



Número: **0836474-44.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT**

Última distribuição : **07/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUCIANO DA SILVA (AUTOR)		RICARDO JOSE SILVA REIS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11852 435	16/08/2017 13:41	PROCURAÇÃO	Procuração
11852 464	16/08/2017 13:41	DOCUMENTOS PESSOAIS E COMPROVANTE DE RESIDENCIA	Documento de Comprovação
11852 498	16/08/2017 13:41	Boletim de Atendimento Urgência - HOSPITAL WOLFREDO GURGEL	Documento de Comprovação
11852 522	16/08/2017 13:41	DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO DO SAMU	Documento de Comprovação
11852 548	16/08/2017 13:41	INTERNAMENTO PARA CIRURGIA HOSP. DEOCLECIO MARQUES.	Documento de Comprovação
11852 556	16/08/2017 13:41	PAGAMENTO DO SINISTRO	Documento de Comprovação



OAB/RN 215
Página 1 de 1

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Pelo presente instrumento de Procuração Particular, como Outorgante(s) **LUCIANO DA SILVA**, brasileiro, casado, cozinheiro, inscrito no CPF/MF sob o nº 156.473.744-68, com RG de nº 332.328 – SSP/RN, domiciliado na Rua Mira Mangue, nº 66, Felipe Camarão, Natal/RN CEP: 59.074-180, para o feito. Outorga e constitui como seus bastantes advogados e procuradores **Breno Cabral Cavalcanti Ferreira**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/RN sob o nº 5.810, e-mail brenocabral@cabralreis.com.br, **Ricardo José Silva Reis**, brasileiro, divorciado, advogado inscrito na OAB/RN sob o nº 5.816, e-mail ricardojreis@hotmail.com, e **Douglas Bartolomeu Moura da Silva**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RN sob o nº 7.857, e-mail douglas@cabralreis.com.br, integrantes do Escritório de Advocacia **Cabral & Reis Advogados Associados**, pessoa jurídica de direito privado com inscrição no CNPJ/MF sob o nº 08.418.890/0001-45, e registro na OAB/RN sob o nº 215, situado na Av. Capitão-Mor Gouveia, 3005, sala 15, Shopping Ceasa, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP: 59076-400, a quem são conferidos todos os poderes abaixo e os demais necessários ao cumprimento com diligência e apreço do exercício de defesa do outorgante, **especialmente para propor Ação de Cobrança de Seguro DPVAT**.

A presente Procuração Particular, com as cláusulas **ad Judício**, habilita os advogados em epígrafe a praticarem todos os atos do processo, inclusive para receber alvarás, citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, substabelecer com ou sem reserva de poderes, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber, dar quitação e firmar compromisso, **até mesmo para declarar hipossuficiência econômica e requerer o benefício da justiça gratuita**.

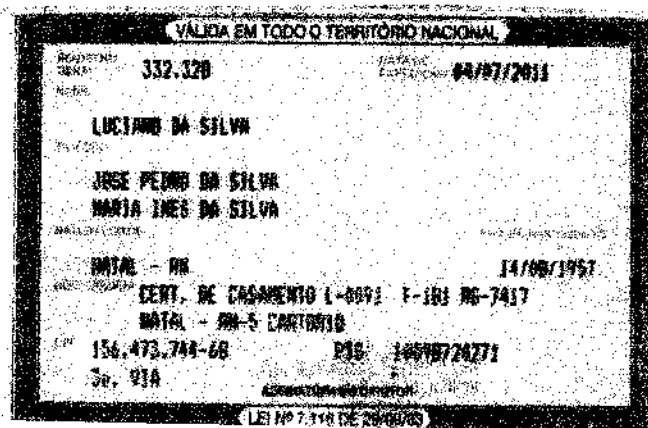
CLÁUSULA DE HONORÁRIOS – Fica acordado entre OUTORGANTE(S) e os advogados OUTORGADOS, qualificados acima, que o(s) primeiro(s) pagará(ão) aos segundos, a título de honorários advocatícios pelos serviços de virão a ser executados em cumprimento aos poderes ofertados por este mandato, o percentual de 30% (trinta por cento) sobre qualquer vantagem financeira que venha a receber ou auferir, direta ou indiretamente, tanto na esfera judicial como administrativa, executados os honorários sucumbências ou voluntariamente pagos pela parte contrária, garantindo o valor mínimo de R\$ 1.000,00 (um mil reais), devendo seu pagamento ocorrer de uma única vez quando o(s) OUTORGANTE(S) receber(em) seu(s) crédito(s). Em caso de resolução, por parte do(s) OUTORGANTE(S), será assegurado aos advogados OUTORGADOS o valor correspondente ao percentual aqui pactuado, por ocasião da disponibilização do(s) crédito(s) ao(s) OUTORGANTE(S). Desde já, o(s) OUTORGANTE(S) autoriza(m) expressamente a retenção do percentual supracitado em favor dos advogados OUTORGADOS.

Natal/RN, 11 de Maio de 2017.

LUCIANO DA SILVA.

Luciano da Silva

Av. Capitão Mor Gouveia, 3005 - Sala 15 - Shopping Ceasa - Lagoa Nova - Natal/RN - CEP 59076-400
Fone: 84 | 3234.3274 - E-mail: cabralreis@cabralreis.com.br - www.cabralreis.com.br



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOS, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
Ligações Gratuitas:
-TELEATENDIMENTO COSERN: 116
-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
-Ouvidoria 0800 084 0404
Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARIA LUCINEIDE DA SILVA
CPF: 106.019.024-91 NIS: 10869365859

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MIRA MANGUE 66
FELIPE CAMARAO/AREA URBANA
59074-180 NATAL RN

DATA DE VENCIMENTO
20/04/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

12/04/2017

DATA DA APRESENTAÇÃO

12/04/2017

NÚMERO DA NOTA FISCAL

000589336

Série: U

CONTA CONTRATO
000112687017

Nº DO CLIENTE
3000436184

Nº DA INSTALAÇÃO
9000711603

CLASSIFICAÇÃO

**B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico**

RESERVADO AO FISCO

BD27.6B13.1EF0.6158.31AB.C2E1.9BD8.9FF3

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,16127117	4,83
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,27545488	19,35
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	94,00	0,41469732	38,98
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,05
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,17
Contribuição Iluminação Pública			7,88
ICMS-Parcela Subvencionada			5,79
Doação LIGA CONTRA O CANCER - 4009-5578			4,00
TOTAL DA FATURA			85,05

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
67,38	18,00	12,12	67,38	0,65	0,43	67,38	3,36	2,26

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh 0,12577539
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,21561498
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh 0,32342244

HISTÓRICO DO CONSUMO

									kWh
ABR	17								194
MAR	17								205
FEV	17								182
JAN	17								198
DEZ	16								189
NOV	16								166
OUT	16								169
SET	16								163
AGO	16								143
JUL	16								164
JUN	16								155
MAI	16								157
ABR	16								171

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	24,82	29,54
Transmissão	1,37	2,03
Distribuição (Cosern)	15,52	24,32
Encargos Setoriais	0,01	0,02
Tributos	14,81	21,98
TOTAL	67,38	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
0000000212028986	CAT	14/03/2017	10.321,00	12/04/2017	10.715,00	28	1,00000	0,00	194,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 13/05/2017

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AFURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
fev/2017					
DICNo.de horas sem Energia	NATAL	0,00	5,79	10,38	20,77
FICNo.de vezes sem Energia		0,00	3,17	6,35	12,70
DMC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	2,94	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Límite DICRI: 12,22
EURO-Valor do Encargo de Uso = R\$ 23,11					
Todo Consumidor pode solicitar a duração dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

De 1 a 30/04, tarifa de consumo reduzida em R\$0,06755/kWh (a incidir tributos e descontos) para reverter a previsão do Encargo de Energia de Reserva da Usina Angra III (REH2214/17). Efeito conforme ciclo de leitura. Mais informações: www.aneel.gov.br
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Na data da leitura a Bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade de fornecimento individual ou do nível de tensão da fornecimento.
Pagamento em atraso gera: Multa 2% (Res. 414/ANEEL-09/09/10) e Juros 1% a.m. (Lei 10.438-26/04/02), no próximo mês.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 32,47.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LÍMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000112687017	04/2017	0,00	20/04/2017	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
ORTOPEDIA

02/11/16

PACIENTE LUCIANO DA SILVA
DATA DE ENTRADA 27/11/2016 HORA 13:34 Nº BAA 221160
IDADE 59 SEXO M ETNIA Pardo
CARTÃO SUS 700001984746302 ESTADO Casado(a)
CIVIL
CPF 156.473.744-68 RG 332328 - -
NOME DA MÃE MARIAINES DA SILVA
NOME DO PAI JOSE PEDRO DA SILVA
NASCIMENTO 14/08/1957
TELEFONE (84) 8634-5117
RUA/AV. Travessa Mar E Céu Nº 4725
COMPLEMENTO
CEP 59074-125 BAIRRO Felipe Camarão
ORIGEM CIDADE Natal-RN
ACID. DE TRABALHO Não MOTIVO Acidente de Trânsito / Moto
USUÁRIO Erivaldo

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente vítima de acidente de
moto e trauma em cabeça
e tórax clavicular

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E


OUTRAS OBSERVAÇÕES

28/11/16 14:15

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID

 GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho		LAUDO / SOLICITAÇÃO	
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO			
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE		4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	
11 - TELEFONE DE CONTATO		12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)	
13 - MUNICÍPIO		14 - BAIRRO	
15 - UF		16 - CEP	
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID INICIAL	
22 - CID SECUNDÁRIO		23 - LAUDOS ASSOCIADOS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - LEITO / CLÍNICA	
26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
28 - DT SOLICITAÇÃO		29 - CNES / CPF	
30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. C)		31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. C)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		33 - CNPJ DA SEGURADORA	
34 - Nº DO BILHETE		35 - BÔNUS	
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO		37 - CNPJ	
38 - () ACID. TRABALHO TRAJETO		39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO	
40 - CID PRINCIPAL		41 - CID SECUNDÁRIO	
42 - CID PRINCIPAL		43 - ()	
44 - () GRAVE		45 - () GRAVÍSSIMO	
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO		47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AH)	
48 - DT AUTORIZ.		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AH)	
50 - CNES / CPF		51 - DT AUTORIZ.	
52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

**SUS**Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
SaúdeGOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA - CNES 3515188
PARNAMIRIM - RN**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 59 ORT**

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL (PSA)

MATRÍCULA

DATA

HORA

161.323-5

12/12/2016

16:16

DADOS DO PACIENTE

PACIENTE

LUCIANO DA SILVA

NACIONALIDADE

BRASILEIRO

ESCOLARIDADE

DATA DE NASCIMENTO

14/08/1957

ESTADO CIVIL

CASADO

IDADE

59

RELIGIÃO

EVANGELICO

MASCULINO

FEMININO

MASCULINO

RAÇA/COR

TELEFONE

987693809

NOME DA MÃE

MARIA INES DA SILVA

CPF

156.473.744-68

RG

332.328

ORG EXP

ITEP

UF

RN

CARTÃO DO SUS

ENDEREÇO

TRAV. MAR E CEU, 425

BARRIO

FELIPE CAMARAO

MUNICIPIO

NATAL

RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE

MARIA DO ROSARIO RIBEIRO

COMPLEMENTO

UF

RN

PARENTESCO

COMPANHEIRA

TELEFONE

O MESMO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO

() Regulado () SAMU () Demanda Espontânea

MOTIVO PRINCIPAL

HISTÓRIA

DESCRIÇÃO DO

DOENÇAS PREEXISTENTES

ALERGIA

PESO: ALTURA: SSVV: FC: FR: T: SO2: PA: GLICEMIA:

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

COREN

DATA

HORA

ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR:

PRIORIDADE

() AZUL () VERDE () AMARELO () LARANJA () VERMELHO

ACOLHIMENTO

COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

- ☐ SA. A VERMELHA
☐ URGÊNCIA
☐ ORTOPEDIA
☐ CONSULTA MÉDICA
☐ BU. COMAXILO
☐ PEQUENA CIRURGIA
☐ ACIDENTE DE TRABALHO
☐ VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
☐ QUEDA
☐ OUTROS

Abertura
Ocular

Espontânea

À voz

À dor

Orientada

Contusos

Resposta
Verbal

Palavras inapropriadas

Palavras incompreensíveis

Nenhuma

Resposta
Motora

Pede comandos

Localiza dor

Movimento de retração

Flexão anormal

Extensão anormal

Nenhuma

HISTÓRIA CLÍNICA**EXAME FÍSICO**

CONFERE COM ORIGINAL

Tatiana Assis

Sócio

1564620

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA



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

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PROTOCOLO

7 - CARTÃO NACIONAL / SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

MASCULINO

FEMININO

2

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)

13 - MUNICÍPIO

14 - BAIRRO

15 - UF

16 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID INICIAL

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - LAUDOS ASSOCIADOS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - LEITO / CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

29 - DT SOLICITAÇÃO

30 - CNS / CPF

31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 -) ACIDENTE DE TRÂNSITO

33 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - Nº DO BILHETE

35 - BÔNUS

36 -) ACID. TRABALHO TÍPICO

37 - CNPJ

38 -

39 -

38 -) ACID. TRABALHO TRAJETO

41 - CID PRINCIPAL

42 - CID SECUNDÁRIO

DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL

43 - ()

44 - () GRAVE

45 - () GRAVÍSSIMA

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO

50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE

51 - DT AUTORIZ.

54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

47 - DT AUTORIZ.

52 -

48 - CNS / CPF

53 -

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

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



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

1- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES

3515168

9- PACIENTE

LUCIANO DA SILVA

Identificação do Paciente

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

146247

10- CARTÃO NACIONAL/SUS

1009872427100041

8- DATA DE NASCIMENTO

14/08/1987

9- SEXO

MASCULINO

10- RAÇA/COR

PARDA

11- NOME DA MÃE

MARIA INES DA SILVA

12- TELEFONE DE CONTATO

987693899

13- NOME DO RESPONSÁVEL

MARIA DO ROSARIO RIBEIRO

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

TV. MAR E CEU

16- MUNICÍPIO

NATAL

17- BAIRRO

FELIPE CAMARÃO

18- UF

RN

19- CEP

59074120

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

... (handwritten text) ...

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

... (handwritten text) ...

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

... (handwritten text) ...

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 OUTRAS ASSOCIAÇÕES

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procedimento Solicitado

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO 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- LAC TRANSITO

37- CNPJ DA SEGURADORA

38- Nº DO SETE

39- SÉRIE

40- LAC TRABALHO TIPO

41- CNPJ DA EMPRESA

42- CNIE DA EMPRESA

43- CBO

44- LAC TRABALHO TRAJETO

45- TÍTULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SE ENQUADRA

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ÓRGÃO EMISSOR

48- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49- DOCUMENTO

() CNS () CPF

50- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

51- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

CONFERE COM ORIGINAL

... (handwritten signature) ...
Secretário
ISSUE

EXAMES COMPLEMENTARES			
<input type="checkbox"/> LABORATORIAL <input type="checkbox"/> RADIOLÓGICO <input type="checkbox"/> ECO <input type="checkbox"/> TOMPOGRAFIA <input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> OUTROS			
CONDUTA MÉDICA PARA REGULAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO - NIR			
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA <input type="checkbox"/> CLÍNICA PSIQUIÁTRICA <input type="checkbox"/> CLÍNICA ORTOPÉDICA <input type="checkbox"/> PEDIATRIA/NEO			
<input type="checkbox"/> CLÍNICA OBSTÉTRICA <input type="checkbox"/> CLÍNICA GERAL <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> OUTROS			
DIAGNÓSTICO			
<div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"> CONDUTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA ABERTURA DE HORÁRIO / CHEGAGEM </div>			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
DESTINO DO PACIENTE			
<div style="transform: rotate(-45deg); font-size: small; font-weight: bold;"> Manoel Correia Neto Ortopedia-Traumatologia CRM 349 </div>	<input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> HTP <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO	<input type="checkbox"/> EVASÃO	<input type="checkbox"/> SOLICITADO INTERNAMENTO NO SERVIÇO DE <div style="font-family: cursive; font-size: large; margin-top: 5px;"> 02/10/2019 </div>



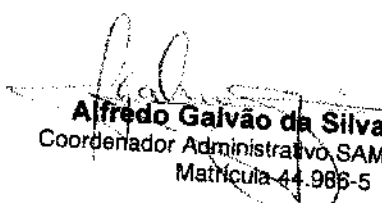
Prefeitura Municipal do Natal
A nossa cidade

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU 192 NATAL

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **LUCIANO DA SILVA** foi vítima de colisão carro x moto, no dia 27/11/2016, aproximadamente às 13h38min, na Avenida das Fronteiras, Nossa Senhora da Apresentação, nesta Cidade. Tendo sido atendido pelo SAMU 192 Natal, sob nº de ocorrência **130222/1**, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão e removido para o Hospital Walfredo Gurgel.

Natal, 28 de dezembro de 2016.


Alfredo Galvão da Silva Júnior
Coordenador Administrativo SAMU 192 Natal
Matrícula 44.988-5

Rua Potiguares, 300 - Dix Sept Rosado - Natal/RN - CEP: 59054-280
Tel.: (84) 3232-9222 - (84) 3232-9211

28/12/2018

samunatal.no-ip.org/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=130222&Digito=1&ReadOnly=1

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 130222/1

Data: 27/11/2016

TARM: JANAILSON GABRIEL DA CRUZ FERREIRA

Rádio Operador: ELLIO PEIXOTO DOS SANTOS

Equipe Enfermagem Cena:

VTR: USB 14 (BASE DESCENTRALIZADA LEIDE MORAIS)

Médico Regulação: ROGERIO OSCAR FERNANDES

Médico Cena: THAISA GEOVANINE DE CARVALHO FIGUEIRA

Usuário Pós-Cena:

Equipe VTR: FRANCISCO FABIO LEONARDO DOS SANTOS - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
GIZÉLIA C. DA SILVA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Regulação Médica Trote Informação Engano Queda da ligação Sem Médico Transf./Internação Eletivo

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: JOAB

Telefone: (84) 9990-0492

Nome do Paciente:

LUCIANO DA SILVA

Idade: *

59

ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

☐ Endereço não informado

☐ Coordenadas Informadas

Latitude: -5.7562223 Longitude: -35.2636893

Endereço: AVENIDA DAS FRONTEIRAS

Nº: VP

Bairro: NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO

Outro Bairro:

Referência/Complemento: ENTRADA DA BOA SORTE // PX A DROGARIA AMADEUS // PX A LEIDE MORAIS

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Observações Rádio Operador: AGUARDANDO DISPONIBILIDADE DE VIATURAS DEVIDO A GREVE.

Queixa Paciente: ACIDENTE AUTO X MOTO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

27/11/2016 13:41:57 - Dr(a). ROGERIO OSCAR FERNANDES

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: UMA VÍTIMA, CONSCIENTE E ORIENTADO, RESPIRA BEM, SEM SINAL DE FRATURA APARENTE, SEM SANGRAMENTO, DOR EM REGIÃO COSTAL, JOAB RELATA QUE TEM CURSO DE PRIMEIROS SOCORROS E QUE IRÁ TENTAR REMOVER O PACIENTE AO SANTA. ORIENTO QUE SE REMOVER O PACIENTE POR CONTA E RISCO ENTRE EM CONTATO CANCELANDO A FICHA.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE:

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO:

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apoio:



Tipo de APH:

TRAUMA - ACIDENTE AUTO X MOTO ▾

Hipótese Diagnóstica:

Sinais Vitais:

27/11/2016 14:15

1º PA - 110X70

2º FQ - 84

3º FR - 16

4º SAT - 98% (AA)

Antecedentes:

☐ Cardiopatia☐ Diabetes☐ Epilepsia☐ Etilismo☐ Hipertensão☐ HIV☐ Nefropatia☐ Neoplasia☐ Pneumopatia☐ Sequela AVC

Outros Antecedentes:

Nível de consciência:

☐ Normal☐ Confuso☐ Torporoso☐ Inconsciente

Respiração:

☐ Não Respira☐ Normal☐ Ruidosa / Dispneia☐ Via aérea obstruída☐ Via aérea pérvia

Sudorese:

- SELECIONE - ▾

Coloração da pele:

- SELECIONE - ▾

Sangramento:

- SELECIONE - ▾

Uso de algum Medicamento:

Alergia:

Prioridade:

Vermelho

Verde Azul

Observação:

COLISAO CARRO X MOTO-ERA A CARONA DA MOTO-SE ENCONTRAVA AO SOLO-CAPACETE RETIRADO POR ELE MESMO.NEGA DESMAIO.CONSCIENTE E ORIENTADO.DOR EM CLAVICULA ESQUERDA-COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM MSE-DOR+DEFORMIDADE.

Paciente possui convênio médico particular?*

Sim Não Não informado

Atendimento / Residência

Óbito

Removido por terceiros

Conduta VTR

Endereço não localizado

Trote

Remoção / Transferência

Evasão do local

Recusa atendimento

Recusa remoção

Conduta Médico Regulador:

27/11/2016 14:18:15 - THAISA GEOVANINE DE CARVALHO FIGUEIRA
IMOB CONF PROTOCOLO

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Vaga Negada - Motivo:

- SELECIONE - ▾

H. ligação ao serv prop.:

Recebido por:

Vaga Negada

Motivo da entrada:

▾

Vaga Zero

Nome receptor:

Cargo receptor:

28/12/2016

samunatal.no-ip.org/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=130222&Digito=1&ReadOnly=1

Descrição das pertences:

Local deixado pertences:

Data:

/ /

Tempo de espera: 00:00:00

Chamado:
27/11/2016
13:38:21

Regulação Médica:
27/11/2016
13:41:57

Solicitação VTR:
27/11/2016
13:52:49

Saída VTR:
27/11/2016
13:52:51

Chegada Local:
27/11/2016
13:59:13

Saída Local:
27/11/2016
14:19:05

Chegada Destino:
27/11/2016
14:46:55

Liberação Destino:
27/11/2016
15:30:17

Liberação VTR:
27/11/2016
15:30:18

Imprimir



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Nome		Enfermaria	Leito	Nº prontuário	
LUCIANO DA SILVA					
Idade		Sexo		Cor	
20/11/16	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso
sanguíneo	Hemáticas	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uria
	Urina				
respiratório				Asma	Bronquite
circulatório				Eletrocardiograma	
digestivo		Dentes	Pescoço	Ap. urinário	
do mental		Ataraxicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores
injústo pré-operatório				Estado físico	Risco
anestésia anteriores					
Anestesia pré-anestésica			Aplicada às	Efeito	
<div> <div>16:30</div> <div>17:30</div> </div> <div> <div>18:30</div> <div>19:30</div> </div> <div> <div>20:30</div> <div>21:30</div> </div> <div> <div>22:30</div> <div>23:30</div> </div> <div> <div>24:30</div> <div>01:30</div> </div> <div> <div>02:30</div> <div>03:30</div> </div> <div> <div>04:30</div> <div>05:30</div> </div> <div> <div>06:30</div> <div>07:30</div> </div> <div> <div>08:30</div> <div>09:30</div> </div> <div> <div>10:30</div> <div>11:30</div> </div> <div> <div>12:30</div> <div>13:30</div> </div> <div> <div>14:30</div> <div>15:30</div> </div> <div> <div>16:30</div> <div>17:30</div> </div> <div> <div>18:30</div> <div>19:30</div> </div> <div> <div>20:30</div> <div>21:30</div> </div> <div> <div>22:30</div> <div>23:30</div> </div> <div> <div>24:30</div> <div>01:30</div> </div> <div> <div>02:30</div> <div>03:30</div> </div> <div> <div>04:30</div> <div>05:30</div> </div> <div> <div>06:30</div> <div>07:30</div> </div> <div> <div>08:30</div> <div>09:30</div> </div> <div> <div>10:30</div> <div>11:30</div> </div> <div> <div>12:30</div> <div>13:30</div> </div> <div> <div>14:30</div> <div>15:30</div> </div> <div> <div>16:30</div> <div>17:30</div> </div> <div> <div>18:30</div> <div>19:30</div> </div> <div> <div>20:30</div> <div>21:30</div> </div> <div> <div>22:30</div> <div>23:30</div> </div> <div> <div>24:30</div> <div>01:30</div> </div> <div> <div>02:30</div> <div>03:30</div> </div> <div> <div>04:30</div> <div>05:30</div> </div> <div> <div>06:30</div> <div>07:30</div> </div> <div> <div>08:30</div> <div>09:30</div> </div> <div> <div>10:30</div> <div>11:30</div> </div> <div> <div>12:30</div> <div>13:30</div> </div> <div> <div>14:30</div> <div>15:30</div> </div> <div> <div>16:30</div> <div>17:30</div> </div> <div> <div>18:30</div> <div>19:30</div> </div> <div> <div>20:30</div> <div>21:30</div> </div> <div> <div>22:30</div> <div>23:30</div> </div> <div> <div>24:30</div> <div>01:30</div> </div> <div> <div>02:30</div> <div>03:30</div> </div> <div> <div>04:30</div> <div>05:30</div> </div> <div> <div>06:30</div> <div>07:30</div> </div> <div> <div>08:30</div> <div>09:30</div> </div> <div> <div>10:30</div> <div>11:30</div> </div> <div> <div>12:30</div> <div>13:30</div> </div> <div> <div>14:30</div> <div>15:30</div> </div> <div> <div>16:30</div> <div>17:30</div> </div> <div> <div>18:30</div> <div>19:30</div> </div> <div> <div>20:30</div> <div>21:30</div> </div> <div> <div>22:30</div> <div>23:30</div> </div> <div> <div>24:30</div> <div>01:30</div> </div> <div> <div>02:30</div> <div>03:30</div> </div> <div> <div>04:30</div> <div>05:30</div> </div> <div> <div>06:30</div> <div>07:30</div> </div> <div> <div>08:30</div> <div>09:30</div> </div> <div> <div>10:30</div> <div>11:30</div> </div> <div> <div>12:30</div> <div>13:30</div> </div> <div> <div>14:30</div> <div>15:30</div> </div> <div> <div>16:30</div> <div>17:30</div> </div> <div> <div>18:30</div> <div>19:30</div> </div> <div> <div>20:30</div> <div>21:30</div> </div> <div> <div>22:30</div> <div>23:30</div> </div> <div> <div>24:30</div> <div>01:30</div> </div> <div> <div>02:30</div> <div>03:30</div> </div> <div> <div>04:30</div> <div>05:30</div> </div> <div> <div>06:30</div> <div>07:30</div> </div> <div> <div>08:30</div> <div>09:30</div> </div> <div> <div>10:30</div> <div>11:30</div> </div> <div> <div>12:30</div> <div>13:30</div> </div> <div> <div>14:30</div> <div>15:30</div> </div> <div> <div>16:30</div> <div>17:30</div> </div> <div> <div>18:30</div> <div>19:30</div> </div> <div> <div>20:30</div> <div>21:30</div> </div> <div> <div>22:30</div> <div>23:30</div> </div> <div> <div>24:30</div> <div>01:30</div> </div> <div> <div>02:30</div> <div>03:30</div> </div> <div> <div>04:30</div> <div>05:30</div> </div> <div> <div>06:30</div> <div>07:30</div> </div> <div> <div>08:30</div> <div>09:30</div> </div> <div> <div>10:30</div> <div>11:30</div> </div> <div> <div>12:30</div> <div>13:30</div> </div> <div> <div>14:30</div> <div>15:30</div> </div> <div> <div>16:30</div> <div>17:30</div> </div> <div> <div>18:30</div> <div>19:30</div> </div> <div> <div>20:30</div> <div>21:30</div> </div> <div> <div>22:30</div> <div>23:30</div> </div> <div> <div>24:30</div> <div>01:30</div> </div> <div> <div>02:30</div> <div>03:30</div> </div> <div> <div>04:30</div> <div>05:30</div> </div> <div> <div>06:30</div> <div>07:30</div> </div> <div> <div>08:30</div> <div>09:30</div> </div> <div> <div>10:30</div> <div>11:30</div> </div> <div> <div>12:30</div> <div>13:30</div> </div> <div> <div>14:30</div> <div>15:30</div> </div> <div> <div>16:30</div> <div>17:30</div> </div> <div> <div>18:30</div> <div>19:30</div> </div> <div> <div>20:30</div> <div>21:30</div> </div> <div> <div>22:30</div> <div>23:30</div> </div> <div> <div>24:30</div> <div>01:30</div> </div> <div> <div>02:30</div> <div>03:30</div> </div> <div> <div>04:30</div> <div>05:30</div> </div> <div> <div>06:30</div> <div>07:30</div> </div> <div> <div>08:30</div> <div>09:30</div> </div> <div> <div>10:30</div> <div>11:30</div> </div> <div> <div>12:30</div> <div>13:30</div> </div> <div> <div>14:30</div> <div>15:30</div> </div> <div> <div>16:30</div> <div>17:30</div> </div> <div> <div>18:30</div> <div>19:30</div> </div> <div> <div>20:30</div> <div>21:30</div> </div> <div> <div>22:30</div> <div>23:30</div> </div> <div> <div>24:30</div> <div>01:30</div> </div> <div> <div>02:30</div> <div>03:30</div> </div> <div> <div>04:30</div> <div>05:30</div> </div> <div> <div>06:30</div> <div>07:30</div> </div> <div> <div>08:30</div> <div>09:30</div> </div> <div> <div>10:30</div> <div>11:30</div> </div> <div> <div>12:30</div> <div>13:30</div> </div> <div> <div>14:30</div> <div>15:30</div> </div> <div> <div>16:30</div> <div>17:30</div> </div> <div> <div>18:30</div></div>					



Hospital

Nome do paciente

LUCIANO DA SILVA

Nº prontuário

Data operação

Enf.

Operador

2º auxiliar

3º auxiliar

Anestesista

Diagnóstico pré-operatório

Tipo de operação

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

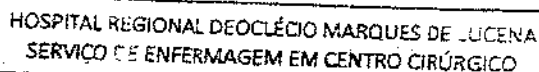
Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1) Incisão na região da coxa esquerda
- 2) Exatidão local e pontos
- 3) Incisão em Ombro
- 4) Sutura da ferida

1301-1321
Otopedista - CRM 1308
Ricardo Jose da Silva Reis



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: RICARDO JOSE SILVA REIS
<https://pje.trjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=17081613392173600000011186072>
 Número do documento: 17081613392173600000011186072



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Marcelino da Silva Idade: 59 D/N: 14/08/1985
Pront.: 146247 Município: Natal Procedência: () Interno () Externo
Data da cirurgia: 20/12/16 Hora Admissão: Bloco: Sala: 1 Hora Saída: 14:00 Peso: 70
Alergias: () Não () Sim Comorbidades: () H.S () DM () Outras nenhuma
Uso de medicações: () Não () Sim Jejum: () Não () Sim
S&SVV Admissão: PA: 110/70 mmHg Pulso: 60 bpm FI: 100 rpm FC: 100 bpm SpO₂: 98 % T: 36 °C

Enfermeiro(a): Valiano Instrumentado(a): Sim Circulante: Sim

Cirurgia: Artroscopia da articulação do joelho direito Especialidade: Ortopedia Sala: 1
Hora Início: 15:45 Hora Término: 16:30 Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1ª Cirurgião: Dr. Pedro H. Aux.: Dr. Luciano Residente: Dr. Ricardo

Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: Bloc. queixo () Raquidiana Ag.nº 1 () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag.nº 1 Cateter nº: 1 Início: 15:35 Garrote: () Smarch () Pneumático Início: 15:35 Término: 16:30
Anestesiologista: Dr. Ricardo

NEUROMUSCULAR

☒ Consciente
☒ Letárgico
☒ Cora
☒ Orientado
☒ Desorientado
☒ Sedado
☒ Ansioso
☒ Deambula
☒ Dificuldade
☒ Acamado
☒ Paraplégico
☒ Tetraplégico
☒ Amputações

PELE/HIGIENE

☒ Normocorada
☒ Hipocorada
☒ Cianótica
☒ Ictérica
☒ Desidratada
☒ Íntegra
☒ C/lesões
☒ Sudorese
☒ Cicatriz cirúrgica
☒ Higiene Satisfatória
☒ Higiene deficiente
☒ Manchas
☒ S/Tricotomia

CARDIOVASCULAR/
RESPIRATÓRIO

☒ Normotenso
☒ Hipotensão
☒ Hipertensão
☒ Normocárdico
☒ Bradicardia
☒ Taquicardia
☒ Choque
☒ Normoesfígmico
☒ Eupnéia
☒ Dispnéia
☒ Dispositivo D₂

DISPOSITIVOS

☒ Jelco MSE
☒ Acesso V. Central
☒ Cat. Diálise
☒ Fístula
☒ Arteriovenosa
☒ SNG
☒ SVD
☒ Colostomia
☒ Cistostomia
☒ Dreno
☒ Aparelho gessado
☒ Tração
☒ Talas

MONITORIZAÇÃO

☒ ECG
☒ Oximetria
☒ Capnógrafo
☒ PA
☒ Estimul. Nervo
☒ Dipnifusor
☒ BIC
☒ Desfibrilador

SINAIS VITAIS Início Meio Fim Unid.
FC 100 95 92 Bpm
Pulso 100 92 90 Bpm
Oximetria 98 98 98 %
Capnografia — — — %
PA 110/70 110/70 130/80 mmHg

ACESSO VENOSO

☒ Punção Arterial
☒ Punção Venosa Periférica
☒ Punção Venosa Central
☒ Dissecção venosa

Local: —

Cateter: —

SONDAGEM GÁSTRICA

S&SVV nº —

Retorno: —

CATETERISMO VESICAL

SVF nº —

SVV nº —

Diurese: —

Profissional responsável: —

EXAMES SOLICITADOS:

☒ Hemograma () Gasometria
☒ Coagulograma () Outros
☒ Tipagem Sanguínea () Glicosimetria
☒ Radioscopia (Rolo X)

POSIÇÃO

☒ Dorsal
☒ Ventral
☒ Lateral
☒ Litotômica
☒ Trendelenburg
☒ Canivete
☒ Proclive

COXIM

☒ Cabeça
☒ Pescoco
☒ Tórax
☒ Lombar

MMSS

☒ Anatômicos
☒ Abduzidos
☒ Fletidos
☒ MMII
☒ Anatômicos
☒ Abduzidos
☒ Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO

☒ Sim () Não () Metal () Descartável

Local: —

DEGRAMAÇÃO

☒ Sim () Não

Local: —

Solução: —

TRICOTOMIA

() Sim () Não

Local: —

IMPLANTE CIRÚRGICO

Drenos: —

Tela: —

Cateter: —

Ostomia: —

Fio de KC: —

Placa - Tipo: —

Outros: —

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO

Caixa cirúrgica: — Quant. Material: —
Val: — Contagem de gaze e compressa: () Não () Sim



Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

(1)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

[Fazer Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170021167 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LUCIANO DA SILVA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO ARUANA SEGUROS S/A

BENEFICIÁRIO LUCIANO DA SILVA

CPF/CNPJ: 15647374468

Posição em 05-05-2017 10:34:29

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
26/01/2017	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

ACESSIBILIDADE



</Pages/Acessibilidade.aspx>



</Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicadas.aspx>)

Documentos Invalidez Permanente (</Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>)

Documento Morte (</Pages/Documentacao-Morte.aspx>)

Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)