
Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200447184

Vítima: MILTON FERNANDES BATISTA

Data do Acidente: 19/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE JORDAO DA SILVA CASSIANO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MILTON FERNANDES BATISTA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200447184 **Cidade:** Florânia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MILTON FERNANDES BATISTA **Data do acidente:** 19/05/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA-P.6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO+PLACA DCP+PLACA EM L+PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA P.6,13,15,16

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

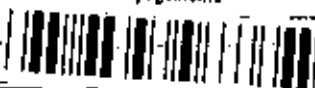
Observações: - VÍTIMA COM 64 ANOS./FOLHA CIRÚRGICA E DE ANESTESIA-P.6,13,15,16/EXAMES DE IMAGEM-P.9,10. - VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº 2012605168 EM NÍVEL LEVE PARA O MEMBRO INFERIOR DIREITO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE
 - SIN. 2012/605168(05/04/2020)-INDENIZADO DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO. DIAGNÓSTICO: FRATURA DE PERNA DIREITA.
 PERÍCIA: 10/07/2013 VALOR: R\$ 2.362,50 SEM PAGAMENTO ADICIONAL

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)



INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

274.368.534-49

Nome completo da vítima

MILTON FERNANDES BATISTA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo MILTON FERNANDES BATISTA		CPF titular da conta 274.368.534-49	Profissão APRESENTADO
Endereço RUA APRIGIO AZEVEDO		Número 33	Complemento —
Bairro RAINHA DO PRADO	Cidade FLORÂNIA	Estado RN	CEP 59335-000
Email RATTOSCANO@GMAIL.COM			Telefone (DDD) (84) 9 9624-2109

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☒ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

- ☐ BRADESCO (237)
 ☒ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

2066-4

DV

51

CONTA

Nº

26148

DV

X

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

BANCO

Nome

—

Nº

—

AGÊNCIA

Nº

—

DV

—

CONTA

Nº

—

DV

—

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

FLORÂNIA/RN, 05 de DEZEMBRO de 2019

Local e Data

Milton Fernandes Batista

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Eurocard

5067

VALID 10/24

EXPIRY

DATE 10/24

2006-4

1006-42

233

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: 274.368.534-49 4 - Nome completo da vítima: MILTON FENANDES BATISTA

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

5 - Nome completo: MILTON FENANDES BATISTA 6 - CPF: 274.368.534-49
7 - Profissão: NÃO INFORMADA 8 - Endereço: RUA APRÍGIO AZEVEDO 9 - Número: 33 10 - Complemento:
11 - Bairro: PAZ E AMOR 12 - Cidade: FLORANIA 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.335-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 84 99624-2709

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 2066 4 CONTA: 16.142 X
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Inscrição digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FLORANIA/RN, 08 DE DEZEMBRO DE 2020

Milton F. Batista
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
07/12/2020 AUTO-ATENDIMENTO 18.18.24
036100361 013

AGENDAMENTO DE TRANSFERENCIA
DA CONTA CORRENTE PARA POUPANCA

DEBITADO

AGENCIA: 0361-1 CONTA: 15.863-1
CLIENTE: ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~

FAVORECIDO

AGENCIA: 2066-4 CONTA: 16.142-X VAR: 51
CLIENTE: MILTON FERNANDES BATISTA
VALOR: 50,00 NUMERO DOC.: 121501

AGENDADA PARA 15.12.2020

Créditos a partir de 04/05/2012 estão
disciplinados pela Lei 12.703.



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE FLORÂNIA

Endereço: RUA PEDRO ARAUJO FILHO, 20, CENTRO, FLORÂNIA

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018181000200

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 19/05/2019 19:00:00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Urbano

2.8 Número: S/N

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: CENTRO

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

1.2 Data de Expedição: 26/07/2019 10:44:42

1.4 Ligar CIOSP: Não

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: VIA PÚBLICA DE FLORÂNIA, AO LADO DA PRAÇA DA IGREJA
MATRIZ DE SÃO SEBASTIÃO

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: FLORÂNIA

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: MILTON FERNANDES BATISTA

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Branca

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 27436853449

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: APOSENTADO(A)

3.15 Telefone(s):

3.17 Número: 33

3.19 Bairro: PAZ E AMOR

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: FLORÂNIA

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

3.2 Estado civil: Divorciado(a)

3.4 Pai: CICERO ROMÃO BATISTA

3.6 Mãe: LINDALVA RIBEIRO DE MORAIS

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 08/10/1956

3.14 RG: 543090 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: FLORÂNIA RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: RUA APRÍGIO AZEVEDO

3.24 CEP:

Boletim de ocorrência



5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS VEÍCULOS)

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

QUE NO DIA 19/05/2019, POR VOLTA DAS 19H30, CONDUZIA A MOTOCICLETA ENVOLVIDA NO ACIDENTE, SENDO ESTA UMA HONDA CG 125 FAN KS, PLACA MZK 4134/RN, RENAVAM 00196256992 DE PROPRIEDADE DO SENHOR JONACIR COSME DE ARAUJO: QUE COLIDIU COM UMA PLACA DE SINALIZAÇÃO DE UMA OBRA, A QUAL ESTAVA UM POUCO SOBRE A VIA, DE MODO QUE NÃO PERCEBEU A MESMA E HOVE O ACIDENTE; QUE O ACIDENTE OCORREU NA RUA EM FRENTE A PRAÇA DA IGREJA MATRIZ DE FLORÂNIA/RN; QUE FOI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DESTE MUNICÍPIO, SENDO LOGO EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL DA CIDADE DE NATAL; QUE ESTE PROCEDIMENTO FOI REALIZADO COM BASE NO BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDIO NÚMERO 4748/2019 DO HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL, NADA MAIS DISSE.

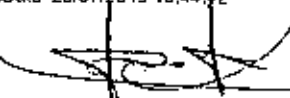
9.2 Informações do CIOSP

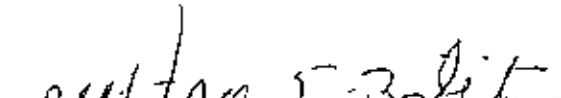
10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

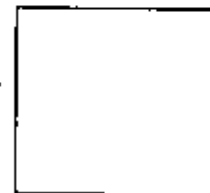
11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data 26/07/2019 10:44:42


Policial


Interessado



Polgar direito

Atendimento: 1675168 - FRANCISCO DE ASSIS TOSCANO

Impresso por: 1675168 - FRANCISCO DE ASSIS TOSCANO em 26/07/2019 10:44:49

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



AUTENTICAÇÃO: Certifico que a presente cópia é a reprodução fidedigna do original que me foi exibido.

Confira em: <https://eolodigital.tjrn.jus.br>

Selo Digital RN201900960P300018071HS.

FLORÂNIA-RN, 05 de dezembro de 2019 09:25

PATRICIA MARIA DE ARAUJO RIBEIRO - Escrevente

Autorizada

Cc: admin@... 283

Re: 0,14 T...

AR048462





Gov^o do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE FLORANIA

Endereço: RUA PEDRO ARAUJO FILHO, 20, CENTRO, FLORÂNIA

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019181000200

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 19/05/2019 19:00:00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Urbano

2.8 Número: S/N

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: CENTRO

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

1.2 Data de Expedição: 26/07/2019 10:44:42

1.4 Ligou CIOSP: Não

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: VIA PÚBLICA DE FLORANIA, AO LADO DA PRAÇA DA IGREJA MATRIZ DE SÃO SEBASTIÃO

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: FLORÂNIA

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: MILTON FERNANDES BATISTA

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Branca

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 27436853449

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: APOSENTADO(A)

3.15 Telefone(s):

3.17 Número: 33

3.19 Bairro: PAZ E AMOR

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: FLORÂNIA

3.2 Estado civil: Divorciado(a)

3.4 Pai: CICERO ROMAO BATISTA

3.6 Mãe: LINDALVA RIBEIRO DE MORAIS

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 08/10/1956

3.14 RG: 543090 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: FLORANIA RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: RUA APRÍGIO AZEVEDO

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS VEÍCULOS)

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

QUE NO DIA 19/05/2019, POR VOLTA DAS 19H30, CONDUZIA A MOTOCICLETA ENVOLVIDA NO ACIDENTE, SENDO ESTA UMA HONDA CG 125 FAN KS, PLACA MZK 4134/RN, RENAVAM 00196256992 DE PROPRIEDADE DO SENHOR JONACIR COSME DE ARAUJO; QUE COLIDIU COM UMA PLACA DE SINALIZAÇÃO DE UMA OBRA, A QUAL ESTAVA UM POUCO SOBRE A VIA, DE MODO QUE NÃO PERCEBEU A MESMA E HOVE O ACIDENTE; QUE O ACIDENTE OCORREU NA RUA EM FRENTE A PRAÇA DA IGREJA MATRIZ DE FLORÂNIA/RN; QUE FOI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DESTA MUNICÍPIO, SENDO LOGO EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL DA CIDADE DE NATAL; QUE ESTE PROCEDIMENTO FOI REALIZADO COM BASE NO BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDIO NÚMERO 4748/2019 DO HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 26/07/2019 10:44:42

Policial

Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1675168 - FRANCISCO DE ASSIS TOSCANO

Impresso por: 1675168 - FRANCISCO DE ASSIS TOSCANO em 26/07/2019 10:44:49

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Maurício Imparato

De: Maurício Imparato
Enviado em: segunda-feira, 18 de maio de 2020 11:30
Para: 'sinistro.dpvat@portoseguro.com.br'; 'paulocesar.imelk@azulseguros.com.br'; 'vanessa.arruda@portoseguro.com.br'; 'sinistro.dpvat@azulseguros.com.br'; 'grazielle.sousa@portoseguro.com.br'; 'graziele.santos@portoseguro.com.br'
Assunto: SEGURO DPVAT - PROJETO MOVIMENTAÇÃO REMOTA
Anexos: Projeto movimentação remota - Azul, Itaú e Porto Seguro.xlsx

Prezados, bom dia!

Em continuidade às ações relativas ao Projeto Movimentação Remota, conforme detalhado na Circular DOPTI 002/2020, encaminhamos a lista de sinistros selecionados pela Seguradora Líder para o prosseguimento da regulação com base em critérios específicos de análise e mitigação de riscos técnicos, jurídicos e de fraudes.

Ressaltamos que a etapa de recepção de documentos foi realizada por meio de ações que independeram de contato presencial e destacamos que a movimentação remota do documento pendenciado não deve ser objeto de novo pendenciamento.

Favor executar a ação "concluir regulação" no sistema SIS DPVAT-SINISTROS, preenchendo o Parecer Técnico com a seguinte informação:

"Parecer favorável em parceria com a Seguradora Líder no âmbito do Projeto Movimentação Remota."

Reforçamos que a lista de processos de regulação selecionados para o Projeto encontra-se anexa, logo, não será permitida a indicação de outros casos, como também não será permitida a aplicação das premissas e procedimentos que compõem o Projeto a sinistros:

- (i) já avisados e pendenciados, mas não selecionados;
- (ii) que venham ser avisados posteriormente ao término do Projeto.

Nesse mesmo sentido, aproveitamos para ratificar que seguem inalterados os procedimentos de regulação constantes do Manual de Recepção e Regulação em relação aos sinistros avisados durante o período em que estiver sendo executado este Projeto.

Contamos com o empenho e agilidade de todos os envolvidos no tratamento dos casos e resposta às equipes Líder.

Eventuais dúvidas devem ser enviadas para o e-mail consultas.dpvat@seguradoralider.com.br, devendo ser indicado no assunto **Projeto Movimentação Remota**.

Abraços,

Maurício Imparato

Gerência de Sinistro – Coordenação Técnica
mauricio.imparato@seguradoralider.com.br
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4598
Cel. 55 21 98223-8789



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembléia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.
[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

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 ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 274.368.534-49 4 - Nome completo da vítima: MILTON FENANDES BATISTA

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

5 - Nome completo: MILTON FENANDES BATISTA 6 - CPF: 274.368.534-49
7 - Profissão: NÃO INFORMADA 8 - Endereço: RUA APRÍGIO AZEVEDO 9 - Número: 33 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: PAZ E AMOR 12 - Cidade: FLORANIA 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.335-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 84 99624-2709

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2066 4 CONTA: 16.142 X
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Ingresso digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FLORANIA/RN, 08 DE DEZEMBRO DE 2020

Milton F. Batista
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL

Companhia Energética de Rio Grande do Norte
Rua Memm, 150, Bairro: Natal - RN, CEP 50075-250
CNPJ 08.324.199/0001-41 | Fone: (51) 20050100-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
LINDALVA RIBEIRO DE MORAIS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA APRIGIO AZEVEDO 33

CPF: 342.006.574-49

CENTRO/ÁREA URBANA
FLORÂNIA RN
50335-000

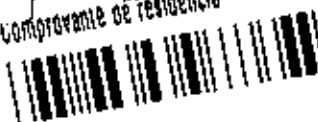
CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	PERÍODO
00010469	UNICA	10/07/2018
DATA DE VENCIMENTO	Nº DO CONTRATO	Nº DO SUBCONTATO
10/07/2018	6008824601	264758

CONTA CONTRATO	PERÍODO
0415101015	07/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE INSCRIÇÃO
17/07/2019	09/08/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	42,80

DEMONSTRATIVO DA NOTA FISCAL		
QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	59,0000000	0,66667512
Acrescimo Bandeira AMARELA		0,78
Contrib. Rum. Pósgas Municipais		3,00
Multa por atraso - NF 075433218 - 10/06/18		0,48
Juros por atraso - NF 075433218 - 10/06/18		0,17
Acrescimo GPM - NF 075433218 - 10/06/18		0,10
Bônus ITAFU - art 21 da Lei 10.423/2002		

Comprovante de residência



TOTAL DA FATURA 42,80

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA PONTUAÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (KWH)
1044217	CAT	10-06-2018	10.204,60	10-07-2018	12.449,24	30	1.000,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE PREÇOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês	Consumo (kWh)	Base de Cálculo	%	Valor do Consumo	Valor do Consumo
ABR 18	64	10,00	10,00	1,11	36,36%
MAY 18	41	10,00	1,11	0,41	9,09%
JUN 18	43	10,00	1,11	0,43	9,09%
JUL 18	50	10,00	1,11	0,50	11,11%
AUG 18	57	10,00	1,11	0,57	12,73%
SET 18	47	10,00	1,11	0,47	10,45%
OCT 18	41	10,00	1,11	0,41	9,09%
NOV 18	61	10,00	1,11	0,61	13,64%
DEZ 18	54	10,00	1,11	0,54	11,82%
JAN 19	61	10,00	1,11	0,61	13,64%
FEB 19	61	10,00	1,11	0,61	13,64%
MAR 19	64	10,00	1,11	0,64	14,55%
ABR 19	64	10,00	1,11	0,64	14,55%
MAY 19	64	10,00	1,11	0,64	14,55%
JUN 19	64	10,00	1,11	0,64	14,55%
JUL 19	64	10,00	1,11	0,64	14,55%
AUG 19	64	10,00	1,11	0,64	14,55%
SET 19	64	10,00	1,11	0,64	14,55%
OCT 19	64	10,00	1,11	0,64	14,55%
NOV 19	64	10,00	1,11	0,64	14,55%
DEZ 19	64	10,00	1,11	0,64	14,55%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para mais informações sobre a prestação de serviços e tarifas, consulte o site da Companhia Energética de Rio Grande do Norte (www.cosern.com.br). O consumidor deve manter a conta em dia, evitando o corte de energia. A Companhia Energética de Rio Grande do Norte não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso indevido da energia elétrica. O consumidor deve manter a conta em dia, evitando o corte de energia. A Companhia Energética de Rio Grande do Norte não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso indevido da energia elétrica.

NÍVEL DE TENSÃO	
TENSÃO NOMINAL (V)	VALOR DE VARIAÇÃO (V)
220	202 - 231

NÍVEL DE TENSÃO			
TENSÃO NOMINAL (V)	VALOR DE VARIAÇÃO (V)	VALOR DE VARIAÇÃO (V)	VALOR DE VARIAÇÃO (V)
220	202	209	231

CONTA CONTRATO 0415101015 PERÍODO 07/2019 DATA DE VENCIMENTO 17/07/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 42,80

83860000000-0 42800038400-9 41510101520-1 01384613533-9





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Rangel Filho, 1755, Tinel, CEP: 59075-000
CNPJ: 08.334.355/0001-35 / INSC. Estadual: 20693-425-2
Atendimento Central (84) 3231-4432 / Ouvidoria: (84) 3231-4561

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO
RUA: 1814, 1900/52, FLORESTA
MUNICÍPIO: CAIENDEIRO - RN
CEP: 59060-000
115
34352205

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS
IMPRESSO EM 11/11/2020 ÀS 07:30:25

MATRÍCULA:

MÊS/ANO

4514020

11/2020

DADOS DO CLIENTE

LINDALVA RIBEIRO DE MORAIS
RUA APRIGIO AZEVEDO, N. 33 - PAZ E AMOR FLORANIA
RN 59335-000

INSCRIÇÃO	ROTA	SEQ.ROTA	QUANTIDADE DE CONDIÇÕES		
			RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL
425.001.183.0130.000	5	1342	1		
HIDRÔMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA		SITUAÇÃO ESGOTO		
Y14T75608E	LIGADO		LIGADO		

CONSUMO ÁGUA (M3): 9

DATA LEITURA: 11/11/2020
LEIT. ATUAL: 344
LEIT. ANT.: 335
DIAS CONSUMO: 32

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MEDIA
10/2020	7	08/2020	3	06/2020	2	3
09/2020	2	07/2020	2	05/2020	2	

DESCRIÇÃO

ÁGUA

RES. ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)

CONSUMO TOTAL (R\$)

9 M3 43,77

CONSUMO DE ÁGUA

ESGOTO

35.0% DO VALOR DE ÁGUA

15,32

JUROS DE MORA 09/2020

0,60

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	59,09	1,55	0,97
COFINS	59,09	7,6	4,49
VENCIMENTO:	19/11/2020	TOTAL A PAGAR:	59,69

MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DESTINADA					
Parâmetro	Turbidez	pH	Cond. Total	Cloro Residual Livre	Meta (norma)
UMP e Recomendações	≤ 5,0 NTU	6,0 a 9,5	% de Sulfato	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L



CAERN - 08.334.385/0001-35

Nº Documento: 2020118276714

ESCRITÓRIO

FLORANIA

MATRÍCULA 00827671.4	CLIENTE JOSE JORDAO DA SILVA CASSIANO	CPF/CNPJ: 067.952.034-17	VENCIMENTO 18/11/2020
INSCRIÇÃO 425.001.163.0254.000	ENDEREÇO DO IMÓVEL RUA JOSE FASSANARO PEPINO, N, 134 - PAZ E AMOR FLORANIA RN 59335-000	ROTA DE ENTREGA 01.7804	FATURA 11/2020
RESPONSÁVEL	ENDEREÇO PARA ENTREGA	ÁGUA LIGADO	ESGOTO LIGADO

ÚLTIMOS CONSUMOS	LEITURA	CONSUMO	CONSUMO/DIA
10/2020 - 15	09/2020 - 17	ANTERIOR ATUAL	(M³) DIAS (M³)
08/2020 - 14	07/2020 - 15	414 436	22 32 0,69
06/2020 - 12	05/2020 - 15	10/10/2020 11/11/2020	
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR	
1	22	R 53214	

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
AGUA RESIDENCIAL 001 UNIDADE ATE 10 M3 - R\$ 43,77 (POR UNIDADE) 11 M3 A 15 M3 - R\$ 4,88 POR M3 16 M3 A 20 M3 - R\$ 5,77 POR M3 21 M3 A 30 M3 - R\$ 6,50 POR M3 ESGOTO 35,00 % DO VALOR DA AGUA PARCELAMENTO DE DEBITOS - PARCELA 6/6 MULTA P/IMPONTUALIDADE 10/2020 JUROS DE MORA 07/2020 ATUALIZACAO MONETARIA 07/2020	10 M3 5 M3 5 M3 2 M3	43,77 24,40 28,85 13,00 38,51 72,19 3,37 5,01 2,06

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	148,53	1,65	2,45
COFINS	148,53	7,60	11,29

Os acréscimos devidos (atualização monetária, juros de mora e multa por atraso), decorrentes do pagamento em atraso, serão cobrados na fatura seguinte. **TOTAL R\$ 230,26**

"O EXERCITO INFORMA: 09 A 16/12/20, OS COVOCADOS DEVERAO SE APRE -
SENTAR AO SETOR DE MOBILIZACAO DO EXERCITO DE FORMA PRESENCIAL, EM
PARTICULAR OS AFASTADOS DO SERVICO ATIVO DE 01/12/15 A 30/11/20".

MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUIDA (Decreto nº 5.440/05 e Portaria nº 2.914/11 do Ministério da Saúde).					
GERÊNCIA REGIONAL: REGIONAL SERIDO			Mês/Ano: 10/2020		
Parâmetros	Turbidez	pH	Colif. Totais	Cloro Residual Livre	Nitrato (como N)
VMP e Recomendações	5,0	6,0 A 9,5	% DE AUSENCIA	0,2 A 2,0 MG/L	<= 10,0 MG/L
Valores obtidos	1,13	6,81	90,91	3,45	

VIA CLIENTE	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
Emitido por: INTERNET	Emitido em: 07/12/2020

MATRÍCULA
00827671.4INSCRIÇÃO
425.001.163.0254.000ROTA DE ENTREGA
01.7804FATURA
11/2020NÃO RECEBER APÓS
28/02/2021

VENCIMENTO 18/11/2020

VALOR R\$ 230,26

GRUPO: 36

FIRMA: 52

82640000002-0 30260006425-7 00827671401-4 11202030003-7

VIA CAERN



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



CAERN - 08.334.385/0001-35

Nº Documento: 2020118276714

ESCRITÓRIO

FLORANIA

MATRÍCULA

00827671.4

CLIENTE

JOSE JORDAO DA SILVA CASSIANO

CPF/CNPJ:

067.952.034-17

VENCIMENTO

18/11/2020

INSCRIÇÃO

425.001.163.0254.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL

RUA JOSE FASSANARO PEPINO, N, 134 - PAZ E AMOR FLORANIA RN 59335-000

ROTA DE ENTREGA 01.7804

FATURA

11/2020

RESPONSÁVEL

ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA

ESGOTO

LIGADO

LIGADO

ÚLTIMOS CONSUMOS

10/2020 - 15

09/2020 - 17

08/2020 - 14

07/2020 - 15

06/2020 - 12

05/2020 - 15

ECONOMIAS

CONS. POR ECONOMIA

COD. AUXILIAR

1

22

R

53214

LEITURA

CONSUMO

CONSUMO/DIA

ANTERIOR

ATUAL

(M³)

DIAS

(M³)

414

436

22

32

0,69

10/10/2020

11/11/2020

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

DESCONTO ACRES.IMPON 05/2020

0,90

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSÉ JORDÃO DA SILVA CASSIANO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 067.952.034-17 / _____, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MILTON FENANDES BATISTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 274.368.534-49 / _____,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MILTON FENANDES BATISTA,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 274.368.534-49 / _____, 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:
RUA JOSE FASSANARO PEPINO

Número:
134

Complemento:

Bairro:
PAZ E AMOR

Cidade:
FLORANIA

Estado:
RN

CEP:
59.335-000

E-mail:

Tel.(DDD):

84 99955-7570

Local e Data: FLORANIA/RN, 08 DE DEZEMBRO DE 2020

Jose Jordão da Silva Cassiano

Assinatura do Declarante



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Prefeitura Municipal de Florânia
Secretaria Municipal de Saúde
UM NOVO TEMPO, UMA NOVA CIDADE.



FLORÂNIA

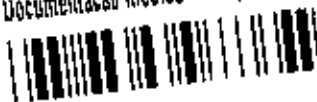


RECEITUÁRIO

NOME: _____

DECLARAÇÃO

Documentação médico-hospitalar



Dedoto para os
devidos fins que o Sr
Milton Fernandes Batista,
com fratura de Tíbia
e Fíbula direita
proveniente de acidente
automobilístico, encontra-se
em T^o fisioterapêutico
sob minha responsabilidade.

Serapiao
Dra. Fereza Cristina R. de Souza
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 32967-F

Florânia/RN, 24 de Julho de 2019

Assinatura e carimbo do Médico



AUTENTICAÇÃO: Certifico que a presente cópia é a reprodução f
do original que me foi exibido.
Confira em: <http://seleodigital.jus.br>
Selo Digital: RN201900950930061606EFB.
FLORÂNIA-RN, 05 de dezembro de 2019 09:25
PATRICIA MARIA DE ARAUJO RIBEIRO - Escrevente

Cx. mínima = 2.80
12.21 0.14 T

AR048460

Impulso





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

2- CNES

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES

3515168

5- PACIENTE

MILTON FERNANDES BATISTA

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

108572-166032

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

702 4065 1485 2324

8- DATA DE NASCIMENTO

08/10/1956

9- SEXO

MASCULINO

10- RAÇA/COR

PARDA

11- NOME DA MÃE

LINDALVA RIBEIRO DE MORAIS

12- TELEFONE DE CONTATO

996901963

13- NOME DO RESPONSÁVEL

SEM

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA APRIGIO AZEVEDO, Nº 33

16- MUNICÍPIO

FLORÂNIA

17- BAIRRO

PAZ E AMOR

18- UF

RN

19- CEP

593335000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura de perna direita usada
fixador externo.

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Cirurgia

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

As ausas

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura de perna dir

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

As ausas

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

() CNS () CPF

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

36- () AC. TRANSITO

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

38- () ADI. TRABALHO TRAJETO

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Autorização
47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

() CNS () CPF

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Paulo Ney Olimpio
CPF: 42.521.724-72
COREN 28300

CONFERIR COM
DATA: 10/07/19
Hestelbuis



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

085

CLINICA
ORTOPEDIA

REGULAÇÃO
WALFREDO GURGEL

PRONTUARIO

166872 072

GIH

DATA DE NASCIMENTO

08/10/1956

CEP

593335000

TELEPHONE

TELEPHONE

996901963

QBITO

ALTA

22-06-2015

HISTORIA CLÍNICA

CONFIDENTIAL
DATE: 10/17/1961
Keller

MAE -> 11/04/14 F15EIMO NORAS
C-5-2702-4065 1485 2324



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

9-9690-1963

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 001

NOME: MILTON FERNANDES GATFES

IDADE: 08-10-56 COR: Pauz SEXO: MASC ESTADO CIVIL: solteiro

NATURALIDADE: Paraná - PR PROFISSÃO: professor PROCEDÊNCIA: ---

ENDEREÇO: R. Afonso AZEVEDO - 33 - BAIRRO: Centro

CIDADE: Paraná - PR DATA: 13-06-019 HORA: 06:30

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☒ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐
C/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

PUPILAS A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW) B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

25 dias de fratura para o m.
enfiado do n.º 6.
usado fixador

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

CONFERE COM
DATA: 10-07-19
Realização

EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

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

CONDUTA

Intenir para cirurgia

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

☐ FICOU NO LOCAL	☒ INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>Proctologia</i>	☐ REMOVIDO EM ____/____/____
HORA ____ HS		HORA ____ PARA ____
RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA ☐	A REVELIA ☐
DATA ____/____/____	HORA ____	
ÓBITO ____/____/____	HORA ____	
ENTREGUE A FAMÍLIA ☐	S.V.O. ☐	I.T.E.P. ☐

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



Hospital

Nº prontuário

Nome do paciente

MILTON FERNANDES BATISTA

Data operação

22/06/19

Enf.

Leito

1º auxiliar

DR. ELSON JOSÉ

Operador

DR. FILIPI ALVES

Instrumentador

2º auxiliar

3º auxiliar

Tipo de anestesia

Anestesista

Diagnóstico pré-operatório

Tipo de operação

SEQUELA DE FRATURA DE PERNA DIREITA

Diagnóstico pós-operatório

FIXAÇÃO INTERNA DEFINITIVA DA TIBIA DIREITA COM PLACA EM PONTO

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - víceras

☐ CIRURGIAS MÚLTIPAS
(0415030012)
☐ POLITRAUMATIZADO
(0415030013)
☐ PROC. CLÍNICO

NOTA OPERATORIA

☒ PROC. CIRÚRGICO
040805 0500
☐ CBO. 225225
☒ CBO. 225270
2 DIAS
CID 5-B22

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL APÓS RAQUI-ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA, CAMPOS ESTEREIS
3. REALIZADO DESBRIDAMENTO E SUTURA NO TRAJETO DOS PINOS DE SHANZ
4. INCISÃO PROXIMAL E DISTAL FM TIBIA DIREITA
5. REALIZADO FIXAÇÃO EM TIBIA DIREITA COM PLACA L EM PONTE COM 3 PARAFUSOS PROXIMAIS E 4 PARAFUSOS DISTAIS
6. RADIOESCOPIA TRANSOPERATORIO, REDUÇÃO ANATOMICA
7. RAFIA EM PLANO, SUTURA E CURATIVO
8. ATO SEM INTERCORRENCIA

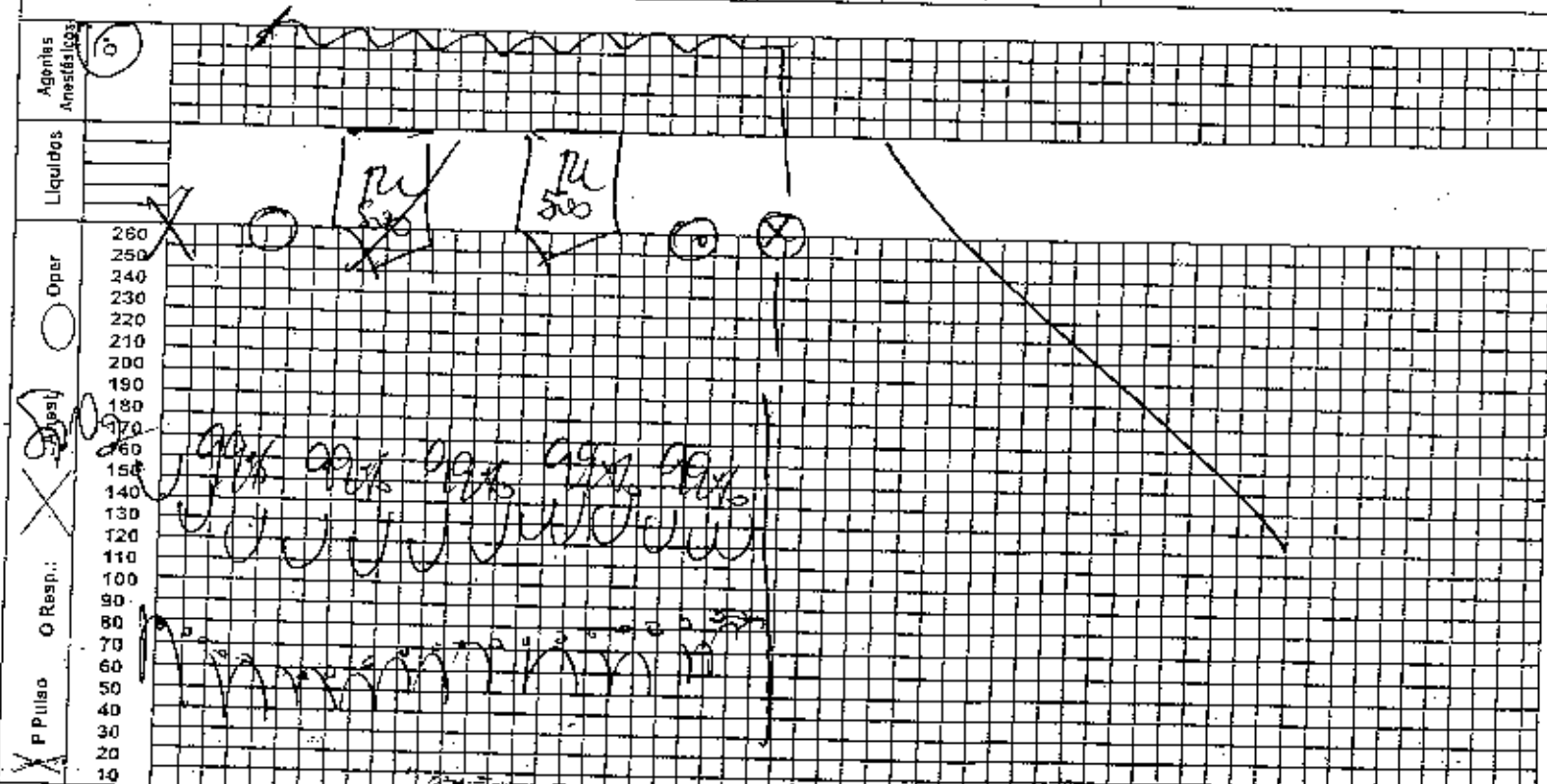
REALIZADO

Assinado: F. Nunes
Médico Traumatologista
CRM 15763

Assinado: F. Nunes
Médico Traumatologista
CRM 15763

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermaria		Leito	Nº prontuário	
Nome						
Idade 62		Sexo M		Cor		
Data 22/06/19	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso 80kg	Outros
Tipo sanguíneo	Hemáticas	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia	
	Urina					
Ap. respiratório Eupneico				Asma		Bronquite
Ap. circulatório RCR em 2T				Eletrocardiograma		
Ap. digestivo N.D.N		Dentes	Pescoço	Ap. urinário		
Estado mental consciente		Atarácicos	Corticoides	Alergia Nega	Hipotensores	
Diagnóstico pré-operatório Fratura fechada de fêmur (D)				Estado físico ASA II		Risco
Anestesias anteriores						
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito	



SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	Cefalotina 2g Midazolam 5mg Ranitidina 50mg Dexametasona 6mg	Pescaria para 20mg Morfina 100mg	ondansetron 8mg Fentanyl 40mg
POSIÇÃO	Dexametasona 6mg		

Agentes	Razvan Anestesia lombar (L4-L5) + Sedação		
Técnica	Plesintere de fêmur (D)		
Operação	Dr. Felipe / Dr. Elson		
Cirurgiões	Dr. Jackson Queiroz		
Anestésistas	Medicamentos - 87 interconsultas		

Dr. Jackson Douglas H. de Queiroz
Anestesiologista
CRM 4662



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Nilton FERNANDES BATISTA Idade: 62 D/N: 08/10/56
Pront: 166572 Município: Flamônia Procedência: ☒ Interno ☐ Externo
Data da cirurgia: 22/06/19 Hora Admissão: Bloco: Sala: Hora Saída: Peso:
Alergias: ☐ Não ☐ Sim Comorbidades: ☐ HAS ☐ DM ☐ Outras
Jejum: ☐ Não ☐ Sim
Uso de medicações: ☐ Não ☐ Sim mmHg Pulso: bpm FI: rpm FC: bpm SpO₂: % T: °C
SSVV Admissão: PA: mmHg Circulante:
Enfermeiro(a): Geilane Instrumentado (a):
Cirurgia: III Enxertos de Tibia (B) Especialidade: Ortopedia Sala:
Hora Início: Hora Término: Tipo de cirurgia: ☐ Eletiva ☐ Urgência ☐ Limpa ☐ Contaminada ☐ Infectada
1ª Cirurgião: Dr. Blason Aux.: Dr. Felipe Residente:
Anestesia: ☐ Local ☐ Sedação ☐ Geral TOT: ☐ Bloqueio ☒ Raquidiana Ag.nº ☐ Peridural ☐ c/cateter ☐ s/cateter
Ag.nº Cateter nº: Início: 15:50 Garrote: ☐ Smarch ☐ Pneumático Início: Término:
Anestesiologista: Dr. Jackson

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
☒ Consciente	☒ Normocorada	☒ Normotenso	☒ Jelco	☒ ECG
☐ Letárgico	☐ Hipocorada	☐ Hipotensão	☐ Acesso V. Central	☒ Oximetria
☐ Coma	☐ Cianótica	☐ Hipertensão	☐ Cat. Diálise	☐ Capnógrafo
☒ Orientado	☐ Ictérica	☒ Normocárdico	☐ Fístula	☐ PA
☐ Desorientado	☐ Desidratada	☐ Bradicardia	☐ Arteriovenosa	☐ Estimul. Nervoso
☐ Sedado	☐ Inteira	☐ Taquicardia	☐ SNG	☐ Diprifusor
☐ Ansioso	☒ C/lesões	☐ Choque	☐ SVD	☐ BIC
☐ Deambula	☐ Sudorese	☐ Normoesfígmico	☐ Colostomia	☐ Desfibrilador
☐ t/dificuldade	☒ Cicatriz cirúrgica	☒ Eupneia	☐ Cistostomia	
☒ Acamado	☒ Higiene Satisfatória	☐ Dispneia	☐ Dreno	
☐ Paraplégico	☐ Higiene deficiente	☐ Dispositivo O ₂	☐ Aparelho gessado	
☐ Tetraplégico	☐ Manchas		☐ Tração	
☐ Amputações	☒ S/Tricotomia		☐ Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>66</u>	<u>66</u>	<u>53</u>	Bpm
Pulso				Bpm
Oximetria	<u>98%</u>	<u>98%</u>	<u>98%</u>	%
Capnografia				%
PA	<u>120x70</u>	<u>137x79</u>	<u>137x79</u>	mmHg

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
☒ Dorsal	☐ Cabeça	☐ Anatômicos
☐ Ventral	☐ Pescoço	☐ Abduzidos
☐ Lateral	☐ Tórax	☐ Fletidos
☐ Litotômica	☐ Lombar	☐ MMII
☐ Trendlemburg		☐ Anatômicos
☐ Canivete		☐ Abduzidos
☐ Proclive		☐ Fletidos

ACESSO VENOSO
☐ Punção Arterial
☒ Punção Venosa Periférica
☐ Punção Venosa Central
☐ Dissecção venosa
Local: <u>MSI</u>
Cateter: <u> </u>

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
☒ Sim ☐ Não ☐ Metal ☐ Descartável
Local: <u>MSI</u>
DEGERMAÇÃO
☒ Sim ☐ Não
Local: <u>MSI</u> Solução: <u>Alcool 70%</u> Local: <u> </u>

SONDAGEM GÁSTRICA
☐ SNG nº <u> </u>
Retorno: <u> </u>

CATETERISMO VESICAL
☐ SVF nº <u> </u> SVA nº <u> </u>
Diurese: <u> </u>
Profissional responsável: <u> </u>

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos: <u> </u>
Tela: <u> </u>
Cateter: <u> </u>
Ostomia: <u> </u>
Fio de KC: <u> </u> Parafuso - tipo: <u> </u>
Placa - Tipo: <u>Placa 4x5</u>
Outros: <u> </u>

EXAMES SOLICITADOS:	
☐ Hemograma	☐ Gasometria
☐ Coagulograma	☐ Outros
☐ Tipagem Sanguínea	☐ Glicosimetria
☐ Radioscopia (Raio X)	

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: <u>4.5 + Base</u> quant. Material: <u> </u>
Val.: <u>22/06/19</u> Contagem de gaze e compressa: ☐ Não ☐ Sim



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

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

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

h: h: h:
h: h: h:
h: h: h:

HIDRATAÇÃO VENOSA

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

ANATOMO PATOLÓGICO

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

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: () limpo () c/exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Telas () Outros:

INTERCORRÊNCIAS: procedimento realizado e sem intercorrências
paciente liberado para o bloco de anestesiologia

Ass: Soma Coren: 352127

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: () Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () O₂ ambiente Curativo: () Oclusivo () Compressivo () Bolsa de
colostomia () Outro:
Diurese: () Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia:

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

Hora: Data: 22/02/19 Nível de consciência: () Acordado () Sonolento () Narcose () Orientado
() Desorientado () Agitado () Choroso Vias aéreas: () Intubado () Extubado () cânula de Guedel () Cateter O₂ () O₂ Ambiente
Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não () Sim Tipo: AUP Local: MSD Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim () Não Especifique:
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos
Curativo: () Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sujeito Monitorização: () ECG () Oxímetro () IPA

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

SINAIS VITAIS

Líquidos administrados na URPA:

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor	Soro glicosado: ml
Admissão	-	60	-	-	96%	-	Soro fisiológico: ml
30'							Ringer: ml
60'							Irrigação vesical contínua: ml
Alta							

Medicações administradas URPA:

Eliminações:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura	Diurese	Retorno Gástrico	Drenagem	Retorno da Irrigação
					Recebido da SO			
					Desprezado URPA			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: Encaminhado a ortopedia II

Ass: Soma Coren: 354908



Junho

Hospital

Nº prontuário

Nome do paciente

Milton Fernandes Batista

166072

Data operação

16/06/19

Enf.

Leito

Operador

Dr. Fabio Freire

1º auxiliar

Dr. Linares Freire

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Dr. Diego

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Fract de punha (D)

Tipo de operação

Retracto de fixador punha (D)

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - víceras

- 1) Punha em dubito clonal, sob sed.
- 2) Retracto de fixador em punha (D).
- 3) curativo
- 4) fenda 6x6

Dr. Fabio Ferreira Freire
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5804 - TEUF 12187

1) CIRURGIAS MÚLTIPLAS
(2415010012)
2) FLETRAIMATIZADO
(935830013)
3) PRAX. CLÍNICO
4) PROC. CIRÚRGICO
0408060560
5) SDO 225225
6) SDO 225220
7) DIAS
8) CID T-131

DATA: 16/06/19
FELIZATO

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital					Enfermaria	Leito	Nº prontuário
Nome					Idade		Sexo
Data					Pressão arterial	Pulso	Respiração
					Temperatura	Peso	Outros
Tipo sanguíneo					Hematias	Hemoglobina	Hematócrito
					Glicemia	Uréia	
Ap. respiratório					Asma		
					Bronquite		
Ap. circulatório					Eletrocardiograma		
Ap. digestivo					Dentes	Pescoço	Ap. urinário
Estado mental					Alarácicos	Corticóides	Alergia
							Hipotensores
Diagnóstico pré-operatório					Estado físico		
					Risco		
Anestésias anteriores							
Medicação pré-anestésica					Aplicada às	Efeito	

Agentes Anestésicos	0'	
Líquidos		
Oper	260	
	250	
	240	
	230	
	220	
	210	
	200	
	190	
	180	
	170	
	160	
	150	
	140	
	130	
	120	
	110	
	100	
	90	
	80	
	70	
	60	
	50	
	40	
	30	
	20	
	10	

SÍMBOLOS	
E	
NOTAÇÕES	
POSIÇÃO	
Agentes	
técnica	
Operação	
Intervenções	
Anestésistas	
Observações	
Notar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias	
Perda sanguínea	

Avaliação de Risco Perioperatório

NOME: Milton Fernandes Batista IDADE: 62a
PRONTUÁRIO: _____ LEITO: _____

CIRURGIA PROPOSTA:

Ortopédica (Perna e pé dir)

ANTECEDENTES PESSOAIS PATOLÓGICOS:

- ☐ Cardiopatia (☐ IAM / ☐ Angina / ☐ IC / ☐ Valvopatia / ☐ Arritmia / ☐ Síncope / ☐ HAS)
☐ AVC / AIT
☐ DM-2 (☐ Insulina)
☐ IRC (☐ Conservador (/ ☐ Dialítico)
☐ Doença Vascular (☐ Aorta / ☐ Periférica)
☐ ASMA / ☐ DPOC / ☒ Tabagismo / Ex
☐ Hepatopatia (☐ Cirrose) / ☒ Etilismo
☐ Tireoidopatia (☐ Hipo / ☐ Hipertireoidismo)
☐ Sangramentos
☐ Complicações cirúrgicas ou anestésicas prévias: Sem complicações
☐ Alergias: NEGA
☐ Medicamentos: NEGA
☐ Outros: _____

EXAME FÍSICO:

Satur: 97% ao

PA: 130 x 80 mmHg; FC: 75 bpm ECG, eupneico, corado
ACP: Normal

ECG / EXAMES COMPLEMENTARES:

RS, FC ~ 66 bpm. DkN.
MB (em andamento):

DIAGNÓSTICOS:

BAIXO RISCO CV (ACP / ECG) - Assintomático CV.

RECOMENDAÇÕES:

Dr. Welington Guimarães
Cardiologista Intervencionista
CRM/RN 6760

CONFE
DATA: 10/07/19
hedebrato
ASSINATURA

DATA: 13/6/19

SUS

Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar
Nº 12061 / 2019

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou:

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: 127661 MILTON FERNANDES BATISTA

Prontuário:

CNS: 702406514852324

Nascimento: 08/10/1956 Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: LINDALVA MEDEIROS DE MORAIS

Pai:

Fone: 996901963 /

Endereço: RUA APRIGIDIO AZEVEDO, 33 - CENTRO - FLORANIA

Município: FLORANIA

Código Municipal IBGE: 240380

UF: RN

CEP: 59335-000

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

paciente com historia de queda de moto há 03 horas, apresentando fratura exposta de ossos da perna esquerda, perimplante de placa por fratura prévia de tibia, suturado e lavado no interior de origem

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

fratura exposta

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
rx + exame físico

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

SE - FRATURAS MULTIPLAS DA PERNA*408050500. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

TIBIA DIAFISE, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão

☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

VIRGILIO SERQUIZ DE AZEVEDO

CRM: 6641 / RN

Data da Solicitação 20/05/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora:

Nº do bilhete:

Série:

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa:

CNAE da Emp.:

CBOR:

() Acidente de Trabalho Trajeto

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador:

Orgão Emissor:

Data da Autorização: / /

Assinatura/Carimbo:

Número da Autorização:

CONFIRMAÇÃO
DATA: 20/05/2019
Assinatura:



PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORÂNIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA
FRANCISCO NOBRE DE ALMEIDA

BOLETIM DE URGÊNCIA N° 557 CARTÃO SUS: _____
NOME: Wilton Fernandes Batista IDADE: 62 SEXO: ☒ M () F
DN: 08/10/1956 RG: _____ NATURALIDADE: _____ PROFISSÃO: _____
ENDEREÇO: Rua Apriço Azevedo, 33 BAIRRO: Paz e Amor
CIDADE: Florânia DATA: 19/05/19 HORA DA ENTRADA: 20h34 min

ANAMNESE DE ENFERMAGEM:

Queixa Principal: Refluxo dor em MID após queda de moto há 20 minutos

Sinais e Sintomas Associados: _____

Comorbidades: ☒ NÃO () HAS () DM () DPOC () Cardiopatia () OUTRA: _____

Medicamentos de uso contínuo: Insulina

Alergia () SIM (X) NÃO, se sim, quais: _____

SINAIS VITAIS, DADOS ANTROPOMÉTRICOS E OUTROS:

PA: 112 x 70 mmHg Temperatura: _____ °C Peso: _____ Kg FC: 73 bpm SpO2: 98 % FR: _____ irpm
Glicemia Capilar: 150 mg/dl.

AValiação e mensuração da dor:



Avaliação: _____

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHA AMARELA VERDE AZUL

Enfermeiro (a):

Maria Érica de Souza Dantas
Enfermeira
COREN-RN 428.590

ANAMNESE/EXAME FÍSICO MÉDICO:

Paciente chegou em triagem no serviço por
queda de moto na primeira noite. Paciente
tem ingestão bebida alcoólica hoje.

AO exame: Presença de lesão na região superior do
abdômen, aberta e não sangrante.

- lesão na região tibial da MID, aberta
e sangrante.
- lesão em calcanhar direito, aberta.
- região tibial com empuçamento.

CONDUTA/PRESCRIÇÃO:

① Le frou

- Amperoxor con $\text{SnO}_2 \cdot 9\text{H}_2\text{O}$
- Antraxpoxor con PVFB
- Antistatico con bitartrato
- Antimicrobico con 3-O nylon
- Aromatico con compressione

② Experimentando as HMG para avaliação e
laudo da ortopedia.

Dr. Aung Mye Aye Junior
Aung Mye Aye
GRADUATE 2011

RELATÓRIO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA

[illegible]

DESTINO DO PACIENTE:

RETIROU-SE POR DECISÃO: () MÉDICA () A PEDIDO () A REVELIA

FICOU NO LOCAL: HORA ____ h ____ min; INTERNADO NO SERVIÇO DE:

DATA / / às h min.



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 25501 /2019

Admissão: 20/05/2019 00:39:27

42

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 127661 - MILTON FERNANDES BATISTA (62 a 7 m 12 d)

Nascimento: 08/10/1956 Natural: FLORANIA, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 702406514852324

CPF: 27436853449

Prof:

Mãe: LINDALVA MEDEIROS DE MORAIS

Pai:

Logradouro: APRIGIDIO AZEVEDO, 33

CEP: 59335000

Bairro: CENTRO

Cidade: FLORANIA

Telefone: 84 996901963

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. INTERIOR

*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 20/05/2019 00:30:39				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA DE MOTO/TRAUMA EM MID

Hora: ____:

Paciente vítima de queda de moto há 03 horas, apresentando perda da consciência no local + colúmbia em MID, apresentando, relativa perda de consciência + dor em MID.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A Uma única ferida, 81 cm x 19 cm.

B MV +, bilateral, SIRA.

C FC: 82 Bat: 95.

D Glasgow 15

E edema + deformidade em MID.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Adm e Refor 81 alt

20 05 019

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

CONFIRMAÇÃO ORIGINAL
NATURAL
MAY 20 2019
20 05 18 00:55
Ferreira
PRONTO SOCORRO TTD

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

;

B

C

D

E

A(ALERGIAS) Não

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL) Desatualizada

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

- 1) TC de crânio + C.H.N.C. + tórax
- 2) Röntgen de M.I.D. AP e perfil.

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMARIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Em tempo, 01:25h TC de tórax
sem evidências de fratura em outros costais
e sem presença de hemo e/ou pneumotórax.

CD - Alto do Emergência June M. Jansen

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

NKC

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2

Osteopatia

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

/

/

HORA

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

OBITO: DATA / / HORA

COM ATESTADO () S.V.O () ITEP

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Comissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 4748 /2019

Prontuário: 1185268

Paciente: 127661 - MILTON FERNANDES BATISTA
Cartão SUS: 702406514852324 CPF: 27436853449
Idade: 62 anos 7 meses 12 dias Sexo: M Etnia: PARDA
Nome da mãe: LINDALVA MEDEIROS DE MORAIS
Nome do pai:
Rua/Av: APRIGIDIO AZEVEDO
Complemento:
CEP: 59335000
Telefone: 84 996901963 84 996901963
Especialidade: ORTOPEDICA
Responsável: MILTON FERNANDES BATISTA -
Usuário: WELLINGTON GOMES DO NASCIMENTO

Dt Nasc: 08/10/1956
Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nº: 33
Bairro: CENTRO

Cidade: FLORANIA

Unidade: PS - ORTOPEDIA Leito: 1017

Admissão: 20/05/2019 02:34:16 Alta: 13.06.19 Óbito: Dias de permanência:

Transf:
DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.7 - FRATURAS MULTIPLAS DA PERNA
408050500 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

NATAL, 20 de Maio de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Matheus Fernandes BatistaDiagnóstico pré-operatório: Refractura exposta de tíbiaIndicação terapêutica: Fixação de material de síntese + Urgência () Eletiva ()

Fisioterapia externa INTERVENÇÃO

Data: 20/05/19 Início: Término: Duração:Operador: Kleudson CRM/CRO:

1º Auxiliar: CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista: CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- 1 - Paciente anestesiado
- 2 - Anti-zeppa e assésia
- 3 - Aposição de campos estéril
- 4 - Alívio de ferimento suturado, ampliando e removendo placa DC Plavaca 09 furos, 4,5 e 08 parafusos 4,5
- 5 - Lavagem copiosa com SFO 90.
- 6 - Observando fragmentos osseos livres.
- 7 - Fixação externa transarticular
- 8 - Sutura
- 9 - Curativo.

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

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

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

Kleudson Bastos
ORTOPEDISTA
CRM 4421



URGENTE

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Mattan Fernandes Idade: 30 N° Reg.: _____
Serviço: Ortopedia Entº: _____ Leito: _____

AO SERVIÇO: Urgência Geral

MOTIVO DA CONSULTA: - (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo).

Paciente com queixa de dor em hemitórax

dx com derrame pleural e dor (hemitórax)

Soluto encaminhado

TOMOGRAFIA/HITO

Data: 25/05/19 Hora: 16:16

Técnico: Carla / HTO

Exame: TOXA

Méico: _____

Natal/RN, 25 de 05 de 19.

Dr. Kleidson Bastos
Ortopedia
CRM-4421

Médico que solicita o parecer

PARECER: Urgência Geral 07:15

Paciente, 62a, afirma de queda de moto em 20/05/19. TC de entrada com evidência de hemo/pneumotórax. Internado pela ortopedia p/ procedimento, evoluindo c/ dor ventilatória discreta, em HTD.

Exame: ax 1st 972

ax: MU (mu) bilateral mta, abolid um box (D)

Raio x torax 24/05/19: relato de neo contíguo (D) em 13 inferior.

D=0 TC torax urgência.
@ Karoline apot

Dr. Wiener Nunes
CRM - RN 9723

Natal/RN, 25 de 05 de 19

Médico que emite o parecer



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

EVOLUÇÃO
MULTIDISCIPLINAR

Nome

Milton Francisco Batista

Idade:

Nº Registro:

Leito:

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

DATA

22/05/19

Admissão lateral, sem feridas de
dois membros superiores distais
e dos membros inferiores
Vide prescrição

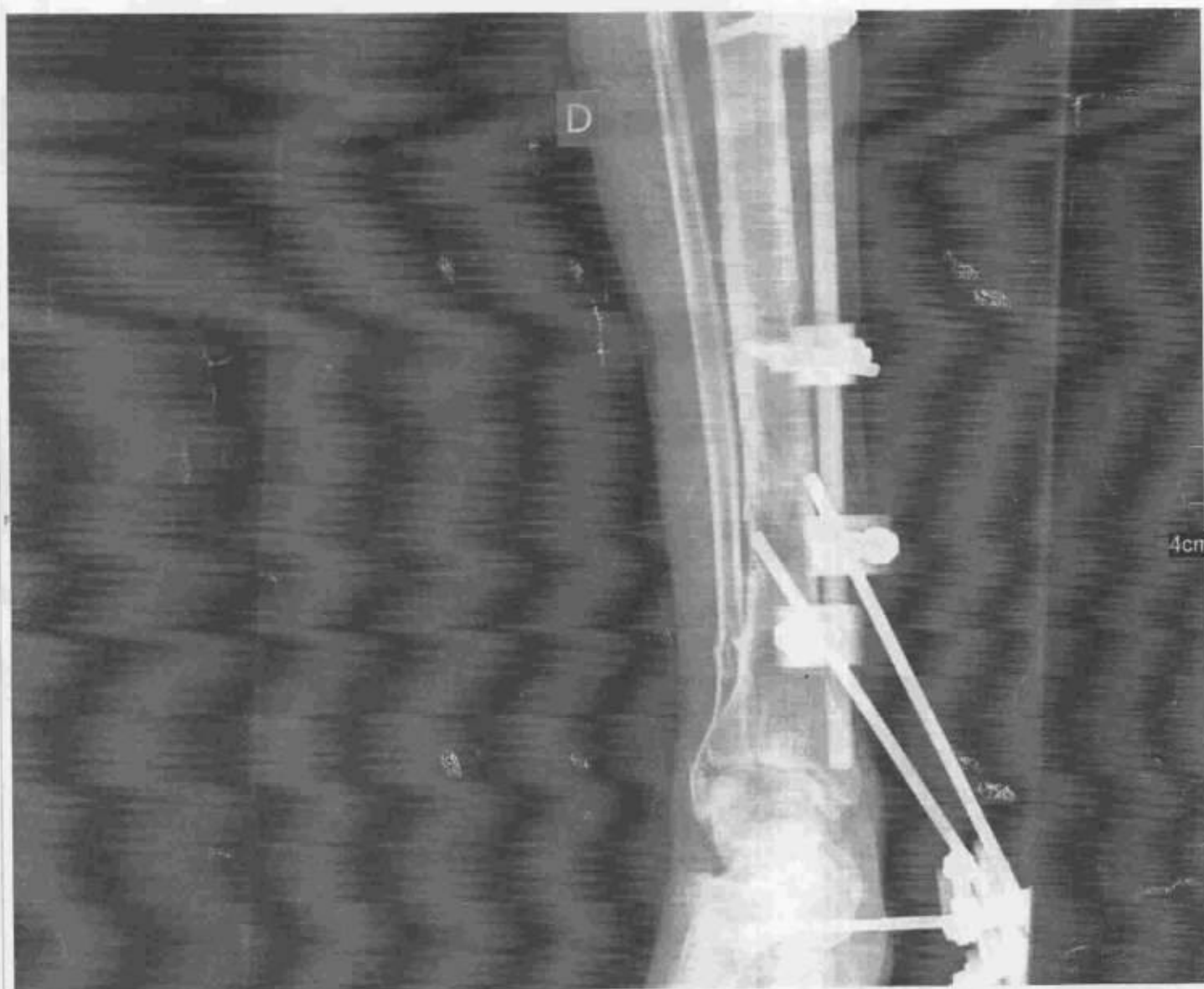
Francisco Cantú Júnior
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Coluna Vertebral
CRM 41.151

MILTON FERNANDES BATISTA, : DX from 20/05/2019

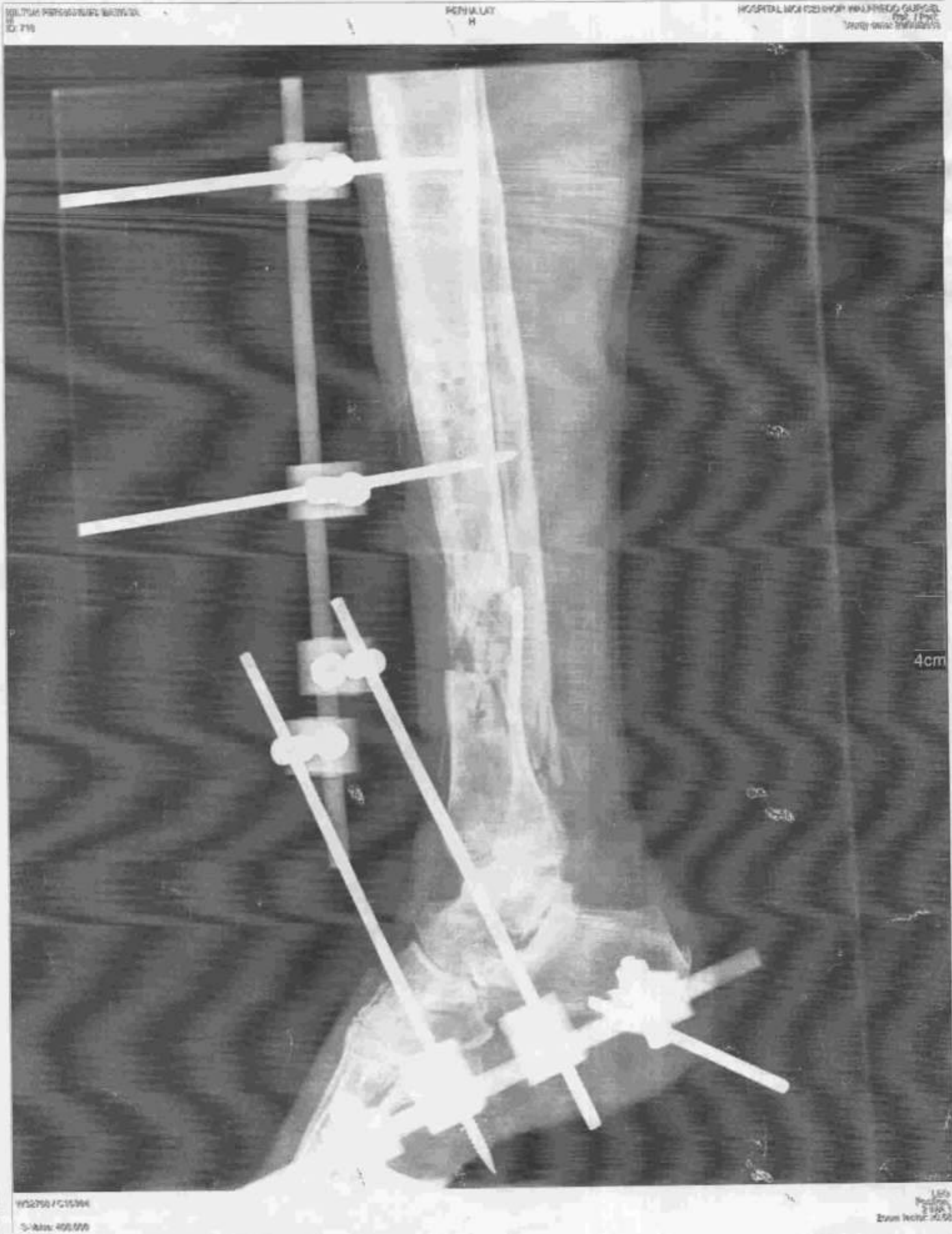
MILTON FERNANDES BATISTA
05.716

PEP MAP
H

HOSPITAL DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA
05.716
05/05/2019



MILTON FERNANDES BATISTA, : DX from 20/05/2019



MAE: LILIANA FERNANDES GATFESTA

C-5-2702-4065 1485 2324



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

C-9-9690-1963

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 001

NOME: LILIANA FERNANDES GATFESTA

IDADE: 08-10-56 COR: BRANCA SEXO: FEM. ESTADO CIVIL: CASADA

NATURALIDADE: PARNAMIRIM - RN PROFISSÃO: ENFERMEIRA PROCEDÊNCIA: _____

ENDEREÇO: R. ADELINO AZEVEDO - 33 - BAIRRO: CENTRO

CIDADE: PARNAMIRIM DATA: 13-06-019 HORA: 06:30

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐
C/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

PUPILAS	A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)	B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	C) PRESSÃO ARTERIAL
---------	-----------------------------------	----------------------------	---------------------

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	T.A.
-------	------------	-------	------

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)
25 dias de fratura de braço
Envolvimento do ombro,
usado fixador

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

HRDMI / SESAP

CONFERI C/ O ORIGINAL

Parnamirim-RN, 13/06/2019

DIAGNÓSTICO INICIAL

Heitor Mat. 201908

EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

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

CONDUTA

Intenar para cirurgia

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

☐ FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	☒ INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>Orçário</i>	☐ REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____	DECISÃO MÉDICA ☐ HORA _____ HORA _____	A REVELIA ☐
ENTREGUE À FAMÍLIA ☐	S.V.O. ☐	I.T.E.P. ☐

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)

Hospital

Nº prontuário

Nome do paciente

Milton Fernandes Batista

166072

Data operação

16/06/19

Enf.

Leito

Operador

Dr. Fabio Freire

1º auxiliar

Dr. Lino Freire

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesiata

Dr. Diego

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Frat de perna

Tipo de operação

Retratação de fratura perna

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - víceras

- 1) Lavagem em dubto clonal, sob sed.
- 2) Retratação de fratura em perna.
- 3) Curativo
- 4) Fala com

Dr. Fabio Ferreira Freire
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5804 - TEUT 13187

II	CIRURGIAS MÚLTIPLAS
II	(0415010012)
II	POLITRAUMATIZADO
II	(0415030013)
I	PROC. CLÍNICO
I	PROC. CIRÚRGICO
I	0408060360
I	CBQ 225225
I	CBQ 225270
I	DIAS
I	CID T-131

HRDML / SESAP

CONFÉRCIO ORIGINAL

Pernambuco - RN, 01/07/2019

Heitor de Lencastre 2019130

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital					Enfermaria	Leito	Nº prontuário	
Nome					Idade		Sexo	Cor
Data	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso		Outros	
Tipo sanguíneo	Hemáticas	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia			
	Urina							
Ap. respiratório					Asma		Bronquite	
Ap. circulatório					Eletrocardiograma			
Ap. digestivo			Dentes	Pescoço	Ap. urinário			
Estado mental			Atarácicos	Corticóides	Alergia		Hipotensores	
Diagnóstico pré-operatório					Estado físico		Risco	
Anestésias anteriores								
Medicação pré-anestésica					Aplicada às		Efeito	

Agentes Anestésicos	Líquidos	Opar	Anest.	O Resp.:	O F ruiso	MBOLOS
		260				
		250				
		240				
		230				
		220				
		210				
		200				
		190				
		180				
		170				
		160				
		150				
		140				
		130				
		120				
		110				
		100				
		90				
		80				
		70				
		60				
		50				
		40				
		30				
		20				
		10				

MBOS	
E	
OTAÇÕES	
OSIÇÃO	
entes	
cnica	
eração	
urgões	
stesistas	
servações	
rtar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias	Perda sanguínea



Hospital

Nome do paciente

MILTON FERNANDES BATISTA

Nº prontuário

Data operação

22/06/19

Enf.

Leito

Operador

DR FILIPI ALVES

1º auxiliar

DR ELSON JOSÉ

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Tipo de operação

SEQUELA DE FRATURA DE PERNA DIREITA

Diagnóstico pós-operatório

FIXAÇÃO INTERNA DEFINITIVA DA TIBIA DIREITA COM PLACA EM PONTO

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - víceras

NOTA OPERATORIA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL APÓS RAQUI ANESTESIA
2. ASSESPSIA E ANTISSEPSIA, CAMPOS ESTEREIS
3. REALIZADO DESBRIDAMENTO E SUTURA NO TRAJETO DOS PINOS DE SHANZ
4. INCISÃO PROXIMAL E DISTAL EM TIBIA DIREITA
5. REALIZADO FIXAÇÃO EM TIBIA DIREITA COM PLACA L EM PONTE COM 3 PARAFUSOS PROXIMAIS E 4 PARAFUSOS DISTAIS
6. RADIOESCOPIA TRANSOPERATORIO, REDUÇÃO ANATOMICA
7. RAFIA EM PLANO, SUTURA E CURATIVO
8. ATO SEM INTERCORRENCIA

L | CIRURGIAS MÚLTIPLAS
(M15010012)
1 | POLITRAUMATIZADO
(M15030013)
1 | PROC. CLÍNICO
1 |
1 | PROC. CIRÚRGICO
040805 0500
1 | CBO. 225225
1 | CBO. 225270
2 | DIAS
1 | CID 5-822

REALIZADO POR

Nosivan F. Nunes
Ortopedia Traumatologia
CRM 5763

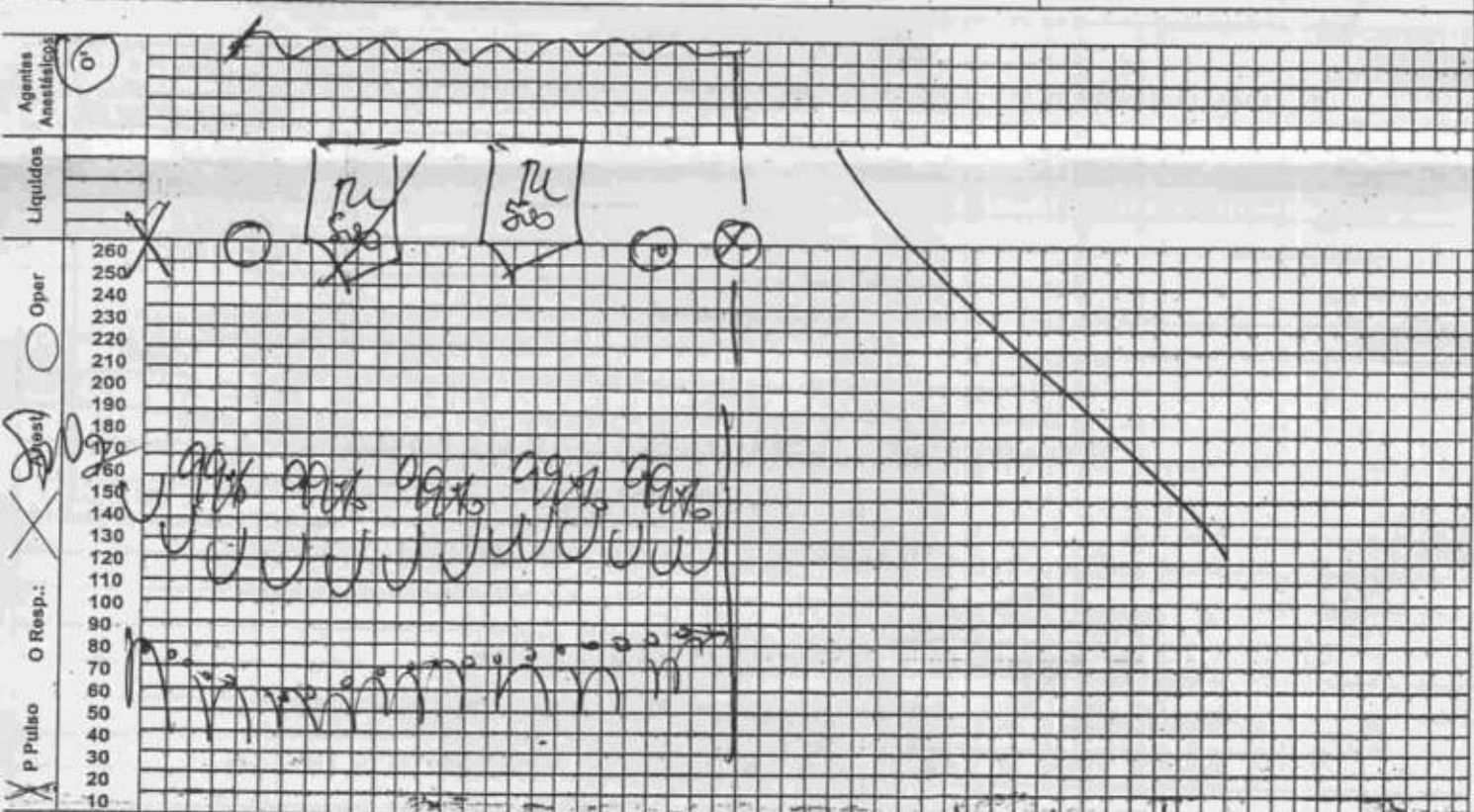
HDM/SESAP

GENÉRICO ORIGINAL

hepbat Mat 2019/06/22

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital				Enfermaria	Leito	Nº prontuário	
Nome					Idade 62	Sexo M	Cor
Data 22/06/19	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso 80kg	Outros	
Tipo sanguíneo	Hematias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia		
	Urina						
Ap. respiratório Eupneico					Asma	Bronquite	
Ap. circulatório RCR em 2T					Eletrocardiograma		
Ap. digestivo N. D. N			Dentes	Pescoço	Ap. urinário		
Estado mental consciente			Atarácicos	Corticoides	Alergia Nepe	Hipotensores	
Diagnóstico pré-operatório Fratura fechada de fêmur (D)					Estado físico ASA II	Risco	
Anestésias anteriores							
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito		



SÍMBOLOS	Cefalotina 2g	Nesacina 20mg	ondansetron 8mg
E	Midazolam 5mg	Morfina 100ug	Tilatil 40mg
ANOTAÇÕES	Bambuê 50ug		
POSIÇÃO	Dexametasona 8mg		

Agentes	Razuw anestesia lombar (L4-L5) + Sedação
Técnica	glossíntere de fêmur (D)
Operação	Dr. Felipe / Dr. Elson
Cirurgiões	Dr. Jackson Queiroz
Anestésistas	Dr. Jackson Queiroz

Dr. Jackson Douglas N. de Queiroz
Anestesiologista
CRM-RN 4608



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Nilton Fernandes Batista Idade: 62 D/N: 08/10/56
Pront.: 166532 Município: Flamônia Procedência: ☒ Interno ☐ Externo
Data da cirurgia: 22/06/19 Hora Admissão: Bloco: Sala: Hora Saída: Peso:
Alergias: ☐ Não ☐ Sim Comorbidades: ☐ HAS ☐ DM ☐ Outras
Uso de medicações: ☐ Não ☐ Sim Jejum: ☐ Não ☐ Sim
SSVV Admissão: PA: mmHg Pulso: bpm FI: rpm FC: bpm SpO₂: % T: °C

Enfermeiro(a): Geilane Instrumentado (a): Circulante:

Cirurgia: III Enxerto de Tibia Especialidade: Ortopedia Sala:
Hora Início: Hora Término: Tipo de cirurgia: ☐ Eletiva ☐ Urgência ☐ Limpa ☐ Contaminada ☐ Infectada
1ª Cirurgião: Dr. Elson Aux.: Dr. Felipe Residente:

Anestesia: ☐ Local ☐ Sedação ☐ Geral TOT: ☐ Blc.queiro ☒ Raquidiana Ag.nº ☐ Peridural ☐ c/cateter ☐ s/cateter
Ag.nº Cateter nº: Início: 15:50 Garrote: ☐ Smarch ☐ Pneumático Início: Término:
Anestesiologista: Dr. Jackson

NEUROMUSCULAR		PELE/HIGIENE		CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO		DISPOSITIVOS		MONITORIZAÇÃO	
☒ Consciente	☒ Normocorada	☒ Normotenso	☒ Jelco	☒ ECG					
☐ Letárgico	☐ Hipocorada	☐ Hipotensão	☐ Acesso V. Central	☒ Oximetria					
☐ Coma	☐ Cianótica	☐ Hipertensão	☐ Cat. Diálise	☐ Capnógrafo					
☒ Orientado	☐ Ictérica	☒ Normocárdico	☐ Fístula	☒ PA					
☐ Desorientado	☐ Desidratada	☐ Bradicardia	☐ Arteriovenosa	☐ Estimul. Nervo					
☐ Sedado	☐ Íntegra	☐ Taquicardia	☐ SNG	☐ Diprifusor					
☐ Ansioso	☒ C/lesões	☐ Choque	☐ SVD	☐ BIC					
☐ Deambula	☐ Sudorese	☐ Normoesfígmico	☐ Colostomia	☐ Desfibrilador					
☐ t/dificuldade	☐ Cicatriz cirúrgica	☒ Eupnéia	☐ Cistostomia						
☒ Acamado	☒ Higiene Satisfatória	☐ Dispneia	☐ Dreno:						
☐ Paraplégico	☐ Higiene deficiente	☐ Dispositivo O ₂	☐ Aparelho gessado						
☐ Tetraplégico	☐ Manchas		☐ Tração						
☐ Amputações	☒ S/Tricotomia		☐ Talas						

SINAIS VITAIS		POSIÇÃO		COXIM		MMSS	
FC	<u>66</u>	☒ Dorsal			Cabeça		Anatômicos
Pulso	<u>66</u>	☐ Ventral			Pescoço		Abduzidos
Oximetria	<u>98%</u>	☐ Lateral			Tórax		Fletidos
Capnografia	<u>98%</u>	☐ Litotômica			Lombar		MMII
PA	<u>120x70/37x18</u>	☐ Trendlemburg					Anatômicos
		☐ Canivete					Abduzidos
		☐ Proclive					Fletidos

ACESSO VENOSO		PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
☒ Punção Arterial		☒ Sim ☐ Não ☐ Metal ☐ Descartável	
☒ Punção Venosa Periférica		Local: <u> </u>	
☐ Punção Venosa Central		DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA
☐ Dissecção venosa		☒ Sim ☐ Não	☐ Sim ☒ Não
Local: <u>MS</u>		Local: <u>MD</u>	Solução <u>clorox. dil.</u> Local: <u> </u>
Cateter: <u> </u>			

SONDAGEM GÁSTRICA		IMPLANTE CIRÚRGICO	
☐ SNG nº <u> </u>		Drenos:	
Retorno:		Tela:	
CATETERISMO VESICAL		Cateter:	
☐ SVF nº <u> </u>	☐ SVA nº <u> </u>	Ostomia:	
Diurese:		Fio de KC:	Parafuso - tipo: <u> </u>
Profissional responsável:		Placa - Tipo: <u>placa 4x5x1</u>	
EXAMES SOLICITADOS:		Outros:	
☐ Hemograma	☐ Gasometria		
☐ Coagulograma	☐ Outros		
☐ Tipagem Sanguínea	☐ Glicosimetria:		
☐ Radioscopia (Raio X)			

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO	
Caixa cirúrgica: <u>454</u>	Quant. Material: <u> </u>
Val.: <u>28/06/19</u>	Contagem de gaze e compressa: ☐ Não ☐ Sim



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

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

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

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

HIDRATAÇÃO VENOSA

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

ANATOMO PATOLÓGICO

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

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

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

INTERCORRÊNCIAS: procedimento realizado e sem intercorrências
paciente liberado para o bloco por ordem do
anestesiologista

Ass: Sara Coren: 352122

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: () Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () O₂ ambiente Curativo: () Oclusivo () Compressivo () Bolsa de
colostomia () Outro: _____
Diurese: () Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: _____

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

Hora: _____ Data: 22/12/19 Nível de consciência: ☒ Acordado () Sonolento () Narcose ☒ Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () cânula de Guedel () Cateter O₂ () O₂ Ambiente
Mobilização MMII: () Normal ☒ Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: ☒ Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não ☒ Sim Tipo: AVD Local: MSD Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sução () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim ☒ Não Especifique: _____
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos
Curativo: ☒ Oclusivo () Descoberto ☒ Limpo () Sujo Monitorização: () ECG ☒ Oxímetro () PA

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

SINAIS VITAIS

Líquidos administrados na URPA:

Hora	TC	P	PA	FR	Sat.%	Dor	Soro glicosado: _____ ml
Admissão	-	<u>60</u>	-		<u>96%</u>	-	Soro Fisiológico: _____ ml
30'							Ringer: _____ ml
60'							Irrigação vesical contínua: _____ ml
Alta							

Medicações administradas URPA:

Eliminações:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura	Diurese	Retorno Gast.	Drenagem	Retorno da Irrigação

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: Encaminhado a ortopedia I

Ass: Sara Coren: 554808



SUS
Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

Ministério
da
Saúde

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

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

MILTON FERNANDES BATISTA

6- NUMERO DO PRONTUÁRIO

166572- 166032

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

702 4065 1485 2324

8- DATA DE NASCIMENTO

08/10/1956

9- SEXO

MASCULINO

10- RAÇA/COR

PARDA

11- NOME DA MÃE

LINDALVA RIBEIRO DE MORAIS

12- TELEFONE DE CONTATO

996901963

13- NOME DO RESPONSÁVEL

SEM

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA : APRIGIO AZEVEDO, Nº33

16- MUNICÍPIO

FLORANIA

17- BAIRRO

PAZ E AMOR

18- UF

RN

19- CEP

593335000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura de perna durante uso de
fixador externo.

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Limpeza

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

As ausas

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura de perna dir

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fixação

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

() CNS () CPF

Distrito de Orla
Clínica de Ortopedia
CRM 115

32- ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AC. TRÂNSITO

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

38- () AC. TRABALHO TRAJETO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Paulo Ney Olimpio Guedes
CPF 142.541.724-72
COREN 26.989

HRDML / SESAP
CONFERI C / O ORIGINAL
Barnamirim-RN. 01/12/2009
Mat. 201938

SUS

Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar
Nº 12061 / 2019

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABLÉCIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou: _____

CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **127661 MILTON FERNANDES BATISTA**

Prontuário: _____

CNS: 702406514852324

Nascimento: 08/10/1956 Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: LINDALVA MEDEIROS DE MORAIS

Pai: _____

Endereço: RUA APRIGIDIO AZEVEDO, 33 - CENTRO - FLORANIA

Fone: 996901963 /

Município: FLORANIA

Código Municipal IBGE: 240380

UF: RN

CEP: 59335-000

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

paciente com historia de queda de moto há 03 horas, apresentando fratura exposta de ossos da perna esquerda, periimplante de placa por fratura previa de tibia. suturado e lavado no interior de origem

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

fratura exposta

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

rx + exame fisico

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S87.1 TURAS MULTIPLAS DA PERNA*408050500. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Tiago Ferreira de Almeida
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 6748 TEOT: 15362

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

TIBIA DIAFISE, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão

☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

VIRGILIO SERQUIZ DE AZEVEDO

CRM: 6641 / RN

Data da Solicitação 20/05/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____

Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____

CBOR: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____

Orgão Emissor: _____

Número da Autorização:

Data da Autorização: ____/____/____

Assinatura/Carimbo: _____

HRDML / SESAP

CONFERIR COM ORIGINAL

Carimbo - RN. 01/02/20

Mat. 207538

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 543.090 DATA DE EMISSÃO 10/04/2019

NILTON FERNANDES BATISTA

CYERO RONAO BATISTA

LINDAIVA RIBEIRO DE MENDES

NATURALIDADE FLORÂNTIA - RN DATA DE NASCIMENTO 08/10/1956

CERT. DE CASAMENTO 117 FLORÂNTIA - RN - CARTÓRIO UNICO 274.368.634-49

Brigida Zúlad R. M. de Souza VIA

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Documentos de Identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO - CIENTÍFICO DE PERÍCIA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

MAIOR DE 20 ANOS

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TECNICO-CIENTIFICO DE PERICIA

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO - II

MAIOR DE 60 ANOS



POLEGAR DIREITO



Milton Fernandes Batista

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

543.090

10/04/2019

MILTON FERNANDES BATISTA

CICERO ROMAO BATISTA

LINDALVA RIBETRO DE MORAIS

FLORANIA RN

08/10/1956

CERT. DE CASAMENTO L-909 F-222 RG-1117

FLORANIA RN-CARTORIO UNICO

274.368.534-49

3rigida Zulad R. M. de Souza VIA

Assinatura do Instituto de Identificação

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0461221/19

Vítima: MILTON FERNANDES BATISTA

CPF: 274.368.534-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/05/2019

Titular do CPF: MILTON FERNANDES
BATISTA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Outros



MILTON FERNANDES BATISTA : 274.368.534-49

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: 19/12/2019
Nome: MILTON FERNANDES BATISTA
CPF: 274.368.534-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

MILTON FERNANDES BATISTA

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA MILTON FERNANDES BATISTADATA DO ACIDENTE 19/05/2019 CPF DA VÍTIMA 274.368.534-49

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COMA VÍTIMA É MILTON FERNANDES BATISTAENDEREÇO DO PORTADOR RUA APRÍGIO AREVEDONº 33 COMPLEMENTO - BAIRRO RAINHA DO PRADOCIDADE FLORÂNIA UF RN CEP 59335-000E-MAIL RATOSCANO@GMAIL.COM TELEFONE (84) 99624-2409

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE Ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia autenticada e legível)☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (cópia simples e legível)☒ CPF DA VÍTIMA (cópia simples e legível)☒ LAUDO DO IML (cópia autenticada e legível)

() NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (cópia simples e legível)☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (cópia simples e legível) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (cópia simples e legível)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (cópia simples e legível)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (cópia simples e legível) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE Ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia autenticada e legível)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (cópia simples e legível)

() CPF DA VÍTIMA (cópia simples e legível)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (cópia simples e legível)

() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (cópia simples e legível)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (cópia simples e legível) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (cópia simples e legível)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (cópia simples e legível)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (cópia simples e legível) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 05/12/2019IDENTIDADE 543.090ASSINATURA Milton F. Batista

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 09/12/19 MATR. CORREIOS 86282948NOME Cícero M. F. do NascimentoASSINATURA [assinatura]

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: MILTON FERNANDES BATISTA, brasileiro(a),
estado civil: SOLTEIRO, Profissão: NÃO INFORMADA, Data do Acidente 19/05/2019
Cobertura INVALIDEZ, portador(a) do RG 543.090, órgão expedidor
SSP/RN e do CPF: 274.368.534-49, residente no(a)
RUA APRÍGIO AZEVEDO n° 33,
bairro: PAZ E AMOR, município: FLORANIA/RN / _____.

OUTORGADO:

Nome: JOSÉ JORDÃO DA SILVA CASSIANO,
brasileiro(a) estado civil: SOLTEIRO Profissão: NÃO INFORMADA, portador(a) do
RG 2.171.756, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 067.952.034-17,
residente no(a)
RUA JOSE FASSANARO PEPINO n° 134,
bairro: PAZ E AMOR, município: FLORANIA/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, **com poderes específicos para solicitar o Seguro DPVAT 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.

FIRMA

FLORANIA/RN, 08 DE DEZEMBRO DE 2020

Local e Data

Milton F. Batista

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

OFÍCIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS DE FLORÂNIA-RN
Rua Pedro Araújo Filho 184 - Titular: EDUARDO RIBEIRO
Contato: (84) 3439-2637 e-mail: cartorio@uso@yahoo.com

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de: MILTON FERNANDES BATISTA (274.368.534-49).
Confira em: <https://selodigital.tjrn.jus.br>
Selo Digital: RN20200950830004508YER.
FLORÂNIA-RN, 09 de dezembro de 2020 11:04
Luiz Eduardo de Araújo Ribeiro - Substituto
Op. admin - E-mail: 2 98 ISSN: 0

AB506969

VALIDO SEM EMENDA OU RASURA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0356830/20

Vítima: MILTON FERNANDES BATISTA

CPF: 274.368.534-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/05/2019

Titular do CPF: MILTON FERNANDES
BATISTA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE JORDAO DA SILVA CASSIANO : 067.952.034-17

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

MILTON FERNANDES BATISTA : 274.368.534-49

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: 09/12/2020
Nome: JOSE JORDAO DA SILVA CASSIANO
CPF: 067.952.034-17

JOSE JORDAO DA SILVA CASSIANO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/12/2020
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

THIARA VIRGINIA DA HORA