

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2013187304**Cidade:** Natal**Natureza:** Invalidez**Vítima:** DIVANILDO VIEIRA  
DA SILVA**Data do acidente:** 14/12/2012**Emissor do  
parecer:** Fernando  
Samu**Seguradora:** FEDERAL DE  
SEGUROS S/A**Prestadora:** IBMES INST.BRASDE MEDICINA  
ESPEC.EM SEGUROS LTDA**CRM do médico:** 951170

## PARECER

<b>Data da análise:</b>	15/04/2013
<b>Valoração do IML:</b>	
<b>Perícia médica:</b>	Não
<b>Diagnóstico:</b>	FRATURA EM PLATO TIBIAL E
<b>Resultados terapêuticos:</b>	TTO CIRURGICO
<b>Sequelas permanentes:</b>	DANO FUNCIONAL EM JOELHO E
<b>Sequelas:</b>	Com sequela
<b>Conduta mantida:</b>	
<b>Quantificação das sequelas:</b>	DANO MEDIO EM JOELHO E
<b>Documentos complementares:</b>	
<b>Observações:</b>	
<b>Valor pleiteado:</b>	13.500,00
<b>Médico avaliador:</b>	LUCIA CHAGAS
<b>UF do CRM do médico:</b>	RJ

## DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um joelho	25	1	50

**Valor avaliado:** 1.687,50

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2013187304**Cidade:** Natal**Natureza:** Invalidez**Vítima:** DIVANILDO VIEIRA  
DA SILVA**Data do acidente:** 14/12/2012**Emissor do  
parecer:** Fernando  
Samu**Seguradora:** FEDERAL DE  
SEGUROS S/A**Prestadora:** IBMES INST.BRASDE MEDICINA  
ESPEC.EM SEGUROS LTDA**CRM do médico:** 951170

## PARECER

**Data da análise:** 15/04/2013**Valoração do  
IML:****Perícia médica:** Não**Diagnóstico:** FRATURA EM PLATO TIBIAL E**Resultados  
terapêuticos:** TTO CIRURGICO**Sequelas  
permanentes:** DANO FUNCIONAL EM JOELHO E**Sequelas:** Com sequela**Conduta mantida:****Quantificação das  
sequelas:** DANO MEDIO EM JOELHO E**Documentos  
complementares:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** LUCIA CHAGAS**UF do CRM do  
médico:** RJ

## DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um joelho	25	1	50

**Valor avaliado:** 1.687,50



FEDERAL DE SEGUROS S.A.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO - SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT -

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_ (CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA)

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Dionildo Vieira da Silva, PORTADOR (A) DO RG Nº 3835886 EXPEDIDO POR SSP/RN EM 07/05/93 E CPF Nº 018524337-77 PROFISSÃO Vendedor E RENDA MENSAL 678,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA Dionildo Vieira da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DE SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

( ) CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (QUALQUER BANCO)

Nº DO BANCO \_\_\_\_\_

Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA \_\_\_\_\_

( ) CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA BANCO BRADESCO Nº BANCO 237

Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA \_\_\_\_\_

( ) CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA BANCO ITAÚ Nº BANCO 341

Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA \_\_\_\_\_

( ) CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA BANCO DO BRASIL Nº BANCO 001

Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA \_\_\_\_\_

☒ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL Nº BANCO 104Nº AGÊNCIA 0234 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)Nº CONTA 1234-1S. GONCALO DO AMARANTE, RN 04/4/13

LOCAL / DATA

Dionildo Vieira da Silva

Assinatura do / da Beneficiário / a

FEDERAL SEGUROS S/A  
03 ABR. 2013

52



53 FEDERAL SEGUROS S/A  
03 ABR. 2013



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 ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS  
Endereço: RUA: ESPLANADA SILVA JARDIM, 2, RIBEIRA, NATAL

## 1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: F10691420130218123309

1.2 Data/Hora de Expedição: 18/02/2013 12:39:05

1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM

## 2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 14/12/2012 às 18:30

2.2 Data/Hora Início:

2.3 Logradouro: Rua dos Patatis

2.4 Número: S/N

2.6 CEP:

2.6 Complemento:

2.7 Ponto de Referência: PRÓXIMO A MATERNIDADE DAS QUINTAS

2.8 Bairro: QUINTAS

2.9 Cidade: NATAL

2.10 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

## 3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE

3.1 Nome Completo: DIVANILDO VIEIRA DA SILVA

3.2 Pai: ANTONIO VIEIRA DA SILVA

3.3 Mãe: HONORINA FRANCISCA DA CONCEIÇÃO

3.4 Data de Nascimento: 05/03/1978

3.5 Sexo: MASCULINO

3.6 RG: 1876388 - SSP/PB

3.7 CPF: 01852433477

3.8 Passaporte: null

3.9 Nacionalidade: null

3.10 Naturalidade: ARARUNA/PB

3.11 Profissão: MOTOCICLISTA (GLP) EXTERNO

3.12 E-Mail:

3.13 Telefone(s): 84 81339864 / 84 87773702

3.18 CEP: 59290000

3.14 Logradouro: TRAVESSA SANTA MARIA QUARTA

3.19 Cidade: NATAL

3.15 Número: 90

3.16 Bairro: GOLANDIM

3.17 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

## 4. DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA (O COMUNICANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA)

## 5. DADOS PESSOAIS DO INVESTIGADO (NÃO FORAM INCLuíDOS INVESTIGADOS)

## 6. VEÍCULOS

6.1 Chassi: 9C2JC4110BR720288

6.2 Renavam: 325057982

6.3 Placa: NNO5483

6.4 Estado: RN

6.5 Marca: HONDA

6.6 Modelo: CG 125 FAN KS

6.7 Ano do Modelo: 2011

6.8 Ano de Fabricação: 2011

6.9 Cor do veículo: PRETA

6.10 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

6.11 Nome do proprietário: EGÍCIO LINHARES AVELINO

6.12 Nome do condutor: DIVANILDO VIEIRA DA SILVA

6.13 Observações:

## 7. TESTEMUNHAS (NÃO FORAM INCLuíDOS TESTEMUNHAS)

## 8. DADOS DA OCORRÊNCIA

## 9. DOS FATOS

9.2 Histórico

SEGUNDO O COMUNICANTE, TRAFEGAVA CONDUZINDO A MOTO DE PLACA NNO-5483/RN, NA AV. DOS PAIATIS, SENTIDO ALECRIM/BOM PASTOR, QUANDO PERDEU O CONTROLE DE DIREÇÃO DA MOTO, VINDO A CAIR DA MESMA, ONDE SOFREU LESÕES, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HOSPITAL WALFREDO GURGEL.

9.4 Outras Providências

EXPEDIDA GUIA DE EXAME DE CORPO DE DELITO Nº 208/2013-DEAV/RN.

## 10. COMPLEMENTOS

Data do Complemento: 18/02/2013

Usuário: 984700 - SELMA MARIA MEDEIROS DA ROCHA GRACINDO

Complemento: COMUNICO A QUEM DE DIREITO QUE HOUVE ERRO DE GRAFIA ONDE LÊ-SE NO ITEM 3.18 CIDADE: NATAL, PASSA-SE A LÊ: CIDADE: SÃO GONÇALO DO AMARANTE/RN.

## 11. DECLARAÇÃO

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

Data: 18/02/2013 12:35:05

*Selma M. Medeiros da Rocha*  
Selma M. Medeiros da Rocha  
Agente de Polícia Civil  
Mat. 98.470-0

Interessado

Polegar direito

Atendimento: 984700 - SELMA MARIA MEDEIROS DA ROCHA GRACINDO  
Impresso por: 984700 - SELMA MARIA MEDEIROS DA ROCHA GRACINDO em 18/02/2013 12:44:35

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

F10691420130218123309

FEDERAL SEGUROS S/A

03 ABR. 2013

**EM BRANCO**

FEDERAL SEGUROSSIA  
03 ABR. 2013

OC

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATORIO



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº \_\_\_\_\_

 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
 HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
 UTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

 NOME: Rivaldo Vieira da Silva  
 DATA DO NASCIMENTO 5.3.75 IDADE \_\_\_\_\_ COR M SEXO M ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_  
 NATURALIDADE \_\_\_\_\_ PROFISSÃO \_\_\_\_\_ PROCEDÊNCIA SAMU  
 MÃE: Honorina Fco de Oliveira PAI: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO: R. Paraisópolis  
 CIDADE MT TELEFONE \_\_\_\_\_  
 CARTÃO SUS \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_  
 DATA 14/12/12 HORA 17:25  
 CPE 07852433477

## CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO

SIM ☐

PUPILAS

A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)

B) FREQUÊNCIA RESPIRATORIA

ESCORE FINAL (SOBRE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.

RESPIRAÇÃO

PULSO

T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente vítima de queda de moto há 4 min. Estava de cabeça para baixo. Refere dor na perna esquerda. Não vômitos e hemorragias.

EXAME FÍSICO

A: Vios aéreos firmes. Dura cervical estável  
 B: MVA em AHA, 2/3 (CA)  
 C: Hemodinamicamente estável. Assi. Flaco, pulso  
 D: Glorioso 13

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO
	120 x 80 mmHg	24 i.p.m				83 bpm

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fatura fechada em 17/12/12

 P. A. 10/12/12  
 Realizado em 17/12/12  
 Técnico:

 CONFERE COM ORIGINAL  
 41/03/2013  
 N.º 1869  
 BAIRRO 4000  
 DATA 14/12/12 HORA 17:25  
 CPE 07852433477



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

**REQUERIMENTO DO SERVIDOR**

Autoridade a que é dirigido

(Carimbo do Protocolo)

Requerente

Matrícula

Residência

Telefone

Cargo ou Função

Classe

Nível - Símbolo ou Código

Órgão e Unidade de Lotação

Objeto do Requerimento

Base Legal

Outros Dados

Tendo anexado os documentos para o devido processamento solicito a concessão do pedido constante do presente requerimento.

NESTES TERMOS

P DEFERIMENTO

Data Local

Assinatura

(Reservado ao Chefe Imediato)

☐

Nada a Opor

☐

Discordo

Em, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura

Atestado

☐

Não exerce atividade remunerada e não tem renda própria o (a)

ATESTAMOS QUE

☐

O requerente

Nome

Cargo ou Função

Endereço

Assinatura

Nome

Cargo ou Função

Endereço

Assinatura

Informação

Data

Chefe do Pessoal

FEDERAL SEGUROS S/A  
03 ABR. 2013

Despacho

Assinatura do Diretor S/G

Observações



14/12/11

Ottobacco

Uneda de roto c/ trauma em joelho  
 sintx ~~10/10/39~~

AMARO 4455  
CRB/E439

## EXAME FÍSICO

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

*Furax haidhali + Virus proximal*

**EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)**

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Ex  $\begin{matrix} \swarrow & \searrow \\ \text{e} & \text{w} \end{matrix}$

ALL INFORMATION CONTAINED  
HEREIN IS UNCLASSIFIED  
DATE 08-10-2001 BY 60322 UCBAW

## OUTROS

**CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)**

### ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

This made me  
realize,

Arvid Lunde  
del. Mölner 298

1.0000 14.96 km above + 500  
TIME 40 + 100 ms @ 12/14: 06  
SVC 000.

Dr. Mauro Carneiro Calhau  
Clínica de Traumatologia

CONFERE COM ORIGINAL  
NATALIN.  
PROTOCOLO: LV 117  
FEB. 22  
S. C. GOMES

WASHINGTON LUIS C. GOMES  
ASSIST. T C. EM SAÚDE  
MAT.: 161.320-0

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

## ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA FRASE DE COMA GLASGOW	
Alertness (Arouil) (1/5)	
Ocho se abreli espontaneamente	4
Ocho se abreli so comando verbal. (Não responde com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for, marque 4, se não 3.)	3
Ocho se abreli por estímulo doloroso.	2
Ocho não se abreli.	1
Melhor resposta verbal (MIRV)	
Orientado (Responde claramente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, onde está, e porquê e data e etc)	5
Confuso. Responde às perguntas com palavras, mas há alguma desorientação e confusão	4
Palavras incoerentes (Não responde, mas tem voz conversacional.)	3
Sons ininteligíveis. (Gargalhado sem articular palavras.)	2
Nenhuma.	1
Melhor resposta motora (MIRM)	
Obedece e ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	5
Localiza estímulo doloroso.	4
Resposta inapropiada e des.	3
Padrão flexo e des. (Desorientação)	2
Padrão de extensão e des. (Desorientação)	1
Sem resposta motora.	
Total	

" ESCALA DE TRIAGEM DO TRABALHO DEBILITADO - RTS		
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO	
ESCALA DE COMA DE GLASSOW	15-19	=4
	10-12	=3
	8-9	=2
	5-7	=1
	3-4	=0
RESPOSTA RESPIRATORIA	15-20	=4
	7-14	=3
	5-6	=2
	1-4	=1
	0	=0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	22-30	=4
	17-21	=3
	12-16	=2
	7-11	=1
	0	=0

\* Escola de Tórcia Ravelando (ETSR): Dado índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referencial Adaptado de Crumpton II, R. Siqueira M. L. Cooper, et al: A revision of the Trauma score. J. Trauma 29(3) 524. 1993.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE  
1471.9 7002

03-08 = grave (necessidade de  
intubação imediata)  
09-1 = moderado  
14-15 = leve

\* References: TRAASDALE G. JENNEY, B. Assessment of coma and impaired consciousness: A practical scale. *Lancet* 1974; 2:99-104

\* A esta proposta aplica-se a doctores considerantes e que colaborarem com idade superior a 7 anos. Na Europa Quilómetros Solicita-se ao director que circulassem a informação de sua do de sobre com as seguintes palavras:

S&M DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
70	1	2	3	4

FEDERAL SEGUROS S/A  
03 ABR. 2013

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

**REQUERIMENTO DO SERVIDOR**

Autoridade a que é dirigido

(Carimbo do Protocolo)

Requerente

Matrícula

Residência

Telefone

Cargo ou Função

Classe

Nível - Símbolo ou Código

Órgão e Unidade de Lotação

Objeto de Requerimento

Base Legal

Outros Dados

Tendo anexado os documentos para o devido processamento solicito a  
concessão do pedido constante do presente requerimento.

NESTES TERMOS  
P DEFERIMENTO

(Reservado ao Chefe Imediato)

☐  
☐

Nada a Opor

Discordo

Data Local

Em, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura

Atestado

☐

Não exerce atividade remunerada e não tem renda própria o (a)

ATESTAMOS QUE

☐

O requerente

Nome

Cargo ou Função

Endereço

Assinatura

Nome

Cargo ou Função

Endereço

Assinatura

Informação

Despacho

Data

Chefe do Pessoal

Assinatura do Diretor S/G

Observações



FEDERAL DE SEGUROS S.A.

COMPROVANTE DE RESIDENCIA

\*1004040\*



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Dionânito Gueiza da SilvaPortador do RG nº 1875886 expedido pelo SSP-RN em 07/10/1993CPF nº 018524334-77 na qualidade de favorecido (a) /beneficiário (a)  
do valor referente à indenização / reembolso do SEGURO OBRIGATORIO DPVAT  
referente à vítima Dionânito Gueiza da Silva

venho por meio desta declarar que resido no endereço:

Av. Santa Maria, 90Bairro: GoianinhaCidade San Gonçalo do Amarante UF RN CEP: 5920-000Telefone (s) para contato: (84) 8701-1150(84) 9147-6022San Gonçalo do Amarante 01.04.2013

LOCAL / DATA

Dionânito Gueiza da Silva

ASSINATURA DO FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A)

54  
FEDERAL SEGUROS S/A  
03 ABR. 2013

**Hospital Memorial de Natal**

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228

hmemorial@veloxmail.com.br

**FICHA DE INTERNAMENTO**

Data: 15/12/2012 17:42

**Dados do Paciente**Paciente: **DIVANILDO VIEIRA DA SILVA**

Registro: 43611

Num. RG: 875886

CPF: 018.524.334-77 Nascimento: 05/03/1975 37 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Solteiro(a)

Endereço: TV SANTA MARIA QUARTA

N.: 90

Bairro: GOLANDIM

Cidade: SAO GONÇALO

UF: RN

CEP:

Fone: 8481210240

Profissão: AGRICULTOR FAMILIAR POLIVALENT

Mãe: HONORINA FRANCISCA DA CONCEIÇÃO

**Dados do Internamento**

Num. Internamento: 1

Entrada: 15/12/2012 17:41 Previsão saída:

Atendente: MYLENAR

Convênio: SUS ESTADUAL

Matrícula/CNS: 898000414051442

Médico: Dr. GENTIL FERNANDES DE ARAUJO FILHO

CRM: 5647

**ENFERMARIA 112-B****Termo de Responsabilidade**

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial.

Declaro para os fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital Memorial de Natal pela instituição conveniada a qualquer título.

Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo seja acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora esta autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

Assinatura do Paciente

*A. Adriana Araújo da Silva*

Assinatura do Responsável

HOSPITAL MEMORIAL  
Av. Juvenal Lamartine, 979  
Tirol 59020-000 Natal/RN  
FEDERAL SEGUROS  
Confere com original  
03 ABR. 2013  
Emissão: 03/03/13

*Médico Ciente*



# Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN  
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228  
hmemorial@veloxmail.com.br

## FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 15/12/2012 17:42

### Dados do Paciente

Paciente: DIVANILDO VIEIRA DA SILVA

Registro: 43611

Num. RG: 875886

CPF: 018.524.334-77

Nascimento: 05/03/1975

37 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Solteiro(a)

Endereço: TV SANTA MARIA QUARTA

N.: 90

Bairro: GOLANDIM

Cidade: SAO GONÇALO

UF: RN

CEP:

Fone: 8481210240

Profissão: AGRICULTOR FAMILIAR POLIVALENT

Mãe: HONORINA FRANCISCA DA CONCEIÇÃO

### Dados do Internamento

Num. Internamento: 1

Entrada: 15/12/2012 17:41

Previsão saída:

Atendente: MYLENAR

Convênio: SUS ESTADUAL

Matrícula/CNS: 898000414051442

Médico: Dr. GENTIL FERNANDES DE ARAUJO FILHO

CRM: 5647

**ENFERMARIA 112-B**

### Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

Data da Baixa: \_\_\_\_\_ No. de dias de hospitalização: \_\_\_\_\_ No. de US: \_\_\_\_\_

Doc. Apresentado: \_\_\_\_\_ Diagnostico Definitivo: \_\_\_\_\_

Procedencia: \_\_\_\_\_

História da Doença atual: \_\_\_\_\_

Interrogatório sobre diversos aparelhos: \_\_\_\_\_

Antecedentes pessoais: \_\_\_\_\_

Antecedentes familiares: \_\_\_\_\_

Estado geral: \_\_\_\_\_

Ap. Cardiorespiratórios: \_\_\_\_\_

Ap. digestivo: \_\_\_\_\_

Ap. Locomotor e Neurológico: \_\_\_\_\_

Ap. Urinário e Ginecológico: \_\_\_\_\_

Impressão geral: \_\_\_\_\_

Conduta: \_\_\_\_\_

**HOSPITAL MEMORIAL**

Av. Juvenal Lamartine, 979

Tirol 50521-000 - Natal/RN

Conforme com original

Em, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

08



# TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO

## PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

Paciente	Registro	Leito
Divanildo Vieira do Silva		112-B

1. Autorizo o Dr.(a): \_\_\_\_\_, a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: \_\_\_\_\_
2. O Dr.(a): \_\_\_\_\_ explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
3. Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

☐ Paciente ☒ Responsável

Grau de Parentesco: Esposa Identidade nº.: 002.407.532

Assinatura: Adriana A. do Nome em letra de forma \_\_\_\_\_

Razão por que o paciente não assinou o presente termo de ciência e consentimento e responsabilização (a) ser preenchido pelo responsável pelo paciente: \_\_\_\_\_

A testemunha confirma que a assinatura é do: ☐ Paciente ☐ Responsável

Assinatura: \_\_\_\_\_ Nome em letra de forma: \_\_\_\_\_  
Identidade nº.: \_\_\_\_\_

**HOSPITAL MEMORIAL**  
Av. Juvenal Lamartine, 979  
Tiro 59020-000 Natal/RN  
Compare com original  
Em. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Certifico que expliquei detalhadamente a este paciente, ~~ou ao seu responsável~~, o procedimento / cirurgia seus benefícios, riscos e suas alternativas. Respondi satisfatoriamente todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente / responsável compreendeu todo o que expliquei. Assume a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido:

Sr.(a): \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Natal (RN), \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_/\_\_\_\_

03 ABR. 2013  
FEDERAL SEGUROS S/A



GOVERNO DO ESTADO DO RN - SECRETARIA DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
UNIDADE DE GERENCIAMENTO DE VAGAS - UGV

1-985

**ENCAMINHAMENTO**

PACIENTE:	ALVARADO JERUSA SILVA	SENHA: 68509667
DIAGNÓSTICO	# ENOTÓ TIGUAL	
SETOR DE ORIGEM	H. U. W. G.	
AUDITOR AUTORIZADOR		
DESTINO	MEMORIAL	
DATA	25/01/13	

RECEPÇÃO PELO HOSPITAL

☐

ACEITA

☐

RECUSADA

Unidade Gerenciamento de Vagas  
H. U. W. G. UGV  
Assinatura Responsável

MOTIVO


HOSPITAL MEMORIAL

Av. Juvenal Lamartina, 979

Tiro: 58000-010 Natal/RN

Confere com original

Em, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

10  
FEDERAL SEGUROS S/A  
03 ABR. 2013





## CONSULTAS &gt; AIH GERADA

Código 68509667  
N. AIH 241210322902-0

## Identificação da Unidade

Unidade Solicitante:  
HOSPITAL MONSENHOR WILFREDO GURGEL

Unidade Executante:

HOSPITAL MEMORIAL

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro

AV JUVENAL LAMARTINE - 979 -- TIROL

Município Regulador:

NATAL

Data de Solicitação 15.12.2012 - 10:49:18

Data de Autorização 15/12/2012 - 14:50:37

Data da Reserva 16.12.2012

Data de Internação 15.12.2012

Data Prevista de Alta 20.12.2012

Data de Alta 29/12/2012 - 01:08:59

Motivo da Alta 1.2 ALTA MELHORADO

CNES:

2653923

CNES:

2408252

Município

NATAL

Operador 70215944453LILA

Operador 37917790444LANA

Operador RAFAELLI

Operador 33391521449FRANCISCA

## Dados do Paciente

Unidade Referendar:

Não informado

Nome do Paciente

DIVANILDO VIEIRA DA SILVA

Data de Nascimento:

05.03.1975

Sexo:

Masculino

Telefone:

CNES:

CNES:

998002267093261

Naturalidade:

NATAL - RN

UF

RN

CEP

59000000

Telefone do Responsável

81210240 68510970

## Dados da Solicitação

CPF do Médico Solicitante:

Nome do Médico Solicitante:

mauro carneiro calhau

CPF do Médico Executante:

Nome do Médico Executante:

RICARDO COSTA GOMES

24292613400

Diagnóstico Inicial - CID:

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA - S821

Classificação de Risco

ANAELO - urgência, atendimento o mais rápido possível.

Caráter

11 - Urgência

Clínica

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLASALTO TIBIAL

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408090551

## Laudo Técnico e Justificativa da Internação

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

paciente vítima de acidente, refere dor, edema e incapacidade funcional.

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

exame clínico + rx.

Condições que Justificam a Internação:

indicação de tto. cirurgico.

## Parecer

Assinatura e Carimbo do Médico Regulador (autorizador)

CPF

37917790444

Data

FEDERAL SEGUROS S/A  
03 ABR. 2013HOSPITAL MEMORIAL  
Av. Juvenal Lamartine, 979  
Tiro 59022-GGO Natal/RN  
Confere com original  
Em, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

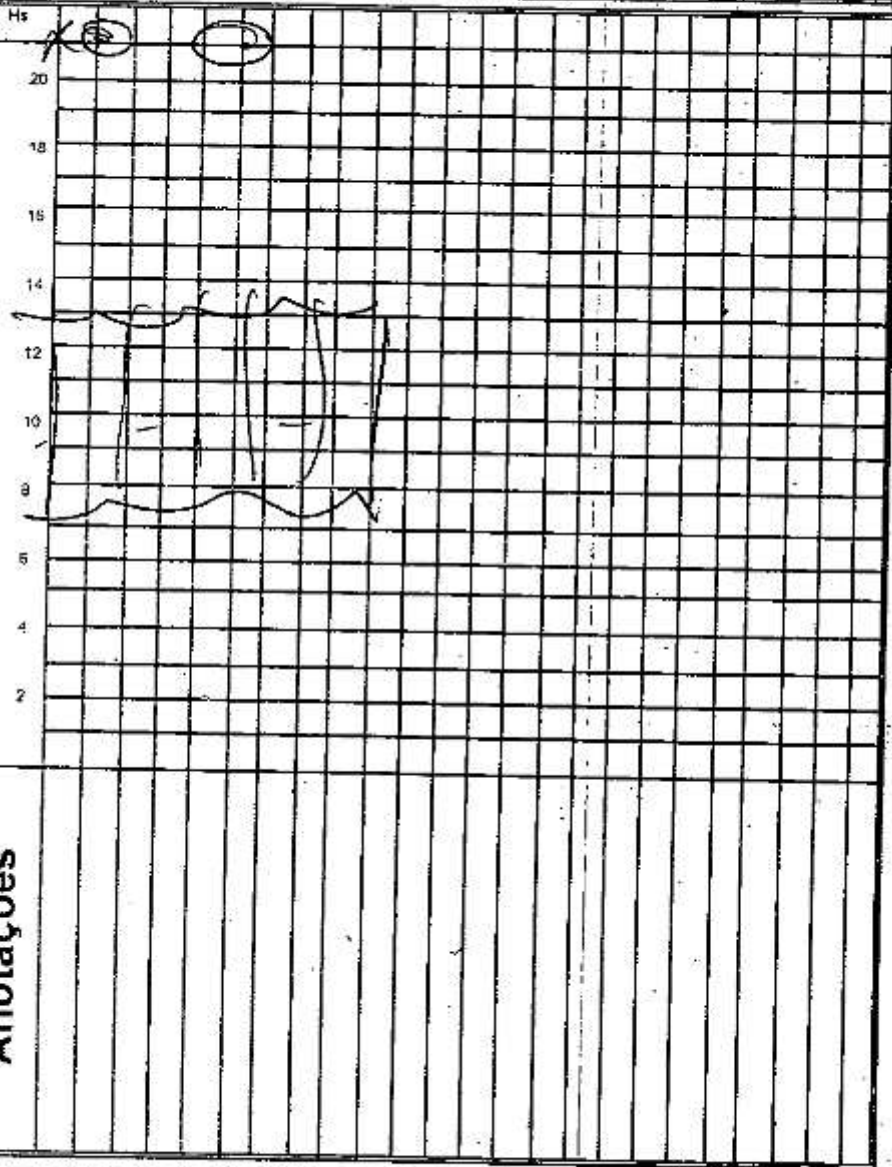
**I.S.D.A.**

**PRÉ-ANESTÉSICO:**

**DROGAS:**

### **TÉCNICA ANESTÉSICA:**

## DROGAS USADAS NA ANESTESIA

[illegible]

### Intercorrências

DESCRIÇÃO	
Oxímetro	
Cardioscópio	
Capnógrafo	
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
Oxigênio Líquido	
Protóxido Líquido	

FEDERAL SEGUROS S/A  
03 Apr

**HOSPITAL MEMORI**  
Av. Juvenal Lamartine, 9  
Tel. 55022-020 Natal/RN  
Compare com original

Eng. \_\_\_\_\_

**INÍCIO ANESTESIA:**

**INÍCIO CIRURGIA:**

DATA:

## CINA E ANESTESIA

## A NEOTESILOGISTA.



حکومت

Reg	4	3	6	1	1	NOME: Diabrildo Luis de Silva	APTO: 42 B
-----	---	---	---	---	---	-------------------------------	------------

Cirurgia Realizada: TCO Primário de Enxerto de Placa final

DATA:	21	12/2012	INICIO:	HS.	MIN.	TÉRMINO:	HS.	MIN.
-------	----	---------	---------	-----	------	----------	-----	------

EQUIPE	NOME	CIC/MF	CRM	CIRURGIA
Cirurgião	Dr. Gentil	03293310462	Psm	Pequena
1º Auxiliar			Da Francisco da Silva Melo	Média
2º Auxiliar			Anestesiologista SBA 15714	Grande
Anestesiologista	Dr. Melo		CRM 4539 CPF 565.148.404-34	Múltipla
Instrumentador	Edna S. de Eliza			

Ato: Relato em depoimento oral, sob juramento  
devidamente assinado, datado, e rubricado  
em duas folhas, a qual se lê e consta do teor das  
declarações constantes  
subscritas por mim

CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
MEDICAMENTOS				ROS				DESCARTÁVEL			
028956	Agua Bidestilada 1000ml	AMP		050320	Vanyl 4.0 (Violeta)	ENV		050184	Malha Tubular 12cm.	ROL	
000326	Agua Bidestilada 10ml	AMP		050377	Vanyl 5.0 (Incolor)	ENV		050188	Malha Tubular 15cm.	ROL	
028988	Agua Bidestilada 20ml	AMP	02	050725	Vanyl 6.0	ENV		052783	Máscara Descartável	UND	
000057	Clorfenirato 1g	AMP		050313	Vanyl 7.0	ENV		050530	Polígrafo 2 vias	UND	01
000086	Dexametron 4mg inj.	AMP			placa de sint. final (8g)			054794	Povidone Degermante /ml.	ML	150
000713	Glicose 25% 10ml inj.	AMP			ref. 4635109			054787	Povidone Tópico Am.	ML	100
004283	Glicose 50% 10ml inj.	AMP						055587	Sedão Líquido	ML	50
004703	Hipoclorito 50%	FRS						060733	Sepalino Descartável	UND	10
005048	Iruel Pomada 1%	1/4						063223	Seringa Desc. 01cc c/ Agulha	UND	
015111	Keflin Neutro 1g	COM	01					062443	Seringa Desc. 03cc c/ Agulha	UND	
006567	Novelplina 2ml inj.	AMP						062475	Seringa Desc. 05cc c/ Agulha	UND	01
007493	Profenid 100mg inj.	AMP						063205	Seringa Desc. 10cc c/ Agulha	UND	02
008829	Solução Ringer c/ Lactato	FRS	01					063216	Seringa Desc. 20cc c/ Agulha	UND	02
008449	Solução Ringer Simples	FRS	01	DESCARTÁVEIS				063120	Sonda Uretral 10	UND	
028125	Soro Fisiológico 100ml	FRS		061900	Abbacath-T Plus Nº 14	UND		063151	Sonda Uretral 12	UND	
008718	Soro Fisiológico 5% 500ml	FRS	03	063918	Abbacath-T Plus Nº 16	UND		063169	Sonda Uretral 16	UND	
008740	Soro Glicosado 5% 500ml	FRS		061925	Abbacath-T Plus Nº 18	UND	01	063183	Sonda Uretral 18	UND	
009595	Xilocaina 2% c/v	AMP		061932	Abbacath-T Plus Nº 20	UND		060550	Sonda Uretral 20	UND	
010028	Xilocaina Gelatina 2%	BSG		060952	Agulha Descartável 13 x 4,5	UND					
			50	060392	Agulha Descartável 25 x 7	UND	05				10
				060418	Agulha Descartável 40 x 12	UND	01				03
				060575	Alcool Medado 70%	ML	30				01
				060582	Atadura Crepon 10cm.	ROL					30
				060630	Atadura Crepon 12cm.	ROL					02
				060580	Atadura Crepon 15cm.	ROL	06				75
				060608	Atadura Crepon 20cm.	ROL					01
				060701	Atadura Gessada 10cm.	ROL					40
				060679	Atadura Gessada 12cm.	ROL					02
				060020	Atadura Ortopédica 10cm.	ROL					92
				066609	Atadura Ortopédica 15cm.	ROL					02
				061870	Atadura Ortopédica 19cm.	ROL	04				44
				060380	Atadura Ortopédica 20cm.	ROL					01
				038848	Bandeja Pontural	UND		TAXAS			
050037	Algodão 0 (c/ Agulha)	ENV		051545	Bandeja Raqui	UND	01	060736	Ar Comprimido		
050685	Algodão 2-0 (c/ Agulha)	ENV		060948	Butterfly 19g	UND		082407	Aspirador Vácuo		
050044	Algodão 3-0 (c/ Agulha)	ENV		060855	Butterfly 21g	UND		080490	Bombinha Infusão		
050182	Crômado 1-0	ENV	021	062135	Butterfly 23g	UND		080331	Capnógrafo		
050130	Crômado 2-0	ENV		062142	Butterfly 25g	UND		080339	Congelador		
050123	Crômado 4-0	ENV		061205	Camisola Descartável	UND	01	090395	Desfibrilador		979
050259	Kit-catarata	ENV		061244	Compressa Cirúrgica	UND	02	090467	Intensificador de Imagem		100
050580	Mononylon 0 PRETO	ENV		061989	Eletrodo Descartável	UND	05	090499	Microscópio		
050614	Mononylon 2.0 PRETO	ENV		066949	Enterotox 500ml	UND		090711	Monitor de Pressão		
050621	Mononylon 3.0 PRETO	ENV	02	062024	Esparachapa 10 x 45	UND	50	090553	Oxímetro		
050638	Mononylon 4.0 PRETO	ENV		062031	Etar Sulfúrico / ml	ML		090985	Óxido Nitroso		
050648	Mononylon 5.0 PRETO	ENV		062285	Gaze 81 x 81	UND	40	092708	Respirador a Pressão		
050653	Mononylon 8.0 PRETO	ENV		062830	Gaze Furada	UND		090578	Respirador a Volume		
057892	Mononylon 8.0 PRETO	ENV		062364	Gorro Descartável	UND	05	091856	Taxa de Monitor		
050542	Mononylon 10-0 PRETO	ENV		062103	Intrafix Aik IL 2.4 M	UND					
050202	Protene 2-0	ENV		061079	Intrafix Padão	UND	02	090428	Taxa de Sala N° 02		
050463	Protene 4-0	ENV		062253	Lâmina Bisturi Nº 11	UND					
050449	Protene 5-0	ENV		062260	Lâmina Bisturi Nº 15	UND					
050431	Protene 6-0	ENV		060149	Lâmina Bisturi Nº 20	UND	01				
050510	Sêdo 2-0	ENV		062332	Linha Descartável Nº 7,0	PAR	01				
050550	Sêdo 3-0	ENV		062840	Linha Descartável Nº 7,5	PAR	02				
050660	Sêdo 4-0	ENV		062428	Linha Descartável Nº 8,0	PAR	02				
050184	Simples 3-0 (c/ Agulha)	ENV		063411	Malha Tubular 10cm.	ROL					
050360	Wond 4.0 (Incolor)	ENV									

**CIRCULANTÉ**

Amanda



**SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR**  
**FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA**

NOME DO PACIENTE: Divanildo Venis de Silva

IDADE: 37 anos

REG: 4364

DATA: 21 / 12 / 12

HORA CIRURGIA: 01 : 15 h

CIRURGIA: naturo

MÉDICO: DR. Gentel

**POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO:**

- ☒ CIRURGIA LIMPA
- ☐ CIRURGIA POTENCIAL CONTAMINADA
- ☐ CIRURGIA CONTAMINADA
- ☐ CIRURGIA INFECTADA

HOSPITAL MEMORIAL  
Av. Juvenal Lamartine, 979  
Tiro 5202 - 020 Natal/RN  
Confere com original  
Em, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

15  
FEDERAL SEGUROS S/A  
03 ABR. 2013

Código 68509667

## Identificação da Unidade

Unidade Solicitante:  
HOSPITAL MONSENHOR WÁYREDO GURGEL  
Unidade Executora:  
HOSPITAL MEMORIAL

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro  
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - TIROI

Município Regulator

NATAL

Data de Solicitação 15.12.2012 - 10:40:38

Operador 702159444531624

Data de Autorização 15/12/2012 - 14:50:37

Operador 5791770044404040

Data de Reserva 16.12.2012

Data Prevista de Alta 21.12.2012

## Dados do Paciente

Unidade Referenciada

CRESI

Não Informado

Nome do Paciente

CRESI

DIVANELO VIZIA DA SILVA

89000267093261

Data de Nascimento:

Sexo:

Telefone:

01.03.1975

Masculino

Nome da Mãe

Naturalidade:

HONORINA FRANCISCA DA CONCEICAO

NATAL - RN

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro

UF

RUA - PALATIS - 1865 - - QUINTAS

RN

Município

CEP

NATAL

59090000

Nome do Responsável

Telefone do Responsável

612.102.40.88510970

## Dados da Solicitação

CPF do Médico Solicitante:

Nome do Médico Solicitante:

mauro camilo gabau

Diagnóstico Inicial - CID:

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA - S82.1

Classificação de Risco

4 - ALTO - urgência, atendimento o mais rápido possível

Caráter

11 - Urgência

Clínica:

Clínica Complementar:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Nenhuma

Procedimento Solicitado:

Código:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLACATO TIBIAL

0409010557

## Laudo Técnico e Justificativa da Internação

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

paciente vítima de acidente, refere dor, edema e incapacidade funcional

Principais Resultados de Exames Diagnósticos:

exame clínico + r.

Condições que justificam a Internação:

Indicação de mo. cirúrgico.

## Parecer

Assinatura e Carimbo do Médico Regulator (autorizador)

CPF

Data

37917700444

## Selecione o Profissional Executor do Procedimento

Profissional: RICARDO COSTA GOMES  
Dt. Internação: 15/12/2012  
Cancelar Internar

HOSPITAL MEMORIAL

Av. Juvenal Lamartine, 979

Tiro 59002 - Clubes Natal/RN

Conferir com original

Em, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FEDERAL SEGUROS S/A  
03 ABR. 2013

16

[illegible]



# EVOLUÇÃO CLÍNICA

CONVÊNIO:

2000

Nº DO REGISTRO:

PACIENTE:

Guarino Visua de Silva

1/5 SEGURANÇA

30

APTO. 112B

DATA

MÉDICO

DATA

HORA

ENFERMAGEM

15/12

16:40

Paciente admitido no posto

HOSPITAL MEMORIAL

Av. Juvêncio de Oliveira, 979

Tiro 300-000 - 200/1000

Colégio de Engenharia

Em 1/1/11

Levantado no pré-operatório

de fratura de fêmur direito

de fratura de fêmur esquerdo

de fratura de fêmur esquerdo

de fratura de fêmur esquerdo

de fratura de fêmur esquerdo

de fratura de fêmur esquerdo

de fratura de fêmur esquerdo

de fratura de fêmur esquerdo

de fratura de fêmur esquerdo

de fratura de fêmur esquerdo

DATA	MÉDICO	DATA	HORA	ENFERMAGEM
		18/12	12:45	por Orism, socos no.
				no. 10 com luxúria Remax
				com 01 0 010 211212012
				Socia. 6100
		18-12	14:00	PACTE, EM PRÉ-OPERATÓRIO DE #
				DE TÍBIA, CONSCIENTE E ORI-
				ENTADO OMBIENTE, NA HIL
				+ ESQ. DE ATB (PIGO) AFERI-
				DO SSUL, SEGUE AOS CUL-
				DADO DA Euf
		18-12	06:00	PACTE, EM PRÉ-OPERATÓRIO DE #
				DE TÍBIA, CONSCIENTE E ORI-
				ENTADO OMBIENTE, ADM
				MEDICAÇÃO DE HORARIO, AFE-
				RIDO SSUL, SEGUE AOS CUL-
				DADO DA Euf
		19-12	08:00	PACTE, em pré-operatório de
				# de tibia, consciente e
				lançamento, em 20 cm.
				apêndices proov, higiene e abo
				virgure no leito aos cuidados
				da enfermagem. t.c. Edvina
		19/12/12	14:00	Paciente em pré-operatório

HOSPITAL MEMORI

Av. Duvidas, 979

Tel 0159022-020 Natal/RN

Confere com original

Em, 1/1/12

FEDERAL SEGUROS S/A  
03 ABR. 2013

Diagnóstico

Data da Alta

GID

77777777



## EVOLUÇÃO CLÍNICA

## CONVENIO:

۵۳

**Nº DO REGISTRO:**

APTO. 119-B

PACIENTE: Herminio Vieira da Silva

## DATA

**MÉDICO**

DATA

HORA

**ENFERMAGEM**

HOSPITAL MEMORIAL - 2012

AV. JUV. 11/11/11

THE ORIGINAL

Conc.

Em

03 ABR. 2013

puente <sup>ERA</sup> pre-operativo

econ future Tibie, communit.

e) Ornithotrolo em o com brasil

SSW opened on 14. V. Se

Ent-Com Energieprognose

The Peru note is 07:00 hrs. So

Carra Ona Petrona Capria Chon

~~There were 00 South~~

Pacific 1000 Mile Open

22 # ck tilvia 1 eoa ei nakt

Qui se bade en O 2 sans

Arb. nach H. v. H.

Heir and his wife

From previous page

the Editor

*[Handwritten signature]*

~~2011-11-23~~ 23 September 2011

Michael Souza de L

COGNAC  
Santal  
Santal

Handwritten text: *Handwritten text, possibly a signature or name, written vertically.*

22 Jan 1944

11/20/2011 08:28

11/18/18	12/18/18	12/18/18
----------	----------	----------

180117 2002 AUG 11 0034





CONVÊNIO: 7092

03 APR. 2013

APTO. 11-2-R

[illegible]

ENFERMAGEM

Cont

HORA

DATA

MÉDICO

DATA

Diagnóstico

Data da Alta

GID

SSUV, e administrado ao medica-  
ção da terapia segun ao cuida-  
dos da Enfermagem

Paciente em pós-operatório,  
não de risco, com sinais  
de vitalidade, em 02.00  
minutos M.V.T. 14.0. de ATG,  
vigilância trocado por  
pa de cama. Afirmação SSUV  
segue no sítio ao cuidado  
do do enf. Nódia

Renovado curativo da  
F.O. com S.F.O. 9/1. + gases  
+ callos. Aspecto sufo e  
sangramento a espe-  
ração. Nódia

Paciente em pós-operatório  
de natureza de tuba comente  
e estado de equilíbrio. Nódia  
quedo SSUV Nódia o mesmo  
depois dos cuidados da

equipe de enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

HOSPITAL  
Av. Juvenal Coutinho, 979  
11015-900 Natal/RN  
Confere: conf. original  
Em: 11/12/12

FEDERAL SEGUROS S/A  
03 ABR. 2013

23

Ana Karoly C. Pinheiro  
Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem

Doc. Enfermagem







HOSPITAL  
MEMORIAL

FEDERAL SEGUROS S/A  
03 ABR. 2013

25

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

CONVÊNIO:

207

Nº DO REGISTRO:

APTO. 112.B

PACIENTE:

DATA

MÉDICO

DATA

HORA

ENFERMAGEM

HOSPITAL MEMORIAL

Av. Juvencio de Azevedo, 973

Tirol 5902

Confere com original

Em, / /

24/12

06:00

Paciente em Pós-Operatório de #

na Tórax, consciente, orientado no

H.V., apêndice S.V.V. sem alteração

na medicação com administradores

conforme prescrição médica, segue

o mesmo em cuidados, - fazer

(fazer a medicação pós-operatória

fórmula de 10 de 10 dias, com

exatidão e orientação, e com

os exames laboratoriais, com

assimilação da medicação, com

Seguindo com visitas, com

orientação da enfermagem

fz. de

Realizado troca de curativos

limpo, com S.T.O.P. + gesso e

curativo, com curativo de

gesso, com curativo de

gesso, com curativo de

gesso, com curativo de

gesso, com curativo de

[illegible]

## Diagnóstico

### Data da Alta

GID

## SRPA

Admissão: (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

Admissão: (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

Nível de consciência: concreto ambiental

Oxigenoterapia: em ambiente

Acesso venoso: DB HV Pivida 5.0F 0419

Tipo de anestesia: RAPI

Membro e lado da cirurgia: ME

Rx de controle: ☒ SIM ( ) NÃO Quantas: 2

Infusão sanguínea: ( ) SIM ☒ NÃO

Diurese: Oxydant

signs vils: estrange

Sinais de choque (tremor, cianose, palidez, hipotensão,

sudorese, ...):

2

INCHES

Encaminhamento: (\_\_\_\_;\_\_\_\_)

Paciente ancauina

feito com o conteúdo

Vials - S. F. 0.99 - 25ml each

de enfermagem - e Silva: Nete

# EVOLUÇÃO CLÍNICA

FEDERAL SEGUROS S/A  
03 ABR. 2013







[illegible]







HOSPITAL MEMORIAL		PACIENTE	REG	CONVÂNIO	Idade	SEXO	LEITO	RELATORIO DE ENFERMAGEM
Data: 15/12/2012		Prescrição Médica / Especificação			37	M	12-B	
17/12		Dieta Hum						
18/12		Dieta Hum						
19/12		Dieta Hum						
20/12		Dieta Hum						
21/12		Dieta Hum						
22/12		Dieta Hum						
23/12		Dieta Hum						
24/12		Dieta Hum						
25/12		Dieta Hum						
26/12		Dieta Hum						
27/12		Dieta Hum						
28/12		Dieta Hum						
29/12		Dieta Hum						
30/12		Dieta Hum						
31/12		Dieta Hum						
01/01		Dieta Hum						
02/01		Dieta Hum						
03/01		Dieta Hum						
04/01		Dieta Hum						
05/01		Dieta Hum						
06/01		Dieta Hum						
07/01		Dieta Hum						
08/01		Dieta Hum						
09/01		Dieta Hum						
10/01		Dieta Hum						
11/01		Dieta Hum						
12/01		Dieta Hum						
13/01		Dieta Hum						
14/01		Dieta Hum						
15/01		Dieta Hum						
16/01		Dieta Hum						
17/01		Dieta Hum						
18/01		Dieta Hum						
19/01		Dieta Hum						
20/01		Dieta Hum						
21/01		Dieta Hum						
22/01		Dieta Hum						
23/01		Dieta Hum						
24/01		Dieta Hum						
25/01		Dieta Hum						
26/01		Dieta Hum						
27/01		Dieta Hum						
28/01		Dieta Hum						
29/01		Dieta Hum						
30/01		Dieta Hum						
31/01		Dieta Hum						
01/02		Dieta Hum						
02/02		Dieta Hum						
03/02		Dieta Hum						
04/02		Dieta Hum						
05/02		Dieta Hum						
06/02		Dieta Hum						
07/02		Dieta Hum						
08/02		Dieta Hum						
09/02		Dieta Hum						
10/02		Dieta Hum						
11/02		Dieta Hum						
12/02		Dieta Hum						
13/02		Dieta Hum						
14/02		Dieta Hum						
15/02		Dieta Hum						
16/02		Dieta Hum						
17/02		Dieta Hum						
18/02		Dieta Hum						
19/02		Dieta Hum						
20/02		Dieta Hum						
21/02		Dieta Hum						
22/02		Dieta Hum						
23/02		Dieta Hum						
24/02		Dieta Hum						
25/02		Dieta Hum						
26/02		Dieta Hum						
27/02		Dieta Hum						
28/02		Dieta Hum						
29/02		Dieta Hum						
30/02		Dieta Hum						
31/02		Dieta Hum						







PACIENTE

HOSPITAL MEMORIAL

REG

Duvandino

CONVÂNIO

Sufr

Idade

37

SEXO

M

LEITO

112B

RELATORIO

DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

Data

23/12

Duro 10/10

Duro 15/10 1000ml N de

Duro 16/10 1000ml N de

Duro 17/10 1000ml N de

Duro 18/10 1000ml N de

Duro 19/10 1000ml N de

Duro 20/10 1000ml N de

Duro 21/10 1000ml N de

Duro 22/10 1000ml N de

Duro 23/10 1000ml N de

Duro 24/10 1000ml N de

Duro 25/10 1000ml N de

Duro 26/10 1000ml N de

Duro 27/10 1000ml N de

Duro 28/10 1000ml N de

Duro 29/10 1000ml N de

Duro 30/10 1000ml N de

Duro 31/10 1000ml N de

Duro 32/10 1000ml N de

Duro 33/10 1000ml N de

Duro 34/10 1000ml N de

Duro 35/10 1000ml N de

Duro 36/10 1000ml N de

Duro 37/10 1000ml N de

Duro 38/10 1000ml N de

Duro 39/10 1000ml N de

Duro 40/10 1000ml N de

Duro 41/10 1000ml N de

Duro 42/10 1000ml N de

Duro 43/10 1000ml N de

Duro 44/10 1000ml N de

Duro 45/10 1000ml N de

Duro 46/10 1000ml N de

Duro 47/10 1000ml N de

Duro 48/10 1000ml N de

Duro 49/10 1000ml N de

Duro 50/10 1000ml N de

HOSPITAL MEMORIAL

AV. Juvencio de A. Filho, nº 979

Tiro 55000-55000000

Conferido com original

Em 1/1

Ossil Perissos de A. Filho

Ortopedia e Traumatologia

CRM/RN - 5647

Em 1/1

FEDERAL SEGUROS S.A.

03 Abr 2013

24



HOSPITAL MEMORIAL

PACIENTE

DIVANILDO VIANA

REG

CONVENIO

Idade

37

SEXO

M

LEITO

1128

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO MÉDICA / ESPECIFICAÇÃO

OBSERVAÇÕES

21/12/12 1000ml de

31/12/12 1000ml de

31/12/12 1000ml de

31/12/12 1000ml de

31/12/12 1000ml de

31/12/12 1000ml de

31/12/12 1000ml de

31/12/12 1000ml de

31/12/12 1000ml de

31/12/12 1000ml de

31/12/12 1000ml de

31/12/12 1000ml de

31/12/12 1000ml de

31/12/12 1000ml de

31/12/12 1000ml de

31/12/12 1000ml de

31/12/12 1000ml de

31/12/12 1000ml de

31/12/12 1000ml de

31/12/12 1000ml de

31/12/12 1000ml de

31/12/12 1000ml de

31/12/12 1000ml de

31/12/12 1000ml de

31/12/12 1000ml de

31/12/12 1000ml de

31/12/12 1000ml de

Dr. Ricardo de A. Silva  
Otorrinolaringologista  
CRM 100.564

HOSPITAL MEMORIAL

Av. Juv. ... 379

Lic. 5905 ...

Conteúdo com original

Em ...

31/12/12 1000ml de

31/12/12 1000ml de

31/12/12 1000ml de

31/12/12 1000ml de

31/12/12 1000ml de

31/12/12 1000ml de

31/12/12 1000ml de

31/12/12 1000ml de

31/12/12 1000ml de

31/12/12 1000ml de

31/12/12 1000ml de

Dr. Ricardo de A. Silva  
Otorrinolaringologista  
CRM 100.564

FEDERAL SEGUROS S/A  
03 ABR 2013





HOSPITAL MEMORIAL

# CONTROLE DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAL / MEDICAMENTO

DATA 03/12

DATA 03/12

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	M	N	M	T	N	ESPECIFICAÇÃO	M	T	N	OBSERV/JUSTIFICAT
060392	Abboath-T Plus N°						Pomada				
060392	Agulha Descartável 25x7						Povidine Degemante (ml)				
060326	Água Bidestillada						Povidine Tópico (ml)				
060360	Água Oxigenada (ml)						Propé Descartável				
060862	Agulha Descartável 13x4,5						Sabão Líquido (ml)				
060418	Agulha Descartável 40x12						Sangoflex				
	Alcool 70% (ml)						Seringa 01cc				
060504	Algodão						Seringa Descartável 03cc				
	Al. de Crepom N°						Seringa Descartável 05cc				
	Al. Ortopédico N°						Seringa Descartável 10cc				
065542	Bolsa para Colostomia Ades.						Seringa Descartável 20cc				
	Butterfly N°						Sonda Foley N°				
061205	Camisola Descartável						Sonda Nasoentérica N°				
062389	Coletor Sistema Fechado						Sonda Uretral N°				
061244	Compressa Cirúrgica						Soro Fisiológico 500ml				
060909	Diaslix						Urofix				
062024	Equip. para Bomba Infusão						Vaselina Líquida (ml)				
062031	Esparadrapo						Eletrodos Descartáveis				
	Éter (ml)						Tubo Endotracheal N°				
	Fila para Haemoglicotest						Tornetinha				
062364	Gorro Descartável						Gazes Hiofilia 91x91				
061030	Infratix Air II c2,4m						Soro Fisiológico 125ml				
061079	Infratix Padrão						Sonda Nasogástrica N°				
065250	Lâmina para Bisturi N°										
	Lâmina para Tricotomia										
	Latex N°										
060681	Luva para Procedimentos										
	Luva N°										
062783	Máscara Descartável										
062048	Microfix										
	Microporte N°										
060830	Polifix 2 vias										

HOSPITAL MEMORIAL  
Av. Juscelino Kubitschek, 979  
Jardim Botânico, Rio de Janeiro, RJ  
Cont. 06.000.0000

FEDERAL SEGUROS S.A.  
03 ABR 2013

Nome: Di Virgilio Lima da Silva

Registro:

Apto: 142B

Médico: J. B.

DIA	HORA	PI	PRESSÃO ARTERIAL	TEMPERATURA	PULSO	RESPIRAÇÃO
15/12	20:00	28	120 x 80	36,5°	84	20 PR membranas
16/12	09:00	32	120 x 80	36,8°	79	38 membranas
16/12	17:00	8	110 x 100	37°	80	21 Nódulo
16/12	20:00	17	120 x 80	36,5°	80	30
17/12	0:00	27	100 x 80	36°	74	19 DI NODULO
17/12	00:00	05	120 x 80	37,8°	79	18 febre
18/12	20:00	32	120 x 80	37°	80	15 membranas
18/12	08:00	18	100 x 80	38,6°	80	20 membranas
18/12	16:00	18	120 x 80	36,5°	78	20 THAZIA
18/12	20:00	18	130 x 80	36°	80	20 membranas
19/12	0:00	02	120 x 80	36°	80	19 membranas
19/12	16:00	19	120 x 80	37°	78	20 membranas
19/12	20:00	19	120 x 80	36,8°	78	20 membranas
20/12	0:00	20	120 x 80	35,8°	78	20 membranas
20/12	17:00	20	120 x 80	36°	80	20 membranas
21/12	0:00	21	120 x 80	36,4°	74	20 membranas
21/12	17:00	21	120 x 80	36°	76	20 membranas

HOSPITAL MEMORIAL

AV. Juvenal Amartino, 979  
FAL/RN

FEDERAL SEGUROS S/A

03 ABR 2013

94 120 x 80

120 x 80

120 x 80

120 x 80

120 x 80

120 x 80

DIA	HORA	PRESSÃO ARTERIAL	TEMPERATURA	PULSO	RESPIRAÇÃO
21 12	20:00	110 x 80	37°C	80	20 Life
22 12	8:00	120 x 80	37°C	79	20 Horkson
22 12	17:00	140 x 90	37°C	80	20 Horkson
22 12	20:00	120 x 80	36°C	80	20 Horkson
23 12	8:00	140 x 90	36.7°	80	21 Nadia
23 12	16:00	130 x 80	36	75	20 Verey
23 12	20:00	140 x 70	37°C	80	20 Horkson
25 12	08:00	120 x 70	36.4	70	Michael Souza de Lira Enfermeiro COREN/RN 527882
<b>HOSPITAL MEMORIAL</b> <b>Av. Juvenal Lemartins, 979</b> <b>Tirol 59022-020 Natal/RN</b> <b>Confere com original</b> <b>Em, ___/___/___</b>					

FEDERAL SEGUROS S/A  
03 APR 2013  
38

Enfermeiro

Médico





# IERN LABORATÓRIO

AV. TOMAZ LANDIM, 2620. CENTRO CLÍNICO IGAPÓ. CEL: 8734-3022

Paciente: **DIVANILDO VIEIRA DA SILVA**  
Posto: HOSPITAL MEMORIAL  
Setor: HEMATOLOGIA  
Convênio: MEMORIAL

Sexo: Masculino  
Idade: 37 anos 9 meses  
Pront:  
Nº coleta: 5  
Registro: 112B  
Médico: Dr(a) GENTIL FERNANDES DE A. FILHO  
Cadastro: 17/12/2012 - 13:01:40  
Emissão: 17/12/2012

Material: Sangue total  
**HEMOGRAMA**

Método: Automatizado

REFERÊNCIAS

**ERITROGRAMA**  
HEMÁCEAS..... 3,5 milhões/mm<sup>3</sup>  
HEMOGLOBINA..... 10,0 g/dL  
HEMATÓCRITO..... 32 %  
VCM(VOLUME CORP. MÉDIO)..... 91,4 fL  
HCM(HEMOGLOBINA CORP. MÉDIA)..... 28,6 pg  
CHCM(CONC. HEMOG. CORP. MÉDIA)..... 31,3 g/dL

Feminino 4 a 5,2  
Masculino 4,5 a 5,9  
  
Feminino 12 a 16  
Masculino 13,5 a 17,5  
  
Feminino 35 a 46  
Masculino 41 a 53  
  
Normal 80 a 100  
Normal 26 a 34  
Normal 31 a 36

**LEUCOGRAMA**  
LEUCÓCITOS..... 14.800 /mm<sup>3</sup>  
SEGMENTADOS..... 63 % 9324 /mm<sup>3</sup>  
LINFÓCITOS..... 34 % 5032 /mm<sup>3</sup>  
EOSINÓFILOS..... 01 % 148 /mm<sup>3</sup>  
MONÓCITOS..... 01 % 148 /mm<sup>3</sup>  
BASTÕES..... 01 % 148 /mm<sup>3</sup>  
LINFÓCITOS ATÍPICOS..... 0 % 0 /mm<sup>3</sup>

Normal 3500 a 10000  
Normal 30 a 60  
Normal 25 a 45  
Normal 1 a 6  
Normal 2 a 10  
Normal 0 a 5  
Normal 0 a 0  
Normal 1060 a 6000  
Normal 875 a 4500  
Normal 35 a 600  
Normal 70 a 1000  
Normal 0 a 500  
Normal 0 a 0

Material: Soro  
**GLUCOSE**

Método: Enzimático  
80 mg/dL

REFERÊNCIAS  
NORMAL 65 a 99  
ALTERADO (INVESTIGAR) 100 a 125  
SUGERE DIABETES > 126

OBS.: Segundo ADA, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care, Supplement 1, January 2004.

Material: Sangue total

**TEMPO DE COAGULAÇÃO(TC)**

Método: Lee White  
8'30

REFERÊNCIAS  
NORMAL (Minutos) 5 a 12

Material: Sangue total

**TEMPO DE SANGRAMENTO (TS)**

Método: Duke  
2'15

REFERÊNCIAS  
Normal (Minutos) 1 a 3

FEDERAL SEGUROS S/A

03 ABR. 2013

99

HOSPITAL MEMORIAL

Av. Juvenal Lamartine, 979

Tiré 150022-000 Natal/RN

Confere com original

Em. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DR. JOAO BATISTA R. DA HORA  
CRF 0243/RN

O VALOR PREDITIVO DOS TESTES LABORATORIAIS DEPENDE DA SITUAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DO(A) PACIENTE



## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os fins que se fizerem necessários que  
DIVANILDO VICINO DA SILVA foi atendido(a)  
 neste serviço médico, tendo sido liberado(a) a seguir. Devendo ficar afastado de suas  
 atividades do trabalho por NOVANTA (90) dias, a partir desta data.

Natal(RN), 15 de 12 de 12

582

*Georgete Fernandes de A. Filho*  
 Ortopedista e Traumatologista  
 CRM/RN - 5647

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Fone: (84) 3133-4200 - Fax: (84) 3212-2899 - CEP 59022-020 - Tirol - Natal/RN

FEDERAL SEGUROS S/A  
 03 ABR. 2013

46

Georgete Fernandes de A. Filho  
 Ortopedista e Traumatologista  
 CRM/RN - 5647

*582*  
*para 90 dias*  
*2014/10/11/13*



# IERN LABORATÓRIO

AV. TOMAZ LANDIM, 2620, CENTRO CLÍNICO IGAPO. CEL: 8734-3022

Paciente: **DIVANILDO VIEIRA DA SILVA**

Sexo: Masculino

Idade: 37 anos 9 meses

Posto: HOSPITAL MEMORIAL

Nº coleta: 5

Registro: 112B

Pront:

Setor: IMUNOHEMATOLOGIA

Médico: Dr<sup>(a)</sup> GENTIL FERNANDES DE A. FILHO

Convênio: MEMORIAL

Cadastro: 17/12/2012 - 18:01:40

Emissão: 17/12/2012

Material: Sangue total

Método: Aglutinação

## CLASSIFICAÇÃO SANGÜÍNEA

CLASSIFICAÇÃO ABO..... B  
CLASSIFICAÇÃO Rh..... POSITIVO

**HOSPITAL MEMORIAL**

Av. Juvenal Amartine, 979

Tiro 8000 - Natal/RN

Cópia do original

Em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

47  
FEDERAL SEGUROS S/A  
03 ABR. 2013

DR. JOAO BATISTA R. DA HORA  
CRF 0243/RN

O VALOR PREDITIVO DOS TESTES LABORATORIAIS DEPENDE DA SITUAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DO(A) PACIENTE

12-11-64

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		
ESPECIALISTA 1:	HORA: 17:40	DATA: 14/12/20
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)	
A	
B	
C	
D	
E	
F	
G	
H	
I	
J	
K	
L	
M	
N	
O	
P	
Q	
R	
S	
T	
U	
V	
W	
X	
Y	
Z	
AA	
AB	
AC	
AD	
AE	
AF	
AG	
AH	
AI	
AJ	
AK	
AL	
AM	
AN	
AO	
AP	
AQ	
AR	
AS	
AT	
AU	
AV	
AW	
AX	
AY	
AZ	
BA	
BB	
BC	
BD	
BE	
BF	
BG	
BH	
BI	
BJ	
BK	
BL	
BM	
BN	
BO	
BP	
BQ	
BR	
BS	
BT	
BU	
BV	
BW	
BX	
BY	
BZ	
CA	
CB	
CC	
CD	
CE	
CF	
CG	
CH	
CI	
CJ	
CK	
CL	
CM	
CN	
CO	
CP	
CQ	
CR	
CS	
CT	
CU	
CV	
CW	
CX	
CY	
CZ	
DA	
DB	
DC	
DD	
DE	
DF	
DG	
DH	
DI	
DJ	
DK	
DL	
DM	
DN	
DO	
DP	
DQ	
DR	
DS	
DT	
DU	
DV	
DW	
DX	
DY	
DZ	
EA	
EB	
EC	
ED	
EE	
EF	
EG	
EH	
EI	
EJ	
EK	
EL	
EM	
EN	
EO	
EP	
EQ	
ER	
ES	
ET	
EU	
EV	
EW	
EX	
EY	
EZ	
FA	
FB	
FC	
FD	
FE	
FF	
FG	
FH	
FI	
FJ	
FK	
FL	
FM	
FN	
FO	
FP	
FQ	
FR	
FS	
FT	
FU	
FV	
FW	
FX	
FY	
FZ	
GA	
GB	
GC	
GD	
GE	
GF	
GG	
GH	
GI	
GJ	
GK	
GL	
GM	
GN	
GO	
GP	
GQ	
GR	
GS	
GT	
GU	
GV	
GW	
GX	
GY	
GZ	
HA	
HB	
HC	
HD	
HE	
HF	
HG	

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

**REQUERIMENTO DO SERVIDOR**

Autoridade a que é dirigido

(Carimbo do Protocolo)

Requerente

Matrícula

Residência

Telefone

Cargo ou Função

Classe

Nível - Símbolo ou Código

Órgão e Unidade de Lotação

Objeto de Requerimento

Base Legal

Outros Dados

Tendo anexado os documentos para o devido processamento solicito a  
concessão do pedido constante do presente requerimento.

NESTES TERMOS

P DEFERIMENTO

(Reservado ao Chefe Imediato)

☐

Nada a Opor

☐

Discordo

Data Local

Em. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura

Atestado

☐

Não exerce atividade remunerada e não tem renda própria o (a)

ATESTAMOS QUE

☐

O requerente

Nome

Cargo ou Função

Endereço

Assinatura

Nome

Cargo ou Função

Endereço

Assinatura

Informação

Data

Chefe do Pessoal

**FEDERAL SEGUROS S/A**  
**03 ABR. 2015**

Assinatura do Diretor S/G

Observações



VAL DA EM TODOS O TERRITÓRIO NACIONAL

1875886 DATA DE FUNÇÃO 07 MAI 1983

DIVANILDO VIEIRA DA SILVA

Antônio Vieira da Silva

Honorina Francisca da Conceição

Araruna-PB 05.03.1975

Cert. Nasc. Nvl 4.136, Liv. A-13, Fls. 239

Cart. Uacimba de Dentro-PB

50

FEDERAL SEGUROS S/A

03 ABR 2013

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

1004037

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO E REGISTRO

DI.P/49

CARTÃO DE IDENTIDADE

Divanildo Vieira da Silva

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

DIVANILDO VIEIRA DA SILVA

Nº de Inscrição

018524334-77

05/03/75

Data de Nascimento

OUTROS

\*1004054\*



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Dionildo Vieira da Silva, portador da carteira de identidade nº 1845886 e inscrito no CPF/MF sob o nº 018524334-77, residente e domiciliado na R. Santa Maria Barata 90, Cidade St. do Amante, Estado RN, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Dionildo Vieira da Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

51  
FEDERAL SEGUROS S/A  
03 ABR. 2013

St. do Amante 01.04.2013

Local e data