

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

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

Rio de Janeiro, 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, retorno 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: DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° 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 NR 445/2012

5 - Nome completo: Maria Aparecida da Silva Lobato 6 - CPF: 063288304-39

7 - Profissão: Dona 8 - Endereço: Rua Dom Bosco 9 - Número: 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Ilha 12 - Cidade: Areia Branca 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59655-000

15 - E-mail: Não tenho 16 - Tel. (DDD): (84) 99821-0066

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTORE/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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (297) Itaú (341)

Name do BANCO: _____

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3568

CONTA: 34330

2

(Inserir o dígito de verificação)

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 os 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 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) Divorciado 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: Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? Sim Não

30 - Vítima deixou herdeiros? Sim Não

31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos: Sim Não

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 riante, 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 209 do Código Penal.

Jorge Luis Soares

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

723459394-49

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

Jorge Luis Soares

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

Nathony Rose de Oliveira

CPF: 161461553-04

*161461553-04-04-01/461553

Assinatura da testemunha

Fábio Henrique da Silva

CPF: 082393739-041

Assinatura da testemunha

Fábio Henrique da Silva

03/03/2019 02/12/19

40 - Local e Data:

X 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO



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(a) Policial Registrante
Edmundo Alves Lima
n.º CT: 190.933-9



COSERN

ESTATE PLANNING

Centro de Estudos da Pátria e da Maturidade, Largo Pedro II, 10, sala 1029, de 15/02/2012
Paulo Henrique do Rio Branco de Oliveira
CNPJ: 18.340.000/0001-01 - Rua: São João, 100 - Bairro: Centro - CEP: 510-10-000

THE ANNUAL REFERENCES SOURCE

二

BY RÉSIDENT

РУАНДАВАСИ СОНКАЛУКОРА
CS-02

1915222549
02092019
24092019

Digitized by srujanika@gmail.com

NOTAS DA FÁTURA

卷之三

Phragmites



POLEGAR DIRETO





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: 0800-1596 / 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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.²

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS Ocorrências SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Roseangela de Araújo Fernandes Souza,
inscrito (a) no CPF/CNPJ 066.552.644-39, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Maria Aparecida da S. Lobato, inscrito (a) no CPF sob o N° 061.288.304-39,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez, da Vítima Maria Aparecida da S. Lobato,
Inscrito (a) no CPF sob o N° 061.288.304-39, conforme determinação da Circular Susep 445/12;
Declaro Profissão: Reeduva, Renda: R\$ 0,00 e apresento os documentos comprobatórios:
 Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova da 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 Dicotaxis falcoz Fraine</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>59604-480</u>

Local e Data: _____ Mossoró - RN 08/12/139

x Roseangela de Araújo Fernandes Souza
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:

Endereço: SITIO BAIXA GRANDE, 10

CEP: 59655000

Bairro: SITIO

Cidade: AREIA BRANCA

Telefone: 84.33153390 84 33153390

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): ATROPELAM. 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 vítima de acidente, os elementos no dia 28/10/18 foram levados a este hospital, o paciente apresentava hiperemia edema em região coxa direita com conteúdo líquido, móvel, e refre de dor no local.

A → NDN
 B →
 C →
 D →

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORÓ 13/11/2018

B12

SAME / ARQUIVO

c - Edema na coxa direita. (hematoma)

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORARIO	ASSINT.
1) Dieta liberada meia noite	jejun	12:00	
2) S. Fralda 0,9% - 800 ml			
S. Fralda suco - 500ml / am			
3) Cefotetan 6/6h, IV		10:00	22:00

*Saída: - () Decisão médica; () Outro Serviço; () Evasão; () Óbito X Interna: CID T77.6

Proc. 408050080

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



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

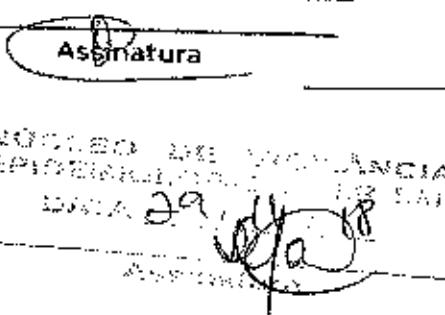
PERMISSÃO

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.

CCIH - HRTM

DATA 03/12/18


Assinatura

Mossoró/RN, 14 de Novembro de 2018.

Paciente ou responsável

NOME: MARIA APARECIDA DA SILVA LOBATO
EPONÉSIS: 29/11/2018
DATA: 29/11/2018

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
CONFORME O ORIGINAIS
ISSORÓ 12/11/2019
FONE/ARQUIVO Blau



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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Maria Francisca da Silva Lobato

5 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

91/11/163

9 - SEXO

Meas. Fem.

10 - RACA/COR

S

11 - NOME DA MÃE

12 - FONE DE CONTATO

DDD Nº DO FONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - FONE DE CONTATO

DDD Nº DO FONE

15 - ENDERÉCO (RUA, N°, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

Hemorragia MD D após hemo
retorretal e/ou peritonito crônico

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fraqueza e/ou constipação

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

Exame feito

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Lesão vascular

T79.6

W14.9

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procedimento de remoção de massas

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

4080500B0

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

() CNS CPF 011015914784517

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Eduardo L. Souza

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/11/118

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

DR. EDUARDO L. SOUZA CRM/RN 5860

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

29 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

29 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

30 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTONÔMICO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

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

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

CRITÉRIO REGIONAL TARCISIO MARQUES

CONFORME O ORIGINAL

EM MOSSORÓ 13/11/2019

Brasil

SAME / ARQUIVO



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Maria Joaquina de Souza Lobato Reg N° _____

Diagnóstico pré-operatório: Hernia em seu bocal L Cox (D)

Indicação terapêutica: Extrair com luxo o humor

INTERVENÇÃO

Inicio: _____ Fim: 11:05 Duração: _____

Operador Dr. Eder

1º Auxiliar: _____

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Dr. Elton Nogueira
Cirurgião Geral Coloproctologista
CRM-RN 5860

Instrumentador: _____

Anestesista: Dr. Eder

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

Limpa Pot. Contaminada Contaminada Infectada

De bala lateral nos regiões laterais

Argos 6 M.D.

Canjaco

Incisão em seu bocal da cor da pele

Desenvolveu grande量 de sangue humor

Limpou com bolha g. esteriliz.

Descolou a sua parte na

Cauda

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAMU BOSSORÓ 19/11/2009

BIM

Dr. Elton Nogueira
Cirurgião Geral Coloproctologista
CRM-RN 5860

SAME/ARQUIVO



DEBITO CIRURGICO

Nome do paciente: José de Freitas da S. Ladeira N° do Pront.: 151.111.48
Cirurgia: Tarsotomia p/ drenagem hemostática Data: 15/11/18
Cirurgião: Dr. Elton Auxiliar: - Instrumentadora: Leticia
Anestesista: Dr. Euzebio Anestesia: Roque + sedação
Início da Cirurgia: 10:45 Término: 11:00

MATERIAL USADO	QUANTIDADE
* COMPRESSAS	<u>10 unid.</u>
* GASES	<u>03 potes</u>
* ESPARADRAPO	<u>20 cm.</u>
* COMPRESSAS	
* LÂMINA DE BISTURI N° 24	<u>01 unid.</u>
* LUVA 8,0 , 7,0	<u>03 unid.</u>
* EQUIPO PARA SORO	
* SCALPS N°	
* JELCOS	
* CATETER PARA SUBCLAVIA	
* SERINGAS DE 01 ML	
* SERINGAS DE 03 ML	
* SERINGAS DE 05 ML	
* SERINGAS DE 10 ML	
* SERINGAS DE 20 ML	<u>02 unid.</u>
* AGULHAS DESCARTÁVEIS <u>Roque</u>	<u>04 unid.</u>
* SONDA ENDOTRAQUEAL N°	
* TRAQUEOSTOMO	
* SONDA URETRAL N°	
* SONDA FOLEY N°	
* SONDA NASOGÁSTRICA N°	
* CATETER PARA 02	
* SONDA PARA ASPIRAÇÃO N°	
* COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	
* BOLSA DE COLESTOMIA	
* DRENHO DE PENROSE N°	
* DRENHO DE TORAX N°	
* AGULHA CRISTALINA	
* LÂCAO DE VENOSA	
* SOLUÇÃO ANTICRÔNICA	
* CATGUT CROMADO	
* CATGUT SIMPLES	
* FIO DE ALGODÃO	
* MONONYLON	
* OUTROS FIOS	
* USO DO BISTURI ELÉTRICO	
* USO DE OXIGÉNIO	<u>Sim</u>
* SOLUÇÃO DE PVPI ALCOÓLICA	
* SOLUÇÃO DE PVPI DEGERMANTE	<u>100ml</u>
* SOLUÇÃO DE PVPI TÓPICO	
* SOLUÇÃO DE ETER	
* 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	
* MANITOL <u>Elétrodos</u>	<u>03 unid.</u>
* XILOCAÍNA A 2%	
* ÁEROS <u>Gesso/máscara</u>	<u>04 unid. de cada.</u>

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONSULTE SEU ORIGINAL
SAME ARQUIVO 12-11-18-19

SAME ARQUIVO BIAN



EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

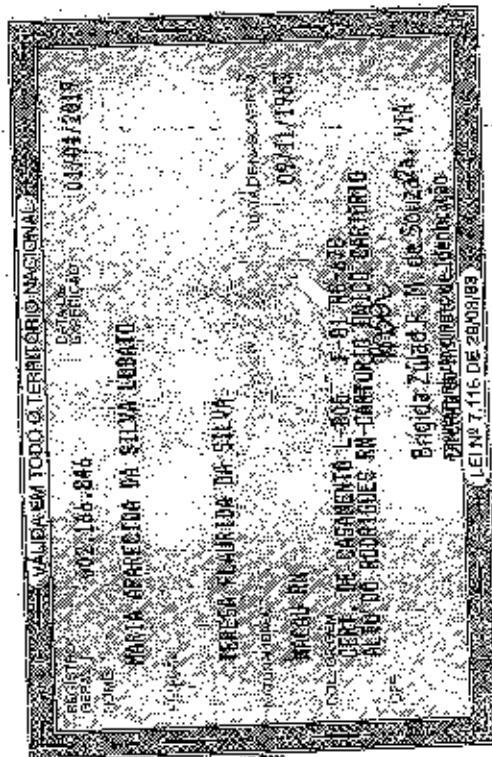
Adelphi Inn

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

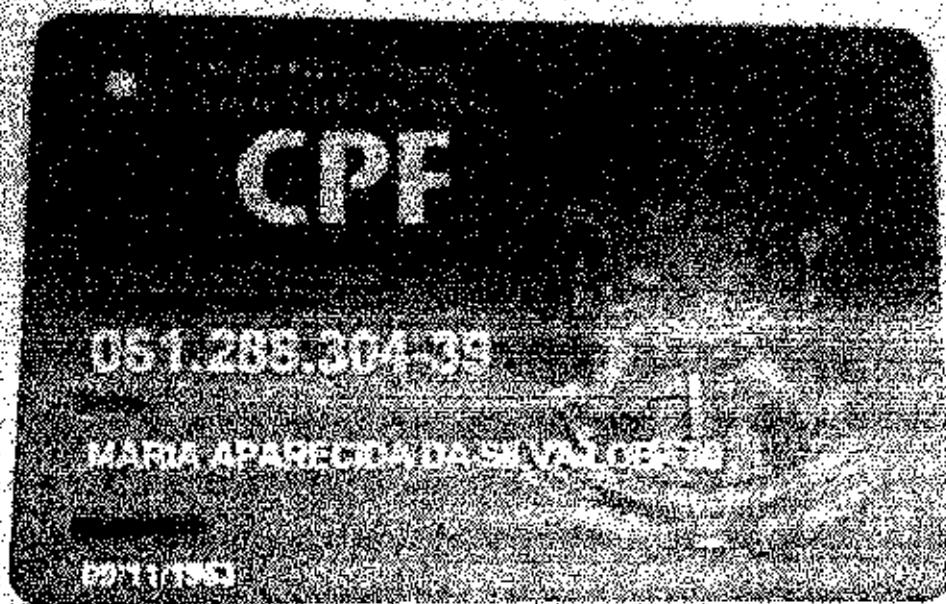
DATA	EVOLUÇÃO
16.11.2018	Iº DPO por Faracatomia por Drrenagem de Hematoma
FC: 67 bpm	em NID.
FE: 22 irpm	Sonda de Fentrose drenando secreção. Nega febre ou vômito
SATD: 97% AB	Pct evoluí instável hemodinamicamente, sem queixas no
Dor: (P)	momento. ACV: DOR, ST, RNE, SS AP: NV(+) em Altz, SRA
Evacuação: (P)	ABD: NDN

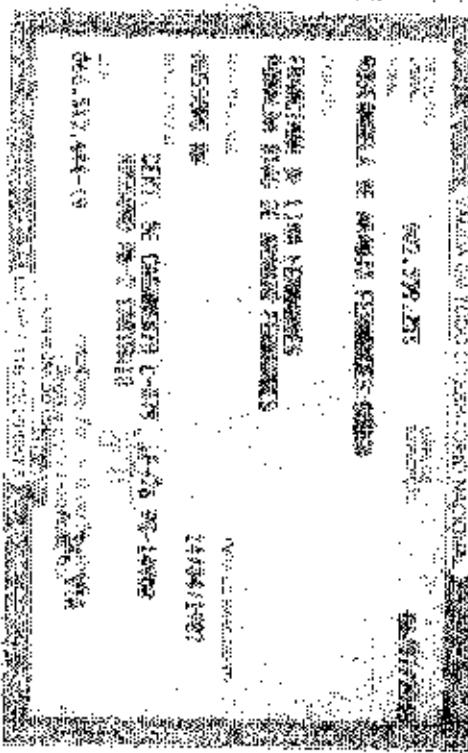
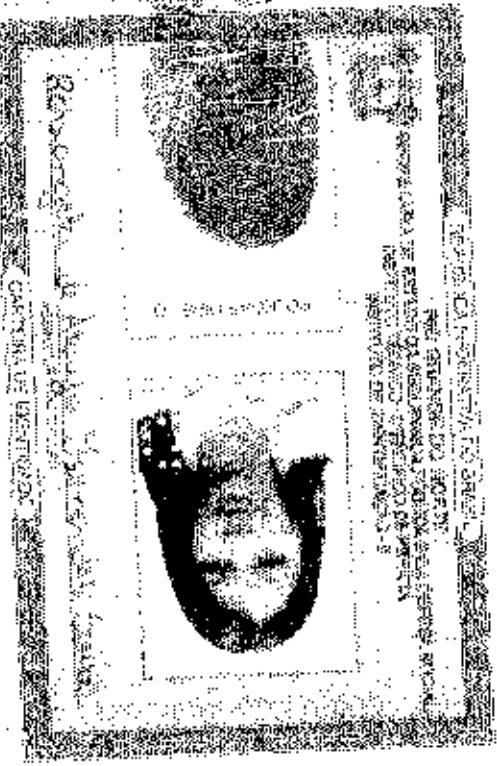
PRESCRIÇÃO

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
16. 11. 18	① Dieta leve	VO		
	② SF 0,9% - 1000 ml pi 24 hs.	EV		
	③ Cefalotina lg de 6/6 hs	EV		
	④ Dipirona: 03 amp de 6/6 hs	EV (SN)		
	⑤ Tramal 100mg: 03 Fr + 100ml SF 0,9% de 8/8 hs.	EV (SN)		
	⑥ Plaxil 2ml + 18 ABD 8/8 hs	EV (SN)		
	⑦ Curativo díario			
	⑧ Deambular			
	⑨ SSVV + SCGG			
➡	⑩ Alta hospitalar + Orientações para retornar com 0 dias (18-11-18) para revalidação e retirada do enureto + Medicina para casa			
			Dr. Filipe V. L. P. Medeiros Cirurgião Gastroenterologista CRM-RN 7425	
	HOSPITAL REGIONAL TARCISO M. ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ 12/11/2019			
			BIM	
	SAME / ARQUIVO			



Uzina





Journal of Research on Adolescence, Volume 1, Number 1, March 1991, pp. 1-20.

四〇五

For the first two terms in (2.1), we have

THE CHINESE IN THE UNITED STATES

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

142,375

中華書局影印

卷之三

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

ÓRGÃO DIAPOSITIVO

JORGE LUIS SORRES

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nº 1.405.335

CARTA DE EXPEDIR

05/07/2013

JOÃO LUIS SORRES

LUIZ GONÇALVES SORRES
FRANKESEN FERREIRA DA COSTA

DATA DE Nascimento

MARÇO 20

ANO 1960

CENT. DE ENCONTRO 1062 F-250 RR-8145
MOSSORÓ-RN-7-CANTO

TEL. 439.174-47

35.818

LEIA TAMBÉM

LEI Nº 7.180 DE 29/06/80

Le A Bo Go

PROCURAÇÃO PARTICULAR – SEGURO DPVAT

Outorgante (Vítima/Beneficiário não alfabetizado):

Nome: Maria Aporeide de Souza Lobato, Data do acidente:
13/11/2018, cobertura Indireta, 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:
Ilhe, município: Aleia Branca / RN.

Outorgado (Procurador):

Nome: Rejane Angéla de Araujo Fernandes Souza, brasileiro(a),
estado civil: Solteira, Profissão: Autônoma, portador(a) do RG 002 559 253,
órgão expedidor Step RN e do CPF: 066 532 644-39, residente no(a)
Rua Diocesano Valcão Freire nº 35, bairro: Jardim,
município: Floriano / 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, <u>Mossoró - RN 09/12/18</u> Nome: <u>José Luiz Soárez</u> CPF: <u>123 459 394-49</u> Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	TESTEMUNHAS 1º Nome: <u>Jackson José de Oliveira</u> CPF: <u>967 467 553-04</u> Assinatura 2º Nome: <u>Fábio Henrique da Silva</u> CPF: <u>082 583 134-04</u> Assinatura
(*) Assinatura de quem assina A RODO	

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 SELAROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprovando-se a dar-lhe ciência do respectivo 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.