

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA APARECIDA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03568

CONTA: 000000014310-2

Nr. da Autenticação 9917A0C6416100A6

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190714868 **Cidade:** Areia Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA APARECIDA DA SILVA **Data do acidente:** 13/11/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FASCIOTOMIA) E ALTA MÉDICA.
(P1,3,4)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau residual - 10 % | 7% | R\$ 945,00 |
| Total | | | 7 % | R\$ 945,00 |

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190714868

Vítima: MARIA APARECIDA DA SILVA

Data do Acidente: 13/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSEANGELA DE ARAUJO FERNANDES SOUSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA APARECIDA DA SILVA

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\$ 945,00 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: **MARIA APARECIDA DA SILVA**

Valor: **R\$ 945,00**

Banco: **104**

Agência: **000003568**

Conta: **0000014310-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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.

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: 063288304-39 4 - Nome completo da vítima: Maria Aparecida da Silva Lobato

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

5 - Nome completo: Maria Aparecida da Silva Lobato 6 - CPF: 063288304-39
7 - Profissão: Autônoma 8 - Endereço: Rua Lam Borco 9 - Número: 23 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Silva 12 - Cidade: Arica Branca 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 59655-000
15 - E-mail: Nao possui 16 - Tel.(DDD)-: (84) 99827-0066

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 ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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 (297) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3568 CONTA: 34330 (2)
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, 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 de 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva

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 herdeiros? ☐ 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando nítida, 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.

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): Jorge Luis Soares

723 459 394-49

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

Jorge Luis Soares

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

38 - 1ª Nome: Jhonney Norc de Oliveira
CPF: 767 467 553-84

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: Fabio Henrique da Silva
CPF: 082 593 739-047

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Moisés - RJ 02/02/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

GABINETE DO DELEGADO-GERAL
DELEGACIA MUNICIPAL DE AREIA BRANCA/RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 658/2019

Natureza da Ocorrência: Acidente de Trânsito.

Data e horário do fato: 13 de novembro de 2018, por volta das 13h00min.

Local da Ocorrência: Rua Jorge Caminho, de frente à Loja de Móveis, Areia Branca/RN.

COMUNICANTE: MARIA APARECIDA DA SILVA LÓBATO, RG 002.166.846/RN e CPF nº 061.288.304-39, brasileiro (a), casada, natural de Macau-RN, nascida aos 09.11.1963, com 56 anos de idade, filho (a) de Teresa Flaurida da Silva, residente e domiciliado na Rua Dom Bosco, nº 25, bairro Ilha, Areia Branca/RN. Tel.: 84-9689.6751.

VITIMA(s): A Comunicante.

Acusado(s): NÃO IDENTIFICADO.

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA Informa a comunicante que na data, local e horários supramencionados, caminhava a pé seguindo às margens da BR-110, quando de frente a uma loja de móveis tentou atravessar a via de rolamento, quando foi atropelada por um veículo que passava e não lhe prestou socorro, sendo atendida no Hospital Regional Tarcísio Maia em Mossoró/RN. Nada mais disse.

OBS.: O comunicante se responsabiliza pelas informações contidas, no presente Boletim de Ocorrência, sob pena de responsabilidade criminal, com vistas no art. 340 do CPB


Comunicante

Areia Branca/RN, 13 de Novembro de 2019.


Delegado Geral
Polícia Civil
MAT: 190.933-9
Registrante

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCÍITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Roseangela de Araújo Fernandes Sousa
inscrito (a) no CPF/CNPJ 066.552.644, 39 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Maria Aparecida da S. Lobato inscrita (a) no CPF sob o Nº 063.288.304, 39
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Maria Aparecida da S. Lobato
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 063.288.304, 39, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: leitora, Renda: leitora e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | |
|--|------------------------|-----------------------------------|
| Endereço: <u>Rua Decócio Falcão Figueira</u> | Número: <u>15</u> | Complemento: <u>Casa 02</u> |
| Bairro: <u>Aeroporto</u> | Cidade: <u>Mossoró</u> | Estado: <u>RN</u> |
| E-mail: <u>Não possui</u> | CEP: <u>59607-780</u> | |
| | | Tel.(DDD): <u>(84) 99821-0066</u> |

Local e Data: Mossoró - RN 02/12/19

x Roseangela de Araújo Fernandes Sousa
Assinatura do Declarante



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 26916 - MARIA APARECIDA DA SILVA LOBATO (55 a 4 d)

Nascimento: 09/11/1963

Natural: MACAU, BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS:

CPF:

Prof:

Mãe: TERESA FLAURIDA DA SILVA

Pai:

Logradouro: SÍTIO BAIXA GRANDE, 10

CEP: 59655000

Bairro: SÍTIO

Cidade: AREIA BRANCA

Telefone: 84.33153390 84 33153390

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): ATROPELAMENTO POR CARRO

Tipo: REGULADO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

*Empresa:

| OBS: | | | | | Classificação: 13/11/2018 13:50:35 | | | PESO: | |
|------|------|-----|-------|------|------------------------------------|------|-------|---------|-----|
| HORA | P.A. | HGT | SatO2 | FIO2 | F.R. | F.C. | TEMP. | Glasgow | RTS |
| | | | | | | | | | |

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: paciente apresenta hematoma na região do quadril/coxa. AREIA BRANCA - DR BRUNO

Hora: _____

Paciente vitória de acidente, alto momento no dia 28/10/18 por brecha e este hospital, a paciente apresenta hoje um edema em região coxa direita com conteúdo líquido, móvel, e refusa dor no local.

A
B
C
D
E

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 12/11/2019

SAME / ARQUIVO

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORÁRIO

ASSINT.

1) Dieta liberada
meio leite

Dr. Bruno de Oliveira
CRM 2834

2) S. Inalatório 0,9% - 500ml

S. Analgésico - 100ml

Dr. Guilherme Almeida
CRM 8577

3) Cefalosporina 1g 6/6h, IV

Dr. José Roberto
CRM 1576

*Saída: - () Decisão médica; () Outro Serviço; () Evasão; () Óbito () Interna: CID 739.6

Proc. 40805080

Data: 14/11/18. Hr: 09:40 Ass. Médico: Aclio Jales



SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **MARIA APARECIDA DA SILVA LOBATO** (Fia: 4932/2018), CPF:06128830439.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 14 de Novembro de 2018.

CCIH - HRTM

DATA 03/12/18

Assinatura

Paciente ou responsável

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA E DE
SAÚDE

DATA 29/11/18

Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
CONFORME O ORIGINAL
MOSSORÓ 12/11/2019
BIM
FONE / ARQUIVO



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento da Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Hematomas no MD após trauma
1 Verificação por traumatismo crânio

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Prova de compromisso

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

Exame físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

53 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

() CNS () CPF

54 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

55 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

SAME / ARQUIVO



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Maria Jacinete da Silva Lobo

Reg Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: Hemorroida em grau lateral de 2º grau (D)

Indicação terapêutica: Exatomação com drenagem de hemorroida

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: 11:05

Duração: _____

Operador Dr. Elton

1ª Auxiliar: _____

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: Dr. Elton

Dr. Elton Nogueira
Cirurgia Geral / Coloproctologia
CRM-RN 5860

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

(X) Limpa () Pot. Contaminada () Contaminada () Infectada

Dr. Elton Lobo Nogueira

Exatomação de MLD

Comprim

Drenagem em grau lateral de 2º grau de 2º grau

Drenagem de quisto de grau de 2º grau de 2º grau

Exatomação com drenagem de 2º grau de 2º grau

Exatomação de grau de 2º grau de 2º grau

Curativo

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANEAMENTO 12/11/80

Dr. Elton Nogueira
Cirurgia Geral / Coloproctologia
CRM-RN 5860

SANETARQUA



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

DEBITO CIRURGICO

Nome do paciente: Ilacir Aparecida da S. Leite do Pront.: 151.311.48
Cirurgia: Ressecção piocirúrgica hemitoral MD Data: 15/11/18
Cirurgião: Dr. Elton Auxiliar: J Instrumentadora: Indira
Anestesiologista: Dr. Euane Anestesia: Raque + sedação
Início da Cirurgia: 10:45 Término: 11:00

| MATERIAL USADO | QUANTIDADE |
|------------------------------------|------------------|
| * COMPRESSAS | 10 unid. |
| * GASES | 03 peds |
| * ESPARADRAPO | 20cm |
| * COMPRESSAS | |
| * LÂMINA DE BISTURI Nº 24 | 01 unid. |
| * LUVAS 8.0, 7.0 | 03 unid. |
| * EQUIPO PARA SORO | |
| * S CALPS Nº | |
| * JELCOS | |
| * CATETER PARA SUBCLAVIA | |
| * SERINGAS DE 01 ML | |
| * SERINGAS DE 03 ML | |
| * SERINGAS DE 05 ML | |
| * SERINGAS DE 10 ML | |
| * SERINGAS DE 20 ML | 02 unid. |
| * AGULHAS DESCARTÁVEIS Raque | 01 unid. |
| * SONDA ENDOTRAQUEAL Nº | |
| * TRAQUEOSTOMO | |
| * SONDA URETRAL Nº | |
| * SONDA FOLEY Nº | |
| * SONDA NASOGÁSTRICA Nº | |
| * CATETER PARA O2 | |
| * SONDA PARA ASPIRAÇÃO Nº | |
| * COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO | |
| * BOLSA DE COLESTOMIA | |
| * DRENHO DE PENROSE Nº | |
| * DRENHO DE TORAX Nº | |
| * ATADURA GESSADA | |
| * TAPA DE DREPO | |
| * ALGODÃO ANTIPÉDICO | |
| * CATGUT CROMADO | |
| * CATGUT SIMPLES | |
| * FIO DE ALGODÃO | |
| * MONONYLON | |
| * OUTROS FIOS | |
| * USO DO BISTURI ELÉTRICO | |
| * USO DE OXIGÊNIO | Sim |
| * SOLUÇÃO DE PVPI ALCOÓLICA | |
| * SOLUÇÃO DE PVPI DEGERMANTE | 100ml |
| * SOLUÇÃO DE PVPI TÓPICO | |
| * SOLUÇÃO DE ÉTER | |
| * SOLUÇÃO DE ÁGUA OXIGENADA | |
| * SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% | |
| * SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5% | |
| * SOLUÇÃO DE RINGER C/LACTATO | |
| * SOLUÇÃO DE RINGER C/LACTATO | |
| * SOLUÇÃO DE RINGER SIMPLES | |
| * MANTOL Eletrodos | 03 unid. |
| * XILOCAINA A 2% | |
| * ABB 6000/ máscara | 01 unid. de cada |

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFERE O ORIGINAL
SARE PROSOS 18/11/2018
SAME/ARQUIVO BLAN



090971-5396
3318-1090

My dear Mr. Brewster

Nome: Maria Aparecida da Silva 55a Leito: 302-5

| DATA | EVOLUÇÃO |
|----------------|--|
| 16.11.2018 | 1º DPO por Fasciotomia por Drenagem de Hematoma |
| Fe: 67 bpm | em NID. |
| Fe: 22 irpm | Sonda de Fístula durante necrose. Nega febre ou vômito |
| SaTDz: 97%AO | Pel evolui estável hemodinamicamente, sem queixas no |
| Diúrese: (+) | momento. ACV: ROR, 2T, RNE, SS DP: NVE(+) em AITx, SR |
| Evacuação: (+) | ABD: NDN |
| | |

PRESCRIÇÃO

[illegible]

CPF

051.288.304-39

MARIA APARECIDA DA SILVA LOPES

12/11/1963

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE PERÍCIA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - II



PROTEÇÃO DIREITO



JORGE LUIS SORRES

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO NACIONAL 061.465.335

DATA DE EXPIRAÇÃO 05/07/2019

JORGE LUIS SORRES

LUIZ GONZAGA SORRES

FRANCISCA FERREIRA DA COSTA

NATURALIDADE

MOSSORÓ RN

DATA DE NASCIMENTO 13/05/1969

DOC. ORIGINÁRIO

CERT. DE NASCIMENTO 1-10-62 F-250 RB-8143

MOSSORÓ RN - 2 CARTÃO

CPF 72.159.194-47

3a. VIA

RECEB. 21.000.000.000.000

RECEB. 161 NR 7 119 DE 2000/000

u A Pogo

PROCURAÇÃO PARTICULAR – SEGURO DPVAT

Outorgante (Vítima/Beneficiário não alfabetizado):

Nome: Maria Aparecida da Silva Lobato Data do acidente: 13/11/2018
cobertura Invalidez estado civil: casada Profissão: Autônoma
portador(a) do RG 002 166 846 órgão expedidor SSPRN e do CPF: 061.288.304-39
residente no(a) Rua Dom Bosco nº 21, bairro: Ilhé, município: Meia Bicoa / RN.

Outorgado (Procurador):

Nome: Roseangela de Araujo Fernandes Souza brasileiro(a),
estado civil: Solteira Profissão: Autônoma, portador(a) do RG 002559253,
órgão expedidor SEPRN e do CPF: 06653264439 residente no(a)
Rua Dioclevo Falcão Freire nº 35, bairro: Barro Preto,
município: Monteiro / RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Podendo apresentar, firmar documentos, declarações, assinar formulários, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro DPVAT, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e

Local e Data, Monteiro - RN 09/12/19

Nome: Jorge Luis Soares

CPF: 723.469.394-49

(*) Assinatura de quem assina A RÔGUA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: Jaksony Jose de Oliveira

CPF: 767.467.553-04

Assinatura

2ª Nome: Fabio Henrique da Silva

CPF: 082.583.134-04

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

ATENÇÃO!!!

TODOS QUE ASSINAM O DOCUMENTO DEVEM RECONHECER A FIRMA EM CARTÓRIO, POR AUTENTICIDADE.