* LUVAS 7,5	02 unid.
* EQUIPO PARA SORO	
* S CALPS Nº	
* JELCOS	
* CATETER PARA SUBCLAVIA Agulha p/ Raque	01 unid.
* SERINGAS DE 01 ML	
* SERINGAS DE 03 ML	
* SERINGAS DE 05 ML	
* SERINGAS DE 10 ML	01 unid.
* SERINGAS DE 20 ML	
* AGULHAS DESCARTÁVEIS 40x12	05 unid.
* SONDA ENDOTRAQUEAL Nº	
* TRAQUEOSTOMO	
* SONDA URETRAL Nº	
* SONDA FOLEY Nº	
* SONDA NASOGÁSTRICA Nº	
* CATETER PARA O2	
* SONDA PARA ASPIRAÇÃO Nº	
* COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	
* BOLSA DE COLESTOMIA	
* DRENO DE PENROSE Nº	
* DRENO DE TORAX Nº	
* ATADURA GESSADA	
* FAIXA DE CREPOM	02 unid.
* ALGODÃO ORTOPÉDICO	
* CATGUT CROMADO	
* CATGUT SIMPLES	
* FIO DE ALGODÃO	
* MONONYLON	
* OUTROS FIOS	
* USO DO BISTURI ELÉTRICO	
* USO DE OXIGÊNIO	
* SOLUÇÃO DE PVPI ALCÓOLICA	
* SOLUÇÃO DE PVPI DEGERMANTE	Bowl
* SOLUÇÃO DE PVPI TÓPICO	
* SOLUÇÃO DE ÉTER	
* SOLUÇÃO DE ÁGUA OXIGENADA	
* SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%	
* SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER SIMPLES	
* MANITOL	06 unid.
* XILOCAINA A 2%	03 unid.
* ABD	03 unid.
	04 unid.

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO NUNES
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORÓ 13/11/2019
 B.M.
 SAME/ARQUIVO

DATA: 20/09/2019

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC
DATA DA ADMISSÃO: 16/09/19

Idade: 21 ANOS
Leito: 306-4
FELIPE GUERRA -RN

CODIGO: 49352

DATA	EVOLUÇÃO
Nº fraturas: 01	4º DIH: FX EXPOSTA DIAFISE DA TÍBIA DIREITA (EM USO DE FIXADOR EXTERNO) QP: SEM QUEIXAS NO MOMENTO EF: BEG, COTE, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO E AFEBRIL. ACV: RCR, 2T, SEM SOPRO. BNF AR: MV+ EM AMBOS HEMITORAX. SRA. ABDOMEN: ATÍPICO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO. RHA+ SITUAÇÃO: LABORATORIO (18/09/19): HB: 13.5 LEUCO: 8600 PLAQ: 263000 UREIA: 26 CR:1,00 TGO: 29 TGP: 15 GUIA PARA SOLICITAÇÃO DE SISREG PREENCHIDA - AGUARDA MARCAÇÃO CIRURGIA RISCO CIRÚRGICO BAIXO CD: <i>ALTA CP orientações</i> VPM

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA VO PARA HAS E DM	
2	SF0,9% 2000 ML EV PARA 24 HORAS	
3 D3	OXACILINA 1G + 100ML SF0,9% EV 6/6HORAS	
4 D2	CLINDAMICINA 600MG + 100ML SF0,9% EV 6/6 HORAS	
5	DIPIRONA 1G+ 8ML ABD EV 6/6 HORAS	
6	TRAMADOL 50MG + 100ML SF0,9% EV 8/8 HORAS SN	
7	OMEPRAZOL, 40MG VO 1XDIA EM JEJUM	
8	CLEXANE 40MG SC 1XDIA AS 16 HORAS	
9	PLASIL - 01 AMPOLA NO SORO 8/8 HORAS SE NAUSEA/VOMITO	
10	SSVV + CCGG 6/6H	

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE ROSSORÓ 13/09/2019
SAME / ARQUIVO

Dr. Leonardo A. C. Pereira
CRM: 13.411 / 2019
Rég. Méd. 13.411 / 2019

REGISTRO DE INTERNAMENTO

Nº AIH: _____ Nº ATENDIMENTO: 483641 DATA: 05/11/2019
TIPO DE INTERNAMENTO: _____ HORA: _____
ACOMODAÇÃO: ENFERMARIA LEITO: TERREO104 € CONVENIO: SUS
MATRÍCULA: 708602036278382 VALIDADE: _____
Criado por João Pedro Gomes Lucas em 05/11/2019 07:39

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA SEXO: Masculino
DATA DE NASCIMENTO: 16/12/1997 RG: 003776589 CPF: _____
FILIAÇÃO MÃE: MARIA AUXILIADORA DA SILVA NASCIMENTO
FILIAÇÃO PAI: _____
ENDEREÇO: BOA VISTA Nº 28
BAIRRO: CENTRO CIDADE: FELIPE GUERRA
ESTADO: RN CEP: 59795-000
FONE: (84) 99690-0121 FONE: (84) 99662-1803

SUMÁRIO DE ALTA

TIPO DE ALTA: ☒ MÉDICA () ADMINISTRATIVA () A PEDIDO () EVASÃO () ÓBITO
DATA: 06/11/2019 HORA: _____ ASS. RESPONSÁVEL DO SETOR: _____

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

Paciente submetido a tratamento
cirúrgico de fratura de fêmur
direito
evoluindo bem sem intercorrências

PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA

CNPJ: 09.417.742/0001-91

Confere com o Original

Data: 06/11/2019

João Pedro Gomes Lucas

CRM-RN 65819-1 TEO 14815
Ortopedia Traumatologia
Dr. Thiago José de C. Aragão

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

REG. PACIENTE Nº

ÓSSEO

EQUIPE MÉDICA		EQUIPAMENTOS / TEMPO DE USO		GASOMETRIA / TEMPO DE USO		DATA:
CIRURGIÃO: THIAGO ARARUNA CRM 6619	BISTURI ELÉTRICO:					
1ª AUXILIAR: DR. THIAGO ARARUNA CRM 6619	SCAPINOGRÁFO:					
2ª AUXILIAR: ANESTESIOLOGISTA	INTENS. DE IMAGENS:					
3ª AUXILIAR: ORIENTADOR DE RADIOLOGIA	MONITOR CARDÍACO:					
ANESTESISTA: ARTUR SILVEIRA CRM 6607	OXIM. DE PULSO:					
INSTRUMENTADOR(A):	SERRA ELÉTRICA:					
CATGUT CROMADO 1.0	ATACÚRIO	SERVOPORANE	ÁGUA OXIGENADA	ALCOOL 70%	CAPA DE VÍDEO	
CATGUT SIMPLES 5.0	C. PAPAVERINA 50MG/2ML	TRAMAL	ALCOOL 70%	ALCOOL 70%	TUBO S/ BALÃO 3.0	
CERA OSSEA	CLONIDIN	PROPOFOL	ALCOOL 70%	ALCOOL 70%	TUBO C/ BALÃO 3.0	
ETHYBOND 2.0	CLORETO DE SUXAMETÔNIO	SORO	DETERGENTE ENZIMÁTICO	DETERGENTE ENZIMÁTICO	ARRUELAS	
FIO ALGODÃO C/ AGULHA	DEXAMETASONA 4MG	ABD 1000ML	FORMOL	FORMOL	ASPIRADOR	
MONOCRYL 3.0	DIPIRONA	ABD 100ML	FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML	PVPÍ DEGERMANTE	CDEX POR ML	
NYLON 2.0 (2CM)	DIPROSPAM	FISIOLÓGICO 0,9% 250ML	FISIOLÓGICO 0,9% 250ML	PVPÍ TÓPICO	CIMENTO ORTOPÉDICO	
NYLON 2.0 (4CM)	DRAMIN 86DL	FISIOLÓGICO 0,9% 500ML	FISIOLÓGICO 0,9% 500ML	VASELINA	DRILL ELÉTRICO	
PDS II 1.0	EFEDRINA	GLICOSADO 5% 250ML	GLICOSADO 5% 250ML		FIO DE KIRSCHNER	
PROLENE 2.0	EPINEFRINA	GLICOSADO 5% 500ML	GLICOSADO 5% 500ML		FIO DE LUQUE	
VICRYL 0	FENERGAN 50MG 2ML	GLICOSE 50% AMPOLA	GLICOSE 50% AMPOLA		FIXADOR EXTERNO	
ISOFLURANO	FUROSEMIDA	RINGER LACTATO 500ML	RINGER LACTATO 500ML		GANCHO	
LINDOCAINA 10% SPRAY	GLICONATO DE CÁLCIO 10%	RINGER SIMPLES 500ML	RINGER SIMPLES 500ML		GEOLFOAM	
LINDOCAINA 2% C/ VASO	HIDROCORTIZONA 500MG	EPITESAN	EPITESAN		GRAMPO	
LINDOCAINA 2% GEL	IPSILON 1G	NEOMICINA	NEOMICINA		HASTER	
LINDOCAINA S/ VASO	IPSILON 4MG	SULFADIAZINA DE PRATA	SULFADIAZINA DE PRATA		LIGAMENTO SINTÉTICO	
NEOCAINA S/ VASO	METOCLOPRAMIDA	TROFARDEMIN	TROFARDEMIN		PARAF. INTER. TITANEO	
NEOCAINA S/ VASO	NIBUM	PERFURO CORTANTE	PERFURO CORTANTE		PARAFUSO ANCORA	
NOVABUPI C/ VASO	ONDASETRONA	AGULHA DE STIMUPLEX	AGULHA DE STIMUPLEX		PARAFUSO CANULADO	
NOVABUPI S/ VASO	PROSTIGMINE	AGULHA	AGULHA		PARAFUSO CORTICAL	
SERVO FLORANO	RANITIDINA	AGULHA P/ RAQUIN	AGULHA P/ RAQUIN		PARAFUSO ESPONJOSO	
XILOCAINA C/ VASO	SELOKEN 5 MG / 5ML	AGULHAS	AGULHAS		PARAFUSO TRANSVERSO	
XILOCAINA S/ VASO	TILATIL 40MG	JELCO	JELCO		PINO	
ADRENALINA	TRABIL 50MG/500ML	LAMINA DE BISTURI	LAMINA DE BISTURI		PINO DESLIZANTE	
AMINOPIRINA	DIMORF	SCALPS	SCALPS		PLACA	
AMODARONA	DOLANTINA	MICROPOR	MICROPOR		PROTESE	
ATROPINA	FENTANIL	MICROPOR LARGO	MICROPOR LARGO		SURGICEI	
BUSCOPAM SIMPLES	FLUMAZENIL	POLIFIXO 2 VIAS	POLIFIXO 2 VIAS		SONDAS	
CAFAZOLINA 1G	ISOFLORANE	PRÓ-PE	PRÓ-PE			
CAPTROPIL 25MG	KETAMINA	SERINGA DE INSULINA	SERINGA DE INSULINA		NASO LONGA 04	
CEFALOTINA 1G	MIDAZOLAM	SERINGA DESC. 10ML	SERINGA DESC. 10ML		SONDA DE FOLEY	
CEETRIAXONA 1G	MIDAZOLAM	SERINGA DESC. 20ML	SERINGA DESC. 20ML		URETRAL 4	
CLORETO DE POTÁSSIO 19%	NARCAN	SERINGA DESC. 3ML	SERINGA DESC. 3ML		SONDA CURTA	
CLORETO DE SÓDIO 20%	NILPERIDOL	SERINGA DESC. 5ML	SERINGA DESC. 5ML			
	NUBAIM					

03-442788-000 LEO 1024 NR-1030
apsibojcsosauv

20	Dr CONTINÚO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
----	-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ANESTESIA TIPO RAJOU SIMPZES I SEDACAO IV.

ROZETKA DE ANESTESIA

ASSISTANT PROFESSOR OF MATHEMATICS

~~Dr. Thigoe Jones
Oncology Department
Cancer Center
March 1987~~

DESCRICAÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

PARTE EM DOU + SACUMANESEIA

GARRDIF + ASSEPSIN + ANTIFESSIN + APOSIÇÃO DE CAMIÃO ESTÉRIL

ENCISO EM FACE ANTERIOR DE PERNA DIREITA + DIVULSAO NIM PLANOS

OS TORNELINHOS PARA EXPOSER ABERTURAS E FIXAR TRATILHAS DE TUBO COM PLACA E PARAFUSOS

INCLUSA FIM CRISTA ILIACA DIREITA + OSTEOCLASTOMA DA PÉLVIS PARA ABLAÇÃO DE ENXERTO OSSIO + INSERÇÃO DE ENXERTO OSSIO EM FOCO DE FRATURA

LEMOPLASTIA DE TIBIA ANTERIOR + SUTURA POR PLANOS + CURATIVO - REFUGIO DE GABRIEL

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Joséildo Nascimento da Costa Nº REGISTRO 483641
Data Nascimento 16/12/97 IDADE 21 Sexo M LEITO 104 E Data de Admissão 05/11/19
MÉDICO: Dr. Thiago

ADMISSÃO DO CENTRO CIRURGICO

JEJUM COMPLETO INCLUINDO AGUA? () Não (X) Sim início 23:00 PESO: 62 Kg Altura: _____ cm
RETIRADA DE PRÓTESES/ORTESE/ADORNOS: (X) SIM () NÃO
ALERGIAS: (X) NÃO () SIM: Não
DOENÇAS PREGRESSAS: () DM () HAS () TABAGISMO () HIV () Hep B () Hep C () Arritmias () DPOC () AVC ()
Marcapasso () Outros: Não Medicamentos de uso frequente: Não
Consentimento Cirúrgico Preenchido () Não () Sim
Exames: (X) Labor (X) Raio x () USG () TC () RNM () Risco cirúrgico Outros: _____
Encaminhado: () Deambulando () Cadeira de Rodas (X) Maca () consciente () Inconsciente () Orientado ()
Desorientado

Anotações de Enfermagem: _____

Conferido informação acima por: Dr. Paulo M. F. da Silva Admitido na sala: _____ Hora _____

ETAPA I: PRÉ-INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta Exat. Plasma "D"

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

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

12. Hemoderivados solicitados e reservados () sim (X) Não () Não aplicável
 13. Paciente tem alergia conhecida () sim (X) não
 14. Aparelho de anestesia testado (X) sim () não
 15. Esterilizações dos instrumentais com indicadores (X) sim () não

ETAPA II: PRÉ-INCISÃO

16. Confirma nome do paciente, local da intervenção e cirurgia proposta (X)
 17. Confirma preparo da pele com clorexidine Degermante e tópica (X) Sim () não
 18. Confirmar antibiótico profilático administrado (X) sim () não aplicável
 19. Paciente em posição adequada (X) sim () não

EQUIPE DE ENFERMAGEM

20. Confirmar se a disponibilidade dos materiais e equipamentos solicitados para cirurgia (X)
 20. Confirmar com a equipe médica se os exames necessários estão disponíveis (X)
 21. Confirma bisturi elétrico e placas instalados corretamente (X)

INTRA-OPERATORIO

Posicionamento: Dorsal (X) Lateral direita () Lateral esquerda () Posição Ginecológica ()
 () Decúbito Prone () Decúbito Ventral

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

Passado faixa de smarch: Não (X) sim, em: MID Início 13:26 Termina 14:15

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

Infusões: SFO, 9% 250 ml R. Lactato: 5000 ml Simples _____ ml SG5% _____ ml

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

Sinais vitais: PA 90x30 mmHg FC: 60 bpm Sat: 99 % T: _____ °C Hora: _____

Anestesia: Início 13:20 Termina 14:15 () Geral Inalatório () Geral Venosa (X) Sedação () Local
 () Peridural (X) Raquí () Bloqueio: _____

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

AVP: () não (X) sim 150, Jelco nº 20 por Dr. A. A. A.

Cateter O2: () não (X) sim SNG: (X) NÃO () SIM nº _____ SVD (X) NÃO () SIM nº _____

Ferida operatória: Curativo Limpo

Cultura: _____ Anát. Patológico: (X) Não () Sim _____ Unid. _____

Material Explantado: _____

Conferido por Dr. A. A. A. Intercorrência 5/

ETAPA III: ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

Confirmar se a contagem de compressas, instrumentais e agulhas foi realizada (X) sim () não

Caso a cirurgia realizada não tenha sido a proposta, _____

Medicações administradas (anotar horários) Clotona 10mg + dipirona 500mg
Sumatriptana 10mg + trametopida 10mg + diclofenaco
10mg + ketorol 10mg

OPME: () NÃO ☒ SIM, qual

as abaca 10 F uterito
02 PF Nº 20 7
02 PF Nº 23 7
02 PF Nº 24 7
ex45

Anotações de Enfermagem e Intercorrências

5/

Início da cirurgia: 13:30 Término da cirurgia: 14:30

CIRURGIÃO: Dr. Thiago ASSISTENTE: ANESTESIOLOGISTA: Dr. Arthur
INSTRUMENTADORA: Renaldo CIRCULANTE: Bruno ENFERMEIRA: Edma

URPA (Unidade de Recuperação pós-anestésica)

Condições de admissão do paciente:

☒ Acordado () Sonolento () agitação Ar ambiente () MV 50%

() Cateter de O2 () TQT ☒ AVP () AVC

() Hipotensão () Hipertensão () Bradicardia () Taquicardia () Tremor () Dor () Baixa Saturação

() Hemorragias () Desorientação () Agitação () Dispneia () Broncoespasmo () Outros

Medicações Administradas na URPA (anotar horários)

Encaminhado para o andar

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

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

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

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

Anotações de Enfermagem:

ENCAMINHADO POR:

HORA:

Ana Paula F. de Souza
COREN-AN 002.112.95-26

Prontoclínica Dr. Paulo Gurgel
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

MÉDICO: Thiago

SETOR: Temo

LEITO: 104 E

PACIENTE: Isabeldo Nascimento da Costa

DIAGNOSTICO MÉDICO: t.b.c. 2

PROCEDÊNCIA: ☒ DOMICILIAR ☐ HOSPITALAR: QUAL: _____

ALERGIAS: Nise DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: Não

EVOLUÇÃO 05/11/19

HORÁRIO: 10h2

ASPECTO GERAL

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

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

☐ AVP: _____
☐ AVC: _____
☐ Jelco: _____
☐ Scalp.: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

☐ HV _____
☐ BI _____
ATB _____

PELE

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

APARELHO CARDIOPULMONAR

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

OBSERVAÇÕES: Recebido de lab. feito com + Rx pulm. pedicudo
Alta de volta em 2 dias.

VENTILAÇÃO

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

ELIMINAÇÕES

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

EVACUAÇÃO

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

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMEN
☒ FLACIDO ☐ GLOBOSO ☐ SEMI GLOBOSO
☐ DISTENDIDO ☐ DOR A PALPAÇÃO
☐ TIMPÂNICO ☐ MACIÇO ☐ RUÍDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

☐ DEAMBULANDO ☐ CADEIRA DE RODAS
☒ SOBRE MACA ☐ MULETA

DIETA

☐ AO SEIO ☐ ORAL/COPINHO ☐ GTM
☐ SOG/SNG _____
☐ RESÍDUO GÁSTRICO: _____
☒ ZERO ☐ VÔMITO _____ vezes

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 05/11/19

HORÁRIO: _____

ASPECTO GERAL

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

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

☒ AVP: _____
☐ AVC: _____
☐ Jelco: _____
☐ Scalp.: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

☒ HV _____
☐ BI _____
☒ ATB _____

VENTILAÇÃO

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

ELIMINAÇÕES

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

EVACUAÇÃO

☒ ESPONTÂNEA

PELE

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

APARELHO CARDIOPULMONAR

- ☒ EUPNEICO ☐ DISPNEICO ☐ TAQUIPNÉICO
☐ BRADIPNEICO ☐ TIRAGEM: _____
☐ RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
☐ TAQUICÁRDICO ☐ NORMOCÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES: RX pós OB. S/A.

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

APARELHO DIGESTÓRIO**ABDOMEN**

- ☒ FLACIDO ☐ GLOBOSO ☐ SEMI GLOBOSO
☐ DISTENDIDO ☐ DOR A PALPAÇÃO
☐ TIMPÂNICO ☐ MACIÇO ☐ RUÍDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

- ☐ DEAMBULANDO ☐ CADEIRA DE RODAS
☒ SOBRE MACA ☐ MULETA

DIETA

- ☐ AO SEIO ☒ ORAL/COPINHO ☐ GTM
☐ SOG/SNG _____
☐ RESÍDUO GÁSTRICO: _____
☐ ZERO ☐ VÔMITO _____ vezes

EVOLUÇÃO ____/____/____

ASPECTO GERAL

- ☐ CONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☐ ALGO ORIENTADO
☐ ATIVO ☐ REATIVO ☐ HIPOATIVO
☐ HIPERTÔNICO ☐ HIPOTÔNICO
☐ COMATOSO ☐ SEDADO ☐ ANASARCA ☐ EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

- ☐ AVP: _____
☐ AVC: _____
☐ Jelco: _____
☐ Scalp.: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

- ☐ HV _____
☐ BI _____
☐ ATB _____

PELE

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

APARELHO CARDIOPULMONAR

- ☐ EUPNEICO ☐ DISPNEICO ☐ TAQUIPNÉICO
☐ BRADIPNEICO ☐ TIRAGEM: _____
☐ RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
☐ TAQUICÁRDICO ☐ NORMOCÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES: _____

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

HORÁRIO:**VENTILAÇÃO**

- ☐ O2 AMB ☐ MV _____ % ☐ HOOD: _____
☐ ENTUBADO TOT Nº _____
 OBS: _____

ELIMINAÇÕES**DIURESE**

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

EVACUAÇÃO

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

APARELHO DIGESTÓRIO**ABDOMEN**

- ☐ FLACIDO ☐ GLOBOSO ☐ SEMI GLOBOSO
☐ DISTENDIDO ☐ DOR A PALPAÇÃO
☐ TIMPÂNICO ☐ MACIÇO ☐ RUÍDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

- ☐ DEAMBULANDO ☐ CADEIRA DE RODAS
☐ SOBRE MACA ☐ MULETA

DIETA

- ☐ AO SEIO ☐ ORAL/COPINHO ☐ GTM
☐ SOG/SNG _____
☐ RESÍDUO GÁSTRICO: _____
☐ ZERO ☐ VÔMITO _____ vezes

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

RELATORIO DE ENFERMAGEM

PACIENTE Osvaldo N. da Costa
 APTO.: _____ Nº REGIST. _____
 CONVEN. _____

CONVEN.

CONVEN.

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

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ASSINAT.
25.11.19	10:00	Paciente admitido ao setor pa- ra reanimação por parada car- diaca em sala de emergência.	Dyana Andreia S. de Araújo Téc. de Enfermagem COREN-AM 1.141.792
25.11.19	13:30	Paciente em C.C. em ma- ca, monitorado vital.	Dyana Andreia S. de Araújo Téc. de Enfermagem COREN-AM 1.141.792
25.11.19	16:40	Paciente apresentando náuseas + diarreia de cor branca, adm. plasil 01 amp + 100ml SF EV.	Dyana Andreia S. de Araújo Téc. de Enfermagem COREN-AM 1.141.792
25.11.19	20:00	Administração de Capixana 1 PR + 50ml SF 0,9% Dipirona 1 amp + Analg.	Dyana Andreia S. de Araújo Téc. de Enfermagem COREN-AM 1.141.792
25.11.19	22:00	Administração de Capixana 1 PR + 50ml SF 0,9% Dipirona 1 amp + Analg.	Dyana Andreia S. de Araújo Téc. de Enfermagem COREN-AM 1.141.792
25.11.19	22:00	Administração de Capixana 1 PR + 50ml SF 0,9% Dipirona 1 amp + Analg.	Dyana Andreia S. de Araújo Téc. de Enfermagem COREN-AM 1.141.792
26.11.19	8h	Paciente em sala de emergência, adm. plasil 01 amp + 100ml SF EV. Reanimação por parada cardíaca.	Dyana Andreia S. de Araújo Téc. de Enfermagem COREN-AM 1.141.792
26.11.19	11:10	Paciente em sala de emergência, adm. plasil 01 amp + 100ml SF EV. Reanimação por parada cardíaca.	Dyana Andreia S. de Araújo Téc. de Enfermagem COREN-AM 1.141.792
26.11.19	11:35	Paciente em sala de emergência, adm. plasil 01 amp + 100ml SF EV. Reanimação por parada cardíaca.	Dyana Andreia S. de Araújo Téc. de Enfermagem COREN-AM 1.141.792



EVOLUÇÃO MEDICA

PACIENTE: MARCELO

REGISTRO Nº

APTO.:

CONVENIO

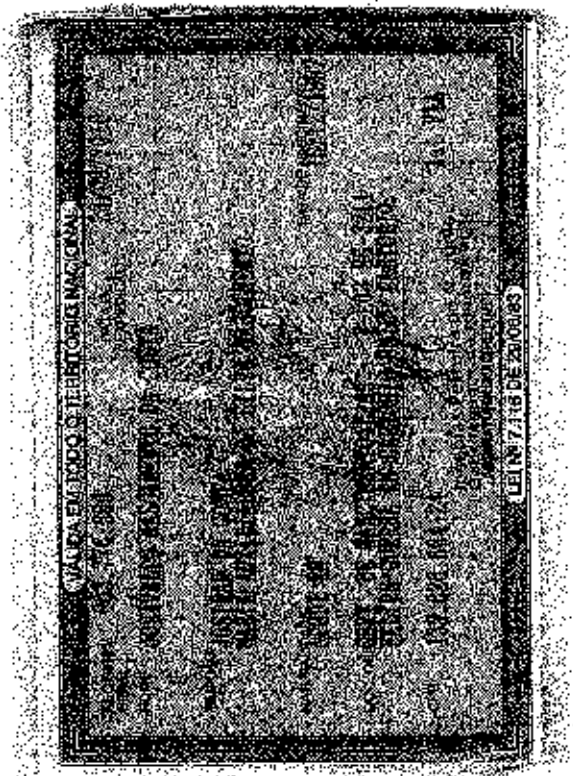
MÉDICO:

DATA / HORA	DESCRIÇÃO MÉDICA
08/11/14 13:00h	Admissão paciente admitido com traumatismo crânio de fratura de tibia distal CNZ de 200
08/11/14 15:45h	Exame físico paciente consciente e orientado, com trauma + osteotomia de fratura de tibia com placa com 4 parafusos + exatidão de fratura distal + fratura de tibia anterior
08/11/14 16:00h	S - 1.º grau - R. Alter. de fratura distal, sem fr. R. 1.º grau fratura distal de tibia sem fratura de tibia anterior fratura distal de tibia fratura distal de tibia

Dr. Thiago Jose da Costa
Ortopedia / Traumatology
CRM-BR 4545 / TEO 14846



DIA	HORAS	PRESSAO ARTERIAL	RESPIRACAO	TEMPERATURA	PULSO	DIETA	VOMITO	DIURESE	EVACUACAO	REMARKS
05.11.19	11:00	120 x 80	—	36.1 °C	—	—	—	—	—	Durante
05.11.19	18:00	110 x 80	—	35.9 °C	—	—	—	—	—	Durante
05.11.19	00:00	120 x 70	—	35.6	—	—	—	—	—	deitado
05.11.19	05:30	120 x 60	—	35.2	—	—	—	—	—	deitado



Victima

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN N° 011387321972
48004543/2014 15818044350
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VOL 1 PLACA DE NAVARRE 00908743565

NOME DO PROPRIETÁRIO
LUIZ GONZAGA DA SILVA NASCIMENTO
R FRANCISCA MARIA DE MORAIS, 79
CENTRO

59.736-000 FELIPE GUERRA/RN

075.269.124-44

MEM9699

FRANCISCO JANUNIO DE OLIVEIRA

MEM9699/RN

9C20C30707R067046

ESPÉCIE TIPO PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE

COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARKA/VEÍCULO HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB 2008

ANO MOD 2007

CAPACIDADE 10CV/124 CILINDRADAS

CATEGORIA PARTICULAR

COR PREDOMINANTE PRETA

MOTOR: 9C30E77067046

FELIPE GUERRA

DATA 04/03/2015

Coordenador Técnico de Registro de Veículos
FAP/DETRAN/RN

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOSEVALDO NASCIMENTO DA COSTA, brasileiro(a),
estado civil: SOLTEIRO, Profissão: PECUÁRIO, Data do Acidente 16.09.2019
Cobertura INVALENDEZ portador(a) do RG 003.776.589, órgão expedidor
SSP/RN do CPF: 139.828.684-24 residente no(a)
RUA BOA VISTA nº 28,
bairro: CENTRO / ÁREA URBANA, município: FELIPE GUERRA / RN.

OUTORGADO:

Nome: HEZANO GUILHERME GOMES E SILVA, brasileiro(a)
estado civil: SOLTEIRO Profissão: PECUÁRIO, portador(a) do RG
002.393.092, órgão expedidor SSP-RN e do CPF: 098.307.284-12, residente
no(a) RUA JOSÉ FERNANDO DE OLIVEIRA nº 195,
bairro: CIDADE ALTA, município: FELIPE GUERRA / 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.

FELIPE GUERRA - RN 127 DE NOVEMBRO DE 2019
Local e Data

X Josevaldo Nascimento da Costa
Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

Cartório Unico de Felipe Guerra
Av. Mira Solva, 959, Cidade Alta, CEP nº 59700-000
(84) 99999-8500

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de
JOSEVALDO NASCIMENTO DA COSTA

Seio Digital: RN201800943750001406UC
Conferir a autenticidade em: <http://verificador.seiodigital.org.br/seio>
Felipe Guerra/RN, 27 de Novembro de 2019 - 16:37

AA765373

CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
FELIPE GUERRA/RN
CPF: 13.123.012-10



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455507/19

Vítima: JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA

CPF: 139.828.684-24

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/09/2019

Titular do CPF: JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

HELANO GUILHERME GOIS E SILVA : 098.307.284-12

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

JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA : 139.828.684-24

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: 17/12/2019
Nome: HELANO GUILHERME GOIS E SILVA
CPF: 098.307.284-12

HELANO GUILHERME GOIS E SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

THIARA VIRGINIA DA HORA

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190704469

Vítima: JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA

Data do Acidente: 16/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HELANO GUILHERME GOIS E SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA

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, 04 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190704469

Vítima: JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA

Data do Acidente: 16/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HELANO GUILHERME GOIS E SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA

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: JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003483

Conta: 0000020667-6

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

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 339.828.684-24 4 - Nome completo da vítima: JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA

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

5 - Nome completo: JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA 6 - CPF: 339.828.684-24
7 - Profissão: RECUSOU 8 - Endereço: RUA BOA VISTA 9 - Número: 28 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CIDADE ALTA 12 - Cidade: FEHRE GUERRA 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59495-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): (84) 99998-5065

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (342)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3483 CONTA: 20667 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda 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 da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)? ☐ 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 responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: FEHRE GUERRA - RN - 27 DE NOVEMBRO DE 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101

OUIDORIA 0800 725 7474

338-771645036-1

04/DEZ/2019

HORA DE 15:17:03

LOT: 17.020885-0

TERM: 060619

LOCALIDADE: FELIPE GUERRA

AG. VINCULADA: 3483

CONTROLE: 041863557

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM DINHEIRO

3483 013 00020667-6

JOSIVALDO N DA COSTA

VALOR

2000

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISÃO
DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

338-771645036-1

1ª VIA



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE APODI
Telefone: (84) 3333-2737



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 867/2019

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo do Acidente: COLISÃO

Data e Hora do Acidente: 16/09/2019 às 09h30min.

Local da Ocorrência: Avenida Miraselva- Felipe Guerra/RN

Comunicante: A vítima

Identidade RG.:

CPF:

Profissão: Agricultor

Telefone: 99690-0121

Endereço:

Identificação da Vítima:

Nome: JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA

Identidade RG.: 3.776.589

CPF: 139.828.684-24

Naturalidade: Apodi/RN

Data Nascimento: 16/12/1997

Pai: Josivan da Costa

Mãe: Maria Auxiliadora da Silva Nascimento

Endereço: Rua Boa Vista, 28-Alta, Cidade Alta- Felipe Guerra/RN

Condutor ou Passageiro? Condutor não habilitado

Identificação do Veículo:

Tipo: MOTOCICLETA

Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN

Placa: MZM9699

Cor: PRETA

Chassi: 9C2JC30707R067046

RENAVAM: 00905751566

Proprietário: LUIZ GONZAGA DA SILVA NASCIMENT

ANO: 2006/2007

Condutor: JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA

HISTÓRICO:

O comunicante comparece a esta delegacia para formalizar a ocorrência de ACIDENTE DE TRANSITO (COLISÃO); Que a vítima seguia na Avenida Miraselva na cidade de Felipe Guerra, quando colidiu com uma motocicleta que entrou repentinamente na pista; Que a vítima foi socorrida pela ambulância de Felipe Guerra e levada para o Hospital de Felipe Guerra e depois transferida para o Hospital Tarcísio maia na cidade de Mossoró; Que a vítima sofreu fratura exposta na tibia direita em decorrência do acidente; Que a vítima foi submetida a procedimento cirúrgico. E nada mais disse.

OBS.: É de inteira responsabilidade do/a comunicante, a informação prestada neste BO. Se comprovadamente falsa a comunicação, sujeitar-se-á o responsável as sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável – Artigo 340 do Código Penal.

Providências: Registro do fato; e Expedição do B.O.

Local e data deste Registro: Apodi/RN, 27 de novembro de 2019.

Josivaldo Nascimento da Costa
Comunicante / Vítima

Izabel Aprigida de Carvalho Neta
APC – Izabel Aprigida de Carvalho Neta
Matricula: 129.235-8

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

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

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 3483 CONTA: 2066 7 6

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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.

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 da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: FOME GURBEA - RN - 27 DE NOVEMBRO DE 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019