
Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200192631

Vítima: SERGIO LEONI ALVES

Data do Acidente: 24/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCIO FELLIPE FELIX DE LIMA FERREIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SERGIO LEONI ALVES

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, 07 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200192631

Vítima: SERGIO LEONI ALVES

Data do Acidente: 24/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCIO FELLIPE FELIX DE LIMA FERREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SERGIO LEONI ALVES

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 superiores 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: **SERGIO LEONI ALVES**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **341**

Agência: **000002746**

Conta: **0000036734-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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: 060.547.284-07 4 - Nome completo da vítima: Sergio Leoni Alves

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

5 - Nome completo: Sergio Leoni Alves 6 - CPF: 060.547.284-07
7 - Profissão: Ajudante 8 - Endereço: Sítio Fente 9 - Número: 5N 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Monte Alegre 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.182.000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (84) 99946-2134

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\$1.000,00 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: CONTA: (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
Nome do BANCO: ITAU
AGÊNCIA: 2746 CONTA: 36734 7 (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 as 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 Gm) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grande 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(s)/vive(s)? ☐ 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: Monte Alegre 09/02/2020

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: 060.547.284-07 4 - Nome completo da vítima: Sergio Leoni Alves

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

5 - Nome completo: Sergio Leoni Alves 6 - CPF: 060.547.284-07
7 - Profissão: Ajudante 8 - Endereço: Sítio Fente 9 - Número: 5N 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Monte-Alegre 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.182.000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (84) 99946-2134

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\$1.000,00 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: CONTA: (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
Nome do BANCO: ITAU
AGÊNCIA: 2746 CONTA: 36734 7 (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 as 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 (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grande 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(s)/vive(s)? ☐ 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, Monte-Alegre 09/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SERGIO LEONI ALVES

BANCO: 341

AGÊNCIA: 02746

CONTA: 000000036734-7

Autenticação:

D52881847DEFFA652E449A2FAB84A4EF3B84A885F29DD766940B5FE634ED0EB9

COSERN

DADOS DO CLIENTE

ZILÉ DE SERRA FIM DA SILVA

CPF: 058.503.374-00

CLASSIFICAÇÃO

3 - RESIDENCIAL
REGIÃO RURAL

03/01/2020

03/01/2020

03/01/2020

03/01/2020

03/01/2020

03/01/2020

03/01/2020

03/01/2020

03/01/2020

03/01/2020

03/01/2020

03/01/2020

03/01/2020

03/01/2020

03/01/2020

03/01/2020

03/01/2020

03/01/2020

03/01/2020

03/01/2020

03/01/2020

03/01/2020

03/01/2020

03/01/2020

03/01/2020

03/01/2020

03/01/2020

03/01/2020

03/01/2020

03/01/2020

03/01/2020

03/01/2020

03/01/2020

03/01/2020

03/01/2020

03/01/2020

03/01/2020

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

PO. PORTES 82

PONTA AREA RURAL

MONTE ALEGRE RR

59182-000

7001344727 03/02/2020

Consumo médio (Wh) TUSD
Consumo médio (Wh) Tm
Consumo médio (Wh) Tm
Multa por atraso (R\$) 0,3187458
Juros de mora (R\$) 0,3187458 - 0,3187458

QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
220.000000	0,3187458	70.184.140
250.000000	0,3187458	79.686.450
		17.442.310
		2.278.140
		2.618.140

**COSERN**

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
 Companhia Energética do Rio Grande do Norte
 Rua Hermes, 450, Natal - RN, CEP 59025-263
 CNPJ 08.274.195/0001-91 | fone: Ffz. 21.055.193-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSE VIE VICENTE XAVIER

CPF: 039.514.084-24

CLASSIFICAÇÃOBI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Montesópolis**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RUA CARNAUBA 716 QD- 2 LT. 23

ESPERANÇAVARIA URPANA
MONTE ALEGRE RN
59182-000

047506516	UNICA	2005/2020
2006/2020	3610517374	2342431

7005957138	05/2020
05/2020	10/06/2020
	128,16

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Alvo (AWN)-TUSD	187,000000	0,3324752	55,53
Consumo Alvo (AWN)-TE	187,000000	0,32742103	54,87
Catálogo N.º. Pública Municipal			17,68
Multa por atraso NF 039506516- 19/03/20			2,16
Juros por atraso NF 039506516- 19/03/20			1,79
Anulação do GPM NF 039395576- 14/03/20			4,45

TOTAL DA FATURA

128,16

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ACTUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWh)
210003214	CAT	20/04/2020	5817,00	20/05/2020	5854,00	30	7,0000		197,00

Mês/Ano kWh	VALOR	VALOR DE CUSTO	%	VALOR DO IMPORTE	Detalhamento	VALOR	PERCENTUAL
MAI/20 187					Despesa de Energia	R\$ 28,00	21,85%
JUN/20 202					Transmissão	R\$ 4,89	3,82%
JUL/20 183					Distribuição (Consumo)	R\$ 27,78	21,69%
AGO/20 145					Perdas de Energia	R\$ 7,31	5,69%
SET/20 145					Energia Solar	R\$ 0,22	0,17%
OUT/20 161					Tributos	R\$ 20,74	16,20%
NOV/20 137					Total	R\$ 119,11	100%
DEZ/20 173							

Consumo Alvo (AWN)-TUSD

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | **SAC** (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | **Central Ouvidoria**: 0800 021 91 95

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/DOCCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

Pelo exposto, eu Marcio Felipe Felix De Lima Feneima
inscrito (a) no CPF/CNPJ 073.365.964, 37, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Sergio Leoni Alves inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.543.284, 09
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Sergio Leoni Alves
inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.543.284, 09, conforme determinação da Circular Susep 445/12;
Declaro: Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Cornélio</u>	Número: <u>216</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Colímbinhos</u>	Cidade: <u>Monte - Alegre</u>	Estado: <u>RS</u>
E-mail: _____	CEP: <u>59.182-000</u>	Tel (DDD): <u>(51) 90946-2734</u>

Local e Data:

Monte - Alegre 26/05/2020
Marcio Felipe Felix De Lima Feneima
Assinatura do Declarante



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 67089 /2019

Admissão: 24/12/2019 03:34:14

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 157291 - SERGIO LEONI ALVES (25 a 4 m 30 d)

Nascimento: 25/07/1994 Natural: NATAL BRASIL

CNS: 898004107628742 CPF: 06054728407

Mãe: MARIA DE LOURDES TRAJANO ALVES Pai:

Legradoiro: FORTES, 59

CEP: 59182000

Bairro: AREA RURAL

Cidade: MONTE ALEGRE

Telefone: 84 996585242

Compl: PACIENTE COLISAO MOTO/ANIMAL NO
MUNICIPIO DE TIMBAUBA

Motivo: MOTO X ANIMAL

Origem: AMBUL. SAMU RN

Tipo: REFERENCIADO

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 24/12/2019 03:30:00

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISAO MOTO-ANIMAL COM FRATURA EXPOSTA MSD E TRAUMA CONTUSO EM
HEMITORAX D

Hora: _____

Vítima de Colisão moto x Cavalo. Nega perda
consciência ou náuseas. Refere dor em HTD.

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 08/02/2020
MAT. Nº. SAME

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A VMP: Nega Cervicalgia
- B Taquicardia leve
- C Estável hemodinâmico; Arteriais Flácidos, dor leve e palpáveis de Fl.
- D Colarinho 25; Pupilas Iso/Foto
- E Dor e mobilização de antebraço ②.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

104001151
24/12/19 3:46
10414118046

*Saída:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

24/12/19

A

B

C

D

E

A(ALÉRGICAS) Nega

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL) Desatualizada

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

- Raio-X de Antebraço @ AP/Perfil

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUITA PRIMÁRIAS/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

① VIT

② Dipirona - 01 amp + ABX EV

③ Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV

3.40h
CONFERE COM ORIGINAL
NATAL: 08/01/20
MAT. Nº. 5486
ASSINATURA

- TC de Tórax sem Hava/Pneumotórax ou Fx de Pleura Costais.

TC de Abdome sem sinais de líquido livre ou lesões viscerais.
Paciente segue estável, com melhora parcial das queixas
algivas. * Cód. - Observação da Cir. Geral.

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

Ortopedia

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

HORA

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

ÓBITO: DATA / / HORA

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

A
B
C
D
EA(ALÉRGICAS) Nega

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL) Desatualizada

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

- Raio-X de Antebraço @ AP/Perfil

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

① VIT

② Dipirona - 0,5 amp + ARB EV

③ Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 05/10/19
MAT. 12

- TC de Tórax sem Hemo/Pneumotorax ou Fr. de Arco Costais.
TC de Abdome sem sinais de líquido livre ou lesões viscerais.
Paciente segue estável, com melhora parcial dos quadros
clínicos. * Col: - Observação da Cir. Geral.

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

Ortopedia

HORA:

05:30

DATA:

24/12/19

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

HORA

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

ÓBITO: DATA / / HORA

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

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou _____

CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **157291 SERGIO LEONI ALVES**

Prontuário: 1192262

CNS: 898004107629742

Nascimento: 25/07/1994

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA DE LOURDES TRAJANO ALVES

Pai: _____

Endereço: SÍTIO FORTES I, 59 - AREA RURAL - MONTE ALEGRE

Fone: 996585242 /

Município: MONTE ALEGRE

Código Municipal IBGE: _____

240780 UF: RN

CEP: 59182-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo Nº 37880 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

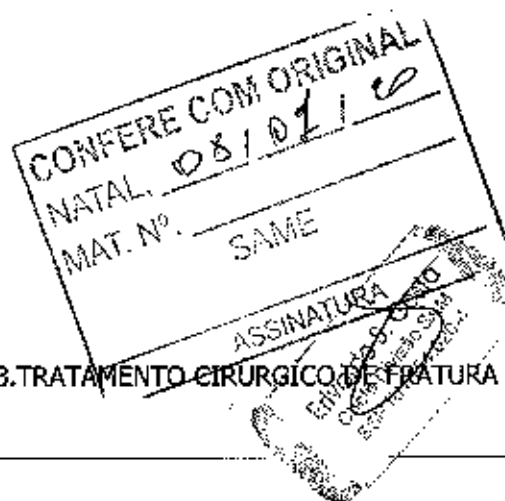
TTT CIRURGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

SEMILOGIA E RX

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S52.4 FRATURA DAS DIAFISES DO RADIO E DO CUBITO [ULNA]*408020423. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIA

**Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?**

ANTEBRAÇO, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes☐ Hipertensão☐ Obesidade☐ Faz Antibioticoterapia☐ Lesão por pressão☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

ANTONIO MAXSUELTON ALVES DE SOUZA

CRM: 7569 / RN

Data da Solicitação 24/12/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____

Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____

CBOR: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2: 29.12.19 07:00

ANAMNESE ACIDENTE MOTO X MURTO 14 E 7H

EXAME FÍSICO FRACTURA CRANIO 291 0121 90 15-11-2020 (2)

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA F.R. 0121-277 170 (2)

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

RAIO F.R. 0121 170 (2)

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

- V.D.
- Curativo
- T.N. AXILAR - 11/12/20 (2)
- Exercício 1h (02 PM) ou 9/12h
- no CC

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNOAMENTO NA CLÍNICA

DATA: / / HORA:

SAÍDA: DATA: / / HORA: 10/1/20

Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:

OBITO: DATA: / / HORA:

Entregue à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐

Dr. Leonardo dos S. Correia
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião de Coluna
CRM 4547 TEOT 10314

Médico (Carimbo)

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 08/10/20
MAT. 16
ASSINATURA
INTER ☐

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNOAMENTO NA CLÍNICA

DATA: / / HORA:

SAÍDA: DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:

OBITO: DATA: / / HORA:

Entregue à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐ INTER ☐

FIA / BAA: 12342 / 2019

Paciente: SERGIO LEONI ALVES

Convênio: SUS

Categoria: GRATUITO

Unidade: 4 ANDAR

Quarto / Leito: 17 / 459E

Tipo de Cirurgia: 4

Prontuário: 1192262

Data Agendamento: 24/12/2019 15:00

Cirurgia: TTO CIR FRAT DA EXTR/METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO

Data Realização: 24/12/2019 14:00

Potencial de Contaminação:

Cirurgião: LEONARDO DOS SANTOS CORREIA

Anestesiista: GILBERTO DE SOUZA OLIVEIRA FILHO

Tipo Anestesia: BLOQUEIO DE PLEXO

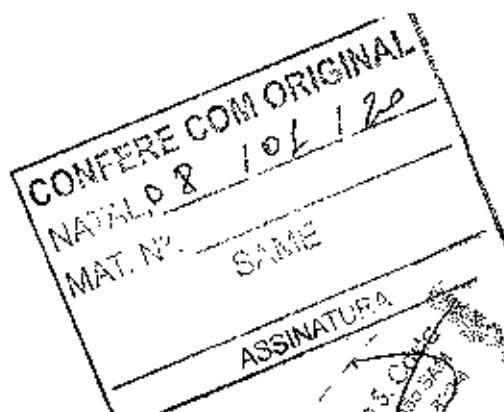
Instrumentador: FLAVIA - Hospital

Equipe:

Data do Relatório: 24/12/2019 14:31

Profissional:

Relato da Cirurgia: PCT EM D. DORSAL, SOB ANESTESIA REGIONAL, LAVAGEM EXAUSTIVA DOS FERIMENTOS NO ANTEBRAÇO D, COM SOL. FISIOL. E SABÃO, SUTURA POR PLANOS, CURATIVO, IMOB. GESSADA.



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 12342 /2019

Prontuário: 1192262

Paciente: 157291 - SERGIO LEONI ALVES

Cartão SUS: 898004107629742

CPF: 06054728407

Dt Nasc: 25/07/1994

Idade: 25 anos 4 meses 30 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA DE LOURDES TRAJANO ALVES

Nome do pai:

Rua/Av: FORTES I

Nº: 59

Complemento: PACIENTE COLISAO MOTO/ANIMAL NO MUNICIPIO DE

Bairro: AREA RURAL

TIMBAUBA

CEP: 59182000

Cidade: MONTE ALEGRE

Telefone: 84 996585242 84 996585242

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1003

Responsável: SERGIO LEONI ALVES -

Usuário: FRANCLE AVELINO DE ARAUJO

Admissão: 24/12/2019 09:01:06

Alta:

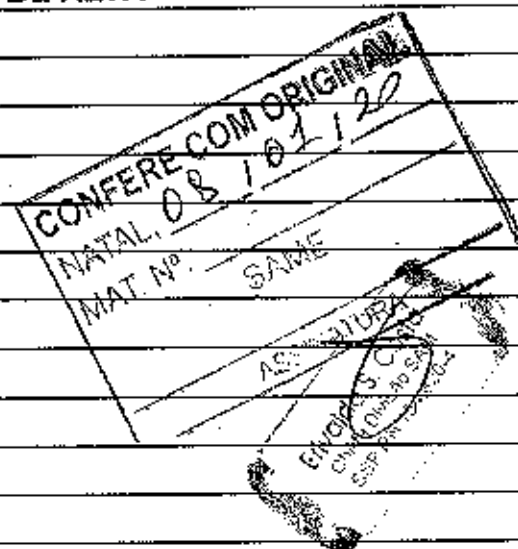
Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S52.4 - FRATURA DAS DIAFISES DO RADIO E DO CUBITO [ULNA]
408020423 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA



NATAL, 24 de Dezembro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

REGISTRO DE INTERNAMENTO

Nº AIH: _____ Nº ATENDIMENTO: 499593 DATA: 07/01/2020
TIPO DE INTERNAMENTO: _____ HORA: _____
ACOMODAÇÃO: ENFERMARIA LEITO: 1 ANDAR 202 B CONVENIO: SUS
MATRÍCULA: 898004107629742 VALIDADE: _____
Criado por Joyce de Lima Soares em 07/01/2020 20:20

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: SERGIO LEONI ALVES SEXO: Masculino
DATA DE NASCIMENTO: 25/07/1994 RG: 002722710 CPF: _____
FILIAÇÃO MÃE: MARIA DE LORDES TRAJANO ALVES
FILIAÇÃO PAI: SERGIO PEREIRA ALVES
ENDEREÇO: SÍTIO FONTES Nº 69
BAIRRO: ZONA RURAL CIDADE: MONTE ALEGRE
ESTADO: RN CEP: 59182-000
FONE: (84) 99658-5242 FONE: (84) 99851-1522

SUMÁRIO DE ALTA

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

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA
CNPJ: 09.417.742/0001-91
Confere com o Original
Data: 14/01/2020

João L. Soares

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

DECUBITO DORSAL SOB BLOQUEIO DE FLENO BRAQUIAL E SEDACÃO + ANTISPESIA E ASPEPSIA N°50
 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS + INCISÃO DORSAL PARA RADIO + DIVULSAO POR PLANOS.
 INCISÃO PARA ACESSO PARA ULNA, DIVULSAO, NEUROLISE DO NERVO INTEROSSEO
 TRANSPOSIÇÃO MUSCULAR APÓS DESINSERÇÃO DOS MUSCULOS EXTENSORES ANTEBRAÇO.
 REDUÇÃO DA FRATURA COM DIFICULDADE E FIXAÇÃO DA MESMA COM 2 PLACAS DCP E PARAFUSOS
 CRUENTIZAÇÃO LOCAL, OSTECTOMIA HEMOSTASIA CALDEIRA LOCALMENTE
 FECHAMENTO POR PLANOS, CILATIVOS, ENCAIXILHO POTE AO CIRPA SOB CUIDADOS DA ANESTESIA.

 ASSINATURA OU CARIMBO DO MÉDICO **Dr. Carlos A. Mendes da Silva**
 Traumatologia 5547

ASSINATURA DO CARIMBO DO MUNICÍPIO

Dr. Gentil Fernandes da Silva Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5647

SEDASAO • LOCAL

MONTAGEM					
20	DI CONTINUO				ECG + PNE + SPO2+CAPNOGRAFO
18	SPO2				VENOCISE - JEICO 20G
	ETCO2				
16					MIDAZOLAM 5 mg - 1 AMP -> 5MG
14					FENTANIL 250 mcg - 1 AMP -> 200
12					CEFAZOLINA - 2GR --> 2G
10					DEXAMETASONA 10mg - 1 AMP -> 10mg
8					DIPRONA - 1AMP --> 2G
6					BROMOPRIDA 10mg - 1 AMP --> 10mg
4					RANTIDINA 50mg - 1AMP --> 50mg
2					PROPOFOL 20ML AMP-
					KETAMINA 10ML - AMP-
N	TECNICA ANESTESICA				CATETER TIPO GOULDS - UN
C	AVALIACAO PRE ANEST				CORTICO - UN
T	CHECO SALA OPERATORIO				SF 0.9% 250V/L -
A	MONITORIZACAO				Bt 500ML - FA
C	SEDACAO LOCAL REALIZADA				JELCO
O	PELO CIRURGAO				AGULHA ESTIMULO PLEX.
E					MASCARA LARINGEA
S					CANULA DROTRACHEAL
	MIN. C/ ACRÉSCIMO	MIN. S/ ACRÉSCIMO	TOTAIS	INICIO DA ANESTESIA:	11:00
				INICIO DA CIRURGIA:	11:05
				TERMINO DA CIRURGIA:	11:40
				TERMINO DA ANESTESIA:	12:00
				OBSERVAÇÕES:	

DR. FRANCISCO DA SILVA MELO
ANESTESIOLOGISTA SBA 15714
CRM: 4539 - CPF: 585.148.404-34
RQE: 3525

CRM: 4539-CP
RQE: 3528

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Suzana Maria Alves Nº REGISTRO 497593
Data Nascimento 15/07/94 IDADE 24 Sexo M LEITO: Data de Admissão / /
MÉDICO: Dr. Gurgel

ADMISSÃO DO CENTRO CIRURGICO

JEJUM COMPLETO INCLUINDO AGUA? () Não (☒) Simx início 22:00 PESO: 74 Kg Altura: cm
RETIRADA DE PRÓTESES/ORTESE/ADORNOS: (☒) SIM () NÃO
ALERGIAS: (☒) NÃO () SIM: Nenhuma
DOENÇAS PREGRESSAS: () DM () HAS () TABAGISMO () HIV () Hep B () Hep C () Arritmias () DPOC () AVC ()
Marcapasso () Outros: Nenhuma Medicamentos de uso frequente: Insulina
Consentimento Cirúrgico Preenchido () Não (☒) Sim
Exames: () Labor () Raio x () USG () TC () RNM () Risco cirúrgico Outros:
Encaminhado: () Deambulando (☒) Cadeira de Rodas () Maca (☒) consciente () Inconsciente (☒) Orientado ()
Desorientado

Anotações de Enfermagem:

Conferido informação acima por Enfermeira Admitido na sala: SQA Hora 10:38

ETAPA I: PRÉ-INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta ATB "D" (Vagina - 19:00)

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

1. Equipe completa presente (☒) Sim () Não
2. Paciente com identificação e cirurgia confirmada (☒)
3. Termo de consentimento (☒) Cirúrgico () hemoterapico () não, caso não esteja assinado contatar o médico.
4. Local da intervenção marcado corretamente (☒) sim () não () não aplicável
5. Bisturi elétrico disponível e testado (☒)
6. Aparelho de Anestesia (☒)
7. Equipamento de Vídeo ()
8. Monitor Multi-Parâmetro (☒)
9. Saída de: Oxigênio (☒) Ar Comprimido () Vácuo ()
10. Aspirador cirúrgico disponível e testado (☒)

11. Mesa cirúrgica testada (x)
12. Hemoderivados solicitados e reservados () sim () Não (x) 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: () sim () não PNI/Manguito em: h3e Placa neutra: Local: _____

Passado faixa de smarch: Não (x) sim, em: h3e Início _____ Termina _____

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

Infusões: SFO, 9% 500 ml R. Lactato: 1000 ml Simples _____ ml SG5% _____ ml

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

Sinais vitais: PA: _____ mmHg FC: _____ bpm Sat: _____ % T: _____ °C Hora: 11

Anestesia: Início _____ Termina _____ () Geral Inalatório () Geral Venosa (x) Sedação () Local
() Peridural () Raquí (x) Bloqueio: _____

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

AVP: () não (x) sim _____, Jelco nº _____ por _____

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

Ferida operatória: Curativo limpa e seca

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

Material Explantado: _____

Conferido por Eduarda Intercorrência 311
1075839

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) OLFR ceftriaxona 1g

ceftriaxona dissódica
hemieptaidratada

Associação genérica
Cil. no. 100, de 1000

1000 mg

Wax Farmacêutica S.A.

VENHA SUA
PRESCRIÇÃO
USO RESERVA
A HOSPITAL
SUS: 0000 701 8399
por hospital
Vig. 05/08/2011 11:00:00

Reg. MS 1.163.10.006

OPME: () NÃO (X) SIM, qual

01 placa DCP 06 furos	01 placa DCP 09 furos	CX 3,5
04 PF n° 16 > cort.	07 PF n° 18 > cort.	
02 PF n° 14 >	00 PF n°	
	00 PF n°	

Anotações de Enfermagem e Intercorrências 511

▶ Início da cirurgia: _____ Término da cirurgia: _____

CIRURGIÃO: <u>Dr. Gentil</u>	ASSISTENTE: _____	ANESTESIOLOGISTA: <u>Dr. Melo</u>
INSTRUMENTADORA: <u>Symone</u>	CIRCULANTE: <u>Edmar</u>	ENFERMEIRA: <u>Samela</u>

URPA (Unidade de Recuperação pós-anestésica)

Condições de admissão do paciente:

() Acordado () Sonolento () agitado Ar ambiente () MV 50%

() Cateter de O₂ () TQT () AVP () AVC

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

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

Medicações Administradas na URPA (anotar horários) paciente apresentou dor. Adm.

2 Amp. de tramadol + 100ml S.O. 17/12. 17/12. 17/12. 17/12.

Encaminhado para o andar

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

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

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

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

Anotações de Enfermagem: _____

ENCAMINHADO POR: _____ HORA: _____

PACIENTE: Sérgio Leoni Alves

SETOR: T LEITO: 20213

DIAGNÓSTICO MÉDICO: ATB @

IDADE: 25 ANOS

PROCEDÊNCIA: () DOMICILIAR (X) HOSPITALAR: QUAL: trauma

ALERGIAS: NENHUMA DOENÇAS PREEXISTENTES: NENHUMA

em 07.01.20, Horário: 08h

ASPECTO GERAL

(X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
() LATENTE () RELATIVO () INCONTINENTE
() HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
() COMATOZO () ACIDADO () ANASARCA () EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

() AVP
() AVC
() JVE
() SVE

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

() IV
() B
() ATB

PELE

(X) FRIATADA () FRIALDA () ICTÉRICA
(X) ANEMORIZADA () HIPOCORADA () CIANOSE
() EXTREMIDADES FRIAS (X) EQUIMOTÓNICAS
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() OKTIO Local:
Características do fôlego:

APARELHO CARDIORRESPIRATÓRIO

(X) EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
() BRADIPNEICO () HIGIENIZADO
() RUIDOS ADVENTÍCIOS TIPO:
() TAQUICÁRDICO (X) BRADICÁRDICO () BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES: * ACIDENTE DE TRÔTULO ÀS 15:00h

* NENHUMA

TRATAMENTO ORAL E INTRAVENOSO DE RABO E HEMORRÁGICA

A ORIENTADO QUANTO A SINAIS E SINTOMAS INICIAIS

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 08/01/20 INFUSÃO C9L

ASPECTO GERAL

(X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
() LATENTE () RELATIVO () INCONTINENTE
() HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
() COMATOZO () ACIDADO () ANASARCA () EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

(X) AVP
() AVC
() JVE
() SVE

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

(X) IV
() B
() ATB

VENTILAÇÃO

(X) 12 AMB () IMV % () HOOD:
() ENTUBADO TOT Nº
O2:

ELIMINAÇÕES

DIURSE
(X) ESPONTÂNEA () SVA A CADA:
() HEMATURIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA
() POLÚRIA () SVO
ASPECTO/CARACTERÍSTICA:

EXERCÍCIO

(X) ESPONTÂNEA
() ENTUBADO:
() ALSEITE DIAS
ASPECTO/CARACTERÍSTICA:

APARELHO DIGESTÓRIO

ANOREXIA
(X) ALTO () SEMI GLOBOSO
() DISTENDIDO () DURA PALPAÇÃO
() TUMÉFACIL () EMACIAÇÃO () RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

(X) DEAMBULANDO () CADDEIRA DE RODAS
() ESCORIMAXA () MULETA

DIETA

() AO SBO () ORAL/COPINHO () GTM
() SDO/SVO
() SVO GÁSTRICO:
() CMPO vezes

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

PR 2
 HIDRATADO () DESIDRATADO ()
 INFLAMATÓRIA ()
 DIAPROSE

() CEFALALGIA
 () HIPERTERMIA
 () DRENO Local
 Característica do líquido:

APARELHO CARDIOPULMONAR

() EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
 () BRADIPNEICO () TIRAGEM
 () RUIDOS ADVENTÍCIOS, TIPO:
 () TAQUICARDIA () NORMOCÁDIA

APARELHO DIGESTIVO

ABDOMEN
 () MACIO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
 () DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
 () TUMÉFICO () MACIO () RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

() DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS
 () CARRUAGEM () MULETA

DEFE

() TACIDO () ORAL/COPINHO () CTM
 () COPINHO
 () RESÍDUO GÁSTRICO
 () VÔMITO

OBSERVAÇÕES:

Paciente em pré-operatório
 de cirurgia.

Haneize Azevedo do N. Neves
 COREN/RN - 532.236/ENF

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 08/04/20

HR: 11:12

ASPECTO GERAL

() CONSCIENTE () ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
 () ATIVO () REATIVO () HIPERATIVO
 () HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
 () COMATOSO () SEDADO () ANASARCA () EDEMA

ASPECTO VENCOSO (Sinais e sintomas de venoz)

() AVP
 () AVC
 () SVD
 () SVD

RESUMO DE EVOLUÇÃO MEDICAMENTOSA

() IV
 () IM
 () SC

CPM

() EXTREMIDADES FRIAS () EXTREMIDADES QUENTES
 () HIPERTERMIA
 () HIPERTERMIA
 () DRENO Local
 Característica do líquido:

APARELHO CARDIOPULMONAR

() EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
 () BRADIPNEICO () TIRAGEM
 () RUIDOS ADVENTÍCIOS, TIPO:
 () TAQUICARDIA () NORMOCÁDIA

VENTILAÇÃO

() O2 AMB () MV % () HOD
 () ENTUBADO TOT No
 OBS:

EXAME DE

() EXAME DE
 () EXAME DE
 () EXAME DE
 () EXAME DE

EXAME DE

() ESPONTEANEA
 () ESPONTEANEA
 () ANISTE
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA:

ABD

() MACIO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
 () DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
 () TUMÉFICO () MACIO () RUIDOS HIDROAÉREOS
 () DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS
 () CARRUAGEM () MULETA

DEFE

() TACIDO () ORAL/COPINHO () CTM
 () COPINHO
 () RESÍDUO GÁSTRICO
 () VÔMITO

OBSERVAÇÕES:

Paciente em pré-operatório
 de cirurgia.

Kassya W. S. da Silva
 Enfermeira
 COREN/RN - 220.236

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

PACIENTE: Sérgio Leoni Alves SETOR: _____ LEITO: _____
DIAGNOSTICO MÉDICO: _____ IDADE: _____

PROCEDÊNCIA: () DOMICILIAR () HOSPITALAR: QUAL: _____
ALERGIAS: _____ DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: _____

EVOLUÇÃO 09/01/20 HORÁRIO: 24h

ASPECTO GERAL

() CONSCIENTE (X) ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
(X) 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 _____
() SI _____
() ATB _____

PELE

(X) HÍDRATADA () RESSECADA () ICTÉRICA
() NORMOCORADA () HIPOCORADA () CIANOSE
() EXTREMIDADE FRIAS (X) NORMOTÉRMICA
() HIPOTERMIA: _____
() HIPERTERMIA: _____
() DRENO Local: _____
Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

(X) EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
() BRADIPNEICO () TIRAGEM: _____
() RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
() TAQUICÁRDICO (X) NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES: 4 AQUILIN CIRURGIA
FORNTE DE FORTON

VENTILAÇÃO

(X) O2 AMB () MV _____ % () HOOD: _____
() ENTUBADO TOT Nº _____
OBS: _____

ELIMINAÇÕES

DIURESE
(X) ESPONTÂNEA () SVA A CADA: _____
() HEMATÚRIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA
() POLIÚRIA () SVD _____
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

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

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMEN
(X) FLACIDO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
() DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
() TIMPÂNICO () MACIÇO () RUÍDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

() DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS
(X) SOBRE MACA () MULETA

DIETA

() AO SEIO () LORAL/COPINHO () GTM
() SOG/SNG _____
() RESÍDUO GÁSTRICO: _____
(X) ZERO () VÔMITO _____ vezes


Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 10/01/20 HORÁRIO: _____

ASPECTO GERAL

() CONSCIENTE () ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
(X) ATIVO () REATIVO () HIPOATIVO
() HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
() COMATOSO () SEDADO () ANASARCA () EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

(X) AVP: _____
() AVC: _____
() Jelco: _____
() Scalp: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

(X) HV _____
() BI _____
() ATB _____

VENTILAÇÃO

(X) O2 AMB () MV _____ % () HOOD: _____
() ENTUBADO TOT Nº _____
OBS: _____

ELIMINAÇÕES

DIURESE
(X) ESPONTÂNEA () SVA A CADA: _____
() HEMATÚRIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA
() POLIÚRIA () SVD _____
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

(X) ESPONTÂNEA

PELE

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

APARELHO CARDIOPULMONAR

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

OBSERVAÇÕES:

Paciente sem queixas, aos cuidados e de
 sendo bem feita.

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

APARELHO DIGESTÓRIO**ABDOMEN**

☒ FLACIDO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
☐ DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
☐ TIMPÂNICO () MACIÇO () RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

() DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS
☒ SOBRE MACA () MULETA

DIETA

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

Maria Bezerra de O. Medeiros
 Enfermeira

08/01/2014

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 10/01/2014

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 () RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

☒ DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS
☐ SOBRE MACA () MULETA

DIETA

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

ASPECTO GERAL

☒ CONSCIENTE () ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
☒ ATIVO () REATIVO () HIPDATIVO
☐ HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
☐ COMATOSO () SEDADO () ANASARCA () EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

☒ AVP: _____
☐ AVC: _____
☐ Delco: _____
☐ Scalp: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

() HV _____
☐ BI _____
☒ ATB antimicrobianos

PELE

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

APARELHO CARDIOPULMONAR

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

OBSERVAÇÕES:

* Ao PS, 10/01/2014
 * S/L

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

PACIENTE: 5000 Udon
APPO: 202 B AS RECEIPT.
CONVEN.

[illegible]

Dr. Geni Fernandes de A. Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM/RN 5637

CONTROLE HÍDRICO E T.P.R.

APY:

PRONTUÁRIO
DR. PAULO AUGUSTO

Nome: Sergio Leoni

CONVÊNIO:

MÉDICO:

REG:

DATA	HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PULSO	DIETA	VÔMITO	DIURSE	EVACUAÇÃO	ASSINATURA
01.01.20	22:00	120 x 80	—	35,5°C	—	300	—	—	—	Argemir
02.01.20	06:00	110 x 80	—	35,5°C	—	300	—	—	—	Argemir
03.01.20	10:00	110 x 70	—	35,5°C	—	300	—	—	—	Argemir
04.01.20	14:30	120 x 80	—	36,0°C	—	—	—	—	—	Argemir
05.01.20	20:00	120 x 80	—	36,1°C	—	—	—	—	—	Argemir
06.01.20	06:00	120 x 80	—	35,1°C	—	—	—	—	—	Argemir
07.01.20	12:00	120 x 90	96%	36,2°C	72	—	—	—	—	Argemir
08.01.20	20:00	130 x 70	—	36,5°C	—	0	—	—	—	Argemir
09.01.20	06:00	130 x 80	—	35,8°C	—	0	—	—	—	Argemir
10.01.20	16:00	120 x 90 mmHg	—	36,4°C	—	200	—	OK	—	Argemir
10.01.20	22:00	120 x 80	—	36,4°C	—	—	—	—	—	Argemir
11.01.20	06:00	120 x 80	—	36,4°C	—	—	—	—	—	Argemir

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

PAULO LUIZ

STACIO LUIZ ALVES

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

CARTÃO DE IDENTIDADE

002.722.710 2ª VIGILANCIA 22.09.2010
 Sérgio Iconi Alves
 Sérgio Pereira Alves
 Maria de Lourdes Trajano Alves
 Natal-RN
 25.07.1994
 Declared Nas. Nº16-02OLiv.32A Pol.39
 Carlos de Monte Alegre-RN
 080 047 234-07
 2008-09-25
 Assessoria de Planejamento e Desenvolvimento Social
 Unidade

VALIDA EM TODAS
AS REGIÕES NACIONAIS

1486764539

MARCIO PHILIPPE FELIX DE LIMA FERNANDA

CPF: 083310479 ITAP RM

RG: 073.886.064-37 DATA NASCIMENTO: 15/01/1983

FILIAÇÃO: MARCON AURELIO FERNANDA

MARIA JOSECI FELIX DE LIMA

PERMISTADO: ☒ NÃO: ☐ CASADO: ☐ AD: ☐

Nº REGISTRO: 05004295470 VALIDADE: 05/12/2022 DATA CANCELAMENTO: 11/10/2013

OBSERVAÇÕES:

Marcio Felipe Felix de Lima Fernanda

ASSINADO POR: _____

LOCAL: **PARANATIM, RN** DATA EMISSÃO: **07/12/2017**

Marcio Felipe

Local: Maria Gervásio Bonfim

Coordenador de Registro de Condicionais: 40398295014

Assessoria Técnica: 00702761120

RIO GRANDE DO NORTE

CRÉDITO CLASSIFICADO

1486764539

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Sérgio Leoni Alves, brasileiro(a),
estado civil: Solteiro Profissão: Auxiliar, portador(a) do RG
002.722.710, órgão expedidor SSP/PN e do CPF: 060.547.284-07, residente
no(a) Sto Gentes I, nº SN,
bairro: Zona Rural, município: Monte Alegre, RN.

OUTORGADO:

Nome: Marcos Felipe Félix de Lima Fereira, brasileiro(a)
estado civil: casado Profissão: vendedor, portador(a) do RG
002.313.475, órgão expedidor SSP/PN e do CPF: 073.365.064-37, residente
no(a) Res. Esperança - Rua Carmoita, nº 216,
bairro: Coimbrões, município: Monte Alegre, RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

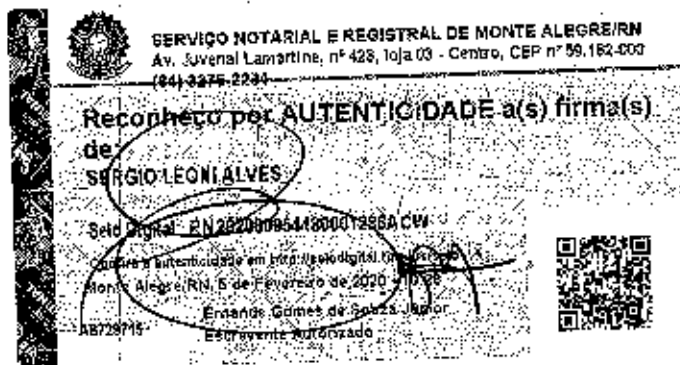
Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

Monte Alegre 04/02/2020
Local e Data

Sérgio Leoni Alves
Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0149758/20

Vítima: SERGIO LEONI ALVES

CPF: 060.547.284-07

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 24/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SERGIO LEONI ALVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARCIO FELLIPE FELIX DE LIMA FERREIRA : 073.365.064-37

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

SERGIO LEONI ALVES : 060.547.284-07

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: 27/05/2020
Nome: MARCIO FELLIPE FELIX DE LIMA FERREIRA
CPF: 073.365.064-37

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/05/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

MARCIO FELLIPE FELIX DE LIMA FERREIRA

GERCIA LOURENCO DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200192631 **Cidade:** Monte Alegre **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SERGIO LEONI ALVES **Data do acidente:** 24/12/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE RÁDIO E ULNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA. (P4,5,10,12,14,20)

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

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50