



Número: **0873029-55.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **23ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **08/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JANILSON DE MELO CANELA (AUTOR)		THIAGO MARQUES CALAZANS DUARTE (ADVOGADO)	
MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A. (RÉU)			

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64689 577	25/01/2021 15:23	2779679_CONTESTACAO_Anexo_04	Outros documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 16139510

Pag. 00275/00276 - carta_01 - INVALIDEZ

00020138





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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: 00000080

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



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: 641-646-944-24 4 - Nome completo da vítima: Janilson de Melo Lamele

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 Lamele 6 - CPF: 641-646-944-24
7 - Profissão: Revisor 8 - Endereço: Rua Curitiba 9 - Número: 137 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Wagner Nubl 12 - Cidade: Natal 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59135-360
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): _____

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.000,00 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 POUPOANÇA (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 da BANCO: Santander

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0080 CONTA: 3099123 3
(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 (ou Civil) Divorçado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (virescente)? 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 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: Natal 21-08-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Janilson de Melo Lamele

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DOC Nº: 1101/2011





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. CORUIROS Bairro CENTRO
Cidade/UF EXTREMOS 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 HGL 3091 Cidade EXTREMOS 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 EXTREMOS UF RN
CPF Nº 026.221.834-65 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 515 Cidade CEARA MIRIM UF RN
Marca/Mod. HONDA / CG 125 FAN GS 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 MARMORARIA PAULO MARMORE Fone 99435 0517
End. AV. CORUIROS Nº 57B Bairro CENTRO Cidade EXTREMOS

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 _____

Nº do Boletim: 105475 Nº da Ocorrência: 814065 Data Registro: 24/06/2020 Hora Registro: 09:18:28 Número/Controle: A0DD9711F1B8D2AF



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 DE V2 QUE SE DESLOCAVA NO SENTIDO CONTRÁRIO, ENTREV 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 AVIA, MOMENTO EM QUE 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

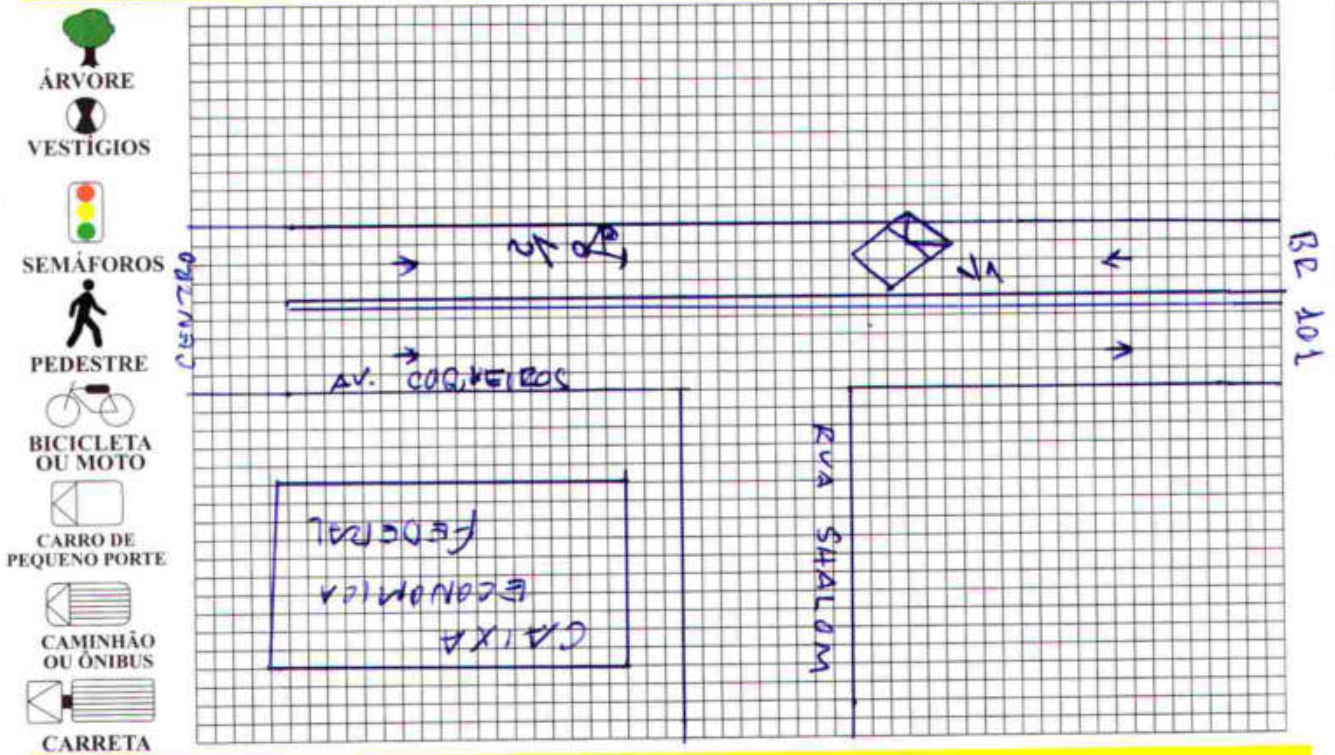
Assinatura do condutor V4:



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"/> Paralelepipedo	<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"/> Birfusão		

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

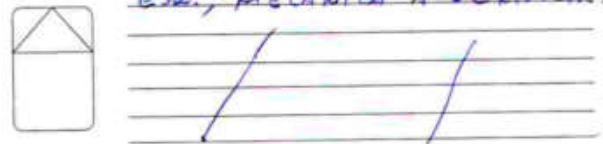


10 - AVARIAS VISUALIZADA PELO AGENTE DE TRÂNSITO

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



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



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 4



11 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre Testemunha
Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____ Presenciou: Fato Registro

Nome JANILSON DE MELO CANELA
RG N° _____ órgão Expedidor _____ Data de Nascimento 23 / 12 / 1980
Endereço RUA CAPITUBA Nº 12 A Fone 99235163581
Bairro LAGOA AZUL Cidade NATAL UF RN
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

12 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre Testemunha
Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____ Presenciou: Fato Registro

Nome JOÃO MARIA DA SILVA
RG N° CPE.: 05379590411 órgão Expedidor _____ Data de Nascimento 02 / 11 / 1983
Endereço RUA CAPITUBA Nº 23 Fone 99190171801
Bairro LAGOA AZUL Cidade NATAL UF RN
Versão SEM CONDIÇÕES DE DAR A VERSÃO

Assinatura _____ Hora _____

13 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre Testemunha
Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____ Presenciou: Fato Registro

Nome _____
RG N° _____ órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / ____ / ____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____ / ____ / ____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

14 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre Testemunha
Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____ Presenciou: Fato Registro

Nome _____
RG N° _____ órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / ____ / ____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____ / ____ / ____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa BBG 1652 Cidade _____ UF _____ Marca/ Modelo SPRINTER
Nome JOSEAN AMANCIO DE ARAUJO RG° _____ O'rgão Exp. _____
Endereço _____ Nº _____
Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16 - IMAGENS / FOTOS SIM NÃO AUTUAÇÃO SIM NÃO AIT Nº 184299 CÓD/DESC 162 1

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

- O CONDUTOR DE V2 NÃO TEVE CONDIÇÃO DE ASSINAR A SUA VERSÃO, PORÉM A SUA ESPOSA GEISE NASCIMENTO JANUARIO PRESENCIOU O REGISTRO E CONFIRMA A VERSÃO DE V2. ASS: Geise do Nascimento Januario BEM COMO FICOU RESPONSÁVEL PELA MOTOCICLETA.
- O VEÍCULO FOI ENTREGUE A JUSSIER SILVA DE ARAUJO, CNH: 04637920265, CAT.: "AD", ASS. Jussier Silva de Araujo
- INFORMA QUE O CONDUTOR DE V2 FOI CONDUZIDO A DELEGACIA DE EXTREMOZ, ONDE FOI REALIZADO O TESTE DE ETILÔMETRO, TENDO O RESULTADO NEGATIVO, E FEI TOMADA AS MEDIDAS CABIVÉIS.
- CONDUTOR E PASSAGEIRO DE V2 FORAM CONDUZIDOS P/O CLAVIS SARINHO P/O SAMU.
- FOI FEITO UM AUTO P/O CONDUTOR DE V1, ALR 184299

Nome Completo do Agente CARLOS ROBERTO XAVIER VIANA
POSTO / GRAD.: 3º SGT PM N° 2000.1206 Viatura DRG 109 Subunid.: 2ª G.P.R.E.
Local e Data EXTREMOZ, 17 de JUN de 2020. Carlos Robt. Xavier - V-



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 SG7 XAVIER 165.617-1

Assinatura do Operador

Paula Robert. Xavier

Nome da Testemunha 01 e RG

J.M.X. 1234707

Assinatura da Testemunha

Nome da Testemunha 02 e RG

Assinatura da Testemunha

Localidade do Teste

IMPRESSÃO









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: 641-646-944-24 4 - Nome completo da vítima: Janilson de Melo Lamele

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 Lamele 6 - CPF: 641-646-944-24
7 - Profissão: Revisor 8 - Endereço: Rua Curitiba 9 - Número: 137 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Wagner Nubl 12 - Cidade: Natal 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59135-360
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): _____

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.000,00 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 POUPOANÇA (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 da BANCO: Santander

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0080 CONTA: 3099123 3
(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 (ou Civil) Divorçado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (ou reser)? 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 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: Natal 01-08-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Janilson de Melo Lamele

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

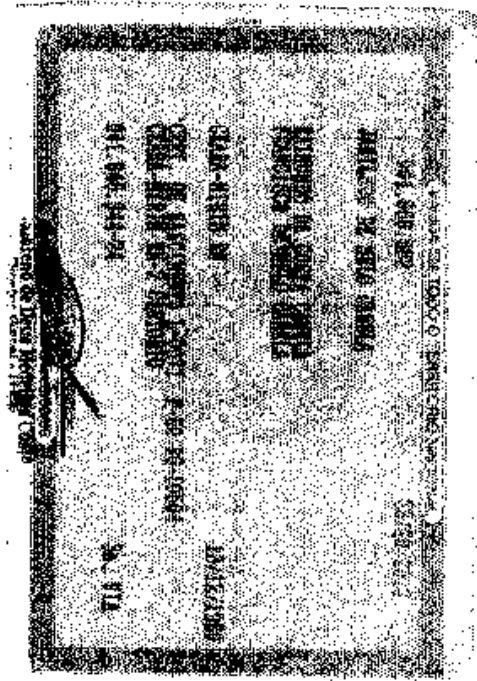
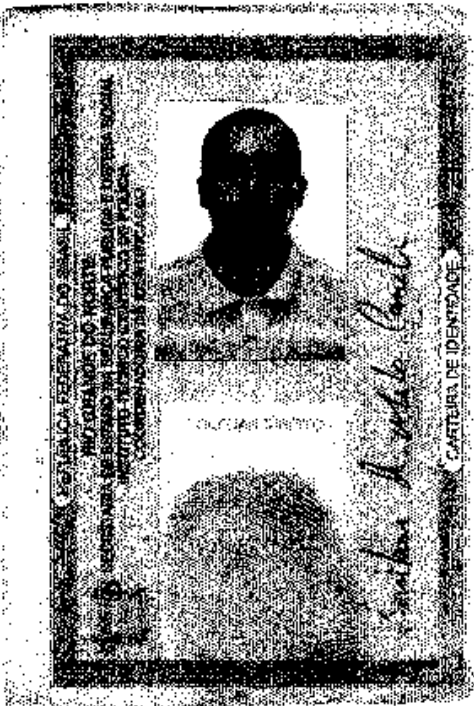
BANCO: 033

AGÊNCIA: 00080

CONTA: 000001099123-1

Nr. da Autenticação 458838E39AA9506F





COSERVA
 Conselho Brasileiro de Registro de OAB
 Rua: ...

82/02

Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 25/01/2021 15:23:09

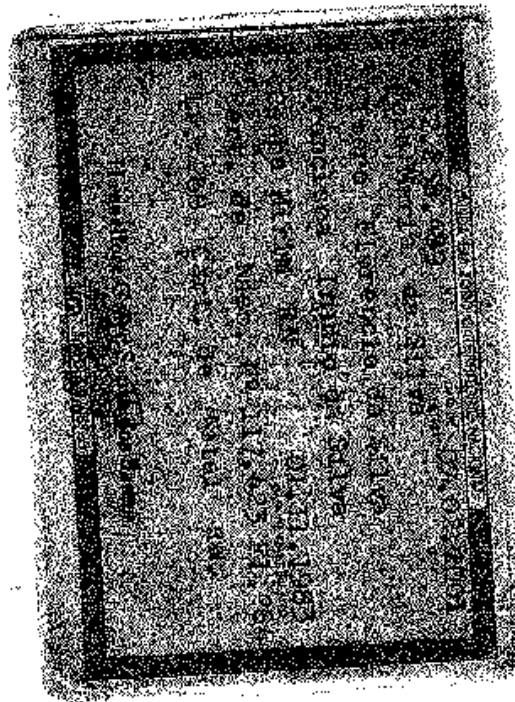
Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 25/01/2021 15:23:09

Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 25/01/2021 15:23:09

Ultima



[Handwritten scribble]



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
053.795.904-11

Nome
JOAO MARIA DA SILVA

Nascimento
04/03/1983

COSEMN
 Controladoria Especial de Engenharia e Arquitetura
 Rua Senador Azevedo, 100 - Centro - Curitiba - PR - 81201-900
 CEP: 81201-900

CPF: 358.846.804-59

Nome
FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES

Matrícula
39435

Endereço
LABORATÓRIO DE ENGENHARIA E ARQUITETURA
AV. BRASIL, 100 - CENTRO - CURITIBA - PR - 81201-900

Telefone
(41) 3333-3333

E-mail
fernanda.linhares@cosemn.gov.br

Assinatura
[Assinatura]

Carimbo
[Carimbo]

Assinatura
[Assinatura]

Carimbo
[Carimbo]





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: 0020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 06

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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ANCIETA, 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 6.131/98.

Pelo exposto, eu Joaquim Manoel da Silva

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

Jairelson de Melo Carnele inscrito (a) no CPF sob o nº 041-646-944, 24

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da vítima Jairelson de Melo Carnele

Inscrito (a) no CPF sob o nº 041-646-944, 24 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 Paratiba</u>		Número: <u>37</u>	Complemento:
Bairro: <u>Parque Abel</u>	Cidade: <u>Natal</u>	Estado: <u>RN</u>	CEP: <u>59155-360</u>
E-mail:		Tel.(DDD):	

Local e Data: Natal 21-08-2020

Joaquim Manoel da Silva
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017





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, VOMITOS, DESMAIOS, PERDA DE CONSCIENCIA EVOLUINDO COM DOR EM EM PÉ ESQUERDO; SEM MAIS QUEIXAS APRESENTA RADIOGRAFIA COMPATIVEL COM FRATURA ANTEPÉ ESQ AVALIADO E LIBERADO PELA CIR GERAL + BMF

Alergia: NEGA

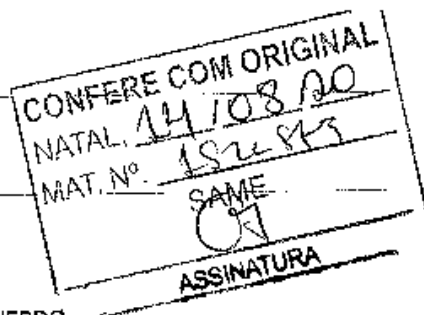
Medicação em uso: NEGA

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 CLINICOS:

COLISÃO MOTO X CARRO;

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

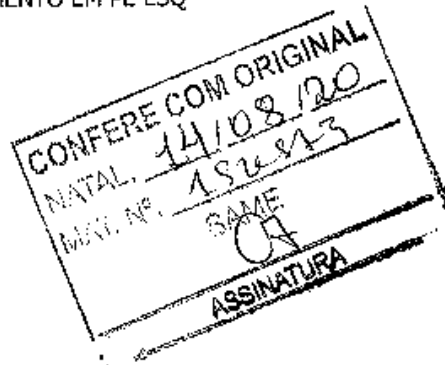
EVOLUINDO COM FRATURA EXPOSTA DE ANTEPÉ ESQUERDO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

NECESSITA DE TRATAMENTO CIRURGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RAIO X



Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S92.7 FRATURAS MÚLTIPLAS DO PÉ*408050470. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO 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:

 Faz Antibioticoterapia Diabetes Hipertensão Obesidade 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: _____ Órgão 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: ORTOPIEDIA Laudo Nº 21216 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

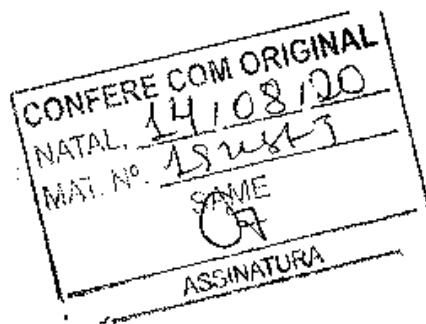
COLISÃO MOTO X CARRO;

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

EVOLUINDO COM FRATURA EXPOSTA DE ANTEPÉ ESQUERDO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

NECESSITA DE TRATAMENTO CIRURGICO



RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RAIO X

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S92.7 FRATURAS MÚLTIPLAS DO PÉ*408050470. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO 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:

 Faz Antibioticoterapia Diabetes Hipertensão Obesidade 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: _____ Órgão 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

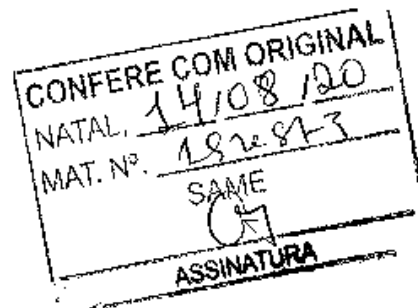
CEP: 59135-360

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEdia Laudo Nº 21335 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA COM FRATURA EM PÉ ESQUERDO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
TTO CIRÚRGICORESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
ANAMESE + EXAME FÍSICO + RAILOX

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S92.7 FRATURAS MÚLTIPLAS DO PÉ*408050462. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATAR

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

METATARSO;3

Informações importantes sobre as condições do paciente:

 Faz Antibioticoterapia Diabetes Hipertensão Obesidade 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
 Anestesiista: 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 ANTISSEPSIA, APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
 DESBRIDAMENTO E LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9%
 SUTURA E CURATIVO
 BOA PERFUSÃO DISTAL

CONFERE COM ORIGINAL
 NATAL. 14/08/20
 MAT. Nº. 15252
 SAME
 OF
 ASSINATURA



BAA: 26228/2020

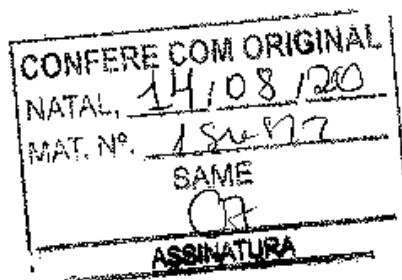
Paciente: JANILSON DE MELO CANELA

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 Obs.: FRATURA EXPOSTA Diluição: 100ml SF0,9%	2	FA	IV	DOSE UN		
3 - DAPIRONA SODICA 500MG/ML 2 ML Diluição: 8 ml ABD	1	AMP	IV	DOSE UNI		

DANIEL SALDANHA DE MEDEIROS
CRM-7787/RN

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 14/08/20
MAT. Nº. 152873
SOME
07
ASSINATURA





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 À 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 SODIO 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) - D27 Obs.: Iniciado em: 1/2020 Diluição: 100ml SF0,9%	1		FA	IV 6h/6h		00 06 12 18
4 - DAPIRONA SODICA 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 - D27 Obs.: + 100ml de SF 0,9% Iniciado em: 1/2020 Diluição: 100ml SF0,9%	1		AMP	IV 2h/12h		00 12
6 - <u>TRAMADOL 50MG/ML - 2ML</u> 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
 NARCAL
 MAT. Nº. _____
 AMP
 SAME
 ASSINATURA 2h/12h

FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA
 CRM-7036/RN



REGISTRO DE INTERNAMENTO

Nº AIH: _____ Nº ATENDIMENTO: 532168 DATA: 02/07/2020
TIPO DE INTERNAMENTO: _____ HORA: _____
ACOMODADO: ENFERMARIA LEITO: 1 ANDAR 25 A CONVENIO: SUS
MATRÍCULA: 703004804612776 VALIDADE: _____
Criado por karla beatriz da silva teixeira 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 CIDADE: CEARÁ-MIRIM
BAIRRO: LAGOA DE COSMO CEP: 59570-000
ESTADO: RN FONE: (84) 99214-2250
FONE: (84) 99120-7606

SUMÁRIO DE ALTA

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

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

*Pré admitido V. t. m. de ul. o. m. t.
a. m. o. t. o. 2. s. m. m. e. r. o. b. l. a. n. o.
com Fraturas múltiplas no P.O. - Esquerda
Internado para tratamento
cirúrgico definitivo*

PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA

CNPJ: 09.417.742/0001-91

Confere com o Original

Data: 09/07/2020

José Carlos

Bruno Muniz L. Borges
Ortopedia / Traumatologia
CRM/RN 5975 - SBOT 13842

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



DESCRIÇÃO DO ATO CIRURGICO

DDH + Praxia nasilabial + Sutura
 Aproxim + Anst. na Pm + hemipar. ext. sup.
 Placa com fechador + um n. par. lateral
 est. e. sup. de fraturas do 2º, 3º, 4º e
 5º metatarsos + Praxia na Pm + Praxia na Pm
 Sutura na Pm + Sutura na Pm + Sutura na Pm
 do 2º dedo da P. esquerda + A. A. + Sutura
 desse e. sup. + Sutura com fio de K
 (colocamento nos escopos + teste de
 S. + teste de P. + teste de M. + teste de
 teste de P. + teste de M. + teste de K

Bruno Muniz L. Borges
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM/RN 5975 - SBOY 13542

BOLETIM DE ANESTESIA
 ANESTESIA TIPO: Bloqueio de Plexo Cervical TECNICA: Raqui-anestesia

NOR						
20	ES-TES-ES-TES-TES				colpa n. 20	01
18	48-48-48-48				colpa n. 18	01
16					colpa n. 16	01
14					colpa n. 14	01
12					colpa n. 12	01
10					colpa n. 10	01
8					colpa n. 8	01
6					colpa n. 6	01
4					colpa n. 4	01
2					colpa n. 2	01
A						
N						
O						
T						
A						
C						
O						
D						
E						
S						
	MIN. C/ ACRÉSCIMO	MIN S/ ACRÉSCIMO	TOTAIS	INICIO DA ANESTESIA:	09:20	
				INICIO DA CIRURGIA:	09:30	
				TÉRMINO DA CIRURGIA:	10:10	
				TÉRMINO DA ANESTESIA:	10:20	
				OBSERVAÇÕES:		

Fernando de O. Lima
 Anestesiologista
 CRM/RN 5725 - RQE 1724



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Janielson de Melo Janelson Nº REGISTRO _____ convênio: _____
 Data Nascimento 13/12/80 IDADE _____ Sexo _____ LEITO: _____ Data de Admissão / /
 MÉDICO: Dr. Romari Cirurgia Proposta: Fratura de 04 metatarsos

ADMISSÃO DO CENTRO CIRURGICO

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

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

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

ALERGIAS: () NÃO () SIM: _____

DOENÇAS PREGRESSAS: () DM () HAS () Tabagista () Etilista () 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: () Labor () Raio x () USG () TC () RNM () Risco cirúrgico Outros: _____

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

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

SSVV: PA: 133x68 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 ()

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



BISTURI ELÉTRICO DISPONÍVEL E TESTADO A)
 APARELHO DE ANESTESIA A)
 EQUIPAMENTO DE VÍDEO A)
 MONITOR MULTI-PARÂMETRO A)
 SAÍDA DE: OXIGÊNIO A) AR COMPRIMIDO () VÁCUO ()
 ASPIRADOR CIRÚRGICO DISPONÍVEL E TESTADO A)
 MESA CIRÚRGICA TESTADA A)
 HEMODERIVADOS SOLICITADOS E RESERVADOS SIM () NÃO NÃO APLICÁVEL ()
 PACIENTE TEM ALERGIA CONHECIDA SIM () NÃO 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 A)
 CONFIRMAR PREPARO DA PELE COM CLOREXIDINE DEGERMANTE E TÓPICA () SIM NÃO
 CONFIRMAR ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO A) SIM () NÃO APLICÁVEL
 PACIENTE EM POSIÇÃO ADEQUADA SIM () NÃO

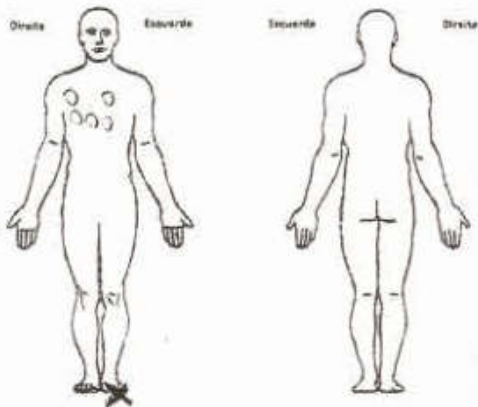
EQUIPE DE ENFERMAGEM

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

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 ▲
 MONITORIZAÇÃO CARDÍACA ●
 INCISÃO CIRÚRGICA X
 GARROTE ■
 FAIXA SMARCH ⊕

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 Nº REGISTRO: _____

DEGERMAÇÃO DA PELE: CLOREX DEGERMANTE () CLOREX AQUOSO
 CLOREX ALCOÓLICA () PVPI DEGERMANTE
 PVPI TINTURA () + BLOCO

PROFISSIONAL QUE REALIZOU: SR. NUNO

ANTISSEPSIA: () PVPI AQUOSA () PVPI ALCOÓLICO () CLOREXIDINA AQUOSA CLOREXIDINA ALCOÓLICA

PROFISSIONAL QUE REALIZOU: DR. FERNANDO

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

DRENOS: () PENROSE Nº _____ () PORTO-VAC Nº _____ TÓRAX Nº _____

SINAIS VITAIS: PA: 122/62 mmhg FC: 94 bpm SAT: 97 % T: 36,2 °C HORA: 10:00

ANESTESIA: INICIO: 09:20 TERMINO: 10:20 () GERAL INALATÓRIO () GERAL VENOSA SEDACÃO
 LOCAL PERIDURAL RÁQUI
 BLOQUEIO: _____

AGULHA PARA RÁQUI: () NÃO SIM Nº 27 OBS: DR. FERNANDO

AGULHA PERIDURAL: () SIM () NÃO Nº _____ CATETER PERIDURAL: _____

AGULHA PARA INFILTRAÇÃO: () NÃO () SIM Nº _____

AGULHA PARA BLOQUEIO DE PLEXO: () SIM () NÃO Nº _____ LOCAL: _____

Tubo endotraqueal: () NÃO () SIM Tipo: () Simples () Aramado () Traqueostomia () Carlens D/E.. Nº _____

Cânula de guedel Nº _____ Másc. Laringea: () NÃO () SIM Nº _____ Cat.tipo óculos () SIM () NÃO

AVP: () NÃO SIM MSD JELCO Nº 20 POR DR. FERNANDO

SNG: () NÃO () SIM Nº _____ SVD () NÃO () SIM Nº _____

HORÁRIO	MEDICAÇÃO	DOSE	VIA	NOME PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
11:40	FR. CEFALOTINA	02	EV	DR. FERNANDO
11:40	FR. TENOXICINA	01	EV	"
11:40	DIPIDOMA	02	EV	"
11:40	DEXMETHONA	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. FERNANDO 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, _____



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 BRUNO ASSISTENTE: ANESTEIOLOGISTA: DE FERNANDO
INSTRUMENTADORA: DINA PAULA CIRCULANTE: SANDRA 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) RAIOS-X (4) USG () TC () RNM () RISCO CIRURGICO () OUTROS: _____

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

ANOTAÇÕES ENFERMAGEM: _____

ENCAMINHADO POR: _____

Enfermeira
COREN/RN 463.758

HORA: 11 : 00



Prontoclínica Dr. Paulo Gurgei
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

MÉDICO: _____

PACIENTE: JANILSON DO NASCIMENTO CAMELA SETOR: 1º LEITO: 207A
AGNOSTICO MÉDICO: RA (E) IDADE: 37 ANOS

PROCEDÊNCIA: () DOMICILIAR (X) HOSPITALAR: QUAL: HMWG
ALERGIAS: NEGA DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: NEGA

EVOLUÇÃO 02/07/20 HORÁRIO: 22h

ASPECTO GERAL

(X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
() PASIVO (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
() NORMOCORADA () HIPOCORADA () CIANOSE
() EXTREMIDADE FRIAS (X) NORMOTÉRMICA

() HIPOTERMIA: _____
() HIPERTERMIA: _____
() DRENO Local: _____
Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

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

OBSERVAÇÕES: Acidente de moto há 15 dias
Nega tudo
Exames de hemograma e perfil de rim e
orientado quanto a dieta e higiene íntima

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 () RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

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

DIETA

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

Assinado eletronicamente por FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES

Garimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 03/07/20 HORÁRIO: 12h

ASPECTO GERAL

(X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
(X) PASIVO (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 _____
() 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

() 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

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

APARELHO DIGESTÓRIO

- ABDOMEN**
- FLACIDO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
 - () DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
 - () TÍMPÂNICO () MACIÇO () RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

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

DIETA

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

OBSERVAÇÕES: Paciente em POS, com dieta oral, aceita dieta, segue em HUP, sem febre no momento, realizou Rx POS

Daniely Araujo da Silva Regis
COREN/PA 332.991-ENP

EVOLUÇÃO 03/07/20

HORÁRIO: 21:25
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

ASPECTO GERAL

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

VENTILAÇÃO

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

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

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

ELIMINAÇÕES

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

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

- () HV _____
- () BI _____
- ATB completo

EVACUAÇÃO

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

PELE

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

APARELHO DIGESTÓRIO

- ABDOMEN**
- FLACIDO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
 - () DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
 - () TÍMPÂNICO () MACIÇO () RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

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

DIETA

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

OBSERVAÇÕES: + Rx Pos local

* V6

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro





**PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel**

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

PACIENTE	Esmirson de Melo Cordeiro	
APTO.:	308 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	Pac. admitido neste setor para avaliação por nível mínimo físico de Pa "E" com orientação do G. ambiental. Em anexo: exame lab + 01 imp Rx. Segue sob cuidados da equipe.	Mirella Soares Galvão Brito CON-RR-312.608-18
03.07.20	8:50	Encaminhado ao C.C. em cadeira de rodas.	Lucia Oliveira da Silva Figueiredo REN-RR-331.025
05.07.20	10:45	Pac. retornou do C.C. em cadeira de rodas com 14 P. exames de laboratório, resp. imp Rx em anexo.	Lucia Oliveira da Silva Figueiredo REN-RR-331
03.07.20	17:00	Adm. med. claudium 1g + A 02 EV + clonazepam 1mg + A 02 S/ controle de sintomas.	Lucia Oliveira da Silva Figueiredo REN-RR-331.525-18
03.07.20	23h	Adm med claudium 1g + A 02 EV + clonazepam 1mg + A 02 + tiludil 4mg + A 02 EV	Ana Paula R. S. Cerqueira Silva COREN-RR-001208-597-18 Ana Paula R. S. Cerqueira Silva COREN-RR-001208-597-18
04.07.20	05h	Adm med claudium 1g + A 02 EV + clonazepam 1mg + A 02 EV	Ana Paula R. S. Cerqueira Silva COREN-RR-001208-597-18
04/07/20	09h00	Paciente saiu de alta hospitalar, acompanhado por mãe e irmão em cadeira de rodas, levando consigo todos os seus pertences. Após direto ao pronto-socorro.	Ana Paula R. S. Cerqueira Silva COREN-RR-001208-597-18





HOSPITAL GERAL DE CURITIBA
Dr. Paulo Gurgel

CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA

Data Nascimento 13/12/1980
Data 03-07-20
Modalidade (X) Eletiva () Urgência () Emergência

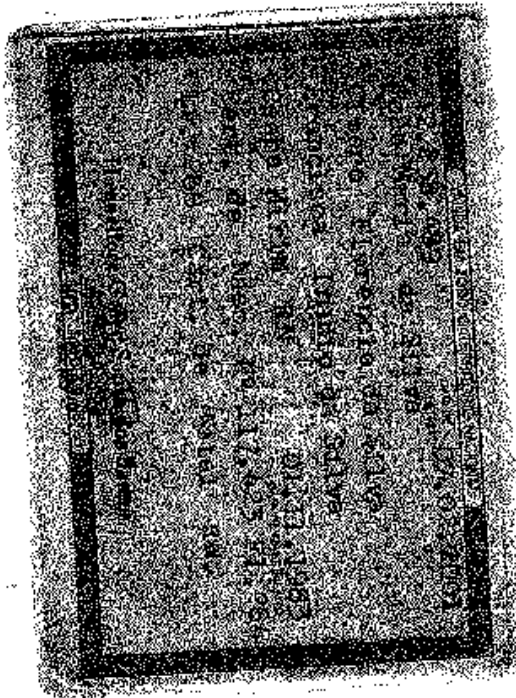
Nome completo RONYSON DE MELLO CORDEIRO
Unidade de origem PSICEM
RG 000000000000000000
Cirurgia proposta

Encaminhamento de clientes ao Centro Cirúrgico	Antes da indução anestésica	Antes de iniciar a cirurgia	Antes do cliente sair da SO
<ul style="list-style-type: none"> Identificação do cliente <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Prontuário completo <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Sítio cirúrgico demarcado <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplica Consentimento e avaliação anestésica <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Consentimento cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Consentimento transfusional <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplica Banho <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplica Tricotomia <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplica Horário <u>Local</u> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Jejum <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Exames <input checked="" type="checkbox"/> Laboratoriais <input checked="" type="checkbox"/> Imagem Retirado prótese e adornos? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tipo de precaução <input checked="" type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Reverso <input type="checkbox"/> Gotículas <input type="checkbox"/> Aerosóis 	<ul style="list-style-type: none"> Confirmação sobre o cliente <input checked="" type="checkbox"/> Identificação do cliente Local da cirurgia a ser feita <input checked="" type="checkbox"/> Procedimento a ser realizado Consentimento anestésico e cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> Sítio cirúrgico certo Montagem da SO de acordo com o procedimento programado <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Revisão dos equipamentos de anestesia <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Materiais de vias aéreas disponíveis e funcionantes <input checked="" type="checkbox"/> Mascara de O2 Laringoscópio <input checked="" type="checkbox"/> Ambú Fio guia <input checked="" type="checkbox"/> Bougie Guedel <input checked="" type="checkbox"/> Cânula endotraqueal Há risco de perda sanguínea >500ml (7ml/kg em crianças)? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Reserva sanguínea? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Acesso venoso adequado e pervio? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não O cliente tem alergia? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Staff <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 1º cirurgião <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 2º cirurgião <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Anestesiista <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Circulante <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Cirurgiões, anestesiistas e equipe de enfermagem confirmam: <input checked="" type="checkbox"/> Identificação do cliente Sítio cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> Procedimento a ser realizado Placa de electrocautério <input checked="" type="checkbox"/> Posicionada <input type="checkbox"/> Não aplica Uso de antibiótico profilático <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Exames de imagem estão disponíveis <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplica Revisão do cirurgião. Passos críticos <input checked="" type="checkbox"/> Duração estimada / Possíveis perdas sanguíneas <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Revisão do anestesiista <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Procedimento realizado <u>FRATN</u> A contagem de compressas, agulhas e instrumentais está correta? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplica Peças anatômicas/culturas e identificadas adequadamente e requisitação preenchida? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplica Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplica Recomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatório desse cliente: <u>Surgião Dr. Ruyner</u> Anestesiista <u>Dr. F. Mendes</u> Enfermagem <u>Edna</u> Obs.: <u>Dr. Paulo</u> Ass.: <u>Enferm. Edna</u>





(Handwritten scribble)



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
053.795.904-11

Nome
JOAO MARIA DA SILVA

Nascimento
04/03/1983

CPERN
Construtora Engenharia e Projetos Ltda.
Rua ... 100 ...
Cidade ...

CPF: 308.048.804-59

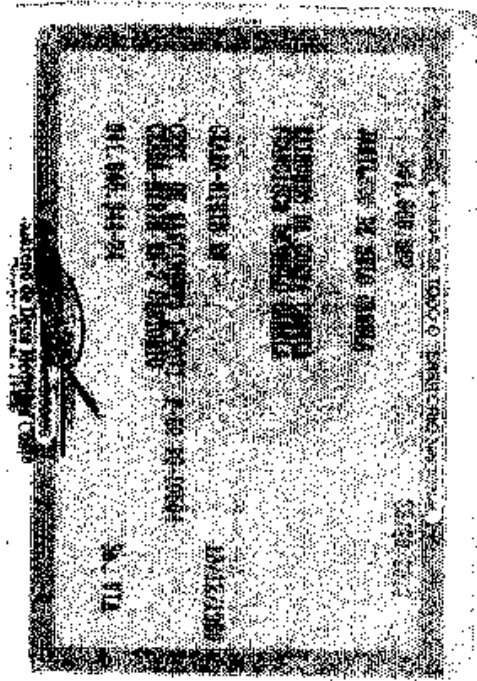
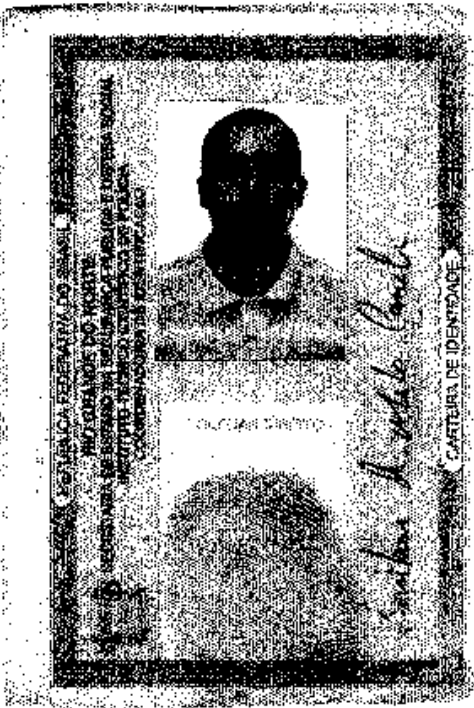
RECEITA FEDERAL DO BRASIL

INSCRIÇÃO Nº 053.795.904-11

CPF	053.795.904-11	Nome	JOAO MARIA DA SILVA
CPF	308.048.804-59	Nome	CPERN

INSCRIÇÃO Nº 053.795.904-11





COSEMA
 Companhia Brasileira de Cimento Portland
 Rua: ...
 CEP: ...

82/02

...
 ...
 ...

Ultima



CONTRAN CONTRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DOS TRANSPORTES

Nº 014527114251

CONTRAN Nº 014527114251
CONTRATO DE PRECATORIO DE MANUTENÇÃO E REPARAÇÃO DE VEÍCULO

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
1	MANUTENÇÃO E REPARAÇÃO DE VEÍCULO	1		

ESPAÇO RESERVADO PARA ATRIBUIÇÃO DE VALORES PRECATORIOS CASO SEJA POR VINCULO
AUTOMATICO EM VIA DE PRECATÓRIO POR SUA CATEGORIA E PRECATORIO
RESPONSABILIDADE DO TIPO - SEGURANÇA DEVIAT

Nº 014527114251 QUANTIDADE DE SEGURANÇA DEVIAT

NOTA FISCAL N.º 001.000.000.000
DETALELADA POR FERNANDA FLOR LINHARES
N.º 014527114251
Emissão em 25/01/2021

GERENCIAMENTO

RECEBIMOS DA LINHA DE DEPARTAMENTO



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: Janelisa de Melo Corneio, brasileiro(a),
estado civil: Solteira, Profissão: Recusado, Data do Acidente 27-06-2020
Cobertura Interpotes, portador(a) do RG 001.968-582, órgão expedidor
Itap e do CPF: 041-646-944-24 residente no(a)
Rua Conselheiro nº 1311
bairro: Wagner Avel, município: Natal, RN.

OUTORGADO:

Nome: João Manoel da Silva, brasileiro(a)
estado civil: Solteiro, Profissão: Recusado, portador(a) do RG
2.258-489, órgão expedidor Itap e do CPF: 083-795-904-11, residente
no(a) R. Conselheiro 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 Sueli de Melo Corneio
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
CPF de: Próprio
Titular do CPF: JANILSON DE MELO CANELA

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

