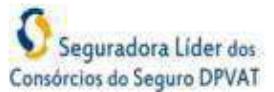


PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452575/18

Número do Sinistro: 3180590263

Vítima: FRANCISCO CEZINO

CPF: 026.569.874-07

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/10/2018

Titular do CPF: FRANCISCO CEZINO

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

MARIA JOSE FERNANDES DA SILVA : 105.993.924-01

Comprovante de residência

FRANCISCO CEZINO : 026.569.874-07

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/12/2018
Nome: MARIA JOSE FERNANDES DA SILVA
CPF: 105.993.924-01

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2018
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

MARIA JOSE FERNANDES DA SILVA

THIARA VIRGINIA DA HORA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452575/18

Número do Sinistro: 3180590263

Vítima: FRANCISCO CEZINO

CPF: 026.569.874-07

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/10/2018

Titular do CPF: FRANCISCO CEZINO

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/12/2018
Nome: MARIA JOSE FERNANDES DA SILVA
CPF: 105.993.924-01

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2018
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

MARIA JOSE FERNANDES DA SILVA

GERCIA LOURENCO DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452575/18

Vítima: FRANCISCO CEZINO

CPF: 026.569.874-07

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/10/2018

Titular do CPF: FRANCISCO CEZINO

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARIA JOSE FERNANDES DA SILVA : 105.993.924-01

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

FRANCISCO CEZINO : 026.569.874-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/12/2018
Nome: MARIA JOSE FERNANDES DA SILVA
CPF: 105.993.924-01

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/12/2018
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

MARIA JOSE FERNANDES DA SILVA

GERCIA LOURENCO DA SILVA

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

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180590263

Vítima: FRANCISCO CEZINO

Data do Acidente: 05/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO CEZINO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180590263

Vítima: FRANCISCO CEZINO

Data do Acidente: 05/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO CEZINO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180590263

Vítima: FRANCISCO CEZINO

Data do Acidente: 05/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO CEZINO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do Síntero ou ASL:

CPF da vítima:

026.569.874-01 *Janerisio Cezinho*

Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSP Nº 445/2012

Nome completo:

Profissão:

Revisor

Endereço:

3110 CACHUEIRAS

Cidade:

Renquejo

Estado:

RN

Bairro:

3110 CACHUEIRAS

E-mail:

(84) 99929-9153-99951-4233

CPF: 026.569.874.09

Número: 05 Complemento: 050

CEP: 59470-000

Tel. (DDD):

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

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, assinale uma opção):

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1008

CONTA: 60543

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanente (ocorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

Sim

Não

Sim

Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

Propriedade
mobilária
de que o
vítima/ben
eficiário
não é titularizado

Lugar e Data:

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

**PROTÓCOLO
RECEBIDO**

Assinatura

14 DEZ 2013

2º | Nome:

CPF:

**TERMO SOL ADM.
E COMPTORA DE SEGU**

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*): A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cléncia do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE JOÃO CÂMARA
Endereço: RUA JOAQUIM ROCÉRIO, 270, UNER, SANTA CRUZ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018163000770
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO
1.2 Data de Expedição: 04/12/2018 10:23:13
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 05/10/2018 12:30:00
2.3 Fato: Consumado
2.5 Meio(s) empregado(s): Outros
2.6 Tipo do Local: Via Pública
2.8 Número: 00
2.10 Complemento:
2.12 Bairro: BAIRRO
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
2.7 Logradouro: RUA DO MATADOURO
2.9 CEP:
2.11 Ponto de Referência:
2.13 Cidade: JOÃO CÂMARA

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FRANCISCO CEZINO
3.3 Nome Social:
3.5 End: Sem Informação
3.7 Sexo: MASCULINO
3.9 CPF: 02666987407
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: OPERADOR DE MAQUINAS
3.15 Telefone(s): 84 99929163
3.17 Número: 06
3.19 Bairro: ZONA RURAL
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.23 Cidade: RIACHUELO
3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.4 Pai: JOSE CEZINHO FILHO
3.6 Mae: MARIA DO CÉU BARBOSA CEZINO
3.8 Orientação Sexual:
3.10 Identidade do Gênero:
3.12 Data de Nascimento: 26/06/1977
3.14 RG: 1584519 - ITEP/RN
3.16 Passaporte:
3.18 Naturalidade: SÃO PAULO DO POTENGI/RN
3.20 E-Mail:
3.22 Logradouro: SITIO CACHOEIRA
3.24 CEP:
4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não
7.1.3 Chassi: *****74/285
7.1.5 Placa: QGA8093
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.9 Ano de Modelo: 2015
7.1.11 Cor do veículo: PRETA
7.1.13 Nota fiscal:
7.1.15 Nome do proprietário: FRANCISCO CEZINO
7.1.17 Nome do condutor: FRANCISCO CEZINO
7.1.18 Observações:
7.1.2 Seguradora:
7.1.4 Roraima: 01349087256
7.1.6 Estado:
7.1.8 Modelo: CG150 FAN FSDI
7.1.10 Ano de Fabricação: 2015
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.14 Número do Motor:
7.1.16 Vinculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

A VÍTIMA AFIRMA QUE NA DATA E LOCAL MENCIONADOS NESTE BOLETIM ESTAVA CONDUZINDO A SUA MOTOCICLETA PELA RUA DO MATADOURO, CIDADE DE JOÃO CÂMARA/RN, QUANDO AO ULTRAPASSAR UMA MOTO COM UMA CARRINHINHA ESTA ATRAVESSOU NA FRONTE, QUE, AO TENTAR DESVIANTE REFERIDA MOTO, BATEU NO CALÇAMENTO E A MOTO CAIU, LEVANDO A VÍTIMA JUNTO, QUE TEVE SCUTUM IMPRINSADO ENTRE UMA ÁRVORE E A SUA MOTO, QUIL, IOT, SOCORRIDO PELO SAMU, SENDO LEVADO PARA O HOSPITAL WILFREDO GURGEL, EM NATAL/RN, QUE, PERDEU OS CINCO DEDOS DO PÉ ESQUERDO E TEVE ALGUMAS ESCORIAÇÕES AO LONGO DO CORPO. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

Os(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data: 04/12/2018 10:23:13

Francisco Cezino
Interessado

PROTOCOLO
RECEBIDO

14 DEZ 2018

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.



Polegar direito

Atendimento: 2072858 - DANIELLE SILVA DE ARAUJO FERREIRA
Impresso por: 2072858 - DANIELLE SILVA DE ARAUJO FERREIRA em 04/12/2018 10:23:17

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO CEZINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02008

CONTA: 00000060543-4

Nr. da Autenticação 566CDFBE25317510



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 51639 /2018
Admissão: 05/10/2018 15:01:51

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 95766 - FRANCISCO CEZINO (41 a 3 m 9 d)
Nascimento: 26/06/1977 Natural: NATAL BRASIL
CNS: 700204936861823 CPF: 02656987407
Mãe: MARIA DO CEU BARBOSA CEZINO Pai:
Logradouro: FRANCISCO FERREIRA DA SILVA, 180
CEP: 59470000 Bairro: RIACHUELO
Telefone: 84 96655036 Compl:

Sexo: M Cor: PARDA
Prof:

Cidade: RIACHUELO

Motivo: CONSULTA DE URG/EMERGENCIA
Origem: AMBUL. SAMU RN

Tipo: NÃO REFERENCIADO

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 05/10/2018 14:58:21

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
16/10/18			98%		25	101		15	

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: ACIDENTE DE MOTO, COLISÃO EM ARVORE

Hora: _____

Perdeu muito movimento
no lado direito, apesar da dor
de dor

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Fratura e dor no lado direito

PROTOCOLO
RECEBIDO

14 DEZ 2018

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGUROS

Saída: _____

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Gerado via SX por MIRLYS SAMARA RODRIGUES SANTOS. Impresso em 05 de Outubro de 2018.

05/10/18 15:01:51

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNESE

Two x 100

EXAME FISICR

NAME FÍSICO *El G. dor. lumbos pueril levo*
ciros una víspera con pude de madera

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Ensayos de los autores

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLÓGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MERCADÓES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

27/7/1950

~~Orthopaedic Hospital of Ternate
Orthopaedics Traumatology
CPT/BN - 8148~~

Assinatura e Cartimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASSOW

Absturto Ocular (AO)	
Oftalo se abrem espontaneamente.	4
Oftalo se abrem ao contendo verbal. [Não contendo] para o despedir de uma pessoa a formela, se querer. (Ex: responde: 'Lá' ou 'Tchau')	3
Oftalo se abrem por estímulo doloroso	2
Oftalo não se abrem.	1
Mal-estar respiratório verbal (MRV)	
Orientado: [Responde corretamente a perguntas sobre as perguntas. Responde de forma lenta, com pausas, e quando acha que pode]	5
Confusão (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Patologias inapropriadas (Pode responder, mas com erros de orientação)	3
Boas intenções (Dá boas intenções para pessoas)	2
Assarre	1
Mal-estar respiratório verbal (MRV)	
Obedeço a ordens verbais. (Faz coisas simples quando são dadas)	8
Orientado intelectualmente.	5
Confusão intelectual.	4
Perde nome e sobrenome.	3
Perde nome e sobrenome (Perde orientação).	2
Perde orientação (Perde orientação).	1
Total	

“ESCALA DE TRIAGE
TRAUMA REVISADA”

DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
13-19	=4
8-12	=3
5-8	=2
4-5	=1
3	=0
10-20	=4
>20	=3
5-9	=2
1-4	=1
40	=0
>50	=5
74-150	=3
50-70	=2
1-50	=1
00	=0

CLASSIFICAÇÃO DO I.C.E.
(ITLS 2003)

03 - 03-497-001 (necessidade de
intervenção imediata);
03 - 03-500-001 (moderação);
16-154-001 (correção).

Reference: TEASDALE, G., JENNET, B. (1974). A practical scale to assess level of consciousness. *Lancet*, 1974;2:81-84.

"A este la propietat d'aplicar-se a diverses conseqüències en què es reflecteixen els fets d'abril a l'interior d'Andorra. No està la Constitució d'Andorra ni la seva legislació que classifiqui el fenomen d'abril com a delict o com a de delinqüència dolosa";

SEM COR	LEVE	Modemida	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALERGIAS) N.E.D.

M(MEDICAÇÃO EM USO) _____

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) _____

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS) _____

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA) _____

V(PASSADO VACINAL) _____

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

DT BACTDT Dr. Edmundo

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMARIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Dr. Fernando Lima Reis
CRM 3253Dr. Fernando Lima Reis
CRM 3253

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1 ORTOPEDICO

HORA:

DATA:

05/10/2018

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

Dr. Fernando Lima Reis
CRM 3253

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNACÃO NA CLÍNICA:

DATA / /

HORA

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

ÓBITO: DATA / / HORA

ENTREGUE Á FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP



Nome

Priscila Correa

Leito:

Idade:

Nº Registro:

DATA

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

05/10/18 outubro

Esmaonite 20 (25) gera

as tubos

anais

~~Bruno Menezes Borges
Ortopedista Traumatologista
CRM 3975 - SBOT 13842~~

07/10/18 outubro

variancia de
mí tubo rectal

21/10/18

Dr. Bruno Menezes Borges
Ortopedista Traumatologista
CRM 3975 - SBOT 13842

11-10-18

→ NADA P/

Nada P/
plus 05/10/18

fracionado ampliar T.H.T.

Atividade: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adolescentes em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agudos de causa aguda, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

Dr. J. D
11/10/18

Identificação

Enfermaria: _____ Leito: (431) UTI: _____ Leito: _____
 Data de admissão: 05/10/38 Alta: 1/1
Nome: Francisco Bezinho Naturalidade: Rio Grande/RN
 Idade: 41 Sexo: () Masculino () Feminino Data de Nascimento: 26/10/61/73
 RG: 1584539 Estado Civil: Divorciado Nível de Instrução: 4º Ano
 Filiação: Pai: José Bezinho Filho
 Mãe: Maria do Céu Berlusca Bezinho
 Endereço: Sítio Cachoeira, 05 Cidade: Rio Grande/RN
 Telefone: 9951-4233 M: José (esposa) () Residencial () Trabalho () Recad
 Contato: Outros telefones: _____
 Composição familiar: Perdi o emprego.
 Outras informações: Faz uso de () Álcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Desempregado Trabalho c/ vínculo empregatício () Não () Sim
 () Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
 Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPs () SAD
 Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa _____

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares () Trazido pelo SAMU
 () Socorrido em via pública () Outros meios _____
 () Encaminhado: Hospital de origem: São Lourenço

Critérios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo? _____

Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental

Responsável pelo paciente: Maria José Flinckes de Sá

Parentesco: Cunhado Telefone: _____

Endereço do Responsável: O mesmo

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

Paciente vítima de queda de altura
 orientação:

Saída

01/10/2010

Óbito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs.

Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____

Orientações/Encaminhamentos: _____

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Beirão
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Franckison Peixoto IDADE: 41 anos
DATA DE NASCIMENTO: 26/10/61 1977 REGISTRO: 1176411-FIA-16240
DATA DE ADMISSÃO: 05/10/2018 HORA: 00:00h

ADMISSÃO DO PACIENTE: Onco
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Onco

HIDRATAÇÃO: SIM NÃO VIA: PERIFÉRICO: ACESSO CENTRAL:

NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE ORIENTADO VIGIL AGITADO

INCONSCIENTE:

ESTADO GERAL: BOM REGULAR GRAVE

SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE M. V. ENTUBADO TRAQUEOSTOMIZADOR

ALÉRGICO: SIM NÃO HIPERTENSO: SIM NÃO

DIABÉTICO: SIM NÃO ASMÁTICO: SIM NÃO

DOENÇA RENAL: SIM NÃO OUTRAS PATOLOGIAS: _____

MEDICAÇÕES EM USO: _____

CIRURGIAS ANTERIORES: _____

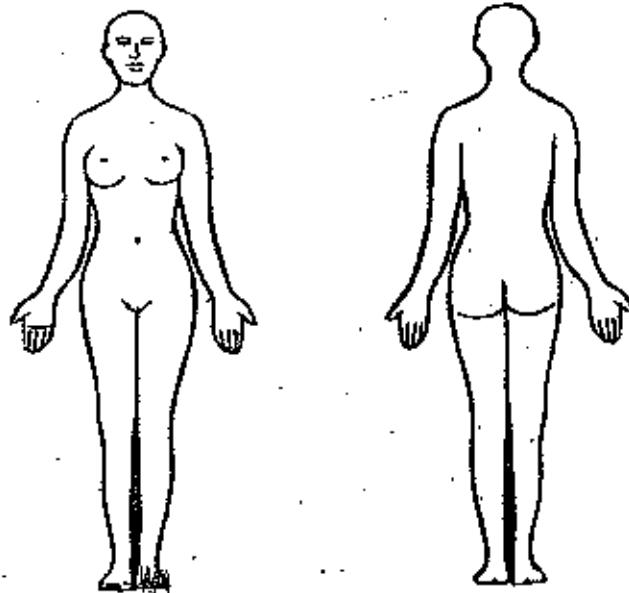
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM NÃO

OBSERVAÇÃO: examen pelicular de Rx

ÁREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____

ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____

OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



JALECO N°: _____ ACESSO CENTRAL: _____

INSTRUMENTADO: Rafaela CIRCULANTE: Juliana

TIPO DE ANESTESIA: GERAL RAQUI PERIDUAL B.P.B. LOCAL

OBS.: _____

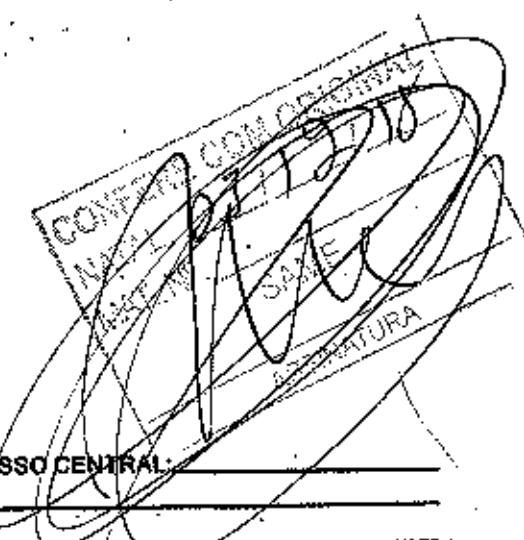
ANESTESISTA: Dra. Marisa Holanda

INÍCIO DE ANESTESIA: 20:41

TERMINO DE ANESTESIA: 22:00

ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: 2g estafotônico

HORA: 20h



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

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

**BOLETIM
OPERATÓRIO****IDENTIFICAÇÃO**Nome: Priscila Costa

Reg. N°

Diagnóstico pré-operatório: Esmaço antral do fêmurIndicação terapêutica: Intervenção cirúrgica Urgência () Eletiva ()**INTERVENÇÃO**Data: 05/10/18 Início: _____ Término: _____ Duração: _____Operador: Bruno Muniz CRM/CRO: _____

1º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____

2º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: _____ CRM/CRO: _____

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Paciente em deambulação com os joelhos

flexionados

A passar os joelhos estende

Observa os joelhos com os joelhos

estendidos: mobilidade patente nos rotulários
e polares e extensão paralela da articulação rotuliana

Assim fixo

Percebe o balanço e desequilíbrio

entre os joelhos

Observa parceria joelhos

Bruno Muniz J. Gomes
Ortopedia/Traumatologia
CRM 5075 - SBUT 13842

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

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



IDENTIFICAÇÃO

Nome: Emerson Costa

Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório: Nº ossos do antebraço fêm - traumIndicação terapêutica: Angiograma fêm - traum Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: 17/10/18

Início:

Término:

Duração:

Operador: Bruno Borges

CRM/CRO:

1º Auxiliar:

CRM/CRO:

2º Auxiliar:

CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista:

CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Paciente foi encaminhado para urgência

ASSÉPSIA e asepsia

Após exame de coleta

Observações: Número de 1, 2, 3, 4, 5 e 6

POB.

Devido à apresentação clínica suspeita de lesão

no antebraço

é submetido a

Bruno MUNIZ L. Borges
Ortopedia/Traumatologia
CRM 5975 - SBOT 13042

Bruno Muniz L. Borges
Ortopedia/Traumatologia
CRM 5975 - SBOT 13042

SAÚDE
ASSINATURA

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

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

INÍCIO DE CIRURGIA: 20:50 h

CIRURGIÃO: Dr. Bruno Muniz

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

TIPO DE CIRURGIA: Tratamento cirúrgico de Fratura exposta de
pé esquerdo com fio de Kirschner n.º 2.0

TÉRMINO DE CIRURGIA: 22h

SONDAGEM VESICAL: SIM () NÃO (x)

Nº DA SONDA:

SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (x)

Nº DA SONDA:

EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (x)

RX: SIM () NÃO (x)

RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO (x)

TIPO:

RETRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO (x)

TIPO:

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO (x)

FEITO FICHA: SIM () NÃO (x)

MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO (x)

ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO SIM () NÃO (x)

FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM () NÃO (x)

DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO (x)

COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM (x) NÃO ()

QUANTIDADE: 15

GAZES CONFERIDAS: SIM (x) NÃO ()

QUANTIDADE: 80

CAIXA CIRÚRGICA: Batedeira e drilho de ortopedia

COMPLETA: SIM (x) NÃO () OBS.:

ÓBITO: SIM () NÃO (x) HORA:

REALIZADO RCP: SIM () NÃO (x)

RESPONSÁVEL PELA RCP:

PACIENTE ENCAMINHADO: CRO (x) UTI () ALTA ()

EM AR AMBIENTE: SIM (x) NÃO () TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO (x)

ENTUBADO: SIM () NÃO (x)

PREENCHIDO AIH: SIM (x) NÃO ()

FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM (x) NÃO ()

FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM (x) NÃO ()

OBSERVAÇÕES: 20:40h paciente admitido neste setor para cirurgia

para submeter-se a um procedimento ciru-

rgico para cuidados de Dr. Bruno Muniz.

OBS: paciente intubado na sala de cirurgia.

22:30h. paciente examinado no e. b. o. em re-

spelha, sem alterações no momento: SBP = 98

pulso = 90 bpm - PA = 130x80 mmHg - Frec. card.

Assinatura do (a) Enfermeiro(a)

Assinatura do Circulante

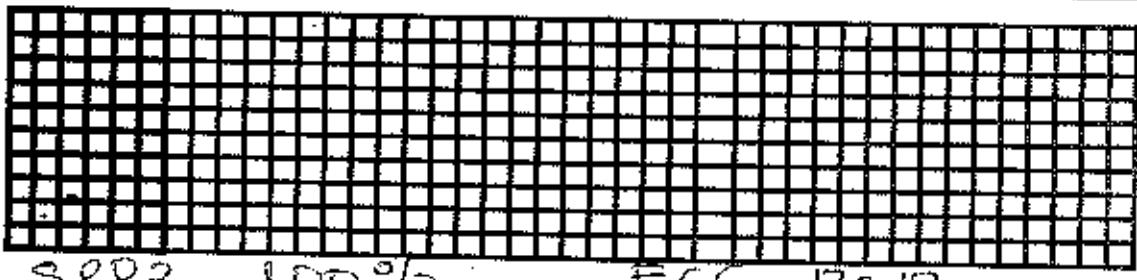
Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

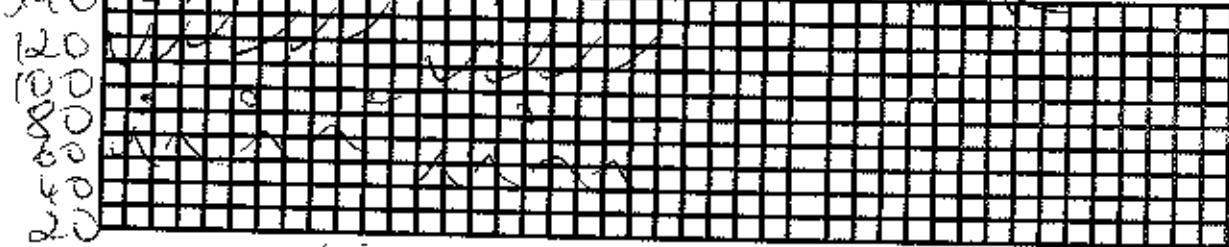


FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Francisco L. de Souza ASA: _____
Idade: 46 Sexo: M Registro: 10240 / 2018
Diagnóstico: Fratura exposta de ossos pé Data: 05-10-2018
Cirurgia Realizada: TTO cirurgico de Fratura exposta do pé E
Cirurgião: Alípio Auxiliar: e/fixa fixação
Anestesiologista: Dr. Helene Enfermagem: _____
História Clínica Admisional: Acidente de moto, traumas, em pé E
Fratura exposta dos ossos, do pé E
Frigo e edema.
Técnica Anestésica: Raque L3 L4, caudal 25 ml eletrocaut.



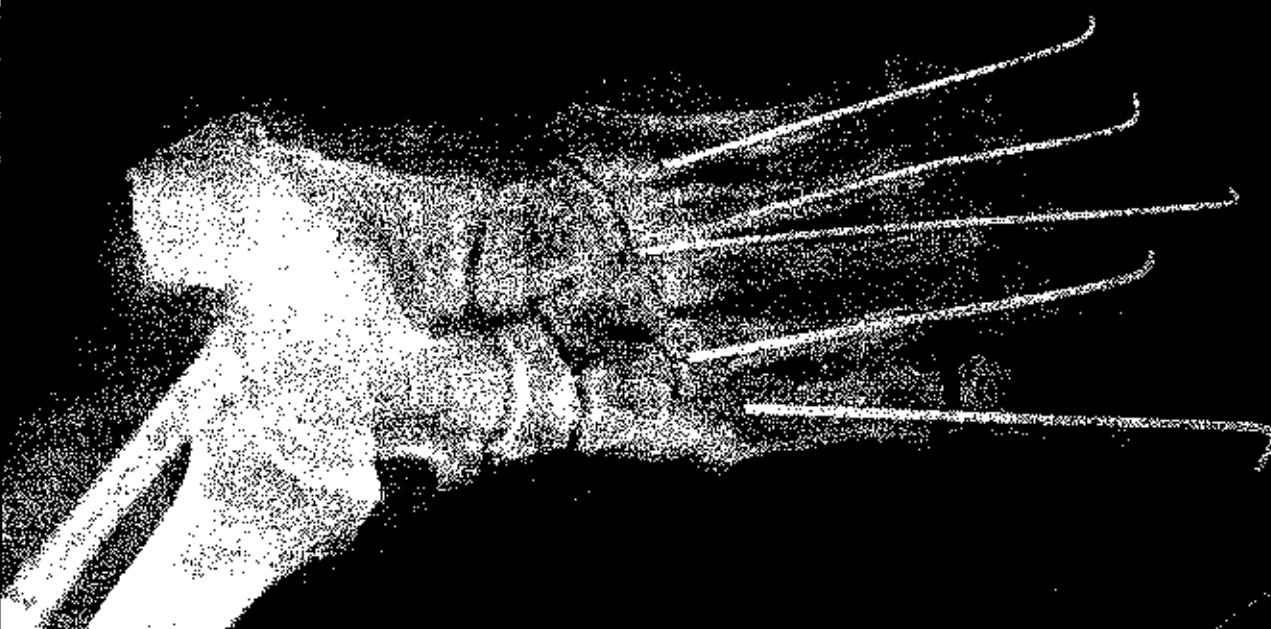
140 SPO2 100% ECG - RC P



Id. Paciente: 437
Paciente: FRANCISCO CEZINHO
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Data Exame: 09/10/2018 14:36:59

Técnico: TEC. ADEMIR JOSE
Idade: 0 ano(s)
PÉ AP
60,4 %



12

PE-061

Id. Paciente: 51639/2018 Data Exame: 05/10/2018 15:26:33
Paciente: FRANCISCO CEZINHO
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

PE-AP

35 7/16
Técnico: TEC: DIEGO/J.S
Idade: 41 ano(s)



E



FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Fábio Ernesto ASA: 1

Idade: 20 Sexo: _____ Registro: _____

Diagnóstico: _____ Data: _____

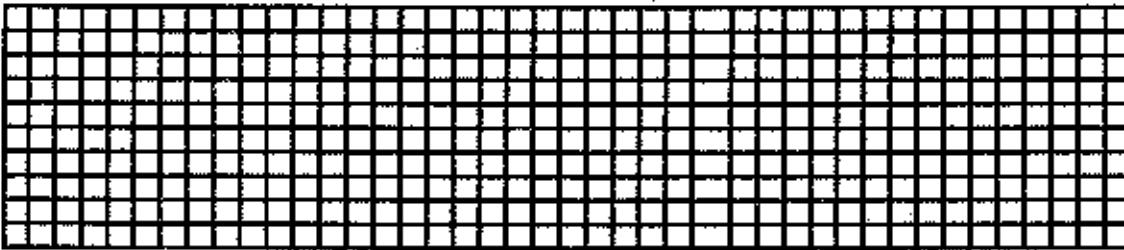
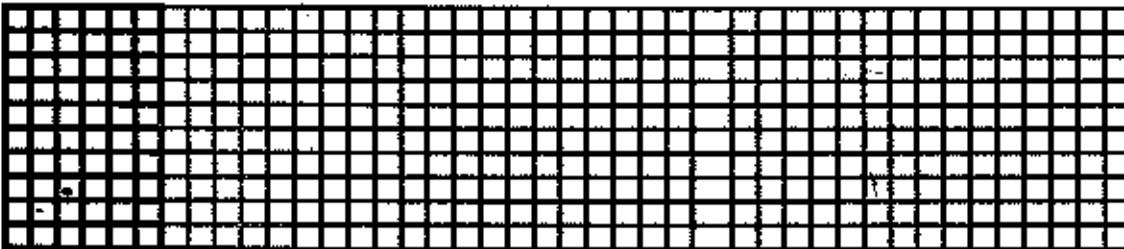
Cirurgia Realizada: AVPUJANERI

Cirurgião: _____ Auxiliar: _____

Anestesiologista: _____ Enfermagem: _____

História Clínica Admisional: _____

Técnica Anestésica: Norotropina, Xeris



Início: 7:30

Término: _____

Anestésicos Utilizados:

1. DV 500 mg 15
3. halotano 0,1
5. Y8 (0,3 L 0,1
7. nitrogênio + 2
9. alveoflúor 0,1
11. ketamina 0,1
13. _____

2. _____
4. _____
6. _____
8. _____
10. _____
12. _____
14. _____

Encaminhamento: W = Endo E = B6

Assinatura do Anestesiologista - CRM

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180590263 **Cidade:** João Câmara **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO CEZINO **Data do acidente:** 05/10/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/01/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA/ ESMAGAMENTO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM AMPUTAÇÃO DO ANTEPÉ ESQUERDO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DO ANTEPÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA ANATÔMICA DO ANTEPÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 anatômica completa de um dos pés	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
		Total	37,5 %	R\$ 5.062,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180590263 **Cidade:** João Câmara **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO CEZINO **Data do acidente:** 05/10/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA/ ESMAGAMENTO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM AMPUTAÇÃO DO ANTEPÉ ESQUERDO.
ALTA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DO ANTEPÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA ANATÔMICA DO ANTEPÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 anatômica completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Francisco Cezino
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO
PROFISSÃO:	Operador de Maquinaria
IDENTIDADE:	1584519
ENDEREÇO:	SITIO CACHOEIRAS ZONA RURAL N° 05 - MUN.

OUTORGADO RIACHUELO - RN

NOME:	Maria Jose Fernandes da Silva
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	DOMESTICA
IDENTIDADE:	001896964
ENDEREÇO:	SITIO CACHOEIRAS N° 05 - ZONA RURAL MUN.

RIACHUELO - RN

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.

RIACHUELO 03/12/18

LOCALE DATA



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

PROTOCOLO
RECEBIDO

14 DEZ 2018

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

OFÍCIO ÚNICO DE RIACHUELO/RN

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:
FRANCISCO CEZINO; Por ter sido posta em minha presença, dou fé
de Riachuelo/RN, 3 de Dezembro de 2018
Em testemunho _____ da verdade.

Valéria Lúgivan Rocha de Lima - Escrivente Autorizado(a)
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE