
Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200333363

Vítima: JANILSON DE MELO CANELA

Data do Acidente: 17/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO MARIA DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JANILSON DE MELO CANELA

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, contados 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, 03 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200333363

Vítima: JANILSON DE MELO CANELA

Data do Acidente: 17/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO MARIA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JANILSON DE MELO CANELA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JANILSON DE MELO CANELA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 033

Agência: 000000080

Conta: 000001099123-1

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



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:

041-646-944-24

4 - Nome completo da vítima:

Janilson de Melo Lameira

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

5 - Nome completo:

Janilson de Melo Lameira

7 - Profissão:

Receio

8 - Endereço:

Rua Contador

6 - CPF:

041-646-944-24

9 - Número:

137

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Wagner Nul

12 - Cidade:

Nordeste

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59135-360

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Santander

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0080

CONTA:

4099123

9

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

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

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

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ 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 (vivo)?

☐ 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 pedido (a rgo)

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Natal 21-08-2024

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODoviÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 105475

1 - LOCAL E DATA

Local AV. CORVEIROS Bairro CENTRO
Cidade/UF EXTREMOZ P.Ref. CAIXA ECONOMICA FEDERAL
Data 17/06/2020 Hora do acidente 06:20 Hora do registro 06:50 Dia da semana QUARTA FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ - Colisão Frontal ☒ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento
☐ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Outros(s) _____

3 - VEICULO 01:

Placa ou Chassi KGL 3091 Cidade EXTREMOZ UF RN
Marca/Mod. VW / GOL Cor PRETA Ano 2006 / 2006
Proprietário FLAVIO NASCIMENTO DA SILVA Nº de Ocupantes 01
Condutor FLAVIO NASCIMENTO DA SILVA Data de Nasc. 02/04/1976
Endereço RUA SAO JORGE Nº 09 Fone 99214 6728
Bairro CENTRO Cidade EXTREMOZ UF RN
CPF Nº 026.721.834-65 CNH Nº _____ Validade / / / Categoria _____
Local de Trabalho LIRA MOVEIS Fone 3653 1750
End. RUA JANUARIO GICO Nº 100A Bairro NORDESTE Cidade NATAL

4 - VEICULO 02:

Placa ou Chassi OJR 5115 Cidade CEARA MIRIM UF RN
Marca/Mod. HONDA / CG 125 FAN ES Cor ROXA Ano 2012 / 2012
Proprietário JANILSON DE MELO CANELA Nº de Ocupantes 02
Condutor JANILSON DE MELO CANELA Data de Nasc. 13/12/1980
Endereço RUA CAPITUBA Nº 12A Fone 99235 6358
Bairro LAGOA AZUL Cidade NATAL UF RN
CPF Nº 041.646.944-24 CNH Nº 05997301631 Validade 04 / 12 / 2022 Categoria A
Local de Trabalho MARMOTARIA PAULO MARMORE Fone 99435 0517
End. AV CORVEIROS Nº 57B Bairro CENTRO Cidade EXTREMOZ

5 - VEICULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____ / _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____ / _____ / _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ / _____ / _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEICULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____ / _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____ / _____ / _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ / _____ / _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. CORUEIROS

Em que sentido? EXTREMOS / NATAL

Em que faixa? ÚNICA

Versão do condutor ALEGA QUE SE DESLOCAVA NO SENTIDO CENTRO DE EXTREMOS PARA NATAL, QUANDO O CONDUTOR DO V2 QUE SE DESLOCAVA NO SENTIDO CONTRÁRIO, ENTRAV DE VEZ À SUA FRENTE, PRETENDENDO IR À CAIXA ECONOMICA FEDERAL, AFIRMA QUE AINDA FREIOU, MAS NÃO DEU PARA EVITAR A COLISÃO.

Assinatura do condutor V1: x FIDÉLIO NASCIMENTO DA SILVA

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor ALEGA QUE PRETENDIA IR PARA A CAIXA ECONOMICA, QUANDO REDUZIU A VELOCIDADE DO SEU VEÍCULO PARA ATRAVESSAR A VIA, MOMENTO EM QUE O V2 QUE VINHA EM SENTIDO CONTRÁRIO, INVADIU A SUA FAIXA E O ATINGIU.

Assinatura do condutor V2: x J

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do condutor V3:

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do condutor V4:

8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./Tempo	Tipo da Pista	Caract./Pista	Cond./Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input checked="" type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Inexistente
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Active íngreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebliana	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Active Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Íngreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s) _____
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. _____ KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input checked="" type="checkbox"/> FAIXA DUPLA
			<input type="checkbox"/> Retorno		<input checked="" type="checkbox"/> CONTÍNUA
			<input type="checkbox"/> Entrocamento		
			<input type="checkbox"/> Bifurcação		

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

10 - AVARIAS VISUALIZADA PELO AGENTE DE TRÂNSITO

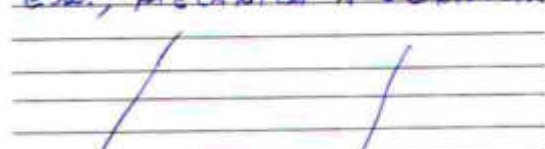
AVARIAS DO VEÍCULO 1 PARACHQUE DIANT.
CAPU, PARALAMAS DIANT. ESR, FAROL ESR.
RADIADOR, MECANICA A VERIFICAR.



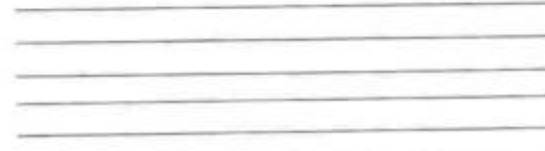
AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 2 ESTRIBOS, CARENAGENS
LAT., TANQUE, MATA CACHORRO, BATERIA,
PEDAL DE MARCHA, PLACA, RETROVISOR
ESQ., MECANICA A VERIFICAR.



AVARIAS DO VEÍCULO 4



Nº de Série: 22000591

Nº da Versão: S5-1.48.0_1.07

Port. INMETRO: 234/2018

Cert. INMETRO: 31048

Número do Teste: 160

DATA	HORA	mg/L
------	------	------

Última Calibração:

18/07/2019	05:26	0,387
------------	-------	-------

Prox. Cert. INMETRO:

23/09/2020

Pré-Zero Teste: Negativo

Teste: Automático

17/06/2020	08:30	0,00
------------	-------	------

Nome do Examinado

FLAVIO NASCIMENTO DA SILVA

Assinatura do Examinado

FLAVIO NASCIMENTO

Número da CNH ou RG do Examinado DASILVA

RG: 1.489.328

Nome e RG do Operador

3º SGT XAVIER 165.617-1

Assinatura do Operador

Robert. Xav - V -

Nome da Testemunha 01 e RG

 1234707

Assinatura da Testemunha

Nome da Testemunha 02 e RG

Assinatura da Testemunha

Localidade do Teste

Final da Impressão

1841-1872

1841-1872

1841-1872

1841-1872

1841-1872

1841-1872

1841-1872

1841-1872

1841-1872

1841-1872

1841-1872

1841-1872

1841-1872

1841-1872

1841-1872

1841-1872

1841-1872

1841-1872

1841-1872

1841-1872

1841-1872

1841-1872

1841-1872

1841-1872

1841-1872

1841-1872

1841-1872

1841-1872

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:

041-646-944-24

4 - Nome completo da vítima:

Janilson de Melo Lameira

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

5 - Nome completo:

Janilson de Melo Lameira

7 - Profissão:

Receio

8 - Endereço:

Rua Contador

6 - CPF:

041-646-944-24

9 - Número:

137

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Wagner Nul

12 - Cidade:

Nordeste

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59135-360

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Santander

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0080

CONTA:

4099123

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ 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 (vivo/não)?

☐ 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 pedido (a rgo)

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Natal 21-08-2024

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 29/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANILSON DE MELO CANELA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 00080

CONTA: 000001099123-1

Nr. da Autenticação 458838E39AA9506F

NOME: **JOÃO DA SILVA**
 DATA DE NASCIMENTO: **10/05/1980**
 SEXO: **M**
 ENDEREÇO: **RUA DA PAZ, 123 - JARDIM PAZ, SÃO PAULO - SP**
 DATA DE EMISSÃO: **15/08/2010**
 VALOR: **R\$ 10,00**

Uitima

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 SECRETARIA DE SEGURANÇA NACIONAL
 DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE

NOME: **JOÃO DA SILVA**
 DATA DE NASCIMENTO: **10/05/1980**
 SEXO: **M**
 ENDEREÇO: **RUA DA PAZ, 123 - JARDIM PAZ, SÃO PAULO - SP**
 DATA DE EMISSÃO: **15/08/2010**
 VALOR: **R\$ 10,00**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 SECRETARIA DE SEGURANÇA NACIONAL
 DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE

NOME: **JOÃO DA SILVA**
 DATA DE NASCIMENTO: **10/05/1980**
 SEXO: **M**
 ENDEREÇO: **RUA DA PAZ, 123 - JARDIM PAZ, SÃO PAULO - SP**
 DATA DE EMISSÃO: **15/08/2010**
 VALOR: **R\$ 10,00**

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 81 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 6.132/98.

Pelo exposto, eu João Manoel da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 053-795-904, 33, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Joãoilson de Melo Bornele Inscrito (a) no CPF sob o Nº 044-646-944, 24

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Joãoilson de Melo Bornele

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 044-646-944, 24, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: X Renda: X 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 Panteão</u>	Número: <u>33</u>	Complemento:
Bairro: <u>Parque Abel</u>	Cidade: <u>Natal</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail:	CEP: <u>59155-360</u>	Tel.(DDD):

Local e Data: Natal 21-08-2020

X João Manoel da Silva
Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL ESTADUAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



Paciente: 176461 JANILSON DE MELO CANELA

Nascimento: 13/12/1980 Idade: 39 ano(s) 8 mes(es) 1 Natural: RN NATAL

Sexo: Masculino

CNS: 703004804612776 CPF: 04164694424

Cor: PARDA

Prof: OPERÁRIO MARMORE

Mãe: FRANCISCA DE MELO CANELA

Pai: RAIMUNDO DA COSTA CANELA

Endereço: RUA CAPITUBA, 12 - LAGOA AZUL - NATAL

Cidade: RN NATAL

CEP: 59135-360 Telefone: (84) 994521855

BOLETIM Nº: 26228/2020

Sala Inicial: **POLITRAUMA**

Triagem:

Admissão: 17/06/2020 09:46

Boletim: 17/06/2020 11:10

Motivo: ACIDENTE DE TRANSITO - MOTO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

Queixa:

Observação:

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente alega acidente de trabalho? ☐ Sim ☒ Não Profissão e Empresa:

Notif. de viol. interpessoal/autoagressão: ☐ Sim ☒ Não

PACIENTE RELATANDO TER SIDO VITIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO POR VOLTA DAS 06:00H DE HOJE ESTAVA NA MOTOCICLETA; NEGA TCE, VÔMITOS, DESMAIOS, PERDA DE CONSCIÊNCIA EVOLUINDO COM DOR EM EM PÉ ESQUERDO; SEM MAIS QUEIXAS APRESENTA RADIOGRAFIA COMPATÍVEL COM FRATURA ANTEPÉ ESQ AVALIADO E LIBERADO PELA CIR GERAL + BMF

Alergia: NEGA

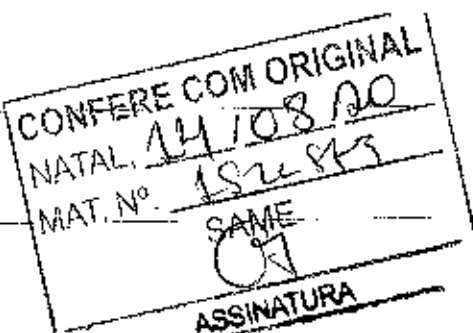
Medicação em uso: NEGA

EXAME FÍSICO

BEG, AAA, COTE, EUPNEICO; SEM QUEIXAS RESPIRATORIAS

ABD + TORAX ESTAVEL;

DOR + EDEMA + LIMITAÇÃO FUNCIONAL + SANGRAMENTO EM ANTEPÉ ESQUERDO



Solicito exames :

32040091 - TORNOZELO (TIBIOTÁRSICA) AP E PERFIL ESQUERDO- RX

41101308 - PÉ (ANTEPÉ) - NÃO INCLUI TORNOZELO

Profissional: DANIEL SALDANHA DE MEDEIROS

CRM: RN 7787

Saída: () Liberação Médica; () Revela; () Internação; () Óbito c/Declar; () Óbito SVO/ITEP; () Transferido para: _____

Data e Hora da Saída: ____/____/2019 ____:____

Médico:

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **176461 JANILSON DE MELO CANELA**

Prontuário: 1197889

CNS: 703004804612776

Nascimento: 13/12/1980

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: FRANCISCA DE MELO CANELA

Pai: RAIMUNDO DA COSTA CANELA

Endereço: RUA CAPITUBA, 12 - LAGOA AZUL - NATAL

Fone: 994521855 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE:

240810 UF: RN

CEP: 59135-360

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 21216 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:**

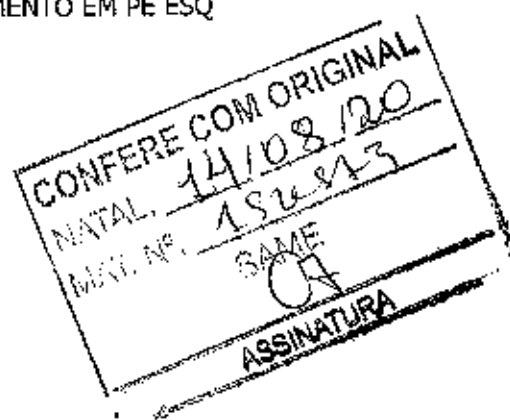
COLISÃO MOTO X CARRO;

APRESENTA DOR + EDEMA + LIMITAÇÃO FUNCIONAL + SANGRAMENTO EM PÉ ESQ

EVOLUINDO COM FRATURA EXPOSTA DE ANTEPÉ ESQUERDO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

NECESSITA DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

**RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:**

RAIO X

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S92.7 FRATURAS MÚLTIPLAS DO PÉ*408050470. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS PODODAC

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

NÃO SE APLICA;3

NÃO SE APLICA;3

Informações importantes sobre as condições do paciente:

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

Profissional Solicitante / Assistente:

DANIEL SALDANHA DE MEDEIROS

CRM: 7787 / RN

Data da Solicitação 17/06/2020

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: _____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou _____

CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **176461 JANILSON DE MELO CANELA**

Prontuário: 1197889

CNS: 703004804612776

Nascimento: 13/12/1980

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: FRANCISCA DE MELO CANELA

Pai: RAIMUNDO DA COSTA CANELA

Endereço: RUA CAPITUBA, 12 - LAGOA AZUL - NATAL

Fone: 994521855 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE: _____

240810 UF: RN

CEP: 59135-360

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo Nº 21216 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

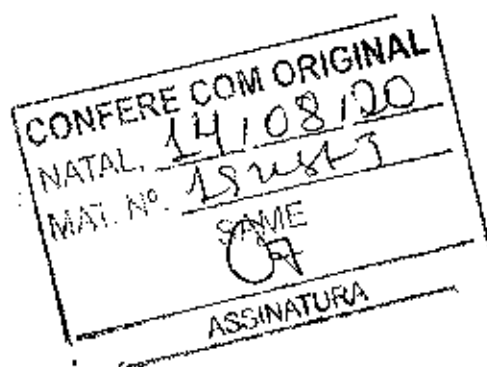
COLISÃO MOTO X CARRO;

APRESENTA DOR + EDEMA + LIMITAÇÃO FUNCIONAL + SANGRAMENTO EM PÉ ESQ

EVOLUINDO COM FRATURA EXPOSTA DE ANTEPÉ ESQUERDO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

NECESSITA DE TRATAMENTO CIRÚRGICO



RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RAIO X

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S92.7 FRATURAS MÚLTIPLAS DO PÉ*408050470. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS PODODAC

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

NÃO SE APLICA;3

NÃO SE APLICA;3

Informações importantes sobre as condições do paciente:

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

Profissional Solicitante / Assistente:

DANIEL SALDANHA DE MEDEIROS

CRM: 7787 / RN

Data da Solicitação 17/06/2020

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 TrajetoVínculo com previdência: ☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador: _____

Orgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

Data da Autorização: ____/____/____

Assinatura/Carimbo: _____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou _____

CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **176461 JANILSON DE MELO CANELA**

Prontuário: 1197889

CNS: 703004804612776

Nascimento: 13/12/1980

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: FRANCISCA DE MELO CANELA

Pai: RAIMUNDO DA COSTA CANELA

Endereço: RUA CAPITUBA, 12 - LAGOA AZUL - NATAL

Fone: 994521855 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE: _____

240810 UF: RN

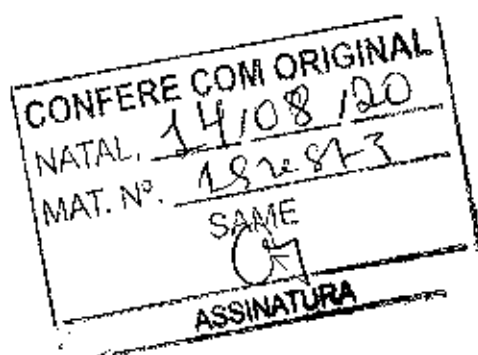
CEP: 59135-360

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 21335 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE VITÍMA DE TRAUMA COM FRATURA EM PÉ ESQUERDO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
TTO CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

ANAMESE + EXAME FÍSICO + RAIOS

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S92.7 FRATURAS MÚLTIPLAS DO PÉ*408050462. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METATÁRS

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

METATÁRSO;3

Informações importantes sobre as condições do paciente:

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

Profissional Solicitante / Assistente:

FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA

CRM: 7036 / RN

Data da Solicitação 18/06/2020

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: _____

FIA / BAA: 5829 / 2020

Paciente: JANILSON DE MELO CANELA

Convênio: SUS

Categoria: GRATUITO

Unidade: 4 ANDAR

Quarto / Leito: 2 / 407

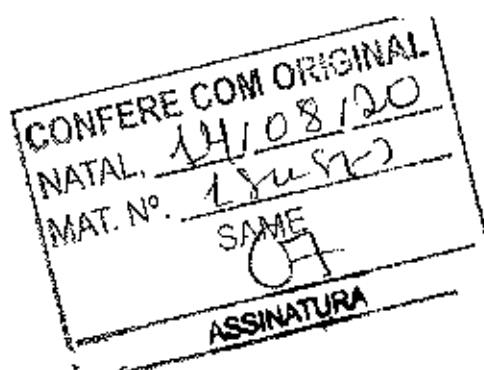
Tipo de Cirurgia: 4

Prontuário: 1197889

Data Agendamento: 17/06/2020 15:30

Cirurgia: TTO CIR FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS**Data Realização:** 17/06/2020 14:20**Potencial de Contaminação:** Potencial Contaminada**Cirurgião:** MICHEL FREIRE DE ARAUJO**Anestesista:** SARAH CAROLINA GALVAO FIALHO ROCHA DE SOUZA**Tipo Anestesia:** RAQUE**Instrumentador:** ANDERSON - Hospital**Equipe:****Data do Relatório:** 17/06/2020 15:48**Profissional:****Relato da Cirurgia:** FRATURA EXPOSTA DO PÉ ESQUERDO

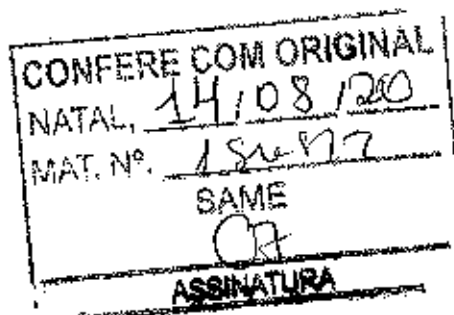
PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL, SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSE, APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
DEBRIDAMENTO E LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9%
SUTURA E CURATIVO
BOA PERFUSÃO DISTAL



BAA: 26228/2020**Paciente:** JANILSON DE MELO CANELA**Data/Hora:** 17/06/2020 11:21 **Usuário:** DANIEL SALDANHA DE MEDEIROS **Idade na data:** 39 anos 6 meses 4 dias**Evolução:**

FRATURA EXPOSTA; AO CC

DANIEL SALDANHA DE MEDEIROS
CRM 7787 / RN





Paciente: 176461 - JANILSON DE MELO CANELA

BAA: 4-26228/2020

Idade: 39 ano(s) 8 mes(es) e 0 dia(s)

Prescrição Nº: 1

Hospital / Unidade: WG - POLITRAUMA

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Arquivo:

Peso:

Data Atendimento: 17/06/2020 09:46

Início Validade: 17/06/2020 11:19 até 18/06/2020 18:59

Sala: POLITRAUMA

Médico Resp.: 1110-DANIEL SALDANHA DE MEDEIRO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

17/06/2020 11:21:01 - FRATURA EXPOSTA, AO CC

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

1 - ZERO

MEDICAMENTO

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

2 - CEFALOTINA 1G (1FA+10ML ABD) - D1/5

2

FA

IV

DOSE UN

Obs.: FRATURA EXPOSTA

Diluição: 100ml SF0,9%

3 - DAPIRONA SÓDICA 500MG/ML 2 ML

1

AMP

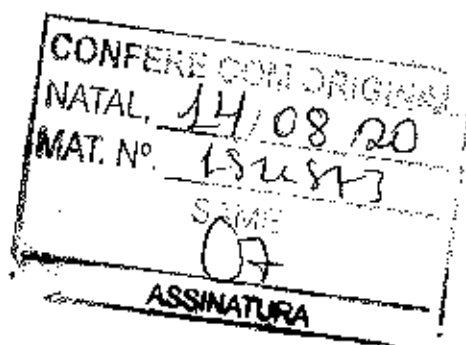
IV

DOSE UN

Diluição: 8 ml ABD

DANIEL SALDANHA DE MEDEIROS

CRM-7787/RN





Paciente: 176461 - JANILSON DE MELO CANELA

FIA: 4-5829/2020

Idade: 39 ano(s) 8 mes(es) e 0 dia(s)

Prescrição Nº: 14

Hospital / Unidade: WG - 4 ANDAR

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 1197889

Peso:

Data Internação: 17/06/2020 11:28

Início Validade: 02/07/2020 19:00 até 03/07/2020 18:59

Quarto / Leito: 2 - 407

Médico Resp.: 1110-DANIEL SALDANHA DE MEDEIRO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

02/07/2020 13:56:03 - FRATURA EXPOSTA DO PÉ ESQUERDO
 PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA DO PÉ ESQUERDO.
 PROCEDIMENTO SEM INTERCORRÊNCIAS
 AGUARDA NIR (PACIENTE APTO PARA TRANSFERÊNCIA)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - LIVRE						
SOLUÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - SOLUÇÃO DE a - SORO FISIOLÓGICO CLOR. DE SÓDIO 0,9% 500 ML SIST. F Tempo: 23,81h	1.500	ML	IV	Contínuo	21gota/min	
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
3 - CEFALOTINA 1G (1FA+10ML ABD) - D2/7 Obs.: Iniciado em: 1/7/2020 Diluição: 100ml SF0,9%	1	AMP	IV	6h/6h		00 06 12 18
4 - DAPIRONA SÓDICA 500MG/ML 2 ML Obs.: + 18ml de ABD Diluição: 8 ml ABD	1	AMP	IV	6h/6h		00 06 12 18
5 - AMICACINA 500MG/2ML - D2/7 Obs.: + 100ml de SF 0,9% Iniciado em: 1/7/2020 Diluição: 100ml SF0,9%	1	AMP	IV	12h/12h		00 12
6 - TRAMADOL 50MG/ML - 2ML Obs.: +100ML sf0,9%	1	AMP	IV	8h/8h		22 06 14
7 - OMEPRAZOL 40 MG (1FA+10ML DIL.)	1	FR	IV	24h/24h		06
8 - TENOXICAN 40MG - PO	1	FA	IV	24h/24h		18
9 - BROMOPRIDA 5MG/ML S/N náuseas/vômitos Diluição: 15ml SF0,9%	1	AMP	IV	8h/8h		
CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
10 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS						
11 - CURATIVO DIÁRIO						
12 - Obs.: ao nir						

CONFERE COM ORIGINAL
 NATAL
 MAT. Nº. 7
 AMP
 SAME
 ASSINATURA

FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA
 CRM-7036/RN

REGISTRO DE INTERNAMENTO

Nº AIH: _____ Nº ATENDIMENTO: 532168 DATA: 02/07/2020
TIPO DE INTERNAMENTO: _____ HORA: _____
ACOMODAÇÃO: ENFERMARIA LEITO: 1 ANDAR 25 A CONVENIO: SUS
MATRÍCULA: 703004804612776 VALIDADE: _____
Criado por karla beatriz da silva texeira costa em 02/07/2020 21:22

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: JANILSON DE MELO CANELA SEXO: Masculino
DATA DE NASCIMENTO: 13/12/1980 RG: 001968582 CPF: _____
FILIAÇÃO MÃE: FRANCISCA DE MELO CANELA
FILIAÇÃO PAI: RAIMUNDO DA COSTA CANELA Nº 12 A
ENDEREÇO: RUA COQUEIROS
BAIRRO: LAGOA DE COSMO CIDADE: CEARÁ-MIRIM
ESTADO: RN CEP: 59570-000
FONE: (84) 99120-7606 FONE: (84) 99214-2250

SUMÁRIO DE ALTA

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

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

Paciente V. timo de 46 anos
a moto 02 semanas evoluindo
com Fraturas múltiplas no P.O. e
Enfermidade pele toda muito
abrigio de timo 46

PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA

CNPJ: 09.417.742/0001-91

Confere com o Original

Data: 09/07/2020

João Carlos

Bruno Muniz L. Borges
Ortopedia / Traumatologia
CRM/RN 5973-SBOT 13842

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Janilson de Melo Bando Nº REGISTRO _____ convênio: _____

Data Nascimento 13/12/80 IDADE _____ Sexo _____ LEITO: _____ Data de Admissão 1/1/

MÉDICO: Dr. Romero Cirurgia Proposta: Fratura de 04 metatarsos

ADMISSÃO DO CENTRO CIRURGICO

JEJUM COMPLETO INCLUINDO AGUA? () Não (X) Sim início 20:00 PESO: _____ Kg Altura: 176 cm

RETIRADA DE PRÓTESES/ORTESE/ADORNOS: (X) SIM () NÃO

Material de Alto custo confere com a guia de autorização: (X) sim () não () NSA, obs: _____

ALERGIAS: (X) NÃO () SIM: _____

DOENÇAS PREGRESSAS: () DM () HAS () Tabagista () Etílica () Traqueostomizado () Prótese () Lente de contato () HIV () Hep B () Hep C () Arritmias () DPOC () AVC () Marcapasso () Outros: _____

Medicações de uso frequente: _____

Cirurgias e intercorrências anteriores: não faz uso

Consentimento Cirúrgico Preenchido () Não () Sim

Exames pré operatório: (X) Labor (X) Raio x () USG () TC () RNM () Risco cirúrgico Outros: _____

Identificação da pulseira confere com as fornecidas pelo paciente e prontuário: (X) sim () não

Confirma demarcação cirúrgica: () não () sim local: _____

SSVV: PA 132x68 mmHg T 36 °C FC: 74 bpm FR: _____ mrpm HGT: _____ mmhg Ass: _____ SP2-37

Encaminhado: () Deambulando () Cadeira de Rodas () Maca () consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado

Anotações de Enfermagem: _____

Conferido informação acima por: [assinatura] Admitido na sala: 54 Hora _____

ETAPA I: PRÉ -INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta FRATURA DO PÉ (E)

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

1. Equipe completa presente (X) Sim () Não
2. Paciente com identificação e cirurgia confirmada (X)
3. Termo de consentimento (X) Cirúrgico () hemoterapico () não, caso não esteja assinado contatar o médico.
4. Local da intervenção marcado corretamente (X) sim () não () não aplicável

BISTURI ELÉTRICO DISPONÍVEL E TESTADO ☒
 APARELHO DE ANESTESIA ☒
 EQUIPAMENTO DE VÍDEO ☒
 MONITOR MULTI-PARÂMETRO ☒
 SAÍDA DE: OXIGÊNIO ☒ AR COMPRIMIDO () VÁCUO ()
 ASPIRADOR CIRÚRGICO DISPONÍVEL E TESTADO ☒
 MESA CIRÚRGICA TESTADA ☒
 HEMODERIVADOS SOLICITADOS E RESERVADOS SIM () NÃO ☒ NÃO APLICÁVEL ()
 PACIENTE TEM ALERGIA CONHECIDA SIM () NÃO ☒
 APARELHO DE ANESTESIA TESTADO SIM ☒ NÃO ()
 ESTERILIZAÇÃO DOS INSTRUMENTAIS COM INDICADORES SIM ☒ NÃO ()

ETAPA 2: PRÉ INCISÃO

CONFIRMAR NOME DO PACIENTE, LOCAL DA INTERVENÇÃO E CIRURGIA PROPOSTA ☒
 CONFIRMAR PREPARO DA PELE COM CLOREXIDINE DEGERMANTE E TÓPICA () SIM ☒
 CONFIRMAR ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO ☒ SIM () NÃO APLICÁVEL
 PACIENTE EM POSIÇÃO ADEQUADA ☒ SIM ()

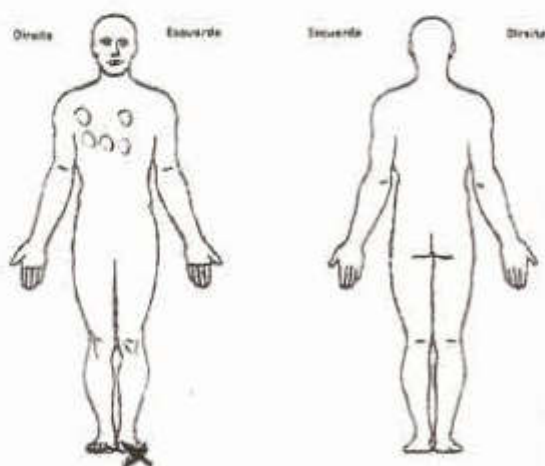
EQUIPE DE ENFERMAGEM

CONFIRMAR SE A DISPONIBILIDADE DOS MATERIAIS E EQUIPAMENTOS SOLICITADOS PARA CIRURGIA ☒
 CONFIRMAR COM A EQUIPE MÉDICA SE OS EXAMES NECESSÁRIOS ESTÃO DISPONÍVEL ☒
 CONFIRMAR BISTURI ELÉTRICO E PLACAS INSTALADOS CORRETAMENTE ☒

INTRA-OPERATORIO

POSICIONAMENTO: DORSAL ☒ LATERAL DIRETA () LATERAL ESQUERDA () POSIÇÃO GINECOLÓGICA ()
 () DECÚBITO PROCLI () DECÚBITO VENTRAL () GINECOLÓGICA () SEMI-GINECOLÓGICA () FOWLER
 () SEMI-FOWLER OUTROS: _____
 PROTEÇÕES / AQUECIMENTO: () MANTA TÉRMICA - CORPO INTEIRO () SUPERIOR () INFERIOR ()
 COBERTOR () COXIM () COLCHÃO TÉRMICO () MEIAS DE COMPRESSÃO

ASSINALE COM UM X O LOCAL DA CIRURGIA:



LEGENDA ANATOMICA

PLACA DE BISTURI	<input checked="" type="checkbox"/>
MONITORIZAÇÃO CARDÍACA	<input checked="" type="checkbox"/>
INCISÃO CIRÚRGICA	<input checked="" type="checkbox"/>
GARROTE	<input checked="" type="checkbox"/>
FAIXA SMARCH	<input checked="" type="checkbox"/>

GARROTE () SIM () NÃO HORÁRIO INICIO: _____ TÉRMINO: _____

TRICOTOMIA: () SIM () NÃO, LOCAL: _____ HORÁRIO INICIO: _____ TÉRMINO: _____

MONITORIZAÇÃO:

☒ OXIMETRIA DE PULSO ☒ ECG ☒ PNI () PAM () PVC () TERMÔMETRO () CAPNOGRAFIA ()

NOME: JANILSON DE MELO CANELA N° REGISTRO: _____

DEGERMAÇÃO DA PELE: ☒ CLOREX DEGERMANTE ☐ CLOREX AQUOSO
☒ CLOREX ALCÓOLICA ☐ PVPI DEGERMANTE
☐ PVPI TINTURA ☐ + ALCOOL

PROFISSIONAL QUE REALIZOU: SANDRA

ANTISSEPSIA: ☐ PVPI AQUOSA ☒ PVPI ALCÓOLICO ☐ CLOREXIDINA AQUOSA ☒ CLOREXIDINA ALCÓOLICA

PROFISSIONAL QUE REALIZOU: DR. BERNARDO

INFUSÕES: SF0.9% _____ ml R.LACTATO _____ ml R. SIMPLES _____ ml SG5% _____ ml

DRENOS: ☐ PENROSE N° _____ ☐ PORTO-VAC N° _____ TÓRAX N° _____

SINAIS VITAIS: PA: 122x62 mmHg FC: 94 bpm SAT: 97 % T: 36.2 °C HORA: 10:00

ANESTESIA: INICIO: 09:20 TERMINO: 10:20 ☐ GERAL INALATÓRIO ☐ GERAL VENOSA ☒ SEDAÇÃO
☐ LOCAL ☒ PERIDURAL ☒ RÁQUI
☐ BLOQUEIO: _____

AGULHA PARA RÁQUI: ☐ NÃO ☒ SIM N° 27 OBS: DR. FERNANDO

AGULHA PERIDURAL: ☐ SIM ☐ NÃO N° _____ CATETER PERIDURAL: _____

AGULHA PARA INFILTRAÇÃO: ☐ NÃO ☐ SIM N° _____

AGULHA PARA BLOQUEIO DE PLEXO: ☐ SIM ☐ NÃO N° _____ LOCAL: _____

Tubo endotraqueal: ☐ NÃO ☐ SIM Tipo: ☐ Simples ☐ Aramado ☐ Traqueostomia ☐ Carlens D/E. N° _____

Cânula de guedel N° _____ Másc. Laríngea: ☐ NÃO ☐ SIM N° _____ Cat. tipo óculos ☐ SIM ☐ NÃO

AVP: ☐ NÃO ☒ SIM MSD JELCO N° 20 POR DR. FERNANDO

SNG: ☐ NÃO ☐ SIM N° _____ SVD ☐ NÃO ☐ SIM N° _____

HORÁRIO	MEDICAÇÃO	DOSE	VIA	NOME PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
11:40	Fr. Cefazotina	02	EV	DR. BERNARDO
11:40	Fr. Tenoxiclo	01	EV	"
11:40	Dipirona	02	EV	"
11:40	Dexametona	01	EV	"

FERIDA OPERATÓRIA: CURATIVO Limpo e seco

MATERIAL RETIRADO PARA EXAMES: _____

BIOQUIMICIA: ☐ NÃO ☐ SIM _____

CULTURA: _____ ANÁT. PATOLÓGICO: ☐ NÃO ☐ SIM _____ UND _____

MATERIAL EXPLANTADO: _____

CONFERIDO POR: DR. BERNARDO INTERCORRÊNCIA: SEM INTERCORRÊNCIA

ETAPA III: ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

CONFIRMAR SE A CONTAGEM DE COMPRESSAS, INSTRUMENTAIS E AGULHAS FOI REALIZADA ☒ SIM ☐ NÃO
 CASO A CIRURGIA REALIZADA NÃO TENHA SIDO A PROPOSTA, _____

100 mmHg
150 mmHg

23.5

STEAM

100 mmHg
150 mmHg

IOL IMPLANTES LTDA
Nome Comercial:
Fio Kirschner 1.5x300
Código: 40012300152
Lote: 05250/19
ANVISA: 10223680050

IOL IMPLANTES LTDA
Nome Comercial:
Fio Kirschner 1.5x300
Código: 40012300152
Lote: 05250/19
ANVISA: 10223680050

OPME: () NÃO (X) SIM, QUAL

5- FIO DE KIRSCHNER 1,5

INÍCIO DA CIRURGIA: 09:30 TERMINO DA CIRURGIA 10:10

CIRURGIÃO: DE BUENO ASSISTENTE:

ANESTEIOLOGISTA: DE FERNANDO

INSTRUMENTADORA: RITA PAULA

CIRCULANTE: SARAIVA

ENFERMEIRA: EDNA

URPA (UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA)

CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DO PACIENTE

☒ ACORDADO () SONOLENTO () AGITADO AR AMBIENTE () MV 50% () CATETER DE O2 () TQR () AVP
() AVC () HIPOTENÇÃO () HIPERTENSÃO () BRADICARDIA () TAQUICARDIA () TREMOR () DOR
() BAIXA SATURAÇÃO () HEMORRAGIAS () DESORIENTAÇÃO () AGITAÇÃO () DISPNEIA () BRONCOESPASMO
() OUTROS:

HORÁRIO	MEDICAÇÃO	DOSE	VIA	NOME PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

ENCAMINHADO PARA O ANDAR

INTERCORRÊNCIA NO URPA: () NÁUSEAS () VÔMITO () SANGRAMENTO () DOR () BEXIGOMA
() ALTERAÇÃO DA FC (X) AVP () AVC () SNG () SVD FECHADA () DRENOS () CURATIVOS LIMPO

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

EXAMES: () LABORT (2) RAIO-X (4) USG () TC () RNM () RISCO CIRURGICO () OUTROS:

ENCAMINHADO: (X) ENFERMARIA () UTI () ALTA HOSPITALAR () OUTROS:

ANOTAÇÕES ENFERMAGEM:

ENCAMINHADO POR:

Enfermeira
LOREN/RN 463.756

HORA: 11 : 00

Prontoclinica Dr. Paulo Gurgei EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

MÉDICO: _____

PACIENTE: JANILSON DE MELLO CAMELA SETOR: 1º LEITO: 207A
 AGNOSTICO MÉDICO: RG 14 IDADE: 37 ANOS
 PROCEDÊNCIA: () DOMICILIAR (X) HOSPITALAR: QUAL HMW
 ALERGIAS: NEGA DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: NEGA

EVOLUÇÃO 02/07/20 HORÁRIO: 22h

ASPECTO GERAL

(X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
 (X) ATIVO (X) 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

(X) HIDRATADA () RESSECADA () ICTÉRICA
 (X) NORMOCORADA () HIPOCORADA () CIANOSE
 (X) 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: 22h
* ACIDENTE DE MOTO EM 15.07.19
* NEGA TUDO
* EXAMES DE HEMOGRAFIA E DE PESQUISA DE DROGAS
* ORIENTADO QUANTO A ATIVIDADE E HIGIENE INT-IMP

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

DIETA

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

Garimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 03/07/20 HORÁRIO: 12h

ASPECTO GERAL

(X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
 (X) ATIVO (X) 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 _____
 (X) 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: _____
() RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
() TAQUICÁRDICO ☒ NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO

() 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 ☒ LÍQUIDO/COPINHO () GTM
() SÓLIDO/SNG _____
() RESÍDUO GÁSTRICO: _____
() ZERO () VÔMITO _____ vezes

OBSERVAÇÕES: Paciente em POE, com dieta orientada, acatou
dieta, segue em HUP, sem febre no momento,
realiza Rx POE

Danely Araújo da Silva Regis
COREN-PA 332.991-ENF

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 03/07/20

HORÁRIO: 21:25

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 combinados

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

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 ☒ LÍQUIDO/COPINHO () GTM
() SÓLIDO/SNG _____
() RESÍDUO GÁSTRICO: _____
() ZERO () VÔMITO _____ vezes

OBSERVAÇÕES: + Rx POE 03

x VB

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro
254298

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro



PACIENTE Domilson de Melo Correia
 APTO.: 208 A Nº REGIST. _____
 CONVEN. SUS

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

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ASSINAT.
02.07.20	22:30	Pct. admitido neste setor para realizar procedimentos cirúrgicos de Pq "E" com consciência, orientado do ambiente. Em anexo: exame lab + 01 Imp Rx. Segue das unidades da equipe.	Mirella Soares Calisto Brito COORDENADORA REN-RN-331.525-1
03.07.20	8:30	Encaminhado ao C.C. em cadeira de rodas.	Wiceteia Oliveira da Silva Freire REN-RN-331.525-1
03.07.20	10:45	Pct. retornou do C.C. com medicação H+U e recebi das unidades, reapição Rx.	Wiceteia Oliveira da Silva Freire REN-RN-331.525-1
03.07.20	17:00	Adm. med. oprelone 1g + AAD EV + AAD 5' conforme prescrito.	Wiceteia Oliveira da Silva Freire REN-RN-331.525-1
03.07.20	23h	Adm med oprelone 1g + AAD EV + clonazepam 1mg + AAD + titilol 4mg + AAD EV	Ana Paula R. S. Cerqueira S. COORDENADORA REN-RN-331.525-1
04.07.20	05h	Adm med oprelone 1g + AAD EV + clonazepam 1mg + AAD EV	Ana Paula R. S. Cerqueira S. COORDENADORA REN-RN-331.525-1
04/07/20	09h00	Paciente saiu de alta hospitalar, acompanhado por acompanhante em cadeira de rodas, levando consigo todos os seus pertences. Rx pós anexo ao prontuário.	Sandra de Paula S. Martins COORDENADORA REN-RN-331.525-1



PACIENTE: Benidorm de Mello REGISTRO Nº _____
 APTO.: 208A CONVENIO _____
 MÉDICO: _____

EVOLUÇÃO MÉDICA	
DATA / HORA	DESCRIÇÃO MÉDICA
03/07/20	<p>CC</p> <p>Sob melhora do tratamento comigo em P.O. Exames Pré e Pós de Interconexões</p> <p>Bruno Muniz L. Borges Ortopedia / Traumatologia CRM/RN 5975 - SBOT 13842</p>



HOSPITAL SANTA HELENA
Dr. Paulo Gurgel

CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA

Nome completo Wilson de Melo Cavale Data Nascimento 13/12/1980
RG 03-07-20 Data 03-07-20
Cirurgia proposta PCE Unidade de origem PECE Modalidade (X) Eletiva () Urgência () Emergência

Encaminhamento de clientes ao Centro Cirúrgico	Antes da indução anestésica Check in	Antes de iniciar a cirurgia Time out	Antes do cliente sair da SO Check out
<ul style="list-style-type: none">Identificação do cliente <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoProntuário completo <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoSítio cirúrgico demarcado <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplicaConsentimento e avaliação anestésica <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoConsentimento cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoConsentimento transfuncional <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplicaBanho <input checked="" type="checkbox"/> Sim/Horário <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplicaTricotomia <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplicaHorário - Local - Jejum <input checked="" type="checkbox"/> Sim/Início <u>22:00</u> <input type="checkbox"/> NãoExames <input checked="" type="checkbox"/> Laboratoriais <input checked="" type="checkbox"/> ImagemRetirado prótese e adornos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> NãoTipo de precaução <input checked="" type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> ReversoGotículas <input type="checkbox"/> Aerossóis	<ul style="list-style-type: none">Confirmação sobre o cliente Identificação do clienteLocal da cirurgia a ser feitaProcedimento a ser realizadoConsentimento anestésico e cirúrgicoSítio cirúrgico certoMontagem da SO de acordo com o procedimento programado <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoRevisão dos equipamentos de anestesia <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoMateriais de vias aéreas disponíveis e funcionantes Laringoscópio <input checked="" type="checkbox"/> Máscara de O2Fio guia <input checked="" type="checkbox"/> AmbúBougie <input checked="" type="checkbox"/> AspiradorGuedel <input checked="" type="checkbox"/> Cânula endotraquealHá risco de perda sanguínea >500ml (7ml/kg em crianças)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> NãoReserva sanguínea? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> NãoAcesso venoso adequado e pervio? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> AVC <input checked="" type="checkbox"/> AVP <input checked="" type="checkbox"/> VMS DO cliente tem alergia? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<ul style="list-style-type: none">Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais Staff <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não1º cirurgião <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não2º cirurgião <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoAnestesta <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoCirculante <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoCirurgiões, anestestistas e equipe de enfermagem confirmam: Identificação do clienteSítio cirúrgicoProcedimento a ser realizadoPlaca de eletrocautério <input checked="" type="checkbox"/> Posicionada <input type="checkbox"/> Não aplicaUso de antibiótico profilático <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoExames de imagem estão disponíveis <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicaRevisão do cirurgião. Passos críticos Duração estimada / Possíveis perdas sanguíneas <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoRevisão do anestesta <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoFixação das etiquetas de esterilização no prontuário <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<ul style="list-style-type: none">Procedimento realizado <u>PRCE</u>A contagem de compressas, agulhas e instrumentais está correta? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicaPeças anatômicas/culturas e identificadas adequadamente e requisição preenchida? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicaHouve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicaRecomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse cliente: <u>Cirurgião DR. Pauline</u>Anestesta <u>DR. F. Mendes</u>Enfermagem <u>Edna</u>Obs.: <u>Dna Paula</u>Ass.: <u>Edna - Edna</u><u>Edna</u>

Obs.:

Enfermagem: Edna
Fim/Tec. conf. Edna
Data: 03-07-20



Apt 9

PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

NOME: Paulina de Melo Correia

CONVÊNIO.:

REG.:

MÉDICO.:

DIA	HORAS	PRESSAO ARTERIAL	RESPIRACAO	TEMPERATURA	PULSO	DIETA	VOMITO	DIURESE	EVACUACAO	ASSINATURA
02.07.20	23h	130 x 70	18%	36,3°C	82 bpm	D	-	+	-	Murelle
03.07.20	06h	120 x 70	-	36,5°C	-	-	-	+	-	Murelle
03.07.20	16:15	120 x 80	-	35,7°C	-	A.C.	-	normal	-	Quintana

NOME: **JOÃO DA SILVA**
 DATA DE NASCIMENTO: **10/05/1980**
 SEXO: **M**
 ENDEREÇO: **RUA DA PAZ, 123 - JARDIM PAZ, SÃO PAULO - SP**
 DATA DE EMISSÃO: **15/08/2010**
 VALOR: **R\$ 10,00**

Uitima

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 SECRETARIA DE SEGURANÇA NACIONAL
 DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE

NOME: **JOÃO DA SILVA**
 DATA DE NASCIMENTO: **10/05/1980**
 SEXO: **M**
 ENDEREÇO: **RUA DA PAZ, 123 - JARDIM PAZ, SÃO PAULO - SP**
 DATA DE EMISSÃO: **15/08/2010**
 VALOR: **R\$ 10,00**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 SECRETARIA DE SEGURANÇA NACIONAL
 DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE

NOME: **JOÃO DA SILVA**
 DATA DE NASCIMENTO: **10/05/1980**
 SEXO: **M**
 ENDEREÇO: **RUA DA PAZ, 123 - JARDIM PAZ, SÃO PAULO - SP**
 DATA DE EMISSÃO: **15/08/2010**
 VALOR: **R\$ 10,00**

CONTRON

DENTRON

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 014527114251

DETALHES DO REGISTRO E ENTREGA DO VEÍCULO

DATA DO REGISTRO

DATA DA ENTREGA



QUANTIDADE	VALOR	TOTAL
1	1.000,00	1.000,00
2	2.000,00	2.000,00
3	3.000,00	3.000,00
4	4.000,00	4.000,00
5	5.000,00	5.000,00
6	6.000,00	6.000,00
7	7.000,00	7.000,00
8	8.000,00	8.000,00
9	9.000,00	9.000,00
10	10.000,00	10.000,00

Assinatura do responsável pelo registro e entrega do veículo.

Assinatura do responsável pelo registro e entrega do veículo.

Assinatura do responsável pelo registro e entrega do veículo.

SEGURO OBRIGATORIO DE TERCEIROS POR VEICULO
VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TRIPREESTRUTURAL, OU POR SUA CATEGORIA, E PERSONAS
TALHOPRIMARIAS OU RAO, SEGURO DPVAT

Nº 014527114251 QUANTIDADE SEGURO DPVAT

Este é o seguro obrigatório de terceiros por veículo, obrigatório para todos os veículos automotores de via tripreestru-
 tural, ou por sua categoria, e pessoas talhoprimarys ou rão, seguro dpvat.

QUANTIDADE	VALOR	TOTAL
1	1.000,00	1.000,00
2	2.000,00	2.000,00
3	3.000,00	3.000,00
4	4.000,00	4.000,00
5	5.000,00	5.000,00
6	6.000,00	6.000,00
7	7.000,00	7.000,00
8	8.000,00	8.000,00
9	9.000,00	9.000,00
10	10.000,00	10.000,00

Assinatura do responsável pelo registro e entrega do veículo.

Assinatura do responsável pelo registro e entrega do veículo.

Assinatura do responsável pelo registro e entrega do veículo.

SEGURO OBRIGATORIO DE TERCEIROS POR VEICULO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200333363 **Cidade:** Extremoz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANILSON DE MELO CANELA **Data do acidente:** 17/06/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO ANTEPÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER P.3,5,17,20)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200333363 **Cidade:** Extremoz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANILSON DE MELO CANELA **Data do acidente:** 17/06/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO ANTEPÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER P.3,5,17,20)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Janielson de Melo Almeida, brasileiro(a),
estado civil: Solteiro, Profissão: Pequeno, Data do Acidente 17-06-2020
Cobertura Interpotes, portador(a) do RG 001.968-582, órgão expedidor
Itap e do CPF: 041-646-944-24 residente no(a)
Rua Camutã nº 1312
bairro: Wagner Avel, município: Natal, RN.

OUTORGADO:

Nome: João Maurício da Silva, brasileiro(a)
estado civil: Solteiro, Profissão: Pequeno, portador(a) do RG
2.258-489, órgão expedidor Itap e do CPF: 053-795-904-11, residente
no(a) R. Camutã nº 15
bairro: Wagner Avel, município: Natal, 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.

Natal 21-08-2020
Local e Data

x Sando A. M. Silva
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0262704/20

Vítima: JANILSON DE MELO CANELA

CPF: 041.646.944-24

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/06/2020

Titular do CPF: JANILSON DE MELO CANELA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOAO MARIA DA SILVA : 053.795.904-11

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

JANILSON DE MELO CANELA : 041.646.944-24

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: 17/09/2020
Nome: JOAO MARIA DA SILVA
CPF: 053.795.904-11

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/09/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

JOAO MARIA DA SILVA

GERCIA LOURENCO DA SILVA