

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180047612 **Cidade:** São Gonçalo do Amarante **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDO CASSIANO DA SILVA **Data do acidente:** 20/11/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Trauma em joelho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Não há como definir, predizer ou quantificar com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Sinistro indefinido, com menos de 90 dias, sem prognóstico.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **FERNANDO CASSIANO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180047612**

Vitima: **FERNANDO CASSIANO DA SILVA**

Data do Acidente: **20/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **GERSON SOARES MAXIMO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180047612**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12312068



Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **FERNANDO CASSIANO DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180047612**
Vitima: **FERNANDO CASSIANO DA SILVA**
Data do Acidente: **20/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **GERSON SOARES MAXIMO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180047612**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **FERNANDO CASSIANO DA SILVA**

Sinistro: **3180047612**
Vítima: **FERNANDO CASSIANO DA SILVA**
Data do Acidente: **20/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **GERSON SOARES MAXIMO**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180047612** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2018

Carta nº: 12645196

A/C: FERNANDO CASSIANO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180047612
Vítima: FERNANDO CASSIANO DA SILVA
Data do Acidente: 20/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: GERSON SOARES MAXIMO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FERNANDO CASSIANO DA SILVA

Valor: R\$ 337,50

Banco: 237

Agência: 000000995-4

Conta: 0000059298-6

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =	R\$	337,50
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 entre 16 e 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 ASL

CPF da Vítima

077225224-88

Nome completo da vítima

FERNANDO PASSIANO DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo FERNANDO PASSIANO DA SILVA		CPF titular da conta 077225224-88	Profissão ORÇE FIAINT
Endereço RUA LUIZ BONZATO		Número 09	Complemento
Bairro CENTRO	Cidade SÃO GONÇALVES DO AMARAL	Estado PR	CEP 53290-000
Email			Telefone (DDD) (64) 38853-5042

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 ☐ 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 NRO. DV CONTA NRO. DV

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO
BNA 06560 237
AGÊNCIA NRO. DV CONTA NRO. DV
0995 4 59298 6
(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.

NATAL, 19 de Janeiro de 2018
Local e Data

X Fernando Passiano da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





PROTOCOLO
RECEBIDO
22 JAN 2018
TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

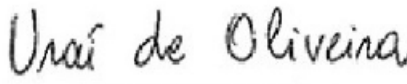
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180047612
Nome do(a) Examinado(a): Fernando Cassiano da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Luiz Gonzaga, 9
Centro São Gonçalo do Amarante RN CEP: 59290-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 2092184
Data local do acidente: [20/11/2017]
Data local do exame: [06/04/2018] NATAL [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMA NO JOELHO ESQUERDO COM FERIMENTO NA REGIÃO ANTERIOR PATELAR.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
**Tratamento: REALIZADO CURATIVOS SERIADOS TANTO NO JOELHO ESQUERDO QUANTO NO PÉ ESQUERDO, NÃO FEZ FISIOTERAPIAS.
Data da Alta: 24/01/2018**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
FERIMENTO CICATRIZADO NA REGIÃO ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO, SEM ATROFIA DE GRUPOS MUSCULARES ACOMETIDOS, DIFICULDADE PARA FICAR AGACHADO, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE FLEXÃO ACIMA DE 100 GRAUS.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
INVALIDEZ AO NÍVEL DE JOELHO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DA ADM.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|--|
| <p>Região Corporal (Sequela):
JOELHO - Lado Esquerdo
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|--|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


DR. URAÍ DE OLIVEIRA
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-RN 4315



22 JAN 2018



TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SECS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE
Endereço: AV. CEL. ESTEVÃO MOURA, S/N, CENTRO, SÃO GONÇALO DO AMARANTE

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018027000068

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LEGAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 20/11/2017 18.30.00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: INCERTO

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: SANTO ANTONIO

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FERNANDO CASSIANO DA SILVA

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Sem Informação

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 01121512488

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: OPERADOR DE FRIOS

3.15 Telefone(s): 84 988595042

3.17 Número: 09

3.19 Bairro: CENTRO

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

4.2.1 Nome Completo: AMANDA FABIENE SOUZA DA SILVA

4.2.3 Nome Social:

4.2.5 Mãe:

4.2.7 Orientação Sexual:

4.2.9 Sexo: NÃO IDENTIFICADO / SEM INFORMAÇÃO

4.2.11 CPF: 13122084490

4.2.13 Nacionalidade:

4.2.15 Logradouro: O MESMO DO COMUNICANTE

4.2.17 Número:

4.2.19 Bairro:

4.2.21 Estado:

1.2 Data de Expedição: 12/01/2018 10.35.59

1.4 Ligou CIOSP: Não

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RN 160

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: FRANCISCO PEDRO DA SILVA

3.6 Mãe: ILMA CASSIANO CAVALCANTE

3.8 Orientação Sexual: Ignorado

3.10 Identidade de Gênero: Ignorado

3.12 Data de Nascimento: 29/07/1981

3.14 RG: 2092184 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: NATAL - RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: R. LUIZ GONZAGA

3.24 CEP:

4.2.2 Estado civil:

4.2.4 Pai:

4.2.6 Identidade de Gênero:

4.2.8 Etnia:

4.2.10 Data de Nascimento:

4.2.12 RG: Não informado

4.2.14 Profissão:

4.2.16 Passaporte:

4.2.18 E-Mail:

4.2.20 CEP:

4.2.21 Cidade:

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

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S)

6.1.1 Nome Completo: EDILSON DE OLIVEIRA SILVA

6.1.2 Nome Social:

6.1.4 Etnia: Sem Informação

6.1.6 Mãe: MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA SILVA

6.1.8 Sexo: MASCULINO

6.1.10 CPF: 01267747498

6.1.12 Nacionalidade:

6.1.14 Passaporte:

6.1.16 Logradouro: R. GERMINO BENIGNO

6.1.17 Número: 54

6.1.19 Bairro: SAMBURA

6.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

6.2.1 Nome Completo: ADRIEL GALDINO SOARES

6.2.2 Nome Social:

6.2.4 Etnia: Sem Informação

6.2.6 Mãe: ADRIANA GALDINO SOARES

6.2.8 Sexo: MASCULINO

6.2.10 CPF: 10204515483

6.2.12 Nacionalidade:

6.2.14 Passaporte:

6.2.16 Logradouro: AV. DAS TULIPAS

6.2.17 Número: 557

6.2.19 Bairro: CIDADE DAS ROSAS

6.2.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi:

7.1.5 Placa: NNK0650

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2008

7.1.11 Cor do veículo: CINZA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: FERNANDO CASSIANO DA SILVA

7.1.17 Nome do condutor: FERNANDO CASSIANO DA SILVA

7.1.18 Observações:

5.1.3 Estado civil: Solteiro(a)

6.1.5 Identidade de Gênero: Ignorado

6.1.7 Orientação Sexual: Ignorado

6.1.9 Pai: Sem Informação

6.1.11 Data de Nascimento: 21/02/1976

6.1.13 RG: 003084656

6.1.15 Profissão: MOTOBOY

6.1.18 CEP:

6.1.20 Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE

5.2.3 Estado civil: Solteiro(a)

6.2.5 Identidade de Gênero: Ignorado

6.2.7 Orientação Sexual: Ignorado

6.2.9 Pai: Sem Informação

6.2.11 Data de Nascimento: 19/01/1995

6.2.13 RG: 003158716

6.2.15 Profissão: AUXILIAR DE ESCRITORIO

6.2.18 CEP:

6.2.20 Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam:

7.1.6 Estado:

7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN ES

7.1.10 Ano de Fabricação: 2008

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA E ALEGOU QUE: ESTAVA PILOTANDO O VEÍCULO ACIMA MENCIONADO, COM SUA FILHA NA GARUPA, MOMENTO EM QUE CAIU EM UM BURACO NO MEIO NA PISTA, VINDO A PERDER O CONTROLE DA MOTOCICLETA E A CAIR NO CHÃO; SENDO ENCAMINHADO AO HOSPITAL BELARMINA MONTE POR POPULARES. ALEGA AINDA DEVIDO A QUEDA, PERDEU O CRLV DO VEÍCULO EM TESE. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

FEITO O B.O E ENCAMINHADO AO CARTÓRIO.

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

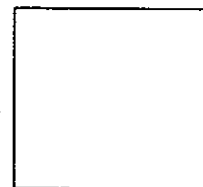
11. DECLARAÇÃO

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

Data 12/01/2018 10:35:59

Policial
Danilo Fialho Dias Garcia
AGENTE DE POLÍCIA CIVIL
Matrícula nº 168.235-0

Fernando Carriano da Silva
Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1682350 - DANILO FIALHO DIAS GARCIA

Impresso por: 1682350 - DANILO FIALHO DIAS GARCIA em 12/01/2018 10:36:40

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

FERNANDO CASSIANO DA SILVA

CPF da Vítima

022235224-88

Data do Acidente

20/11/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

NOTAL/R 19 de Janeiro de 2018

Local e Data

PROTOCOLO RECEBIDO

22 JAN 2018

TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS

Fernando Cassiano da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ATO DECLARATÓRIO



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO

PROTOCOLO
RECEBIDO
22 JAN 2018

Impressão: 20/11/2017

P

TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS

Prontuário 021720	Atendimento 0008	Nome do Paciente FERNANDO CASSIANO DA SILVA		CNS	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 2092184		Estado Civil Outro		Sexo Masculino	
Data de Nascimento 29/07/1981		Local NATAL/RN		Idade 36 Ano(s)	
Pai FRANCISCO PEDRO DA SILVA		Mãe ILMA CASSIANO CAVALCANTE			
Endereço RUA 31 DE MARCO, 206		Bairro CENTRO	CEP 59290-000	Município SAO GONCALO DO AMARA	UF RN
Profissão	Empresa	Cônjugo		Telefone 84 88644	
Responsável FERNANDO CASSIANO DA SILVA		CPF do Responsável	Endereço RUA 31 DE MARCO, 206		Município SAO GONCALO DO AMARA

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 20/11/2017	Hora 20:30	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional de Atendimento DEIVIDY CUNHA DO NASCIMENTO			CRM/UF 8653/RN	Tipo Atendimento CONSULTA COM MEDICACAO
Indicador de Acidente			Funcionário MANOEL CALIXTO DA SILVA NETO	
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação		Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito	
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)
PA (mmHg)				

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

• Paciente vítima de acidente automobilístico. Nega
sinais neurológicos além consumo de álcool.

Cf: OEG, Ausculto, Glauco 15

Pupila: 2/20/200 Reflexo

MD: 20/11/2017

ACA: Se alterado

Est: Exame físico e MZ E + MMSC

- Paciente vítima de acidente automobilístico

• Análise

• Análise

- Análise de Glicose O.

• Diapirico CH 7 = 1M

• Diapirico CH 7 = 1M

Dr. Deividy Cunha do Nascimento
Médico
CRM/RN 8.653

Assinatura
Dr. Adriano O. do N.
COREN-RN- 84F

Comprovante de residência


SAAE

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO
 AVENIDA CEL. ESTEVAM MOURA, 30 - CENTRO
 SÃO GONÇALO DO AMARANTE - RN - CEP: 59.291-550
 C.N.P.J.: 08.451.635/0001-17 - Fone : (84) 3278-2290

CONTA D'ÁGUA

FOLHA: 1/1

INSCRIÇÃO: 0000810.5 CLS: PAR TAR: S-M RES: 0 COM: 0 IND: 0 PUB: 0 OUT: 1 NF/CONTA: 170292616 EMISSÃO: 13/12/17 MES/FAT: OUT/2017

FERNANDO CASSIANO DA SILVA
 RUA LUIZ GONZAGA, 09
 CENTRO
 SÃO GONÇALO DO AMARANTE
 ENDEREÇO DE ENTREGA

CEP: 59.291-667
 RIO GRANDE DO NORTE

LOCALIZAÇÃO
 00.00.01.0000005945
 LOCALIZAÇÃO

ÚLTIMOS CONSUMOS E SERVIÇOS E TARIFAS

MES/FAT	CONS	OCO	DC	GOB	DESCRIÇÃO	PREST.	VALOR
NOV/17	07	000	030	7	001 AGUA(0000 a 0010 - 1,04 - 0010 m		12,93
OUT/17	00	000	031	0	002 ESGOTO (62%)		12,02
SET/17	02	000	032	2	011 REG. N° 00629/17 EM 17/05/2017	05/10	16,83
AGO/17	00	000	030	0			
JUL/17	03	000	030	3			
JUN/17	10	000	000	10			
MÉDIA 00003							

PARÂMETROS DE HIDROMETRIA
 HIDRÔMETRO: 13/09/10... 0198... 13/09/17... 0198... 14/10/17... 0100... 31... 000... 083

PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

Portaria 2.914 de 12/12/2011 - Valores máximos permitidos

Reservatório:	Período:					
Parâmetros	Cor	pH	Cloro	Turbidez	Fúor	Coli Totais
Padrão	até 15UI	6,0 a 9,5	até 5,0 mg/l	até 5UT	até 1,5 mg/l	Ausente
Obtidos						
Qtda Análise						

AGENTE ARRECADADORES, COSERN SERVIÇOS,

CAIXA ECONOMICA FEDERAL E PAGFACIL.

MULTA: 21 0,96 ENCARGOS DIÁRIOS: 0,033% MESES EM DÉBITO: 0,02 MAI/2017

VENCIMENTO 13/11/2017
VALOR R\$ 48,23

CONSUMIDOR

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO

NOME: FERNANDO CASSIANO DA SILVA
 END: RUA LUIZ GONZAGA, 09 - CENTRO

LOCALIZAÇÃO:
 00.00.01.0000005945

INSCRIÇÃO: 0000810.5 MÊS/FAT: OUT/2017 NF/CONTA: 170292616 VENCIMENTO: 13/11/2017 VALOR: 48,23

0000810.10.17.170292616

82670000000.1 48230416000.5 08101017170.0 29261600002.5

SAAE

NÃO RASURE

AUTENTICAÇÃO NO VERSO



PROTOCOLO RECEBIDO
 22 JAN 2018
 TERRA DO SOL ADM
 E CORRETORA DE SEGS

procurador

Comprovante de residência



SAAE

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO
AVENIDA CEL. ESTEVAM MOURA, 30 - CENTRO
SAO GONCALO DO AMARANTE - RN - CEP: 59.291-550
C.N.P.J.: 08.451.635/0001-17 - Fone : (84) 3278-2290

CONTA D'ÁGUA

FOLHA: 1/1

INSCRIÇÃO 0031825.9 CLS PAR R-M RES COM IND PUB OUT 1 0 0 0 ECONOMIAS NF/CONTA 170333250 EMISSÃO 26/12/17 MÊS/FAT. DEZ/2017

GERSON SOARES MAXIMO
AVENIDA DAS TULIPAS, 557 Q. 10 LOTE 1041
LCR II JARDINS CEP: 59.290-000 LOCALIZAÇÃO 00.19.20.1000001041
SAO GONCALO DO AMARANTE RIO GRANDE DO NORTE LOCALIZAÇÃO
ENDEREÇO DE ENTREGA

ULTIMOS CONSUMOS				SERVICOS E TARIFAS			
MÊS/FAT	CONS.	OCO	DC	COB	DESCRIÇÃO	PREST.	VALOR
DEZ/17	34	000	34	001	AGUA(000 a 0010 - 3,552 * 10m³)		35,52
NOV/17	30	000	031	001	AGUA(011 a 0015 - 4,360 * 05m³)		21,80
				001	AGUA(016 a 0020 - 5,160 * 05m³)		25,80
OUT/17	25	000	029	001	AGUA(021 a 0030 - 5,810 * 10m³)		58,10
SET/17	27	000	030	001	AGUA(031 a 0050 - 6,700 * 04m³)		26,80
AGO/17	32	000	033	011	NEG. Nº 00723/16 EM 17/05/2016	19/20	23,17
JUL/17	17	000	028				
JUN/17	35	000	000				
MÉDIA: 00027							

HIDROMETRIA							
HIDRÔMETRO	INSTALAÇÃO	LEIT. ANT.	DT. LEITURA	LEIT. ATUAL	DT. LEITURA	CONSUMO DIAS/CONSUMO	OCO. LEITURISTA
A14F435031	13/04/15	0859	06/11/17	0903	10/12/17	0034	24 000 028

OBSERVAÇÕES		PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUIDA					
		Portaria 2.914 de 12/12/2011 - Valores máximos permitidos					
		Período:					
		Reservatório:	Cor	pH	Cloro	Turbidez	Fitor
		Parâmetros	até 15UH	6,0 a 9,5	até 5,0 mg/l	até 5UT	até 1,5 mg/l
		Padrão					
		Obtidos					
		Qtda Análise					
		Próxima leitura: 22/01/2018					

MENSAGENS

2º Via da Conta Mensal

MULTA 2% 3,94 ENCARGOS DIÁRIOS 0,033% 0,07 MESES EM DÉBITO OUT/2017, NOV/2017, JUL/2017, AGO/2017, SET/2017

VENCIMENTO 15/01/2018 VALOR R\$ 197,19

CONSUMIDOR

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO

NOME: GERSON SOARES MAXIMO LOCALIZAÇÃO: 00.19.20.1000001041
END: AVENIDA DAS TULIPAS, 557 - Q. 10 LOTE 1041, LCR II JARDINS

INSCRIÇÃO 0031825.9 MÊS FAT: DEZ/2017 NF/CONTA 170333250 VENCIMENTO 15/01/2018 VALOR 197,19

0031825.12.17.170333250
82620000001.4 97190416003.5 18251217170.9 33325000002.8

SAAE

NÃO RASURE

AUTENTICAÇÃO NO VERSO



PROTOCOLO RECEBIDO

22 JAN 2018

TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 GENSON SOARES MAXIMO inscrito (a) no CPF 032 445 294 / 30 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FERNANDO CASSIANO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 022 225 724 / 88 do sinistro de DPVAT cobertura LEVANTAR da Vítima FERNANDO CASSIANO DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 022 225 724 / 88, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

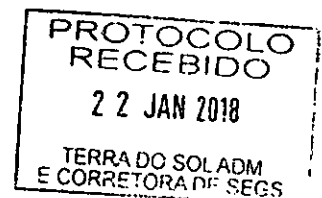
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>AVENIDA DAS TULIPAS, CIDADE DAS ROSES II</u>		Número <u>557</u>	Complemento
Bairro <u>JARDINS</u>	Cidade <u>SÃO CARLOS DO AMARANTE</u>	Estado <u>PR</u>	CEP <u>59290-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(84) 9 8864 7778</u>

NATALIA, 29 de JANUÁRIO de 2018
Local e Data

GENSON SOARES MAXIMO
Assinatura do Declarante





SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE
Gula de atendimento - PRONTO SOCORRO

Impressão: 28/11/2017 1

Página

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 021720	Atendimento 0010	Nome do Paciente FERNANDO CASSIANO DA SILVA	CNS 700503525566751	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 2092184			Estado Civil Outro	Sexo Masculino
Data de Nascimento 29/07/1981	Local NATAL/RN			Idade 36 Ano(s)
Pai FRANCISCO PEDRO DA SILVA		Mãe ILMA CASSIANO CAVALCANTE		
Endereço RUA 31 DE MARCO, 206	Bairro CENTRO	CEP 59290-000	Município SAO GONCALO DO AMARA	UF RN
Profissão	Empresa	Cônjugue		
Responsável FERNANDO CASSIANO DA SILVA	CPF do Responsável	Endereço RUA 31 DE MARCO, 206	Município SAO GONCALO DO AMARA	

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 28/11/2017	Hora 10:04	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JOSE LIRA DE HOLANDA			CRM/UF 1767/RN	Tipo Atendimento CONSULTA COM MEDICACAO
Indicador de Acidente			Funcionário RANIERIKA KELLEN FERNANDES DE SOUZA LIMA	
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação 28/11/2017 11:07			Tipo de Saída Alta
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)
				PA (mmHg) 141 X 85

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 28/11/2017 10:32

Responsável pela Classificação: ANTONIETA FERREIRA

Relatório:

lesões com sinais de inção em mmii e mmss, apos acidente de moto ha 9 dias
nega alergias medicamentosa

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

28/11/2017 11:07:16h Responsável: JOSE LIRA DE HOLANDA CRM-RN 1767
TRAUMATISMO DO JOELHO ESQUERDO

PROTOCOLO
RECEBIDO

22 JAN 2018

TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS

Dr. Jose Lira de Holanda
JOSE LIRA DE HOLANDA - CRM: 1767/RN

Assinatura Paciente/Responsável
FERNANDO CASSIANO

Prescrição: 0001 Paciente: FERNANDO CASSIANO DA SILVA
Data de Nascimento: 29/07/1981 Nome da Mãe: ILMA CASSIANO CAVALCANTE
Data: 28/11/2017
Hora: 11:07 Profissional Resp.: JOSE LIRA DE HOLANDA
Convênio: SUS Setor: PRONTO SOCORRO
Tipo de Atendimento: CONSULTA COM MEDICACAO

Prontuário: 021720/0010

Sexo: Masculino

CRM: 1767

Data de Atendimento: 28/11/2017

Prescrição	Dosagem	Via	Frequência	Aprazamento
01. VOLTAREM 75 IM				
02. SF 100 ML + TRAMAL 100 MG EV	11:50			

Gelson M. Bispo da Rocha
Téc. de Enfermagem
Coren 001.008.770

RESPONSÁVEL: JOSE LIRA DE HOLANDA - CRM-RN 1767

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE
FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

v2017001

DADOS DO PACIENTE

Nome: **FERNANDO CASSIANO DA SILVA**
 Nascimento: 20/07/1981 Local: NATAL País Nacionalidade: Brasil Idade: 36 Ano(s)
 Sexo: Masculino Raça/Cor: Preta Etnia: Estado Civil: Outro Religião: CATÓLICA
 Documento(s): Identidade: 2092184 CNS: 70.0503.525.5667-51
 Endereço: RUA LUIZ GONZAGA Nº 009 Bairro: NOVO SAO GONCALO Município: SAO GONCALO DO AMARANTE-RN CEP: 59290-000
 Fone: (34)98710-8770 Profissão: Empresa: Fone Empresa:
 Responsável: CPF do Responsável: Fone Responsável:
 Endereço Responsável: Conjuge: Pai: FRANCISCO PEDRO DA SILVA

DADOS DA INTERNAÇÃO

Entrada: 20/11/2017 14:37 Quarto/Leito: 004-0002 Aposento: ENFERMARIA Matricula: Clínica: MEDICA Autorização: Setor: CLINICA MEDICA Dias: 0 Guia: CRM: 1767
 Médico: JOSE LIRA DE HOLANDA CID Principal: Z00.0 Exame médico geral Observação: CID Complementar:
 Usuário: RANIERIKA KELLEN FERNANDES DE SOUZA LIMA Procedimento SUS: Sisprestat:
 Data Saída: 07.12.17 Hora: 16:30 Condição da Saída: Usuário Saída:

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.



SAO GONCALO DO AMARANTE, 28 de novembro de 2017.

Assinatura do paciente

Responsável pela impressão: RANIERIKA KELLEN FERNANDES DE SOUZA LIMA

Assinatura do responsável

SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

v2017004

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

FERNANDO CASSIANO DA SILVA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

70.0503.525.5667-51

11 - NOME DA MÃE

ILMA CASSIANO CAVALCANTE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA LUIZ GONZAGA, 009, NOVO SAO GONCALO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SAO GONCALO DO AMARANTE

PROTOCOLO
RECEBIDO

22 JAN 2018

TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS

2 - CNES

4014235

4 - CNES

4014235

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
21720

10 - ETNIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

29/07/1981

9 - SEXO

Masc. ☒ 1, Fem. ☒ 3

10 - RAÇA/COR

03 - Parda

12 - TELEFONE DE CONTATO

(84)98710-8770

14 - TELEFONE DE CONTATO

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2412005

18 - UF

RN

19 - CEP

59290-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

200 () Exame médico geral

24 - CID 10 PRINCIPAL

Z000 11490

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

MEDICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Urgência

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

01994573449

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JOSE LIRA DE HOLANDA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

28/11/2017

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() ACIDENTE DE TRÂNSITO

() ACIDENTE TRABALHO-TÍPICO

() ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAS DA EMPRESA

44 - SÉRIE

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

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



PACIENTE: Ernando Cassiano da Silva MÉDICO: _____
SAO CAMILO PRONTUÁRIO: 21720 DATA: 06/12/17

LETO: 04/02

SETOR: *Industria*

[illegible]

PROTOCOLO
RECEBIDO
22 JAN 2018
TERRA DO SOLADM
E CORRETORA DE SEGS

PACIENTE: _____ LEITO: _____

CONVÊNIO:

DATA



SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

SÃO CAMILO

PACIENTE: Ammanda Bezerra da Silva MÉDICO: 21720

PRONTUÁRIO: 05, 12, 14

CONVÊNIO: _____

LEITO: 04102

SETOR: pedi.

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	EVOLUÇÃO
<u>D 15 de</u>	<u>S.N.D</u>	
<u>D 15 de 11/02/2018</u>	<u>16 06</u>	<u>15/02</u>
<u>D 15 de 11/02/2018</u>	<u>22 10</u>	<u>16/02</u>
<u>D 15 de 11/02/2018</u>	<u>16 11</u>	<u>17/02</u>
<u>D 15 de 11/02/2018</u>	<u>22 11</u>	<u>18/02</u>
<u>D 15 de 11/02/2018</u>	<u>22 11</u>	<u>19/02</u>
<u>D 15 de 11/02/2018</u>	<u>22 11</u>	<u>20/02</u>
<u>D 15 de 11/02/2018</u>	<u>22 11</u>	<u>21/02</u>
<u>D 15 de 11/02/2018</u>	<u>22 11</u>	<u>22/02</u>
<u>D 15 de 11/02/2018</u>	<u>22 11</u>	<u>23/02</u>
<u>D 15 de 11/02/2018</u>	<u>22 11</u>	<u>24/02</u>
<u>D 15 de 11/02/2018</u>	<u>22 11</u>	<u>25/02</u>
<u>D 15 de 11/02/2018</u>	<u>22 11</u>	<u>26/02</u>
<u>D 15 de 11/02/2018</u>	<u>22 11</u>	<u>27/02</u>
<u>D 15 de 11/02/2018</u>	<u>22 11</u>	<u>28/02</u>
<u>D 15 de 11/02/2018</u>	<u>22 11</u>	<u>29/02</u>
<u>D 15 de 11/02/2018</u>	<u>22 11</u>	<u>30/02</u>
<u>D 15 de 11/02/2018</u>	<u>22 11</u>	<u>31/02</u>

Dr. José Luiz de Holanda
Médico
CRM 17057-PA

Dr. José Luiz de Holanda
Médico
CRM 17057-PA

PROTOCOLO RECEBIDO
22 JAN 2018
TERRA DO SOL ADM
E COORDENADOR DE SEGS

PACIENTE: _____

LEITO: _____

CONVÊNIO: _____

DATA: _____



SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

SÃO CAMILO

PACIENTE: Leandro José de Sousa PRONTUÁRIO: 22700 DATA: 04/12/17

MÉDICO: [Assinatura]

CONVÊNIO: 282 LEITO: 4-0 SETOR: CM

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	EVOLUÇÃO
1) <u>in-liv</u>	<u>S.N.D</u>	
2) <u>Captação 11 + 00120 12/12/17</u>	<u>18 06°</u>	<u>[Assinatura]</u>
3) <u>exame físico 27/12/17</u>	<u>22 10°</u>	<u>[Assinatura]</u>
4) <u>exame físico 27/12/17</u>	<u>22 10°</u>	<u>[Assinatura]</u>
5) <u>exame físico 27/12/17</u>	<u>22 10°</u>	<u>[Assinatura]</u>
6) <u>exame físico 27/12/17</u>	<u>22 10°</u>	<u>[Assinatura]</u>
7) <u>exame físico 27/12/17</u>	<u>22 10°</u>	<u>[Assinatura]</u>
8) <u>exame físico 27/12/17</u>	<u>22 10°</u>	<u>[Assinatura]</u>
9) <u>exame físico 27/12/17</u>	<u>22 10°</u>	<u>[Assinatura]</u>
10) <u>exame físico 27/12/17</u>	<u>22 10°</u>	<u>[Assinatura]</u>

Dr. José Lira de Holanda
Médico - Medicina Clínica
RPM 9167/RN - CR: 019.945.734-49

PROTÓCOLO RECEBIDO
22 JAN 2018
TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS

Dr. José Lira de Holanda
Médico - Medicina Clínica
RPM 9167/RN - CR: 019.945.734-49



SÃO CAMILO

PACIENTE: FERNANDO CASSIANO DA SILVA
MEDICO: MEDICO:

PRONTUARIO: 21720

DATA 3 132, 177

CONVÊNIO: SUS LEITO: 4/2 SETOR: EM

[illegible]

Dr. Idalia Radacki
CRM - Medicina
CRM - RN 8043

PACIENTE: _____ LEITO: _____ CONVÊNIO: _____

LEITO:

DATA

1



SÃO CAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

PACIENTE: Leandro de MÉDICO: Dr. José

CONVÊNIO: SUZ

LEITO: 4-2

PRONTUÁRIO: 21720

SETOR: cu

DATA: 02, 12, 17

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	EVOLUÇÃO
1) <u>Dr. h</u>	<u>hnd</u>	
2) <u>casamento 10 + 00 > 0 12/12</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
3) <u>casamento 300 > 196 12/12</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
4) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
5) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
6) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
7) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
8) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
9) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
10) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
11) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
12) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
13) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
14) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
15) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
16) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
17) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
18) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
19) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
20) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
21) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
22) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
23) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
24) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
25) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
26) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
27) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
28) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
29) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
30) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
31) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
32) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
33) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
34) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
35) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
36) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
37) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
38) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
39) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
40) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
41) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
42) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
43) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
44) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
45) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
46) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
47) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
48) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
49) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
50) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
51) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
52) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
53) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
54) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
55) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
56) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
57) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
58) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
59) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
60) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
61) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
62) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
63) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
64) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
65) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
66) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
67) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
68) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
69) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
70) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
71) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
72) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
73) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
74) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
75) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
76) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
77) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
78) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
79) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
80) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
81) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
82) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
83) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
84) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
85) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
86) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
87) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
88) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
89) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
90) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
91) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
92) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
93) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
94) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
95) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
96) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
97) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
98) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
99) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>
100) <u>casamento 1020/12 2030 4 + ch</u>	<u>h</u>	<u>hnd</u>

Dr. José de Holanda
C.R. 1767/RN

Dr. José de Holanda
C.R. 1767/RN

PACIENTE: Leandro de

LEITO: 4-2

CONVÊNIO: SUZ

DATA: 02, 12, 17



SÃO CAMILO

PACIENTE: SÃO CAMILO
4-2
PRONTUÁRIO 730
DATA 03/12/17

LEITO:

SETOR:

[illegible]

LEITO:

CONVÊNIO:

DATA _____



SÃO CAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

PACIENTE: FERNANDO CASSIANO

MÉDICO:

LEITO: 9/2

PRONTUÁRIO: 21720

DATA:

30/11/17

CONVÊNIO:

LEITO:

SETOR:

CM

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	EVOLUÇÃO
1) 10 sup		
2) cit 4 sup 6/10/17	18 06	
3) cit 4 sup 6/10/17	18 06	
4) folha 30/10/17	14) 22.06	
5) (cit 4 sup 6/10/17)		
6) (cit 4 sup 6/10/17)		
7) (cit 4 sup 6/10/17)		
8) (cit 4 sup 6/10/17)		
9) (cit 4 sup 6/10/17)		
10) (cit 4 sup 6/10/17)		
11) (cit 4 sup 6/10/17)		
12) (cit 4 sup 6/10/17)		
13) (cit 4 sup 6/10/17)		
14) (cit 4 sup 6/10/17)		
15) (cit 4 sup 6/10/17)		
16) (cit 4 sup 6/10/17)		
17) (cit 4 sup 6/10/17)		
18) (cit 4 sup 6/10/17)		
19) (cit 4 sup 6/10/17)		
20) (cit 4 sup 6/10/17)		
21) (cit 4 sup 6/10/17)		
22) (cit 4 sup 6/10/17)		
23) (cit 4 sup 6/10/17)		
24) (cit 4 sup 6/10/17)		
25) (cit 4 sup 6/10/17)		
26) (cit 4 sup 6/10/17)		
27) (cit 4 sup 6/10/17)		
28) (cit 4 sup 6/10/17)		
29) (cit 4 sup 6/10/17)		
30) (cit 4 sup 6/10/17)		
31) (cit 4 sup 6/10/17)		
32) (cit 4 sup 6/10/17)		
33) (cit 4 sup 6/10/17)		
34) (cit 4 sup 6/10/17)		
35) (cit 4 sup 6/10/17)		
36) (cit 4 sup 6/10/17)		
37) (cit 4 sup 6/10/17)		
38) (cit 4 sup 6/10/17)		
39) (cit 4 sup 6/10/17)		
40) (cit 4 sup 6/10/17)		
41) (cit 4 sup 6/10/17)		
42) (cit 4 sup 6/10/17)		
43) (cit 4 sup 6/10/17)		
44) (cit 4 sup 6/10/17)		
45) (cit 4 sup 6/10/17)		
46) (cit 4 sup 6/10/17)		
47) (cit 4 sup 6/10/17)		
48) (cit 4 sup 6/10/17)		
49) (cit 4 sup 6/10/17)		
50) (cit 4 sup 6/10/17)		
51) (cit 4 sup 6/10/17)		
52) (cit 4 sup 6/10/17)		
53) (cit 4 sup 6/10/17)		
54) (cit 4 sup 6/10/17)		
55) (cit 4 sup 6/10/17)		
56) (cit 4 sup 6/10/17)		
57) (cit 4 sup 6/10/17)		
58) (cit 4 sup 6/10/17)		
59) (cit 4 sup 6/10/17)		
60) (cit 4 sup 6/10/17)		
61) (cit 4 sup 6/10/17)		
62) (cit 4 sup 6/10/17)		
63) (cit 4 sup 6/10/17)		
64) (cit 4 sup 6/10/17)		
65) (cit 4 sup 6/10/17)		
66) (cit 4 sup 6/10/17)		
67) (cit 4 sup 6/10/17)		
68) (cit 4 sup 6/10/17)		
69) (cit 4 sup 6/10/17)		
70) (cit 4 sup 6/10/17)		
71) (cit 4 sup 6/10/17)		
72) (cit 4 sup 6/10/17)		
73) (cit 4 sup 6/10/17)		
74) (cit 4 sup 6/10/17)		
75) (cit 4 sup 6/10/17)		
76) (cit 4 sup 6/10/17)		
77) (cit 4 sup 6/10/17)		
78) (cit 4 sup 6/10/17)		
79) (cit 4 sup 6/10/17)		
80) (cit 4 sup 6/10/17)		
81) (cit 4 sup 6/10/17)		
82) (cit 4 sup 6/10/17)		
83) (cit 4 sup 6/10/17)		
84) (cit 4 sup 6/10/17)		
85) (cit 4 sup 6/10/17)		
86) (cit 4 sup 6/10/17)		
87) (cit 4 sup 6/10/17)		
88) (cit 4 sup 6/10/17)		
89) (cit 4 sup 6/10/17)		
90) (cit 4 sup 6/10/17)		
91) (cit 4 sup 6/10/17)		
92) (cit 4 sup 6/10/17)		
93) (cit 4 sup 6/10/17)		
94) (cit 4 sup 6/10/17)		
95) (cit 4 sup 6/10/17)		
96) (cit 4 sup 6/10/17)		
97) (cit 4 sup 6/10/17)		
98) (cit 4 sup 6/10/17)		
99) (cit 4 sup 6/10/17)		
100) (cit 4 sup 6/10/17)		

PACIENTE:

LEITO:

CONVÊNIO:

DATA:

/



PACIENTE: Ernando Cassiano da Silva MÉDICO: _____
SAO CAMILO
PRONTUÁRIOS 2720 DATA 29.11.17

LEITO: 04/02 SETOR: C. Médica

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	EVOLUÇÃO
025-fo	S.N.D	
025-fo	18 060	18 060
025-fo	18 060	18 060
025-fo	220 060/14	220 060/14
025-fo	M	M
025-fo	18 060	18 060
025-fo	220 060	220 060
025-fo	SN	SN
025-fo		
025-fo		

PACIENTE: _____ LEITO: _____

CONVENIO:

DATA_____



**SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE**

PACIENTE: Francisco Cassicores da Silva MÉDICO: _____

PRONTUÁRIO: 021720 DATA 28/10/15

CONVÊNIO:

LEITO:

SETOR:

[illegible]

'ACIENTE:'

LEITO:

CONVENIO:

DATA



SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

PRONT. 021720

NOME: Fernando Cassimiro da Silva

ENFERMARIA: 04

LEITO: 02

DATA HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
28/11/14 Hora?	Paciente admitido no Setor procedendo do PSA, apresentando Circunferência do abdômen aumentada Varizes escuras nos membros e inchaço nos membros de modo já deixar o membro hidrotizado No M.S.D segue as evoluções de Esclerose x	
28/11 18:00	Paciente estável, em o ambiente, com varizes es- curas em membros sem quebras no hemicório quebras escuras da região de enfermagem.	
28/11/14 18:35	Paciente hidratado, com nutrição com regulação do fígado, com mucosa intacta. Deu-se banho inter. com água e sabão. M.S.D. ante a presença de varizes escuras e aumento da circunferência do abdômen e de 10 cm de peso. Segue-se de 10 cm de peso, 10 cm de peso. An- te a presença de varizes. Deu-se banho inter. com água e sabão.	
29.11.14 18:35	Paciente no 1. dia em 1.º dia consciente, orientado, de ambiente	



SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

PRONT. _____

NOME: FERNANDO CARVALHO

ENFERMARIA: _____

LEITO: _____

DATA HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
29/11/17	deambulando com dificuldade, alimento SBU, AUP em mod, já higienizado, apresentando exoriações em mmm / mic uso de dressing, eliminação intestinal aument, diurese presente (bil. tranquila segue aos cuidados.	
08:35	dieta uo, aceita preservada	 Cláudia de Santos COREN-RN-3107-TE
18:00H	ACEITOU DIETA U.O, MANTÉM JELCO HIDRATADO, SEQUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE	 Cláudia de Santos COREN-RN-3107-TE
29/11/17	PAC. segue em tte clínica, consciente e orientado, O ambiente, aceita dieta u.o. Mantido Jelco hidratado. Am sentar leito em MIF, A ligado compressa moma. D rese presente e espontânea.	1.088.566 COREN KEUANE
30/11/17	PACIENTE TEF SONO PRESENTE 6h. MANTÉM AUP SEQUE SI INTERCORRENCIAS	
30/11/17	Paciente no 2: DIF consciente, Orientado em O2 ambiente, AUP em MSD, aferido SSUV higienizado, apresentando exone res em mmm / mic, mic el realizado traco de curativo segue aos cuidados.	

Gelson M. Bispo de Roma
COREN-OUT-2008-770

Gelson M. Bispo de Roma
Téc. de Enfermagem
COREN-OUT-008.770



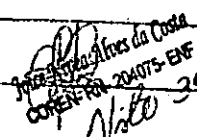
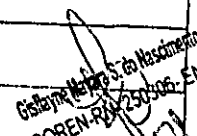
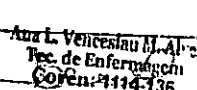
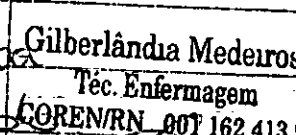
SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

PRONT _____

NOME: FERNANDO CASANO

ENFERMARIA: 4

LEITO: 2

DATA HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
30.11.12	Paciente acitou dieta VO, admimst meio médico VO e EV conforme	 Maria da Costa COREN/RN 204075-ENF 30/11/17
18:00	Prescrição médica, segue os uiol- culos exigidos.	601.908 Téc. Prema
30/11/17	Paciente no 2º dia em + + + elevio consciente orientado O2 ambiente sem lesões em HTE e resoluções exame neurológico, deambulando sem dificuldades, eletrocardiograma de 12, verificado SSVU, exame nutricional medicações de controle. diária Presentes, segue os condições de ref.	 Gisela Helena S. do Nascimento COREN/RN 290506-ENF 30/11/17
01/12/17	Paciente sem efeitos no exame fisiológico, exames de rotina, em a to. Análises de sangue de Plasma, glicose, ureia, creatinina medic. A creatinina apresenta 01.12.17 Paciente no 3º dia em + + + consciente orientado em O2 ambiente 13:50 AVP em MBO, agudo SSVU estáveis, agudo bem a data to, eliminação fisiológicas Presente (sic), sua higiene pessoal realizada no banheiro, trocas curativo, segue os cuidados	 Ana L. Venceslau M. Alves Téc. de Enfermagem COREN: 4114136
		 Gilberlândia Medeiros Téc. Enfermagem COREN/RN 007162.413



SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

PRONT. _____

NOME: Fernando Cassiano da Silva ENFERMARIA: 4 LEITO: 2

DATA HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
02/12/17 21hs	Paciente consciente, orientado, desm- bulando, em de ambiente, com ttt clínico aperido SSUV dentro dos pa- dões normais, apresentando exo- suação no MIE e MHS. realizado compressos de calor segue em cur- so no leito aos cuidados da equipe.	 Rafaela Santana M. de Melo Téc. Enfermagem CORR-RN 288259
03/12/17 06:30	Paciente consciente, sono tranquilo com quixos no dorso, entendi- do instruções prescritas, realizado compressos, pendur. A.U. por super- noção no MSD com gel m° 22. segue aos cuidados da enfermagem.	 Rafaela Santana M. de Melo Téc. Enfermagem CORR-RN 288259
31/12/17 12:00h	PAC. NO Sº DIH, EM T.T.T CLÍNICO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EM O2 AMBIENTE, DEAMBULA COM AUXÍLIO, MANTÉM FELCO HIDRA- TADO, DIETA V.O. COM BOA ACEI- TACÃO, AFERIDO SSUV, ESTÁVEIS, RENOVADO CURATIVO EM MIE, COM PRESENÇA DE FIBRINA E TECI- DO DE GRANULAÇÃO, FOI USADO SF 9%, CHOREXIDINA DEGERMANTE E AGE, ELIMINAÇÕES VESICO INTESTI- NAIS NORMAL, SEGUE AOS CUIDA-	 Rafaela Santana M. de Melo Téc. Enfermagem CORR-RN 288259



NOME: FERNANDO CASSIANO ENFERMARIA 04 LEITO: 02

DATA HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
—	DOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM—	J. 088.866 COREN KEUANE
17:30	pac. aceitou dieta operária segue no leito sem intercorrên- cia! ——— x ———	jeane
03.12.17	Paciente. Consciente, orientado, em. or. ambiente, aceita dieta montando: AUP/ bônus a presente nelvono + nicotina exatidão, SSV/ administrativo. médico cos de honorário. C.P.M., eli- minuções Presente. An. sem que. em repouso. no leito. ad. cuidados. da equipe. ———	SS 194
06:00	Paciente sem. Queixas durante horário. Sono tranquilo. Segue em repouso. no leito. aguar- dando visita médica e ad. cuidados. da equipe. de Pontes	04/12/17
09:10	Paciente no b. dia em HT clinic, consciente, orientado, em ambiente, deambulando, higienizado no banheiro por banho de aspersão + troca de roupa e lençóis, dieta em regime prescrito, sup. em med., renovado curativo de pri- mário em sonda esquerda	06/12/17



SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

PRONT. _____

NOME:

Fernando Lamiaro

ENFERMARIA:

4

LEITO:

2

DATA HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
04.12.17	com	
04.12.17	com presença de ferido de gra- nulação, pontos com fibrina, evolução curativa pendente, uso de solução degermante + 500.91, cobertura com dermale + gaze + atadura, compressões intestinais aumentadas, diurese presen- te (sic), segue aos cuidados.	
18:00	Paciente Percebeu AVP refuncionalizado com felco nº 22 com êxito, administrado medicação de controle e controle prescrição médica segue aos cuidados ultra-sonografia VD. x — — — —	
04.12.17	Paciente em Alt. Clínica, consciente, orientado, orientado, aceita dieta V.O. oferecida, mantém AVP em ms e com curativo fechado em Joelho "E", eliminações vesical e intestinal presente (sic) — — — —	
6h	Paciente com Sono. Preservação Mantém AVP, segue aos cuidados	
05/12/17	Paciente consciente, orientado, eufórico, 8h: desperto, orientado, em DL ambiente, deambulando, supino, mobilizando me- mbranas ov, higienizado por aspersão, Apresenta lesão em Joelho E	

Lucy Lima da C. Silva
Coren-RN 288318-TE

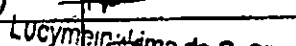
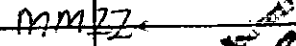
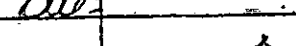


SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

PRONT. _____

412

NOME Fernando Cassiano ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

DATA HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
05/12/17 9:44h	Paciente, teve surto em urso do fôlego e, removido, apresenta tirado de fibrina e grânulos, usado SF 5. Evolução diagnóstica, resumo de gravidade e lobes, dieta no, eliminação urina e...	 Lucymara Lima da C. Silva Coren-RN 288318-TE
10h	adm. medicações, conforme em	 Lucymara Lima da C. Silva Coren-RN 288318-TE
10h	Paciente, dieta no, eliminação urina e intersticiais, presentes (SIC), foi medicado no horário, conforme. Por, tirado lentes de cama e recebeu visita médica...	 Lucymara Lima da C. Silva Coren-RN 288318-TE
05/12/17 20:30h	Pac. Consciente, orientado, de ambiente. Mantido jeico hidratado, aceita dieta, (mantido de jeico hidratado). Aferido SSVV, adm. medicações de horários. Apresenta brônquios em mm2. Diminuído presente e espontâneo...	 Lucymara Lima da C. Silva Coren-RN 288318-TE
06/12/17 06:12:17	645 Pac. com sono tranqüilo, sem intercorrências no horário...	 Lucymara Lima da C. Silva Coren-RN 288318-TE
10:00	Paciente, consciente, orientado, deambula. do, higiene pessoal realizada, aceita dieta oferecida, tirado roupa de cama...	 Lucymara Lima da C. Silva Coren-RN 288318-TE



SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

PRONT. _____

NOME: Fernando Corrêa

ENFERMARIA: 4 LEITO: 2

DATA HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
06.12.17	realizado curativo com todo de gra-	
10:00	nulação, pouca fibrina e mucosa pe-	
	culenta, sem mais queixas até o mo-	
	mento, mantém AVL, segue com cuida-	
	dos da equipe. _____	<u>Yasmine</u> Enfermeira C. de Obstet. Rec. de Enfermagem 12/12/17
18:00	adm. med. nas parências, dieta va-	
	trancada, segue (com acor) digno	
	sem queixas e sem cuidados	<u>Carla Silveira das Santos</u> Enfermeira C. de Obstet. 12/12/17
06.12.17	Paciente segue em ITT Clínico	
20h	CONSCIENTE ORIENTADO DEAMBUL-	
	ante, segue as curações	
	SI INTENCIONADAS, segue aos	
	cuidados. _____	<u>Antonieta Ferreira Duarte</u> Enfermeira C. de Obstet. 12/12/17
07/12/17	ACEITOU DIETA MANTER AVL	
	ELIMINAÇÕES VESICIAIS INTESTINAIS	
	PRESENTE E ESPONTÂNEAS SEQUEL	276032
	QUEIXAS. _____	<u>Benedita</u>
07/12/17	Paciente teve sono reservado	
	MANTÉM AVL SEQUE SI INTENCIONADAS	<u>Benedita</u>
07/12/17	Paciente em ITT clínico consciente, orient	
10:00h	ado em O2 ambiente, deambula, AVL MS	
	receitou dieta VO, biberão soro, administração	
	medicação e controle prescrição médica	
	realizou sua higiene corporal, trocou lençol	
	do leito, pessoal, renouado curativo em MTC	
	(olho) apresenta tecido granulação, Kálcio de	



NOME: FERNANDO CASERINHO

ENFERMARIA: 4-2 LEITO:

[illegible]



SÃOCAMILO

Hospital Maternidade
Belarmina Monte

www.saocamilosaogoncalo.org.br

**PROTOCOLO
RECEBIDO**

22 JAN 2018

**TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS**

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o sr. FERNANDO CASSIANO DA SILVA, sofreu acidente com motocicleta, no dia 20 de novembro do anos em curso com lesões traumáticas e escoriações, ficando internado neste nosocômio no período de 28/11 a 07/12.

H.M BELARMINA MONTE

São Gonçalo do Amarante, 07 de Dezembro de 2017

Dr. José Lira de Holanda
Médico/Medicina Clínica
CRM 1767/RN - CPF: 019.945.734-99

DR. JOSÉ LIRA DE HOLANDA



CONVENIO:

LEITO: 04-02

PROTÓCOLO
RECEBIDO
22 JAN 2018
TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS



SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE
CNPJ: 60.975.737/0065-16

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- | | |
|---|--|
| ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | ☐ USO DE PROTESE ORTESE |
| ☐ DIÁRIA DE UTI | ☐ USO DE FATORES COAGULAÇÃO |
| ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE | ☐ USO DE OXIGENADORES |
| ☐ VACINA ANTI RH | ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL |
| ☒ PERMANÊNCIA MAIOR | ☐ OUTROS |

PACIENTE Fernando Passiano da Silva Nº AIH _____

PROCEDIMENTO ANTERIOR _____ PROCEDIMENTO SOLICITADO _____

MÉDICO SOLICITANTE _____ CRM _____ CPF _____

JUSTIFICATIVA:

Conforme características próprias da doença.

Dra. Maria Miranda P. de Souza
MÉDICA PEDIATRA
CRM/RN 364

DATA 25/11/2017

ASS: MÉDICO SOLICITANTE

AUDITOR:

**PROTOCOLO
RECEBIDO**

22 JAN 2018

TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS

DATA

ASSINATURA CPF



SÃO CAMILO

PACIENTE:

F. Orlando Cassiano da Silva MEDICO:

MÉDICO: _____

CONVENIO:

LEITO:

04/12

SETOR: Medida

PRONTUÁRIO 1720

DATA

DATA: 09, 11

Documentacao medico - hospita

[illegible]

PACIENTE:

COLIT

CONVÊNIO:

DATA



SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

PACIENTE:

PACIENTE:

CONVÊNIO:

01137

SETOR:

PRONTUARIO: 091 370 DATA: 7/2/10 1/5

[illegible]

"ACIENTE."

01137

CONVÊNIO:

DATA



SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

PRONT. 021720

ASL-0015024 LEITO: 02

NOME: *Ferreira, Cassiano* ENFERMARIA: *02*

DATA HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
28/11/14	<i>paciente admitido no setor</i>	<i>[Signature]</i>
Hora?	<i>procedido do PSA</i>	<i>[Signature]</i>
	<i>curatado esse o acidente, curatado</i>	
	<i>Unicas lesões por trauma e</i>	
	<i>massas traumáticas de 1 metro</i>	
	<i>de 11 seg. de 11 seg. de 11 seg.</i>	
	<i>no m. s. d. seg. de 11 seg.</i>	
	<i>de 11 seg. de 11 seg. de 11 seg.</i>	
28/11	<i>paciente atual com o</i>	
	<i>ambiente com um</i>	
	<i>lesões em membranas</i>	
	<i>lesões no hígado</i>	
	<i>lesões das células da epí</i>	
	<i>de 11 seg. de 11 seg. de 11 seg.</i>	
28/11	<i>paciente atual com o</i>	
	<i>ambiente com um</i>	
	<i>lesões em membranas</i>	
	<i>lesões no hígado</i>	
	<i>lesões das células da epí</i>	
	<i>de 11 seg. de 11 seg. de 11 seg.</i>	
28/11	<i>paciente atual com o</i>	
	<i>ambiente com um</i>	
	<i>lesões em membranas</i>	
	<i>lesões no hígado</i>	
	<i>lesões das células da epí</i>	
	<i>de 11 seg. de 11 seg. de 11 seg.</i>	
29.11.17	<i>Paciente no 11 em 11 clínica</i>	
18:35	<i>consciente, orientada de ambiente</i>	

DEB. [Signature] 28.11.17

RECEBIDO 13 MAR 2018

ECORRETORIA DE



SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

PRONT. _____

NOME: Fernando Lamiado ENFERMARIA: ASI LEITO: 10027

DATA	HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
29/11/17		deambulando com dificuldade, apresentando em mod. a higiene, apresentando variações em mm e mic. um de durante eliminação intestinal durante diurese presente (bil. pancreat. segui aos cuidados.	15:23:59
08:35		dieta uo, aceita prescrição	15:23:59
18:00H		ACEITOU DIETA U.O, MANTENHA	15:23:59
29/11/17		JELCO HIDRATADO, SEQUE ADOS	15:23:59
29/11/17		CUIDADOS DA EQUIPE	15:23:59
29/11/17		PACIENTE segue em tte clínica	15:23:59
21:50		consciente e orientado, o ambiente, aceita dieta v.o. Mantido Jelco hidratado em 200ml em MJE, na ligação com a mma. Diu rose presente	15:23:59
30/11/17		PACIENTE TEF SORO PRESENTE	15:23:59
16h		MANTEM AUP SEUS SÍNTOMAS	15:23:59
30/11/17		Paciente no 2: DIH consciente, Orientado	15:23:59
09:46		em O2 ambiente, AUP em MJE, após	15:23:59
29/11/17		SSUV higienizado, apresentando	15:23:59
29/11/17		após em mm, mm e realzados	15:23:59
29/11/17		traces de curativo segue aos cuidados	15:23:59



FRONT

PRONT. _____
 401-0027315/28
 ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

ENFERMARIA:

LETTOR:

NOME: FERNANDO CASANOVA

[illegible]

RECEBIDO
3 MAR 2011



FRONT

SÃO CAMILO

NOMÉ

ENFERMARIA

FEITO

[illegible]



SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

PRONT. _____

NOME: Fernando Coriano da Silva ENFERMARIA: 4 LEITO: 2

DATA HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
02/12/17	Paciente consciente, orientado, bem 21hs bulando em ambiente em ttt clínico aferido SSUV dentro dos pa drões normais. Apresentando uso racões no ttt. HSS realizando compressões de pernas. Segue em ru so no leito sob cuidados da equipe.	Rafaela Santana M. de Melo Téc. Enfermagem CRM-PR 208259 Rafaela
03/12/17	Paciente consciente, sono tranquilo 06:30 h. Início de um episódio de tremor involuntário presente, realizado compressões de pernas. A.U. que segue nao. Início de um episódio de desorientação da enfermagem.	Rafaela Santana M. de Melo Téc. Enfermagem CRM-PR 208259 Rafaela
31/12/17	PAC. NOSSO DIH, EM T.T.T CLÍNICO 12:00h CONSCIENTE, ORIENTADO, EM O2. AMBIENTE DE AMBULADORIO COM AUXILIO, MANTEN. JEJUNADO TADO, DIETA V.O. COM BOA ACEI TACAO, AFERIDO SSUV, ESTAVEIS. RENOVADO CURATIVO EM M.I.E. COM PRESENÇA DE FIBRINA E TEG DO DE GRANULACAO, FORMAS DO S CHOREX (DINA DEGERMANTE E AGES ELIMINACAOES VESICO INTEST NAIS NORMAL, SEGUE AOS CUIDA	Rafaela Santana M. de Melo Téc. Enfermagem CRM-PR 208259 Rafaela



SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

PRONT. _____

SÃO CAMILO

ASL-002

ASL-0412

NOME

Francisco Cassiano

ENFERMARIA

LEITO

DATA HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
05/12/17	Paciente, consciente, em repouso.	15:20/17
9:44	do peito e removedor, apresenta tecido de fibrina e grumulação, usado SF 9. Evolução digna, não há de grumulação e liberação, pleura dita no eliminação de urina e líquidos mais presentes de normalidade.	15:23/17
10h	adm. medicações, conforme p.m.	Lima da C. Silva Coren-RN 288318-TE
14h	Paciente, melhora dieta no, eliminação de urina e intercorrências.	Lima da C. Silva Coren-RN 288318-TE
15h	pacientes (sic) foi medicado com	15:25/17
16h	hormônio, conforme p.m. e liberado, líquidos de urina e revelou urina normal.	15:26/17
17h	paciente em repouso.	15:27/17
05/12/17	Pac. Consciente, orientado, em ambiente. Mantido jejo hi dratado, aceto de urina, mantido de jejo (hidratado). Alimento SSV, adm. medicações de parâ rios. Apresenta boas em mmz.	15:28/17
20:30h	Diurese presente e espontânea.	15:29/17
06/12/17	6h Pac. com sono moderado.	15:30/17
06/12/17	6h Pac. com sono moderado.	15:31/17
10:00	Paciente, consciente, orientado, diambulan do, higiene pessoal realizada, aceto de urina e liberada, liberado roupa de cama.	15:32/17

Enfermeiro
COREN-RN 494061

Enfermeiro
COREN-RN 494061



SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

PRONT. _____

NOME: Fernando Cassiano ENFERMARIA: 4 LEITO: 2

DATA HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
06/12/17	Realizado curativo com todo o grau	
10:00	nulção - pouca fibrina e mucosa fu	
	nulenta, sem mais queixas ali o mo	
	mento, mantim-se bem com uida	
	dos da equipe.	
18:00	adm. med. nas mãos, dita va	
	tranquila, segue (com ar) dign	
	sem queixas e dos cuidados	
06.12.17	Paciente segue em ITT. Clín	
20:00	CONSCIENTE ORIENTADO. D	
21:00	22, segue as am	
22:00	SIN. T. mantem-se seg	
	cas	
06/12/17	ACION. DICA MANTEN AUP	
	ELIMINAÇÃO VESICO INTESTINAIS	
	INEXISTENTE ESPONTÂNEAS SEQUE	
	QUEIXAS	
07/12/17	Paciente segue SÓDIO (RESERVA)	
	MANTEN AUP SEQUE SINTENCIONAIS	
07/12/17	Paciente em ITT clínico consciente, orient	
10:00h	ado em O2 ambiente, pleombrulo, AUP MSA	
	oreito, olíctico, va, olíctico saú, pulm misturado	
	medicaco. cu combine prescrito med	
	utiliza. sua higiene corporal, trocado lençol	
	do leito. pessoal, renovado curativo em MTE	
	(pele) presente tecido granulação, Kaulo de	

VITIMA

Documentos de Identificacao



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL NOVE 007.092.184

DATA DE EXPIRAÇÃO 17/10/2011

FERNANDO CASSIANO DA SILVA

FRANCISCO PEDRO DA SILVA

YMA CASSIANO CAVALCANTE

NATURALIDADE NATAL RN

DOC. ORIGEM CERT. DE NASCIMENTO 1-59

MACAIBA RN-2 CARTORIO

CPF 011.215.124-88

DATA DE NASCIMENTO 29/07/1981

RG 9178

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

FERNANDO CASSIANO DA SILVA

PROTOCOLO
RECEBIDO
22 JAN 2018
TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS



**PROTOCOLO
RECEBIDO**
22 JAN 2018
**TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS**

Documentos de Identificacao



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICACAO

NOME
GERSON SOARES MAXIMO

DOC. IDENTIFIC. / CDS. PASSAGEIRO
1632386 ITET RN

CPF
031.445.194-30 DATA NASCIMENTO
12/11/1980

FILIAÇÃO
FRANCISCO DA SILVA
MAXIMO
MARIA ZELIA SOARES
MAXIMO

SEXO
M AC
COR
AB

Nº IDENTIFICACAO
04764143933 VALOR
05/05/2019 1ª INSERCAO
25/09/2009

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
893210194

PROBADO PLASTIFICAR
893210194

OBSERVAÇÃO

GERSON SOARES MAXIMO

LOCAL
NATAL, RN DATA EMISSAO
08/05/2014

60454084316
RN701967584

DETRAN - RIO GRANDE DO NORTE

PROTOCOLO
RECERIDO
22 JAN 2018
TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS

DUT



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN RN Nº 012439218636

33001031/2017 40814355021

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PLACA: 0031 651 15041

RENTRC: 0031 651 15041

NOME/ENDEREÇO: FERNANDO CABEIANORDAS SILVA

RUA MARIA CLEMENTE

CASA CENTRO

594280-000 - MACAËLA/RN

0134-215-124-89

PLACA: RNK0650

NOME ANTERIOR: JOAO MARLA DO CARVALHO

CHASSI: WSC2K0850BR138644

PLACA ANT/UF: RNK0650/RN

ESPECIE TIPO: PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APPLICAVEIS

MARCA/MODELO: HONDA/CG150 TITAN ES

COMBUSTIVEL: GASOLINA

ANO FAB: 2008 ANO MOD: 2008

CATEGORIA: PARTICULAR

COR PREDOMINANTE: CINZA

OCV/149 CILINDRADAS

OBSERVAÇÕES: MOTOR WSC0850BR138644

DATA: 23/02/2017

MACAËLA/RN

**PROTOCOLO
RECEBIDO**

22 JAN 2018

**TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS**

A

SEGURADORA LIDER



Prezados Senhores:

PROCESSO DE SINISTRO DPVAT - INVALIDEZ - Venho comunicar através desta, que sofri um acidente de transito em consequência do acidente fiquei com sequelas, Solicito que seja marcada a pericia medica para confirmar minha sequela. Afirmo ainda para os devidos fins, que não possuo mais nenhuma documentação médica, além da acostada ao pleito administrativo em referência, pertinente ao acidente no qual fui vítima.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180047612 **Cidade:** São Gonçalo do Amarante **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDO CASSIANO DA SILVA **Data do acidente:** 20/11/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Trauma em joelho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Não há como definir, predizer ou quantificar com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhando à Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180047612 **Cidade:** São Gonçalo do Amarante **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDO CASSIANO DA SILVA **Data do acidente:** 20/11/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA NO JOELHO ESQUERDO COM FERIMENTO NA REGIÃO ANTERIOR PATELAR.

Descrição do exame médico pericial: FERIMENTO CICATRIZADO NA REGIÃO ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO, SEM ATROFIA DE GRUPOS MUSCULARES ACOMETIDOS, DIFICULDADE PARA FICAR AGACHADO, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE FLEXÃO ACIMA DE 100 GRAUS.

Resultados terapêuticos: REALIZADO CURATIVOS SERIADOS TANTO NO JOELHO ESQUERDO QUANTO NO PÉ ESQUERDO, NÃO FEZ FISIOTERAPIAS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL DO JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/04/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: URAI DE OLIVEIRA

CRM do médico: 4315

UF do CRM do médico: RN

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Médico revisor: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO



ORTOGANTE

2º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Comarca de São Gonçalo do Amarante - Rio Grande do Norte

Ofício de Registro

Praca Senador Osório Mota, 253, Centro

São Gonçalo do Amarante - RN - CEP 59.290-000

Fone: (84) 3278-3311 - CEP: 59.290-000

Site: www.2o-servico-notarial.com.br

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE a(s) Assinatura(s) do(s) Senhor(s):

FERNANDO CASSIANO DA SILVA

Registro: 0007-140-03395 CPF/MF: 011.215.124-88

São Gonçalo do Amarante - RN, 19 de dezembro de 2017

☐ Sérgio Luis da Silva ☐ Brasil Carolina da Silva ☐ Paulo Sérgio de Moraes
Válido com selo de autenticidade. Emolumentos R\$ 2,34 (Lei nº 9.619/2012)

NOME: FERNANDO CASSIANO DA SILVA

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Operador de Frios

IDENTIDADE: 002.092.184

ENDEREÇO: rua Luiz Gonzaga nº 09, Bairro Centro, São Gonçalo Do Amarante RN/ cep 59.290.000 Fone(84)8859-5042.



ORTOGADO

NOME: Gerson Soares Máximo

NACIONALIDADE: brasileiro

PROFISSÃO: auxiliar de escritório

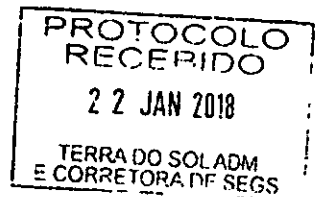
IDENTIDADE: 1632386

ENDEREÇO: Avenida das Tulipas nº 557, Cidade Das Rosas II, São Gonçalo do Amarante/RN, CEP 59.290-000. Fone (84) 98864-7778 / 99226-3105.

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

São Gonçalo do Amarante - RN, 19 / 12 / 17

LOCAL E DATA



Fernando Cassiano da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

