

BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

27/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEAN CARLOS DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01102-9

CONTA: 000000020258-4

Nr. Autenticação

BRDESCO2704202005000000000023701102000000020258168750 PAGO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200149329 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JEAN CARLOS DOS SANTOS **Data do acidente:** 19/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 17/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PILÃO TIBIAL DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO+FIO+PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.  
(P3,11,29,31,41,48,54,90,95,102)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** SEM LAUDO DE IML.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                  | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um tornozelo | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                        |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

|                                                         |                        |                             |              |       |
|---------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------|--------------|-------|
| Prontuário                                              | Nome do Paciente       | Sexo                        | Nascimento   | Idade |
| 9576012                                                 | JEAN CARLOS DOS SANTOS | M                           | 08/05/1974   | 45    |
| RG                                                      | CPF                    | Carteira Profissional       | Estado Civil |       |
| 1469666 SSP RN                                          | 96962119453            |                             | 2-SOLTEIRO   |       |
| Endereço                                                |                        |                             |              |       |
| R HERCULANO COUTO 2039 BARROCAS MOSSORO-RN CEP:59000000 |                        |                             |              |       |
| Telefone Residencial                                    | Telefone Trabalho      | Nome da Mãe                 |              |       |
| 988543340                                               |                        | RAIMUNDA ANDRADE DOS SANTOS |              |       |

## DADOS DO ATENDIMENTO

|                                       |                                     |           |                |
|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------|----------------|
| Setor                                 | 116300-RECEPCAO EMG ADULTO - HAPFOR |           |                |
| Data                                  | Hora                                | Matricula | Tipo Documento |
| 02/2019 20/10                         | 13:24                               |           |                |
| Médico Atendente                      | Clínica                             |           |                |
| 1200798 JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS | 4-CIRURGICA                         |           |                |
| M. co Acompanhante                    | Tipo Atendimento                    |           |                |
| 1200798 JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS | 0 INTERNACAO                        |           |                |

Avaliação médica

## DADOS DO CONVENIO

|                   |                             |                          |
|-------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Convenio          | Plano                       | CONTROL CONSTRUCOES LTDA |
| 22-HAPVIDA        | 14-NOSSO PLANO ENFERMARIA - | COLETIVO                 |
| Carteira          | Validade                    |                          |
| 95202000115002016 |                             |                          |

## DADOS DA INTERNAÇÃO

|                          |                   |       |
|--------------------------|-------------------|-------|
| Posto                    | Acomodação        | Leito |
| Ci 10 CIRURGICO - HAPFOR | 133410 SALA CC 01 | 02    |

| N. Guia  | Procedimento | Senha     | Descrição                                                                                           |
|----------|--------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12828107 | 99996666     | D35654139 | INTERNACAO                                                                                          |
| 12828107 | 30727138     | D35655211 | FRATURAS DE TIBIA ASSOCIADA OU NAO A FIBULA (INCLUI DESCOLAMENTO EPIFISARIO) - TRATAMENTO CIRURGICO |
| 12828107 | 30732026     | D35655134 | ENXERTO OSSEO                                                                                       |
| 12828107 | 30728126     | D35655133 | FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO                                 |
| 12828107 | 30728142     | D35655138 | LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO                             |

ALERGIA

RISCO QUEDA

Jefferson F. Carneiro  
COREN-CE 519.637-ENF

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

21/10/2019 04:

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 62878983

Prontuário: 9576012

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

Profissional(is): CARLOS DANIEL VERAS DESCHAMPS, MÉDICO, CRM 15346 [1]

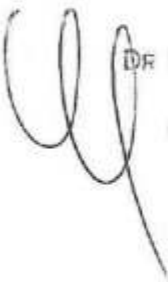
Nº: 45789271 21/10/2019 às 03:57

## DIAGNÓSTICO

|                       |      |     |
|-----------------------|------|-----|
| Diagnóstico Clínico   | S823 | [1] |
| Diagnóstico Cirúrgico | S823 | [1] |

## DADOS DA CIRURGIA

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Data Da Cirurgia          | 21/10/2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | [1] |
| Hora Da Cirurgia          | 03:57                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | [1] |
| Cirurgia                  | TTO CIRÚRGICO FX OSSOS DA PERNA COM FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR À DIREITA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | [1] |
| Cirurgião                 | DR DANIEL DESCHAMPS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | [1] |
| 1º Auxiliar               | DR JANIO ALVES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | [1] |
| 2º Auxiliar               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | [1] |
| Anestesista               | DRA ROSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | [1] |
| Descrição Cirúrgica       | PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA.<br>ASSEPSIA + ANTIASSEPSIA.<br>APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS OPERATÓRIOS.<br>OBSERVO IMPORTANTE EDEMA DE PARTES MOLES NA PERNA DIREITA, PORÉM SEM SINAIS DE SINDROME COMPARTIMENTAL NO MOMENTO.<br>APOSICIONO FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE TORNOZELO DIREITO COM 1 PINO PROXIMAL NA TÍBIA + 1 PINO NO CALCANEIO + 1 PINO NO 1ºMTT DIREITO.<br>REALIZO REDUÇÃO INCRUENTA SOB ESCOPIA.<br>CONFIRMO REDUÇÃO SOB ESCOPIA. REDUÇÃO ACEITÁVEL.<br>CURATIVO ESTÉRIL.<br>OBSERVO BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA APÓS PROCEDIMENTO.<br>AGUARDO AVALIAÇÃO DA EQUIPE DO TRAUMA SOBRE POSSÍVEL NECESSIDADE DE SEGUNDO TEMPO CIRÚRGICO. | [1] |
| Códigos Dos Procedimentos | 30727189: TTO CIRURGICO DE TIBIA COM FIXADOR EXTERNO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | [1] |



DR DANIEL DESCHAMPS  
MÉDICO  
CRM: 15346

CRM: 20234 RQE: 9448  
Cirurgia do Pé e Tornozelo  
Ortopedia e Traumatologia  
Dr. Janio Alves



Dr. Janio Alves  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Pé e Tornozelo  
CRM: 20234 RQE: 9448

**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR**

20/10/2019 14:57

|                                                                                                                 |                                  |                       |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------|---------------------|
| Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS                                                                                | Dt. Nasc.: 08/05/1974            | Atendimento: 62876983 | Prontuário: 9576012 |
| Convênio: HAPVIDA                                                                                               | Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR | Leito: 133410/2       |                     |
| Profissional(is): JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 519637 [1] Nº: 45772807 20/10/2019 às 14:54 |                                  |                       |                     |

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**
**Evolução de enfermagem**

CLIENTE J.C.S, 45 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NESTA UNIDADE TRAUMA CIRURGICA ADVINDO DE MOSSORO COM PROCEDIMENTO PROPOSTO DE FRATURA DE TIBIA DIREITA, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EM AR AMBIENTE, DIETA ZERO, ESTÁVEL, PELE ÍNTEGRA EM RELAÇÃO LPP, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS ESPONTÂNEAS, NEGA ALÉRGICAS COMORBIDADES CIRÚRGICAS E INTERNAÇÕES PRÉVIAS, REALIZADO PRÉ OP, IRÁ REALIZAR COM DR JOÃO ROLIM, CC CIENTE ENFA LEILANE.

[1]

**GERENCIAMENTO DE RISCOS**

RISCO PARA QUEDA: MANTER EM LEITO COM GRADES ELEVADAS. MANTER RODAS DA CAMA TRAVADAS. MANUSEAR PACIENTE COM AUXÍLIO (MÍNIMO DE 2 TÊC. ENFERMAGEM).

RISCO DE FLEBITE: RENOVAR ACESSO A CADA 72 HRS, CONFORME ROTINA DA INSTITUIÇÃO / MANTER FIXAÇÃO ADEQUADA.

**ALÉRGICAS**

Alergias NEGA

[1]

**AVALIAÇÃO DE RISCO**

Flebite Sim

[1]

Queda Adulto (Morse) ALTO RISCO.

[1]

**DISPOSITIVOS**

Acesso Venoso Periférico Sim

[1]

*Jefferson F. Carneiro*  
COREN 519.637-ENF

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 62878983

Prontuário: 9576012

Convenio: HAPVIDA

Nº Prescrição: 0024282559

21/10/2019 às 08:25

Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Leito: 4016/2

Peso: 80.00 kg

GASTOS

| Descrição                                | Qtde. | Descrição                                         | Qtde. | Descrição                                | Qtde. | Descrição | Qtde. |
|------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------|-------|------------------------------------------|-------|-----------|-------|
| <b>PLAMET</b>                            |       |                                                   |       | <b>HV Vol Total: 500.00 Vig:</b>         |       |           |       |
| BROMOPRIDA 10MG/2ML SOL INJ AMPL 2ML 1   |       | CLOREXEDINA 0.2% AQUOSA FRAS 1000 ML 50           |       | SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500 ML TUBO 500 (1 |       |           |       |
| SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 1   |       | LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA 1                 |       | EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD            | 1     |           |       |
| ÁGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML 1   |       | XYLOCAINA GELEIA 2% BSN 30 GR 5                   |       | TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD                  | 1     |           |       |
| LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA 2        |       | LUVA DESC. ESTERIL N-7,5 - 1 PA 1                 |       |                                          |       |           |       |
| AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD 1        |       | SONDA ASP TRAQUEAL 12 - 1 UD 1                    |       |                                          |       |           |       |
| ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML 5         |       | <b>Retirada De Dreno De Portovac</b>              |       |                                          |       |           |       |
| ALGODAO HIDROFILO - 500 GR 2             |       | GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD 2            |       |                                          |       |           |       |
| <b>PIRONA AMP</b>                        |       |                                                   |       | CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 20  |       |           |       |
| ÁGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML 2   |       | LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA 2                 |       |                                          |       |           |       |
| SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 2   |       | SORO FISIOLÓGICO 0.9% 100ML AMPL 10 ML 5          |       |                                          |       |           |       |
| LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA 4        |       | LUVA DESC. ESTERIL N-7,5 - 1 PA 1                 |       |                                          |       |           |       |
| AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD 2        |       | ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD 1                  |       |                                          |       |           |       |
| ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML 10        |       | MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM 50                   |       |                                          |       |           |       |
| PIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML 2              |       | LAMINA DE BISTURI 11 - 1 UD 1                     |       |                                          |       |           |       |
| ALGODAO HIDROFILO - 500 GR 4             |       | ESPARADRAPO TUBO 450 CM 30                        |       |                                          |       |           |       |
| <b>ETOPROFENO IV</b>                     |       |                                                   |       | <b>Curativo Medio+Sf+Gaze Acolchoada</b> |       |           |       |
| ALGODAO HIDROFILO - 500 GR 4             |       | SORO FISIOLÓGICO 0.9% 100ML TUBO 100 (1           |       |                                          |       |           |       |
| PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD 1            |       | GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD 3            |       |                                          |       |           |       |
| EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD 1          |       | LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA 1                 |       |                                          |       |           |       |
| ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML 10        |       | LUVA DESC. ESTERIL N-7,5 - 1 PA 1                 |       |                                          |       |           |       |
| AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD 1        |       | MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM 50                   |       |                                          |       |           |       |
| LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA 3        |       | TRANSOFIX - 1 UD 1                                |       |                                          |       |           |       |
| SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML 1    |       | <b>Curativo Com Atadura E Gaze Acochoada Medi</b> |       |                                          |       |           |       |
| SORO FISIOLÓGICO 0.9% 100ML TUBO 100 (1  |       | ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD 2                  |       |                                          |       |           |       |
| <b>Função Cl Jelco</b>                   |       |                                                   |       | GAZE ACOLCHOADA 15X15 PCT 15 CM 2        |       |           |       |
| AMPA CONE LUER - 1 UD 1                  |       | <b>CEFALOTINA</b>                                 |       |                                          |       |           |       |
| ALGODAO HIDROFILO - 500 GR 6             |       | SORO FISIOLÓGICO 0.9% 100ML TUBO 100 (1           |       |                                          |       |           |       |
| ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML 15        |       | SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 2            |       |                                          |       |           |       |
| FIX FIXADOR DE CATETER - 1 UD 1          |       | ÁGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML 2            |       |                                          |       |           |       |
| LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA 1        |       | LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA 4                 |       |                                          |       |           |       |
| XTENSOR MULTIVIAS 2 VIAS - 1 UD 1        |       | LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA 2                 |       |                                          |       |           |       |
| SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML 1   |       | AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD 2                 |       |                                          |       |           |       |
| CATETER INTRA VENOSO 22 (JELCO) - 1 UD 1 |       | ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML 20                 |       |                                          |       |           |       |
| <b>ondagem Vesical De Alivio</b>         |       |                                                   |       | EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD 2          |       |           |       |
| COLETOR DE URINA SIMPLES ADULTO - 1 U 1  |       | KEFLIN FRAP 1 UD 2                                |       |                                          |       |           |       |
| GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD 2   |       | ALGODAO HIDROFILO - 500 GR 8                      |       |                                          |       |           |       |

*[Handwritten signature]*

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

21/10/2019 07:03

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 62878983

Prontuário: 9576012

Convênio: HAPVIDA

Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE Leito: 219/1

Profissional(is): MARIA MONICA GIRA0 BRITO, ENFERMEIRO(A), COREN 407169 [1]

Nº: 45791714 21/10/2019 às 07:00

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## Evolução de enfermagem

06:55 - J.C.S., SEXO MASCULINO, 45 ANOS, ORIUNDO DO CC, ADM. NA RPA NO POI DE FRAT. DE TORNOZELO ESQ COM DR DANIEL, NEGA ALERGIAS + COMORBIDADES, SOB ANESTESIA RAQUII + SEDAÇÃO COM DRA REISLA, SEM DRENOS E SONDAS, EVOLUI EM JEJUM, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO, AFERIDO SSVV, AVP EM MSE COM PULSEIRA EM MSD, SEGUE SOB OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM E AGUARDA SER CHAMADO AO CC.

[1]

PA: 110X60

SAT: 100%

FR: 18

FC: 75

## DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periferico

Sim

[1]

Assinatura do Enfermeiro  
Mônica Brito  
21/10/2019 07:03

## Clínica de Anestesiologia de Mossoró Ltda.

### FICHA DE ANESTESIA

|                                       |          |                               |                                                                                                              |                          |                     |                  |                         |            |
|---------------------------------------|----------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------|------------------|-------------------------|------------|
| NOME<br><i>João Carlos dos Santos</i> |          |                               |                                                                                                              |                          |                     |                  | DATA<br><i>02/11/99</i> |            |
| SERVIÇO<br><i>Hepatol</i>             |          | ANESTESISTA<br><i>Felício</i> |                                                                                                              | CIRURGIÃO<br><i>João</i> |                     |                  |                         |            |
| IDADE                                 | SEXO     | COR                           | PR. ART.                                                                                                     | PULSO                    | TEMP.               | ESTADO FÍSICO    | PRÉ-ANESTÉSICO          |            |
|                                       | <i>H</i> | <i>B</i>                      | <i>120/80</i>                                                                                                | <i>70</i>                | <i>35</i>           | <i>1 2 3 4 5</i> | <i>—</i>                |            |
| DIAGNÓSTICO                           |          |                               | <i>frat. de t.b.c. - trat. iniciado</i><br><i>frat. hernia de torçao - trat. cir.</i><br><i>Empate ósseo</i> |                          |                     |                  |                         |            |
| OPERAÇÃO REALIZADA                    |          |                               | <i>hernia ligamentares apend - trat. cir.</i>                                                                |                          |                     |                  |                         |            |
| INÍCIO <i>14:40</i>                   |          |                               | TERMINO <i>18:30</i>                                                                                         |                          | DURAÇÃO <i>3:50</i> |                  | ROTINA <i>x</i>         | EMERGÊNCIA |
|                                       |          |                               |                                                                                                              |                          |                     |                  |                         | EXTRA      |

| SpO <sub>2</sub>            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 98 98 97 97 98 98 94 91 97 98 91 97 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ETCO <sub>2</sub>           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| HORA                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A                           | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| G                           | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| E                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| T                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| E                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| S                           | IF 500 - 500 - 500                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CÓDIGO                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ANESTESIA X                 | 220                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| OPERAÇÃO ⊙                  | 200                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| INTUBAÇÃO X<br>ENDOTRAQUEAL | 180                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                             | 160                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PRES.<br>SISTOL.            | V 140                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PRES.<br>DISTOL.            | A 120                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PULSO.                      | ◇ 100                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                             | 80                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RESP.<br>ASSIST.            | - RA 60                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RESP.<br>EXPONT.            | - RE 40                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RESP.<br>CONTR.             | - RC 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| POSICÃO                     | Xe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| OBSERVAÇÕES                 | <p>1) Anestesia profunda</p> <p>2) Morfina 80 µg</p> <p>3) Clonidine 60 µg</p> <p>4) Ceftazidime (2)</p> <p>5) Diltiazem (2)</p> <p>6) Ondansetrona (2)</p> <p>7) Dexametasona (2)</p> <p>8) Dexmedetomidina (2)</p> <p>9) Midazolam (2)</p> <p>10) Etilefrina (2)</p> <p>11) Atropina (2)</p> <p>Soro 1500</p> <p>Sangue</p> <p>Outros</p> |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

TÉCNICA ANEST. GERAL: ( ) INALATÓRIA: ( ) ENDOVENOSA: ( ) BALANCEADA: ( ) SEDAÇÃO: ( )  
 ANEST. REGIONAL: ( ) RAQUIDIANA: ( ) PERIDURAL: ( ) OUTROS: ( )

AGENTES EMPREGADOS  
 Florio, Rizzetti, Ameyra, Pavesi, Lince, Indiano, ABC e outros 12G

ACORDADO ☒ SIM ☐ NÃO ☐ SALA DE RECUPERAÇÃO ☒ SIM ☐ NÃO ☐ CONDIÇÕES ☒ B ☐ R ☐ M ☐ P ☐ ÓBITO ☐

# REGISTRO DE MONITORAMENTO DO PACIENTE NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Nome completo: Frederico dos Santos

Data de nascimento: 01/05/74

## REGISTRO DE ADMISSÃO PÓS-ANESTÉSICA

Data: 02/11/18 Horário: 14:40 Cirurgia Realizada: Furto de Tatuagem no braço  
 Hora de admissão na RA: 18:50 Anestesia: glicíneo Cirurgião: gato pelim Tipo de anestesia: raquianestesia

## CONTROLES

| PERÍODO       | HORA  | TEMPERATURA | FC | FR | PA(mmHg) | DOR/SCORE | ESCALA DE DOR  |
|---------------|-------|-------------|----|----|----------|-----------|----------------|
| a cada 15 min | 18:50 | 34,9        | 66 | 19 | 87/53    | 0         | SEM DOR        |
| a cada 15 min | 19:05 | 35,2        | 65 | 21 | 93/54    | 0         | 1              |
| a cada 15 min | 19:20 | 35,4        | 63 | 21 | 93/54    | 0         | 2 DOR LEVE     |
| a cada 15 min | 19:35 | 35,6        | 69 | 21 | 100/65   | 0         | 3              |
| a cada 30 min |       |             |    |    |          |           | 4              |
| a cada 30 min |       |             |    |    |          |           | 5 DOR MODERADA |
| a cada hora   |       |             |    |    |          |           | 6              |
| a cada hora   |       |             |    |    |          |           | 7              |
| a cada hora   |       |             |    |    |          |           | 8              |
| a cada hora   |       |             |    |    |          |           | 9 DOR INTENSA  |

Gênero: Caplar mg/dl HORA: 18:50  
 Serviço de Enfermagem: Enfermagem  
 Assinatura e carimbo: [Assinatura]

## CRITÉRIOS AVALIADOS PELO ÍNDICE DE STEWARD (0A 3 PONTOS)

| Índice de avaliação | Condição                          | Score |
|---------------------|-----------------------------------|-------|
| Consciência         | Acordado                          | 2     |
|                     | Responde a estímulos              | 1     |
|                     | Não responsivo                    | 0     |
| Vias aéreas         | Fosse ao comando verbal ou choro  | 2     |
|                     | Manutenção das vias aéreas        | 1     |
|                     | Requer assistência da via aérea   | 0     |
| Movimentação        | Movimento intencional dos membros | 2     |
|                     | Movimentos não intencionais       | 1     |
|                     | Sem movimentação                  | 0     |

SCORE: 0

## ÍNDICE DE ALBRETE-KROHLK MODIFICADO

| Índice de avaliação | Condição                                                                                | Score |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Atividade           | Capaz de mover os quatro membros voluntariamente ou sob comando                         | 2     |
|                     | Capaz de mover somente dois membros voluntariamente ou sob comando                      | 1     |
|                     | Incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando                              | 0     |
| Respiração          | Capaz de respirar profundamente e tossir livremente                                     | 2     |
|                     | Dispneia ou limitação da respiração                                                     | 1     |
|                     | Apnéia                                                                                  | 0     |
| Circulação          | Pressão arterial em 20% do nível pré-anestésico                                         | 2     |
|                     | Pressão arterial em 20% a 45% do nível pré-anestésico                                   | 1     |
|                     | Pressão arterial em 50% do nível pré-anestésico                                         | 0     |
| Consciência         | Lúcido, orientado no tempo e espaço                                                     | 2     |
|                     | Desperta se solicitado                                                                  | 1     |
|                     | Não responde                                                                            | 0     |
| Saturação           | Capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> > 92% respirando ar                         | 2     |
|                     | Necessita de O <sub>2</sub> suplementar para manter a saturação de O <sub>2</sub> > 90% | 1     |
|                     | Saturação de O <sub>2</sub> < 90% mesmo com O <sub>2</sub> suplementar                  | 0     |

SCORE: 4

Médico: [Assinatura]  
 Assinatura e carimbo: [Assinatura]

ALTA MÉDICA DA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA  
 Médico: [Assinatura]  
 Assinatura e carimbo: [Assinatura]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

02/11/2019 18:53

|                                  |                               |                       |                     |
|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------|---------------------|
| Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS | Dt. Nasc.: 08/05/1974         | Atendimento: 63195573 | Prontuário: 9576012 |
| Convênio: HAPVIDA MOSSORO        | Posto: CENTRO CIRURGICO - HRF | Leito: 310232/1       |                     |

|                                                                        |                                    |
|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Profissional(is): JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS, MÉDICO, CRM 10511 [1] | Nº: 46381958 - 02/11/2019 às 18:48 |
|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|

**DIAGNÓSTICO**

|                     |      |     |
|---------------------|------|-----|
| Diagnóstico Clínico | S823 | [1] |
|---------------------|------|-----|

|                       |      |     |
|-----------------------|------|-----|
| Diagnóstico Cirúrgico | S823 | [1] |
|-----------------------|------|-----|

**DADOS DA CIRURGIA**

|                  |            |     |
|------------------|------------|-----|
| Data Da Cirurgia | 02/11/2019 | [1] |
|------------------|------------|-----|

|                  |       |     |
|------------------|-------|-----|
| Hora Da Cirurgia | 18:48 | [1] |
|------------------|-------|-----|

|          |                                       |     |
|----------|---------------------------------------|-----|
| Cirurgia | TRATAMENTO DE FRATURA DE PILÃO TIBIAL | [1] |
|----------|---------------------------------------|-----|

|           |            |     |
|-----------|------------|-----|
| Cirurgião | JOAO ROLIM | [1] |
|-----------|------------|-----|

|             |            |     |
|-------------|------------|-----|
| Anestesista | JILIELISON | [1] |
|-------------|------------|-----|

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Descrição Cirúrgica | PACIENTE EM DECUBITO LATERAL SOB RAQUIANESTESIA<br>PREPARO ORTOPÉDICO DE ROTINA + GARROTE<br>ASSEPSSIA E ANTISSEPSSIA<br>CAMPEAMENTO ESTÉRIL<br>ACESSO POSTEROLATERAL E HEMOSTASIA<br>REDUÇÃO DA FRATURA TIBIAL POSTERIOR COM PLACA DCP 3.5<br>REDUÇÃO DA FRATURA DA FIBULA NO TORNOZELO COM PLACA DCP 3.5<br>ENXERTO ÓSSEO<br>ACESSO MEDIAL E HEMOSRASIA<br>REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DE MELEOLO MEDIAL E<br>REPARO LIGAMENTAR DO DELTOIDE<br>IRRIGAÇÃO COM SF<br>SUTURA POR PLANOS E CURATIVO | [1] |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

|                           |                                                            |     |
|---------------------------|------------------------------------------------------------|-----|
| Códigos Dos Procedimentos | 30728142<br>30728126<br>30727138<br>30732026<br>EM MOSSORÓ | [1] |
|---------------------------|------------------------------------------------------------|-----|

Dr. João Ricardo Rolim Arseniadis  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM RJ 8001 - TEOT 10293

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 63195573

Prontuário: 9576012

Convênio: HAPVIDA MOSSORO

Posto: CENTRO CIRURGICO - HRF

Leito: 310232/1

Profissional(is): FLAVIA GUERRA CAVALCANTE, ENFERMEIRO(A), COREN 527982 [1]

Nº: 46369765 02/11/2019 às 11:52

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

### Evolução de enfermagem

PACIENTE DO SEXO MASCULINO ADMITIDO NESTA UNIDADE HOSPITALAR, PROCEDENTE DE SUA RESIDÊNCIA, PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA A NÍVEL DE TORNOZELO DIREITO, CONSCIENTE E ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS QUEIXAS E NECESSIDADES. NEGA HAS, DM, ALERGIAS MEDICAMENTOSAS E ALIMENTARES. AO EXAME FÍSICO: AFEBRIL, NORMOCORADO, NORMOCARDICO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, TORAX SIMETRICO E COM BOA EXPANSIBILIDADE, PELE E MUCOSAS INTEGRAS, HIDRATADAS E CORADAS, BOA PERFUSÃO TISSULAR, ABDOME FLACIDO, RHA +, DIETA ZERO, COM FIXADOR EM MID. PUNÇIONADO AVP EM MSE COM JELCO Nº 20.  
14:40 - INÍCIO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM SOB BLOQUEIO ANESTÉSICO COM ANESTESIA RAQUE.  
18:30 - TÉRMINO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SEM INTERCORRENCIAS.  
18:40 - PACIENTE TRANSFERIDO PARA CRO. SEGUE EM AR AMBIENTE E MONITORIZAÇÃO POR PNI E OXIMETRIA DE PULSO.  
19:40 - PACIENTE TRANSFERIDO PARA INTERNAMENTO EM MACA, ACOMPANHADO POR MAQUEIRO. PACIENTE PERMANECE CONSCIENTE E ORIENTADO, RESTRITO AO LEITO, SOB EFEITO ANESTÉSICO, EUPNEICO, EM AR AMBIENTE, PELE INTEGRAS, SSVV DENTRO DAS NORMALIDADES. CURATIVO EM FO LIMPO E SECO, EM AVP COM JELCO Nº 20 VIABILIZANDO HV. DIURESE ESPONTANEA. MM SEM ANORMALIDADES

[1]

### ALERGIAS

Alergias

NÃO

[1]

### AValiação de DOR

Dor (0 A 10)

0

[1]

### AValiação de RISCO

Broncoaspiração

Sim

[1]

Flebite

Sim

[1]

Hipoglicemia

Sim

[1]

Infecção Primária De Corrente Sanguínea

Sim

[1]

Infecção Sítio Cirúrgico

Sim

[1]

### DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Especificar

MSD

[1]

# EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

03/11/2019 02:09

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 63195573

Prontuário: 9576012

Convênio: HAPVIDA MOSSORO

Posto: POSTO INTERNACAO

Leito: ERF-03/2

Profissional(is): ELISA MAIA DIAS, ENFERMEIRO(A), COREN 00479520 [1]

Nº: 46390838 03/11/2019 às 02:07

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PACIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA A NÍVEL DE TORNOZELO DIREITO, CONSCIENTE E ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS QUEIXAS E NECESSIDADES. NEGA HAS, DM, ALERGIAS MEDICAMENTOSAS E ALIMENTARES. AO EXAME FÍSICO: AFEBRIL, NORMOCORADO, NORMOCÁRDICO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, TORAX SIMÉTRICO E COM BOA EXPANSIBILIDADE, PELE E MUCOSAS ÍNTEGRAS, HIDRATADAS E CORADAS, BOA PERFUSÃO TISSULAR, ABDOME FLÁCIDO, RHA +, DIETA ZERO, COM FIXADOR EM MID. AVP EM MSE COM JELCO Nº 20.

[1]

## ALERGIAS

Alergias

NÃO

[1]

## AVALIAÇÃO DE DOR

Dor (0 A 10)

0

[1]

## AVALIAÇÃO DE RISCO

Broncoaspiração

Sim

[1]

Flebite

Sim

[1]

Hipoglicemia

Sim

[1]

Infecção Primária De Corrente Sanguínea

Sim

[1]

Infecção Sítio Cirúrgico

Sim

[1]

## DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Especificar

MSD

[1]



**CONTROLE E REGISTRO  
DOS MATERIAIS  
ESTERELIZADOS E  
UTILIZADOS NO TRANS-  
OPERATÓRIO**

Nome: Juan Carlos dos Santos

Data Nascimento: 08 / 05 / 1974

Atendimento: 62878983

Médico: Dr:

Procedimento: Fixação externa

Técnicos de sala: Silvania + Paula

Houve mudança de equipe durante o procedimento: Sim ( ) Não (☒)

OBS: Se a resposta for SIM, colocar nomes.

| NOME BANDEJA    | DATA<br>ESTERELIZAÇÃO | Nº CAIXA<br>CIRÚRGICA | LOTE         | RESPONSÁVEL PELO<br>PREPARO DA BANDEJA |
|-----------------|-----------------------|-----------------------|--------------|----------------------------------------|
| <u>Plástica</u> | <u>19. 10. 2019</u>   | <u>0709</u>           | <u>308</u>   | <u>Ar.</u>                             |
| <u>Vesical</u>  | <u>20. 10. 2019</u>   | <u>0756</u>           | <u>844/2</u> | <u>-</u>                               |
|                 |                       |                       |              |                                        |
|                 |                       |                       |              |                                        |
|                 |                       |                       |              |                                        |

134°C-5.3mins/121°C-15mins



LOT 033471

**A ANEXAR ETIQUETAS DE  
BANDEJAS DE CME COM CÓDIGOS E  
INTEGRADORES**

**ANTONIO PRUDENTE** **CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO** **ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO**

|               |                 |                         |                 |
|---------------|-----------------|-------------------------|-----------------|
| Nome da Caixa | <u>Plástica</u> | Método de Esterilização | <u>Á VAPOR</u>  |
|               |                 |                         | <u>22/10/19</u> |

**ANTONIO PRUDENTE** **CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO** **ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO**

|                  |                 |                         |                 |
|------------------|-----------------|-------------------------|-----------------|
| Nome da Caixa    | <u>Vesical</u>  | Método de Esterilização | <u>Á VAPOR</u>  |
|                  |                 | Data de esterilização   | <u>20-10-19</u> |
| Nº Caixa         | <u>0756</u>     | Volume em uso           | <u>20 04-2</u>  |
|                  |                 |                         | <u>844/2</u>    |
| Responsável pelo | <u>Dr. Juan</u> |                         |                 |

PACIENTE



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA  
BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 64384 /2019

Admissão: 19/10/2019 10:16:20

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 51303 - JEAN CARLOS DOS SANTOS (45 a 5 m 11 d)

Sexo: M Cor: PARDA

Nascimento: 08/05/1974

Natural: MOSSORO, BRASIL

Prof:

CNS: 709808087653492

CPF: 96962119453

Pai: JOAO FERNANDES DOS SANTOS

Mãe: RAIMUNDA ANDRADE DOS SANTOS

Logradouro: HERCULANO COUTO, 2039

Cidade: MOSSORO

CEP: 59621060

Bairro: BARROCAS

Compl:

Telefone: 84.988446956

Tipo: REGULADO

\*Empresa:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO  
Origem: SAMU RN

OBS: SAMU.

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

\*Empresa:

Origem: SAMU RN

Classificação:  
19/10/2019 10:12:48

PESO:

OBS: SAMU.

| HORA | P.A.   | HGT | SatO2 | FIO2 | F.R. | F.C. | TEMP. | Glasgow | RTS |
|------|--------|-----|-------|------|------|------|-------|---------|-----|
|      | 110 80 |     | 99    |      | 16   |      |       |         |     |

EXAME FISICO

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: 45 anos. queda de moto. FRATURA TIBIA DIREITA. A.A. ORIENTADO  
Hora: 10:25

Paciente, portador de queda de moto, trouxe contusão no tórax. Estava com cefaleia, o qual não se desprende da cabeça. Mergulhos, e deformidade em tomazelo D. Afirmação dos 4, B, C, D sem dor em região de tomazelo E - Deformidade e D.

| Diagn. Inicial:                       | VIA | HORÁRIO | ASSINT. |
|---------------------------------------|-----|---------|---------|
| PRESCRIÇÃO:                           |     |         |         |
| 1) Sólido Poço X de tomazelo D.       |     |         |         |
| 2) Sólido fômites do abdômen          |     |         |         |
| 3) Alta de sangue (cerul. Resolvido), |     |         |         |
| 4) Sólido 2ml + 8ml, EV, Agudo.       |     | 10:45   | RM 50   |
| 5) SFL 500 ml, EV.                    |     | 10:45   | RM 54   |

Romney Vieira Alves  
CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO  
CIRURGIA GERAL  
CRM/RN 6382

\*SAÍDA: ( ) Decisão médica ( ) Transferido ( ) Evasão ( ) Óbito ☒ Interna: (Preencher CID, PROC)

CID 582.1 Proc. 0408050497

Data: 1 / 19. Hr: : Médico:

\*Gerado via SX por MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA. Impresso em 19 de Outubro de 2019.

(Assinatura e Carimbo)  
Dr. Igo Walecio M. de Castro  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM/RN 6429

# Orthopedic  
Rt Fr 16 tarsal 6 instable  
Ct P2 56 Cr 51mm  
P1 proximal tibia

Dr. Igo Walesko M.D. Orth.  
ORTOPEDIA & TRAUMATOLOGIA  
CRN 6429



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 64384 /2019

Admissão: 19/10/2019 10:16:20

**CIRURGIA GERAL - AMARELO**

Paciente: 51303 - JEAN CARLOS DOS SANTOS (45 a 5 m 11 d)

Nascimento: 08/05/1974

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 709808087653492

CPF: 96962119453

Prof:

Mãe: RAIMUNDA ANDRADE DOS SANTOS

Pai: JOAO FERNANDES DOS SANTOS

Logradouro: HERCULANO COUTO, 2039

CEP: 59621060

Bairro: BARROCAS

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.988446956

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

\*Empresa:

OBS: SAMU.

| Classificação:      |        |     |       |      |      | PESO: |       |         |     |
|---------------------|--------|-----|-------|------|------|-------|-------|---------|-----|
| 19/10/2019 10:12:48 |        |     |       |      |      |       |       |         |     |
| HORA                | P.A.   | HGT | SatO2 | FIO2 | F.R. | F.C.  | TEMP. | Glasgow | RTS |
|                     | 110 80 |     | 99    |      | 16   |       |       |         |     |

**HISTÓRIA - EXAME FÍSICO**

Queixas: 45 anos. queda de moto. FRATURA TIBIA DIREITA. A.A. ORIENTADO

Hora: 10:25

Paciente, vítima de queda de moto, trazido conforme protocolo. Estava com capacete, o qual não se desprende da cabeça. Nega náuseas, vômitos e febre de constância. Apresenta dor e deformidade em tornozelo D. A, B, C, D sem alterações. (D = EC615) E - Deformidade e dor em região de tornozelo D.

Diagn. Inicial:

| PRESCRIÇÃO:                                                                                                                                                                         |                                             | VIA | HORÁRIO | ASSINT. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----|---------|---------|
| 1                                                                                                                                                                                   | Idioma Poix de tornozelo D.                 |     |         |         |
| 2                                                                                                                                                                                   | Idioma Poix de tornozelo D.                 |     |         |         |
| 3                                                                                                                                                                                   | Alto da tórax (ver. Resposta), de Moissoro. |     |         |         |
| 4                                                                                                                                                                                   | Solano 2ml + 8ml, EV. Capax.                |     | 10:45   | 14150   |
| 5                                                                                                                                                                                   | SPL 500 ml, EV.                             |     | 10:45   | 14154   |
| <p>HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA<br/>ESTÁ CONFORME O ORIGINAL<br/>SAME MOSSORO</p> <p>Rommel Vieira Alves<br/>CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO<br/>CIRURGIA GERAL<br/>CRM/RN 6352</p> |                                             |     |         |         |

\*SAÍDA: ( ) Decisão médica ( ) Transferido ( ) Evasão ( ) Óbito ☒ Interna: (Preencher CID, PROC)

CID 582.9 Proc 0408050497

Data: / /19. Hr: :

Médico:

\*Gerado via SX por MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA. Impresso em 19 de Outubro de 2019.

(Assinatura e Carimbar)  
Dr. Igo Wellesko M. de Lira  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM/RN 6429

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

|                                                         |                        |                             |              |       |
|---------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------|--------------|-------|
| Prontuário                                              | Nome do Paciente       | Sexo                        | Nascimento   | Idade |
| 9576012                                                 | JEAN CARLOS DOS SANTOS | M                           | 08/05/1974   | 45    |
| RG                                                      | CPF                    | Carteira Profissional       | Estado Civil |       |
| 1469666 SSP RN                                          | 96962119453            |                             | 2-SOLTEIRO   |       |
| Endereço                                                |                        |                             |              |       |
| R HERCULANO COUTO 2039 BARROCAS MOSSORO-RN CEP:59000000 |                        |                             |              |       |
| Telefone Residencial                                    | Telefone Trabalho      | Nome da Mãe                 |              |       |
| 988543340                                               |                        | RAIMUNDA ANDRADE DOS SANTOS |              |       |

## DADOS DO ATENDIMENTO

|                                       |                                     |           |                |
|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------|----------------|
| Setor                                 | 116300-RECEPCAO EMG ADULTO - HAPFOR |           |                |
| Data                                  | Hora                                | Matricula | Tipo Documento |
| 02/2019 20/10                         | 13:24                               |           |                |
| Médico Atendente                      | Clínica                             |           |                |
| 1200798 JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS | 4-CIRURGICA                         |           |                |
| M...co Acompanhante                   | Tipo Atendimento                    |           |                |
| 1200798 JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS | 0 INTERNACAO                        |           |                |

Avaliação médica

## DADOS DO CONVENIO

|                   |                                      |                          |
|-------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| Convenio          | Plano                                | CONTROL CONSTRUCOES LTDA |
| 22-HAPVIDA        | 14-NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO |                          |
| Carteira          | Validade                             |                          |
| 95202000115002016 |                                      |                          |

## DADOS DA INTERNAÇÃO

|                          |                   |       |
|--------------------------|-------------------|-------|
| Posto                    | Acomodação        | Leito |
| Ci 10 CIRURGICO - HAPFOR | 133410 SALA CC 01 | 02    |

| N. Guia  | Procedimento | Senha     | Descrição                                                                                           |
|----------|--------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12828107 | 99996666     | D35654139 | INTERNACAO                                                                                          |
| 12828107 | 30727138     | D35655211 | FRATURAS DE TIBIA ASSOCIADA OU NAO A FIBULA (INCLUI DESCOLAMENTO EPIFISARIO) - TRATAMENTO CIRURGICO |
| 12828107 | 30732026     | D35655134 | ENXERTO OSSEO                                                                                       |
| 12828107 | 30728126     | D35655133 | FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO                                 |
| 12828107 | 30728142     | D35655138 | LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO                             |

ALERGIA

RISCO QUEDA

Jefferson F. Carneiro  
COREN-CE 519.637-ENF

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

21/10/2019 04:

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 62878983

Prontuário: 9576012

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

Profissional(is): CARLOS DANIEL VERAS DESCHAMPS, MÉDICO, CRM 15346 [1]

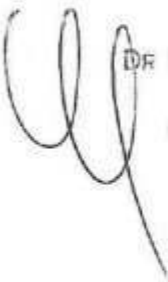
Nº: 45789271 21/10/2019 às 03:57

## DIAGNÓSTICO

|                       |      |     |
|-----------------------|------|-----|
| Diagnóstico Clínico   | S823 | [1] |
| Diagnóstico Cirúrgico | S823 | [1] |

## DADOS DA CIRURGIA

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Data Da Cirurgia          | 21/10/2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | [1] |
| Hora Da Cirurgia          | 03:57                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | [1] |
| Cirurgia                  | TTO CIRÚRGICO FX OSSOS DA PERNA COM FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR À DIREITA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | [1] |
| Cirurgião                 | DR DANIEL DESCHAMPS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | [1] |
| 1º Auxiliar               | DR JANIO ALVES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | [1] |
| 2º Auxiliar               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | [1] |
| Anestesista               | DRA ROSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | [1] |
| Descrição Cirúrgica       | PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA.<br>ASSEPSIA + ANTIASSEPSIA.<br>APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS OPERATÓRIOS.<br>OBSERVO IMPORTANTE EDEMA DE PARTES MOLES NA PERNA DIREITA, PORÉM SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL NO MOMENTO.<br>APOSICIONO FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE TORNOZELO DIREITO COM 1 PINO PROXIMAL NA TÍBIA + 1 PINO NO CALCANEIO + 1 PINO NO 1ºMTT DIREITO.<br>REALIZO REDUÇÃO INCRUENTA SOB ESCOPIA.<br>CONFIRMO REDUÇÃO SOB ESCOPIA. REDUÇÃO ACEITÁVEL.<br>CURATIVO ESTÉRIL.<br>OBSERVO BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA APÓS PROCEDIMENTO.<br>AGUARDO AVALIAÇÃO DA EQUIPE DO TRAUMA SOBRE POSSÍVEL NECESSIDADE DE SEGUNDO TEMPO CIRÚRGICO. | [1] |
| Códigos Dos Procedimentos | 30727189: TTO CIRURGICO DE TIBIA COM FIXADOR EXTERNO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | [1] |



DR DANIEL DESCHAMPS  
MÉDICO  
CRM: 15346

CRM: 20234 RQE: 9448  
Cirurgia do Pé e Tornozelo  
Ortopedia e Traumatologia  
Dr. Jânio Alves



Dr. Jânio Alves  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Pé e Tornozelo  
CRM: 20234 RQE: 9448



# Clínica de Anestesiologia de Mossoró Ltda.

## FICHA DE ANESTESIA

|                                                                                                                                 |          |                                 |               |                                |           |                  |                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------|---------------|--------------------------------|-----------|------------------|-------------------------|
| NOME<br><i>João Carlos dos Santos</i>                                                                                           |          |                                 |               |                                |           |                  | DATA<br><i>02/11/19</i> |
| SERVIÇO<br><i>Hospitalar</i>                                                                                                    |          | ANESTESISTA<br><i>Frederico</i> |               | CIRURGIÃO<br><i>João Paulo</i> |           |                  |                         |
| IDADE                                                                                                                           | SEXO     | COR                             | PR. ART.      | PULSO                          | TEMP.     | ESTADO FÍSICO    | PRÉ-ANESTÉSICO          |
|                                                                                                                                 | <i>H</i> | <i>B</i>                        | <i>120/80</i> | <i>70</i>                      | <i>36</i> | <i>1 2 3 4 5</i> | <i>—</i>                |
| DIAGNÓSTICO<br><i>frat. de t.b.c. - trat. cirúrgico</i><br><i>frat. hernia de torçao - trat. cir.</i><br><i>Excesso de peso</i> |          |                                 |               |                                |           |                  |                         |
| OPERAÇÃO REALIZADA<br><i>hernia ligamentares apend - trat. cir.</i>                                                             |          |                                 |               |                                |           |                  |                         |
| INÍCIO <i>14:40</i>                                                                                                             |          | TERMINO <i>18:30</i>            |               | DURAÇÃO <i>3:50</i>            |           | ROTINA <i>X</i>  | EMERGÊNCIA<br><i>—</i>  |
| EXTRA<br><i>—</i>                                                                                                               |          |                                 |               |                                |           |                  |                         |

SpO<sub>2</sub> *99 99 99 99 99 99 99 99 99 99 99 99*

ETCO<sub>2</sub> *— — — — — — — — — — — — — — — —*

| HORA                                         | OBSERVAÇÕES                  |
|----------------------------------------------|------------------------------|
| A <i>0</i>                                   | <i>1) Propofol 20 mg</i>     |
| G <i>2</i>                                   | <i>2) Morfina 10 mg</i>      |
| E                                            | <i>3) Clonidina 60 mcg</i>   |
| N                                            | <i>4) Cefazolin (2)</i>      |
| T                                            | <i>5) Pipracil (2)</i>       |
| E                                            | <i>6) Ondansetrona (2)</i>   |
| S <i>15 50 50 50 50 50 50 50 50 50 50 50</i> | <i>7) Dexametasona (1)</i>   |
| CÓDIGO                                       | <i>8) Dextropropofol (1)</i> |
| ANESTESIA X 220                              | <i>9) Midazolam (2)</i>      |
| OPERAÇÃO 200                                 | <i>10) Etilefrina (2)</i>    |
| INTUBAÇÃO X 180                              | <i>11) Atropina (2)</i>      |
| ENDOTRAQUEAL 160                             |                              |
| PRES. SISTOL. V 140                          |                              |
| PRES. DISTOL. A 120                          |                              |
| PULSO. 100                                   |                              |
| RESP. ASSIST. -RA                            |                              |
| RESP. EXPONT. -RE                            |                              |
| RESP. CONTR. -RC                             |                              |
| POSICÃO                                      |                              |

TÉCNICA ANEST. GERAL: ( ) INALATÓRIA: ( ) ENDOVENOSA: ( ) BALANCEADA: ( ) SEDAÇÃO: ( )  
ANEST. REGIONAL: (x) RAQUIDIANA: ( ) PERIDURAL: ( ) OUTROS: ( )

AGENTES EMPREGADOS  
*Amorizato, ampicilina, piroxicam, clonidina, midazolam, BICL 120*

*Leão, vaso, 2 agulhas apertadas*  
ACORDADO SIM ☒ NÃO ☐ SALA DE RECUPERAÇÃO SIM ☒ NÃO ☐ CONDIÇÕES B ☒ R ☐ M ☐ P ☐ ÓBITO *—*

**CONTROLE E REGISTRO  
DOS MATERIAIS  
ESTERELIZADOS E  
UTILIZADOS NO TRANS-  
OPERATÓRIO**

Nome: Juan Carlos dos Santos

Data Nascimento: 08 / 05 / 1974

Atendimento: 62878983

Médico: Dr:

Procedimento: Fixação externa

Técnicos de sala: Silvania + Paula

Houve mudança de equipe durante o procedimento: Sim ( ) Não (☒)

OBS: Se a resposta for SIM, colocar nomes.

| NOME BANDEJA    | DATA<br>ESTERELIZAÇÃO | Nº CAIXA<br>CIRÚRGICA | LOTE         | RESPONSÁVEL PELO<br>PREPARO DA BANDEJA |
|-----------------|-----------------------|-----------------------|--------------|----------------------------------------|
| <u>Plástica</u> | <u>19.10.2019</u>     | <u>0709</u>           | <u>508</u>   | <u>Ar.</u>                             |
| <u>Vesical</u>  | <u>20.10.2019</u>     | <u>0756</u>           | <u>844/2</u> | <u>-</u>                               |
|                 |                       |                       |              |                                        |
|                 |                       |                       |              |                                        |

134°C-5.3mins/121°C-15mins



LOT 033471

**A ANEXAR ETIQUETAS DE  
BANDEJAS DE CME COM CÓDIGOS E  
INTEGRADORES**

**ANTONIO PRUDENTE** **CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO** **ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO**

Nome da Caixa: Plástica Método de Esterilização: Á VAPOR

22/10/2019

**ANTONIO PRUDENTE** **CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO** **ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO**

|                  |                 |                         |                 |
|------------------|-----------------|-------------------------|-----------------|
| Nome da Caixa    | <u>Vesical</u>  | Método de Esterilização | <u>Á VAPOR</u>  |
| Nome da Caixa    | <u>Vesical</u>  | Data de esterilização   | <u>20.10.19</u> |
| Nº Caixa         | <u>0756</u>     | Volume em uso           | <u>20.04.2</u>  |
| Responsável pelo | <u>Dr. Juan</u> | Volume                  | <u>844/2</u>    |

PACIENTE

10/16  
10/16  
10/16

ENFERMEIRO(A):

Nome completo: João Carlos dos Santos Data de nascimento: 03/05/74 Número do registro hospitalar: \_\_\_\_\_

### TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Data: 22/10/19 Hora: \_\_\_\_\_ Unidade de origem: E.P.A Unidade de destino: IA (4016)  
 Responsável pelo transporte: ☐ Técnico de Enfermagem ☐ Enfermeiro ☐ Médico ☐ Fisioterapeuta

### SITUAÇÃO

Motivo da transferência: Qtd Omeprazol  
 Diagnóstico(s): Emet. JVPIC  
 Sinais Vitais: PA 123/68 mmHg TC 69 bpm FR 18 rpm T 36.4  
 SpO2 99 % Escore de dor: \_\_\_\_\_  
 Medicamentos em uso: \_\_\_\_\_  
 Riscos gerenciados: ☐ Não se aplica ☒ Flebite ☐ TEV ☐ ILPP ☒ Queda ☐ Outros: \_\_\_\_\_  
 Protocolos gerenciados: ☒ Não se aplica ☐ Sepse ☐ Dor torácica ☐ Outros: \_\_\_\_\_  
 Suporte de oxigênio: ☒ Não ☐ Sim ☐ Cateter: \_\_\_\_\_ l/min ☐ Nebulização: \_\_\_\_\_ l/min ☐ Ventilação mecânica: \_\_\_\_\_  
 Acessos vasculares: ☐ Não ☐ Sim ☐ CVC ☒ JVP ☐ PICC ☐ Port a cath ☐ Outros: \_\_\_\_\_  
 Sondas, drenos, ostomias: ☒ Não ☐ Sim Qual?: \_\_\_\_\_  
 Outros dispositivos: ☐ Não ☒ Sim Qual?: Fixador externo na HSG  
 Lesão de pele: ☒ Não ☒ Sim Local: \_\_\_\_\_ Estágio: \_\_\_\_\_  
 Curativos: ☐ Não ☒ Sim Qual produto?: \_\_\_\_\_  
 Precaução: ☒ Não ☐ Sim ☐ Contato ☐ Aerosóis ☐ Gotículas  
 Monitorização: ☒ Não ☐ Sim Qual?: \_\_\_\_\_  
 Nível de consciência: ☒ Consciente ☐ Confuso ☐ Sonolento ☐ Comatoso  
 Locomoção: ☒ Deambula sem auxílio ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado  
 Transporte utilizado: ☐ Cadeira de rodas ☒ Maca ☐ Incubadora de transporte

### BREVE HISTÓRICO

Antecedentes: ☐ Não ☐ Sim ☐ HAS ☐ DM ☐ JAVC ☐ DPOC ☐ Outros: \_\_\_\_\_  
 Alergias: ☒ Não ☐ Sim Qual?: \_\_\_\_\_  
 Procedimentos realizados: ☒ Não ☐ Sim Qual?: \_\_\_\_\_  
 Valores, crenças, barreiras: ☐ Não ☐ Sim Qual?: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

### AValiação

**A**

Registrar dados relevantes das últimas 24 horas

### RECOMENDAÇÕES

**R**

Recomendações especiais e pendências

☐ Não ☐ Sim Qual(s): \_\_\_\_\_

Exames Pendentes: \_\_\_\_\_

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável Unidade de Origem: \_\_\_\_\_

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável Unidade de Destino: \_\_\_\_\_

### CAMPO PARA PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA VIDA & IMAGEM APÓS A REALIZAÇÃO DO EXAME

Foi realizado o exame: ☐ Não ☐ Sim  
 Paciente apresentou intercorrência durante o exame: ☐ Não ☐ Sim Qual: \_\_\_\_\_  
 Conduta imediata: ☐ Não ☐ Sim Qual: \_\_\_\_\_  
 Foi encaminhado peças para anatomia patológica (biópsia)? ☐ Não ☐ Sim  
 Sinais Vitais: PA: \_\_\_\_\_ mmHg FC: \_\_\_\_\_ bpm FR: \_\_\_\_\_ rpm T: \_\_\_\_\_ °C

Nome/Carimbo do Enfermeiro, Técnico de Enfermagem ou Técnico de Radiologia Responsável Unidade de Origem: \_\_\_\_\_

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável Unidade de Destino: \_\_\_\_\_



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA  
BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 64384 /2019

Admissão: 19/10/2019 10:16:20

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 51303 - JEAN CARLOS DOS SANTOS (45 a 5 m 11 d)

Sexo: M Cor: PARDA

Nascimento: 08/05/1974

Natural: MOSSORO, BRASIL

Prof:

CNS: 709808087653492

CPF: 96962119453

Pai: JOAO FERNANDES DOS SANTOS

Mãe: RAIMUNDA ANDRADE DOS SANTOS

Logradouro: HERCULANO COUTO, 2039

Bairro: BARROCAS

Cidade: MOSSORO

CEP: 59621060

Telefone: 84.988446956

Compl:

Tipo: REGULADO  
\*Empresa:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO  
Origem: SAMU RN

OBS: SAMU.

| Classificação:      |        |     |       |      |      | PESO:   |       |
|---------------------|--------|-----|-------|------|------|---------|-------|
| 19/10/2019 10:12:48 |        |     |       |      |      | Glasgow | RTS   |
| HORA                | P.A.   | HGT | SatO2 | FIO2 | F.R. | F.C.    | TEMP. |
|                     | 110 80 |     | 99    |      | 16   |         |       |

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: 45 anos. queda de moto. FRATURA TIBIA DIREITA. A.A. ORIENTADO  
Hora: 10:25

Paciente, portador de queda de moto, trouxe contusão facial. Estava com capote, o qual não se desprende da cabeça. Meia nêusea, e deformidade em tomazelo D. Afrouxa dor 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 em região de tomazelo D. Deformidade 2

| Diagn. Inicial:                      | VIA | HORÁRIO | ASSINT. |
|--------------------------------------|-----|---------|---------|
| PRESCRIÇÃO:                          |     |         |         |
| 1) Sólido Poço X de tomazelo D.      |     |         |         |
| 2) Sólido fôlego do abdômen          |     |         |         |
| 3) Alta de sangue (vermelho),        |     |         |         |
| 4) Desidratação 2ml + 8ml, EV, Agor. |     | 10:45   | RM 50   |
| 5) SFL 500 ml, EV.                   |     | 10:45   | RM 54   |

Romney Vieira Alves  
CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO  
CIRURGIA GERAL  
CRM/RN 6382

\*SAÍDA: ( ) Decisão médica ( ) Transferido ( ) Evasão ( ) Óbito ☒ Interna: (Preencher CID, PROC)

CID 582.1 Proc. 0408050497

Data: 1/19. Hr: : Médico:

\*Gerado via SX por MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA. Impresso em 19 de Outubro de 2019.

(Assinatura e Carimbo)  
Dr. Igo Walecio M. de O. Almeida  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM/RN 6429

# Orthopedic  
Rt Fr 16 transverse fracture  
C7 P2 56 cm elongation  
P1 proximal humerus

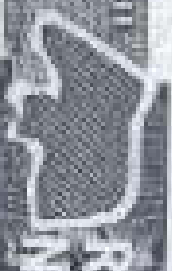
Dr. Igo Walesko M.D. Orth.  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM/RN 6429

1760600409

1760600409



REPUBLIC ATTORNEY GENERAL JOHN BOGGS  
ASSISTANT ATTORNEY GENERAL  
JAMES M. BOGGS, JR.  
COLUMBIA, MISSOURI



JEAN CARLOS DOB DANFORD

[illegible]

069-421-104-02

00/08/1974

1997

JOAO FERNANDES DOS  
SAUTOS  
SALVEMDA ALMEIDA DOS  
SAUTOS



100

014770 940127 240000

1000

1

12

100

— 114417230 —

710/1000

772 673 005

**COPYRIGHT © 2006**

John Corbin and Corbin

**—LOCAL—**  
**MOBBING, IN**

202/637-2015

**Octavio Santiago Filho**  
Diretor Geral - Datamem

100

811 256 444 517 0  
1007 0 5 6 5 3 0 6 7

RIO GRANDE DO NORTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1828326648

NOME  
CLAUDENOR CARVALHO DE CASTRO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
3832882 SSP RN

CPF DATA NASCIMENTO  
533.593.803-04 26/11/1975

FILIAÇÃO  
FRANCISCO SILVA DE  
CASTRO  
MARIA DE FATIMA CARVALHO  
CASTRO

PERMISSÃO ACC CAT. HAB  
AB

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO  
00764330271 16/09/2024 29/07/1999

OBSERVAÇÕES

A

*Claudenor C de Castro*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
MOSSORO, RN

DATA EMISSÃO  
17/09/2019

Janielson Pereira da Oliveira  
Diretor Geral - Detran RN

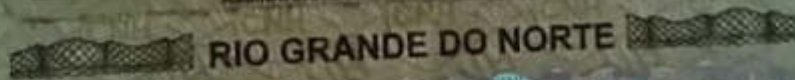
75884171859  
RN706388143

ASSINATURA DO EMISSOR

RIO GRANDE DO NORTE

PROIBIDO PLASTIFICAR

1828326648



DF AC AL AP AM BA CE ES GO MA MT MS MG PR PE PI RJ RN RS SE SP TO

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS ATACADO, CULPADOS POR VEÍCULO  
E DANOS DE TERCEIROS. E-MAIL: [SEGURO@SUAORCA.APESSOAS.COM.BR](mailto:SEGURO@SUAORCA.APESSOAS.COM.BR)  
TRANSPORTE DAS OUtras SEGURADORAS

FRN N° 014100528864 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradorafidei.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

|           |              |
|-----------|--------------|
| EXERCICIO | DATA EMISSAO |
| 2019      | 17/04/2019   |

|         |              |                       |                         |
|---------|--------------|-----------------------|-------------------------|
| Q68E764 | CPE / CDP    | 533.893.803-04        | 1                       |
|         | MARCA/MODELO | WANDA/XR160 5R0S ESDD | REVISÃO<br>010000000000 |

|             |                        |
|-------------|------------------------|
| RENUMERO    | IMPRA/MODELO           |
| 01189292193 | HONDA/NXR160 EROS ESDD |

|         |          |                   |
|---------|----------|-------------------|
| AND HAS | CU. YRS. | NO. CHARGES       |
| 2019    | 9        | 9C2KD0810KR139146 |

PRÊMIO TARIFÁRIO

|           |              |                      |
|-----------|--------------|----------------------|
| PAIS (pt) | LEASMAN (pt) | CUSTO DO SEGURO (pt) |
|           |              |                      |

| QUANTO DO PULHETE (R\$) | 10% (R\$) | TOTAL A SER PAGO DEBEMOS |
|-------------------------|-----------|--------------------------|
|                         |           |                          |

|                                     |           |                                    |                 |
|-------------------------------------|-----------|------------------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> COTA ÚNICA | PAGAMENTO | <input type="checkbox"/> PARCELADO | DATA DE OUTUBRO |
|-------------------------------------|-----------|------------------------------------|-----------------|

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CHEF J 09-240,00X/0001-04

Carlos Alberto da Silva  
Coordenador de Pesquisa de Políticas  
Científicas

MAR-2018

DENATRAN

## CONTRAI

VALID

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

969.621.194-53

4 - Nome completo da vítima:

Sean Carlos dos Santos

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

5 - Nome completo:

Sean Carlos dos Santos

7 - Profissão:

heliportista

8 - Endereço:

Herculano Couto

6 - CPF:

969.621.194-53

11 - Bairro:

Bomcos

12 - Cidade:

Mossoró

9 - Número:

2039

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59.621-000

16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

1102

9

CONTA:

0020258

4

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (nascido)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116247/20

**Vítima:** JEAN CARLOS DOS SANTOS

**CPF:** 969.621.194-53

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 19/10/2019

**Titular do CPF:** JEAN CARLOS DOS SANTOS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Laudo do IML - Lesões corporais  
Outros

### CLAUDENOR CARVALHO DE CASTRO : 533.593.803-04

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

### JEAN CARLOS DOS SANTOS : 969.621.194-53

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/04/2020  
Nome: CLAUDENOR CARVALHO DE CASTRO  
CPF: 533.593.803-04

CLAUDENOR CARVALHO DE CASTRO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2020  
Nome: Francisca Valeria Tavares de Miranda  
CPF: 063.454.894-84

Francisca Valeria Tavares de Miranda

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200149329 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JEAN CARLOS DOS SANTOS **Data do acidente:** 19/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 17/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PILÃO TIBIAL DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO+FIO+PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.  
(P3,11,29,31,41,48,54,90,95,102)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** SEM LAUDO DE IML.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                  | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um tornozelo | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                        |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

## PROCURAÇÃO

Outorgante:

Jean Carlos dos Santos, brasileiro (a), estado civil solteiro,  
profissão Autônomo, residente e domiciliado à Rua Herculano Couto,  
Nº 2039 Bairro Barrocas, Município de Mossoró,  
Estado de (o) Rio Grande do Norte CEP 59.621-060,  
portador(a) do RG nº 003469666, SSP/ RN e CPF nº 969.621.194-53.

Outorgado:

Claudemir Carvalho de Castro, brasileiro(a), estado civil \_\_\_\_\_,  
profissão Autônomo, residente e domiciliado à Rua Herculano Couto,  
Nº 2039, Bairro Barrocas, Município de Mossoró,  
Estado de (o) Rio Grande do Norte CEP 59.621-060,  
portador(a) do RG nº 3832882, SSP/ RN e CPF nº 533.593.803-04.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio de Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro de cobertura Invalididez, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Jean Carlos dos Santos ocorrido em 29/10/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado de entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da vítima.

Mossoró, 25 de Novembro de 2019

SEGUNDO  
OFÍCIO  
DE NOTAS  
DE  
Mossoró

Jean Carlos dos Santos

Outorgante

CPF Nº 969.621.194-53

OBS: Reconhecer firma em cartório por autenticidade verdadeira

SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS DE MOSSORÓ - RN  
Rua Santos Dumont, 10 - Centro - Titular: LUANA MENDONÇA FERNANDES  
CNPJ: 04.133.213/12 - E-mail: carterm2mossoró@notariarj.com

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de: JEAN CARLOS DOS SANTOS [969.621.194-53].  
Confira em: <https://selodigital.tjrn.jus.br>  
Selo Digital: RN201900949480037100PEN.  
Mossoró-RN, 25 de novembro de 2019 14:14  
Luana Kariny Mendonça Fernandes - Tabeliã  
Substituta  
Cp: Felipe Emol: 2,83 ISSQN: 0,14 - TOTAL: 2,97

AB156639

SELO DE AUTENTICIDADE

AB156639

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116247/20

**Vítima:** JEAN CARLOS DOS SANTOS

**CPF:** 969.621.194-53

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 19/10/2019

**Titular do CPF:** JEAN CARLOS DOS SANTOS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Laudo do IML - Lesões corporais  
Outros

### CLAUDENOR CARVALHO DE CASTRO : 533.593.803-04

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

### JEAN CARLOS DOS SANTOS : 969.621.194-53

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/04/2020  
Nome: CLAUDENOR CARVALHO DE CASTRO  
CPF: 533.593.803-04

CLAUDENOR CARVALHO DE CASTRO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2020  
Nome: Francisca Valeria Tavares de Miranda  
CPF: 063.454.894-84

Francisca Valeria Tavares de Miranda

---

**Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200149329**

**Vítima: JEAN CARLOS DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 19/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: CLAUDENOR CARVALHO DE CASTRO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JEAN CARLOS DOS SANTOS**

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

Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200149329

Vítima: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Data do Acidente: 19/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CLAUDENOR CARVALHO DE CASTRO

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JEAN CARLOS DOS SANTOS**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 1.687,50 |

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000001102-9

Conta: 000000020258-4

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

969.621.194-53

4 - Nome completo da vítima:

Sean Carlos dos Santos

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

5 - Nome completo:

Sean Carlos dos Santos

7 - Profissão:

heliportista

8 - Endereço:

Herculano Couto

6 - CPF:

969.621.194-53

11 - Bairro:

Bomcos

12 - Cidade:

Mossoró

9 - Número:

2039

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59.621-000

16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

1102

9

CONTA:

0020258

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (nascido)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 059267/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/11/2019 15:20 Data/Hora Fim: 14/11/2019 15:37  
Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró  
Data/Hora do Fato: 19/10/2019 09:35

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)  
Logradouro: Avenida Abel Coelho

Bairro: Abolição  
Nº: 407  
CEP: 59.612-300

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JEAN CARLOS DOS SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Mossoró

Sexo: Masculino

Nasc: 08/05/1974

Profissão: Leiturista

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: RAIMUNDA ANDRADE DOS SANTOS

Em Serviço: Sim

Nome do Pai: JOAO FERNANDES DOS SANTOS

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 969.621.194-53

RG - Carteira de Identidade: 001469666

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: HERCULANO COUTO

Bairro: BARROCAS

Telefone: (84) 98886-7714 (Celular)

Nº: 2039

CEP: 59.621-060

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Descrição moto envolvida acidente

Placa QGS6F64

Número do Motor KD08E1K139172

Ano/Modelo Fabricação 2019/2019

UF Veículo Rio Grande do Norte

Marca/Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 533.593.803-04

Renavam 01188292193

Número do Chassi 9C2KD0810KR139146

Cor VERMELHA

Município Veículo Mossoró

Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 17/04/2019



Delegado de Polícia Civil: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto  
Impresso por: José Josué Costa Faustino  
Data de Impressão: 14/11/2019 15:38  
Protocolo nº: Não disponível



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 059267/2019

|                     |                        |                         |
|---------------------|------------------------|-------------------------|
| Situação do Veículo | ALIENACAO FIDUCIARIA   | Envolvimentos           |
| Nome Envolvido      | JEAN CARLOS DOS SANTOS | Proprietário, Possuidor |

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante informa que estava conduzindo a motocicleta acima citado na Avenida Abel Coelho, Quando um carro freou bruscamente em sua frente; Que o comunicante não teve tempo de frear e acabou colidindo na traseiro do carro, Que caiu no chão e quebrou a tibia; Que foi socorrido pelo SAMU e encaminhado ao Hospital Regional Tarcisio Maia. Nada mais disse.

ASSINATURAS

*José Josué Costa Faustino*

José Josué Costa Faustino  
Agente de Polícia  
Matrícula 207.338-2  
Responsável pelo Atendimento

*Jean Carlos dos Santos*

JEAN CARLOS DOS SANTOS  
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assertadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que daí originar, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

969.621.194-53

4 - Nome completo da vítima:

Sean Carlos dos Santos

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

5 - Nome completo:

Sean Carlos dos Santos

7 - Profissão:

heliportista

8 - Endereço:

Herculano Couto

6 - CPF:

969.621.194-53

11 - Bairro:

Bano cas

12 - Cidade:

Mossoró

9 - Número:

2039

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59.621-000

16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

1102

9

CONTA:

0020258

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (nascido)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



**COSERN**

Tarifa Social de Energia Elétrica Credi pelo Lei 10.438, de 26/04/03  
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA • FATURA • NOTA FISCAL  
Consumo Residencial no Pólo Grande do Sul  
Rua Benedito 160, Fone: 11411-1111 - Rio CEP 10033-270  
CNPJ nº 04.194.012-01 - 31.1 set. 2019 - 30/09/2019 - com COSERN para p/

ENDEREÇO DO CLIENTE:

RAIMUNDA ALCRAGE DOS SANTOS

DISTRIBUIÇÃO DA ENERGIA ELÉTRICA  
RUA HERCULANO COELHO 2059

CNPJ 0812 512 054-13

BARRIO CASARETA URBANA,  
MOSSORO RN  
59621-000

CLASSIFICAÇÃO:

81 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

1º DE 2019

UNICA

10/10/2019

031622228

UNICA

10/10/2019

18/10/2019

300355813

602077

DISTRIBUIÇÃO DA NOTA FISCAL

121,03

CÓDIGO OPERACIONAL: 0486530014  
DATA DE VALIDADE: 23/10/2019  
VALOR: 121,03

10/2019

23/10/2019

18/11/2019

Consumo Abon. (Wh)  
Aterramento Bandeira AMARELA  
Aterramento Bandeira VERMELHA  
Consumo kWh Fudele (kWh) (p/)  
Multa por atraso (R\$) 0,22000000 - 18/09/19  
Juros por atraso (R\$) 0,78888880 - 18/09/19

| QUANTIDADE   | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|--------------|-------------|-------------|
| 151,00000000 | 0,88358708  | 103,26      |
|              |             | 1,82        |
|              |             | 3,86        |
|              |             | 8,84        |
|              |             | 1,94        |
|              |             | 0,77        |

TOTAL DA FATURA

121,03

HISTÓRICO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

| 1º DE      | ANTERIOR   |          | ATUAL      |          | 2º DE | COMPARTE | AJUSTE | COMPARTE (VAL) |
|------------|------------|----------|------------|----------|-------|----------|--------|----------------|
|            | DATA       | LEITURA  | DATA       | LEITURA  |       |          |        |                |
| 18/09/2019 | 18/09/2019 | 14 20 00 | 18/09/2019 | 14 20 00 | 15    | 1 0000   |        | 14 20 00       |