

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: 28/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.419,30

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEOVANE PEDRO SOARES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00539

CONTA: 000000201584-9

Nr. da Autenticação 21FC8EFDEAC2CCB4

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200116475 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEOVANE PEDRO SOARES **Data do acidente:** 22/12/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER E TRAÇÃO ESQUELÉTICA) E ALTA MÉDICA. (PÁG.3)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Rio de Janeiro, 06 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200116475

Vítima: GEOVANE PEDRO SOARES

Data do Acidente: 22/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GEOVANE PEDRO SOARES

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

Multa:	R\$ 52,10
Juros:	R\$ 4,70
Total creditado:	R\$ 2.419,30

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **GEOVANE PEDRO SOARES**

Valor: **R\$ 2.419,30**

Banco: **104**

Agência: **000000539**

Conta: **00000201584-9**

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



Autorização de pagamento



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:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

GEOVANE PEDRO SOARES

6 - CPF:

704.346.524-80

7 - Profissão:

8 - Endereço:

RUA: MIRAI

9 - Número:

89

10 - Complemento:

11 - Bairro:

FELPE CANARAO

12 - Cidade:

NATAL

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59025-250

15 - E-mail:

GEOVANESOARES22222@GMAIL.COM

16 - Tel. (DDD):

84-99218-3745

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\$1.00 A R\$1.000,00



R\$2.501,00 ATÉ 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 (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

0539

CONTA:

00201584

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)



CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 (vai nascer)?



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 ciente, 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

704.346.524-90

Nome completo da vítima

GEOVANE PEDRO SOARES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo GEOVANE PEDRO SOARES		CPF titular da conta 704.346.524-90	Profissão MOTOCICLISTA
Endereço RUA MIRAI		Número 69 B	Complemento
Bairro FELIPE CAMARÃO	Cidade NATAL	Estado RN	CCP 59074-140
Email govanesoares22222@gmail.com			Telefone (DDD) (84) 99218-3745

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR ☒ SEM RENDA		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRQ: 0539 D/V: 013 (Informar dígito se existir)		CONTA NRQ: 00201584 D/V: 9 (Informar dígito se existir)	
BANCO Nome: _____ NRQ: _____		AGÊNCIA NRQ: _____ D/V: _____ (Informar dígito se existir)	
CONTA NRQ: _____ D/V: _____ (Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

NATAL/RN 20 de MARÇO de 2020

Local e Data

GEOVANE PEDRO SOARES

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Abertura de Conta?

Resultado da abertura da conta e contratação de serviços

Conta aberta com sucesso

Titular: GEOVANE PEDRO SOARES

Agência: 0539 - PARQUE DAS COLINAS, RN

Operação: Conta Poupança 013

Número da conta: 00201584-9

Contratação de Serviço de Mensagem via celular efetuada com sucesso

Serviço de mensagens via celular: (84) 99218-3745

Saques, transferências, pagamentos e agendamentos a partir de (R\$): 100,00

Compras com cartão de débito a partir de (R\$): 50,00

Assinatura Eletrônica Gerada com sucesso

Assinatura Eletrônica da Conta 633803

ATENÇÃO: o cliente deverá trocar a assinatura eletrônica no prazo de quinze dias corridos. Do contrário, ele terá de gerar outra assinatura na agência.

Cadastro da senha não pôde ser efetuado



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODoviÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETE
B O A T

Boletim de ocorrência



TRANSITO

103267

1 - LOCAL DATA

Local Du. Xauvantes Bairro Pitimbó
Cidade/UF Natal P. Ref. Go. Xauvantes
Data 22/12/2014 Hora do acidente 18:15 Hora do registro 19:00 Dia da semana Domingo

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ - Colisão Frontal ☒ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento
☐ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Outro(s)

3 - VEICULO 01:

Placa ou Chassi PAIF 3794 Cidade Santa Maria UF RN
Marca/Mod. Honda 16125 TRAX Cor Preta Ano 2003/2003
Proprietário José Elton Carvalho N° de Ocupantes 01
Condutor Geovane Pedro Soares Data de Nasc. 01/01/1976
Endereço R. Marcos Augusto Teixeira Lencina Nº 36 Fone (84) 96990 0031
Bairro Planalto Cidade Natal UF RN
CPF N° 304.346.524-90 CNH N° 1 Validade 1 Categoria 1
Local de Trabalho Ilha do Amor Fone (84) 98883-0172
End. R. do Umari N° 7715 Bairro Pitimbó Cidade Natal

4 - VEICULO 02:

Placa ou Chassi MTV 2318 Cidade Natal UF RN
Marca/Mod. União 1000 Cor Preta Ano 2005/2006
Proprietário Nicholas Medeiros da Silva N° de Ocupantes 05
Condutor Jorge Carlos M. da Oliveira Data de Nasc. 19/03/1978
Endereço Reserva Novo N° 25 Fone (84) 98888-2578
Bairro Planalto Cidade Natal UF RN
CPF N° 634.239.534-87 CNH N° 1 Validade 1 Categoria 1
Local de Trabalho Autônomo Fone ---
End. --- N° --- Bairro --- Cidade ---

5 - VEICULO 03:

Placa ou Chassi --- Cidade --- UF ---
Marca/Mod. --- Cor --- Ano ---
Proprietário --- N° de Ocupantes ---
Condutor --- Data de Nasc. ---
Endereço --- N° --- Fone ---
Bairro --- Cidade --- UF ---
CPF N° --- CNH N° --- Validade --- Categoria ---
Local de Trabalho --- Fone ---
End. --- N° --- Bairro --- Cidade ---

6 - VEICULO 04:

Placa ou Chassi --- Cidade --- UF ---
Marca/Mod. --- Cor --- Ano ---
Proprietário --- N° de Ocupantes ---
Condutor --- Data de Nasc. ---
Endereço --- N° --- Fone ---
Bairro --- Cidade --- UF ---
CPF N° --- CNH N° --- Validade --- Categoria ---
Local de Trabalho --- Fone ---
End. --- N° --- Bairro --- Cidade ---

7. VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/Av. Transitava?

Av. Xauentais

Em que sentido?

BR 101 / Direita

Em que faixa?

Direita

Versão do condutor

Deixa que, Transitava a normalmente na av. Xauentais, quando na esquina com a rua Rio Saneador, foi invadida sua faixa para adiantar na mesma, momento em que colidiu lateral esquerda do seu veículo onde o mesmo veio a cair.

Assinatura do Condutor do V1

GEORGE PEDRO SOARES

SOBRE V2 - Em que Rua/Av. Transitava?

Av. Xauentais

Em que sentido?

BR 101 / Direita

Em que faixa?

Direita

Versão do condutor

Deixa que, transitava normalmente na via e ao fazer a manobra para entrar na Rua Rio Saneador, sentiu o impacto na sua veiculação de o V1 colidiu com o mesmo. O mesmo informa que V1 vinha em alta velocidade.

Assinatura do Condutor do V2

GEORGE PEDRO SOARES

SOBRE V3 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V4

8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./ Tempo	Tipo da Pista	Caract./ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
☐ Amanhecendo	☒ Bom	☒ Asfalto	☐ Reta	☒ Seca	☐ Inexistente
☐ Pleno Dia	☐ Nublado	☐ Paralelepípedo	☐ Curva	☐ Molhada	☐ Do Agente de Trânsito
☐ Anotecendo	☐ Chuva	☐ Concreto	☐ Aclive Íngreme	☐ Inundada	☐ Do Semáforo
☒ Noite c/ Iluminação	☐ Nebliana	☐ Cascalho	☒ Aclive Suave	☐ Poças D'água	☐ Faixa de Pedestre
☐ Noite s/ Iluminação	☐ Outros	☐ Terra	☐ Declive Íngreme	☐ Oleosa	☐ Linha
☐ Iluminação Deficiente		☐ Outros	☒ Declive Suave	☐ Enlameada	☒ Placa(s) 30 Km/h
			☒ Lombada	☐ Em Obras	☐ Lombada eletrônica
			☐ Cruzamento	☐ Com Buraco	☐ Vel. Máx. Perm. KM/H
			☐ Rotatória	☐ Com Areia	☒ Placa lombada
			☐ Retorno		
			☐ Entroncamento		
			☐ Bifurcação		

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

ÁRVORE

VESTÍGIOS

SEMÁFORO

PEDESTRE

BICICLETA OU MOTO

CARRO DE PEQUENO PORTE

CAMINHÃO OU ÔNIBUS

CARRETA

10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1 <u>Tanque, Riscas</u> <u>na caixa do motor</u> <u>na caixa do motor</u> <u>Riscas na pintura</u>	AVARIAS DO VEÍCULO 2 <u>Capota, farol LE</u> <u>Retrovisor LE</u>
AVARIAS DO VEÍCULO 3	AVARIAS DO VEÍCULO 4

11 - ☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Hospital clavis Sarva Presença: ☐ Fato ☐ Registro

Nome: Geovane Pedro Soares
 RG N°: 3.458.993 Órgão Expedidor: REB Data de Nascimento: 06/01/1992
 Endereço: R. Marcos Augusto T. Carvalho N° 36 Fone: (84) 99090 0031
 Bairro: Planalto Cidade: Natal UF: RN
 Versão: _____

Conduzido para o hospital

Assinatura _____ Hora _____

12 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presença: ☐ Fato ☐ Registro

Nome: _____
 RG N°: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: _____
 Endereço: _____ N°: _____ Fone: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Versão: _____

Assinatura _____ Hora _____

13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presença: ☐ Fato ☐ Registro

Nome: _____
 RG N°: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: _____
 Endereço: _____ N°: _____ Fone: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Versão: _____

Assinatura _____ Hora _____

14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presença: ☐ Fato ☐ Registro

Nome: _____
 RG N°: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: _____
 Endereço: _____ N°: _____ Fone: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Versão: _____

Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa: _____ Cidade: _____ UF: _____ Marca/Modelo: _____
 Nome: _____ RG N°: _____ Órgão Exp.: _____
 Endereço: Rua Vitor N°: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ Fone: _____

16 - IMAGENS/FOTOS ☐ SIM ☒ NÃO AUTUAÇÃO ☒ SIM ☐ NÃO AIT N° _____ CÓD/DESD _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

→ foram apreendidas 04 Autos

→ V1 - A-18325722 (501-00) e A-18305723 (654-92)

→ V2 - A-18305724 (501-00) e A-18305725 (654-92)

→ os autos foram liberados da local por falta de meios para remover p/ o pátio da Detran.

Nome Completo do Agente: Antônio Marcos da Silva
 POSTO/GRAD.: Cabo PM N°: 2001 0136 Vítima: A-012 Subunidade: 459. 1ª Div.
 Local e Data: Natal 22 de Dez de 2019



Eu, GEOVANE PEDRO SOARES, portador da carteira de identidade nº 003.458.993 e inscrito no CPF/MF sob o nº 704.348.524-90 residente e domiciliado na RUA MIRAI Nº 69B Cidade NATAL Estado RIO GRANDE DO NORTE 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

GEOVANE PEDRO SOARES

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

09/03/2020

Local e data



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GEOVANE PEDRO SOARESRG nº 003.458.993, data de expedição 11/12/13, Órgão SSBRN

CPF nº 709.346.524-90, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA MIRAI</u>
Número	<u>893</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>FELIPE CAMARÃO</u>
Cidade	<u>NATAL</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59074-140</u>
Telefone de Contato	<u>99218-37450</u>
E-mail	<u>GEOVANESOARES222222@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: NATAL 09/03/2020Assinatura do Declarante: GEOVANE PEDRO SOARES

COSERN

NOVA FIBRA - CAYENA - COM. DE H. ROSE - 2.11.10

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Hermoz, 150, Bairro, Natal - RN CEP 59025-250
DNFJ 08.324.185/0001-61 | Insc. Est. 20055129-0 | www.cabem.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA 12:9A/59 -B

MARIA VANESSA DE MEDEIROS

CPF: 016 487 924-21

FELIPE CANAQUA AREA URBANA
NATAL RN
59074-140

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
MATERMÁTICO

037499474	LI-PCA	1000212020
-----------	--------	------------

10027070	3010284170	2344571
----------	------------	---------

CONTA CONTRATO	MES/ANO
7005992995	02/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRECATORIA PROXIMA UTILIZADA
17/02/2020	12/03/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	64,93

DESCRIÇÃO DA HOXA FIDEL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Água (LVAH)-TUSD	82,0000000	0,32817010	26,90
Consumo Água (LVAH)-TE	82,0000000	0,22328509	25,50
Adicção Bateria AMARELA			0,80
Contín. Irm. Pública Municipal			8,37
Multa por atraso NF 031432371 - 11/10/18			1,01
Juros por atraso NF 031432371 - 11/10/18			1,48
Atualização IGPM NF 031432371 - 11/10/18			1,82

Autuiz
me nome
de terceiro

TOTAL OAFATURA

HELIOIS ABREUANTES BERNARDES
Jefe de Asesoramiento Regional
Matr. 078-23-1-5
Av. Parque das Palmeiras RN
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 64.03

MEMORANDUM FOR THE COMBINED STAFF JOINT CHIEFS OF STAFF

Nº DO MOTOR	Tipo DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DADOS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (mm)
		DATA 13/07/2020	LEITURA 4.873,00	DATA 10/02/2020	LEITURA 4.955,00	25	1,00000		62,60
21 50041509	CAR								

doi:10.1017/S0022292412001602

Station	Frequency	Power
WVTV	67	100
WAVV	69	100
WVTV	71	100
WVTV	73	100
WVTV	75	100
WVTV	77	100
WVTV	79	100
WVTV	81	100
WVTV	83	100
WVTV	85	100
WVTV	87	100
WVTV	89	100
WVTV	91	100
WVTV	93	100
WVTV	95	100
WVTV	97	100
WVTV	99	100
WVTV	101	100
WVTV	103	100
WVTV	105	100
WVTV	107	100
WVTV	109	100
WVTV	111	100
WVTV	113	100
WVTV	115	100
WVTV	117	100
WVTV	119	100
WVTV	121	100
WVTV	123	100
WVTV	125	100
WVTV	127	100
WVTV	129	100
WVTV	131	100
WVTV	133	100
WVTV	135	100
WVTV	137	100
WVTV	139	100
WVTV	141	100
WVTV	143	100
WVTV	145	100
WVTV	147	100
WVTV	149	100
WVTV	151	100
WVTV	153	100
WVTV	155	100
WVTV	157	100
WVTV	159	100
WVTV	161	100
WVTV	163	100
WVTV	165	100
WVTV	167	100
WVTV	169	100
WVTV	171	100
WVTV	173	100
WVTV	175	100
WVTV	177	100
WVTV	179	100
WVTV	181	100
WVTV	183	100
WVTV	185	100
WVTV	187	100
WVTV	189	100
WVTV	191	100
WVTV	193	100
WVTV	195	100
WVTV	197	100
WVTV	199	100
WVTV	201	100
WVTV	203	100
WVTV	205	100
WVTV	207	100
WVTV	209	100
WVTV	211	100
WVTV	213	100
WVTV	215	100
WVTV	217	100
WVTV	219	100
WVTV	221	100
WVTV	223	100
WVTV	225	100
WVTV	227	100
WVTV	229	100
WVTV	231	100
WVTV	233	100
WVTV	235	100
WVTV	237	100
WVTV	239	100
WVTV	241	100
WVTV	243	100
WVTV	245	100
WVTV	247	100
WVTV	249	100
WVTV	251	100
WVTV	253	100
WVTV	255	100
WVTV	257	100
WVTV	259	100
WVTV	261	100
WVTV	263	100
WVTV	265	100
WVTV	267	100
WVTV	269	100
WVTV	271	100
WVTV	273	100
WVTV	275	100
WVTV	277	100
WVTV	279	100
WVTV	281	100
WVTV	283	100
WVTV	285	100
WVTV	287	100
WVTV	289	100
WVTV	291	100
WVTV	293	100
WVTV	295	100
WVTV	297	100
WVTV	299	100
WVTV	301	100
WVTV	303	100
WVTV	305	

— 115 —

	BASE DE CALCULO	%	VALOR IMPONIBLE
PORES	54.30	18.00	
PIS	54.30	0.75	
GOFTNS	54.30	3.62	

_____ составлено _____

Category	Number of respondents	Percentage
Television	89	32.9%
Distribution (Consumer)	75	26.8%
Participation Energy	69	23.9%
Energy Sector	67	23.1%
Industry	51	17.4%
Total	266	100%

WEDDING

Página

ATENÇÃO! A COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

www.knab.com

Venda	Crédito	Venda	Crédito	Venda
2007.00	2007.00	2007.00	2007.00	2007.00
2007.00	2007.00	2007.00	2007.00	2007.00

[illegible]

Elaborado por el autor.

[illegible]

NA: ACCUMULATED	ESTIMATED DEPRECIATION	ESTIMATED DEPRECIATION	ESTIMATED DEPRECIATION	ESTIMATED DEPRECIATION
	0.00	5.00	18.15	20.30
ONE	0.00	3.34	6.22	12.45
TWO	0.00	2.82	0.00	6.00

Line: PAGE: 15 13

图 10-1-1 某工程网络计划图

2014年12月10日

TITULO NOMINAL (R)	UNITE DE VALORACAO (M)	
	INFORMACAO	VALOR
720	202	291

CONTA CONTRA	MESES	DATA DE EMISSÃO	TOTAL A PAGAR R\$	81 93
--------------	-------	-----------------	-------------------	-------

83860000000-0 64930038407-7 00599299520-6 01334385863-2



HOSPITAL-MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 12285 /2019

Prontuário: 1192209

Paciente: 157094 - GEOVANE PEDRO SOARES

Cartão SUS:

Idade: 23 anos 11 meses 16 dias Sexo: M

Nome da mãe: JEANE PEDRO SOARES

Nome do pai:

Rua/Av: PARACATI

Complemento:

CEP: 59073100

Telefone: 84 999900031 84 999900031

Especialidade: ORTOPEDICA

Responsável: GEOVANE PEDRO SOARES -

Usuário: SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS

CPF: 70434652490

Etnia: PARDA

Dt Nasc: 06/01/1996

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nº: 800

Bairro: PLANALTO

Cidade: NATAL

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1014

Admissão: 22/12/2019 22:49:39 Alta: Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S72.3 - FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR
408050519 -

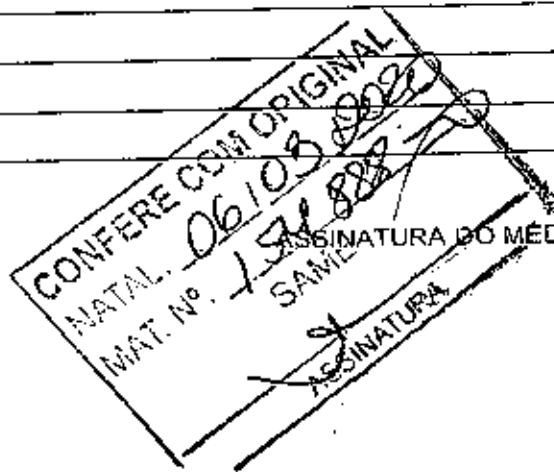
Documentação médica - hospitalar

DIAGNÓSTICO FINAL:



RESUMO DE ALTA

NATAL, 22 de Dezembro de 2019.



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou _____

CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **157094 GEOVANE PEDRO SOARES**

Prontuário: _____

CNS: _____

Nascimento: 06/01/1996

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: JEANE PEDRO SOARES

Pai: _____

Endereço: RUA PARACATI, 800 - PLANALTO - NATAL

Fone: 999900031 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE: _____

240810 UF: RN

CEP: 59073-100

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo Nº 37714 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

COLISÃO MOTO - CARRO COM TRAUMA EM COXA ESQUERDA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA

RISCO DE COMPLICAÇÃO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

SEMIOLOGIA E RAIOS X

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S72.3 FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR*408050519. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

FEMUR DIAFISE, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes☐ Hipertensão☐ Obesidade☐ Faz Antibioticoterapia☐ Lesão por pressão☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

RICARDO ARAUJO

CRM: 5001 / RN

Data da Solicitação 22/12/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____

Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____

CBOR: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

Data da Autorização: ____/____/____

Assinatura/Carimbo: _____

Dr. Ricardo Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-5001 / RN-11295

FIA / BAA: 12285 / 2019

Paciente: GEOVANE PEDRO SOARES

Convênio: SUS

Categoria: GRATUITO

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Quarto / Leito: 1 / 1014

Tipo de Cirurgia: 4

Prontuário: 1192209

Data Agendamento: 23/12/2019 00:00

Cirurgia: TTO CIR FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Data Realização: 23/12/2019 08:50

Potencial de Contaminação: Potencial Contaminada

Cirurgião: RODRIGO JOSE FERNANDES CABRAL

Anestesista:

Tipo Anestesia: SEDAÇÃO

Instrumentador:

Equipe: COOPANEST/RN

Data do Relatório: 23/12/2019 09:07

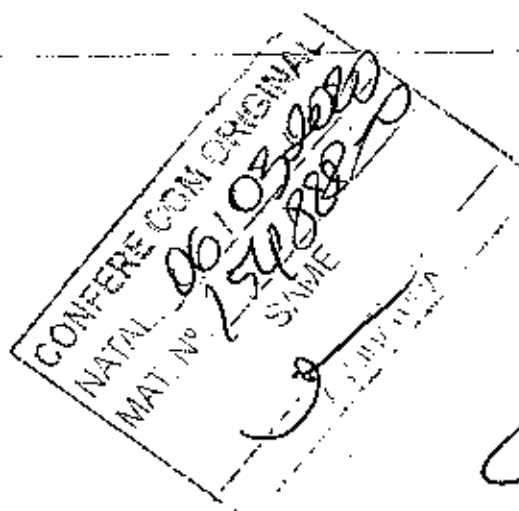
Profissional: RODRIGO JOSE FERNANDES CABRAL

Relato da Cirurgia: 1 - PCT EM DDH SOB ANESTESIA
2 - ASSEPSIA + ANTISSEPISIA DO MIE
3 - PASSAGEM DE FK 4.5MM EM TAT ESQUERDA
4 - ACOLPLADA TRAÇÃO ESQUELÉTICA
5 - CURATIVOS

Dr. Rodrigo José F. Cabral

CRM/RN 6046 SBOT-14.525

RM: 6046 - RODRIGO JOSE FERNANDES CABRA





90101157094

Paciente: 157094 - GEOVANE PEDRO SOARES

FIA: 4-12285/2019

Idade: 23 ano(s) 11 mes(es) e 17 dia(s)

Prescrição Nº: 1

Hospital / Unidade: WG - PS - ORTOPEDIA

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 1192209

Peso:

Data Internação: 22/12/2019 22:49

Início Validade: 23/12/2019 09:04 até 24/12/2019 18:59

Quarto / Leito: 1 - 1014

Médico Resp.: 361-RICARDO ARAUJO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

23/12/2019 09:05:08 - PCT COM FRATURA FECHADA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQ APOS ACIDENTE DE MOTO. FEITO TRAÇÃO ESQUELÉTICA EM TAT ESQUERDA. BEG, EUPNEICO E ORIENTADO. APTO PARA TRANSFERÊNCIA PELO NIR PARA OSTEOSSÍNTESE DEFINITIVA.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

1 - LIVRE

NUTRAC 1.

MEDICAMENTO

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

2 - DAPIRONA SODICA 500MG/ML 2 ML

1

AMP

IV

6h/6h

3 - TRAMADOL 50MG/ML - 2ML

1

AMP

IV

8h/8h

4 - RANITIDINA 25MG/ML - 2 ML

1

AMP

IV

12h/12h

5 - ENOXAPARINA 40MG/0.4 ML SC

1

SER

SC

24h/24h

6 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML

1

AMP

IV

8h/8h

S/N vômitos/ng

CUIDADOS

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

7 - SSVV + CCGG

Dr. Rodrigo Jose F. Cabral

CRM/RN 6046 SBOT-14.525

RODRIGO JOSE FERNANDES CABRAL

CRM-6046/RN



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 66816 /2019

Admissão: 22/12/2019 20:07:12

CIRURGIA GERAL - VERDE

LI

Paciente: 157094 - GEOVANE PEDRO SOARES (23 a 11 m 16 d)

Nascimento: 06/01/1996 Natural: NATAL, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: CPF: 70434652490 Prof:

Mãe: JEANE PEDRO SOARES Pai:

Logradouro: PARACATI, 800

CEP: 59073100 Bairro: PLANALTO

Cidade: NATAL

Telefone: 84 999900031

Compl:

Motivo: MOTO X CARRO - COLISÃO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: CORPO DE BOMBEIROS

*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 22/12/2019 20:04:39				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO APRESENTA TRAUMA EM FRATURA DE FEMUR ESQUERDO

Paciente vítima de colisão moto-carro há ± 08 horas, deu entrada em protocolo e/ou equipe do corpo de Bombeiros. Relata dor em MEE. Nega perda de consciência, vômitos, náuseas, dor torácica e abdominal.

EXAME FISICO (PRIMARIO)

A VAP S/ cervicalgia

B Espiracao sem dor a palpação torácica

C Estável RC: 89

D ECG IS

E Deformidade coxa E (Fx de fêmur)

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdome e pelve: S/ alterações

*Saída:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A	
B	
C	
D	
E	

A(ALÉRGICAS) Nega
M(MEDICAÇÃO EM USO) Nega
P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)
L(LIQ. E AUMENTOS INGERIDOS)
A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)
V (PASSADO VACINAL) Desconhece

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

Rx de pelve AP
Rx de coxa E AP e perfil
Rx de Joelho E AP e perfil
Rx de perna E AP e perfil
Rx de pé E AP e oblíquo

CONDUTA PRIMÁRIA(MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Alto Cl.

Dr. Wiener Nunes
MÉDICO
CRM-RN 9723

Dr. Jemio

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Dr. Jéssica Macário
Enfermeira Geral
CRM-RN 8909

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1	<u>Arturo</u>	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2		HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3		HORA:	DATA:

DESTINO DO PACIENTE

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:	DATA	HORA
SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:		
ORITO: DATA	HORA	
ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITP		

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDOTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Tramadol 100 EV
Dexametasona 10 EV

Dipirona 1 EV

AMARO ALVES
CRM 3439

Assinatura e Carimbo do Responsável

Dr. Arnaldo Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5001

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Centro Clínico

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

01/12/2020

DATA:

/ /

HORA:

AÍDA:

DATA:

/ /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

BITO:

DATA:

/ /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

/ /

HORA:

DATA:

DATA:

/ /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

BITO:

DATA:

/ /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Paciente: **GEOVANE PEDRO SOARES**

Registro: **143089**

Num. RG: **3458993**

CPF: **704.346.524-90** Nascimento: **06/01/1996** 24 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **MIRAI**

N.: **69**

Bairro: **FELIPE CAMARÃO**

Cidade: **NATAL**

UF: **RN**

CEP: **59074140**

Fone: **84987181691**

Profissão:

Mãe: **JEANE PEDRO SOARES**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1**

Entrada: **06/01/2020 15:05** Previsão saída: **10/01/2020 11:00** Atendente: **ANACELIAC**

Convênio: **SUS MUNICIPAL**

Matricula/CNS: **700503505816051**

Médico: **Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA**

CRM: **2156**

ENFERMARIA 304B

Dados do Responsável

Responsável: **JEANE PEDRO SOARES**

CPF:

RG: **2317077**

Parentesco:

Termo de Responsabilidade

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial.

Declaro para os fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital Memorial de Natal pela instituição conveniada a qualquer título.

Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo seja acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora está autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

Autorizo a liberação da documentação do meu caso médico, através de fotografia, ou de exames gráficos ou de imagens, bem como o seu arquivamento por meio digital, papéis, fotografias ou quaisquer meios para os seguintes fins:

- a. Diagnóstico;
- b. Planejamento e Terapêutico;
- c. Ensino e Pesquisa.

Assinatura: [] Paciente [x] Responsável

Jeane Pedro Soares

Observações

COM DOCUMENTOS, AIH, 4 COPIAS DE RX, SISREG, MEDICO NÃO CIENTE

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol - Natal/RN
CEP: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM: 06/03/2020

Natália Costa



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@uol.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 06/01/2020 15:06

Dados do Paciente

Paciente: **GEOVANE PEDRO SOARES**

Registro: **143089**

Num. RG: **3458993**

CPF: **704.346.524-90** Nascimento: **06/01/1996** 24 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **MIRAI**

N.: **69**

Bairro: **FELIPE CAMARÃO**

Cidade: **NATAL**

UF: **RN**

CEP: **59074140**

Fone: **84987181691**

Profissão:

Mãe: **JEANE PEDRO SOARES**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1**

Entrada: **06/01/2020 15:05** Previsão saída: **10/01/2020 11:00** Atendente: **ANACELIAC**

Convênio: **SUS MUNICIPAL**

Matrícula/CNS: **700503505816051**

Médico: **Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA**

CRM: **2156**

ENFERMARIA 304B

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____

Data da Baixa: _____ No. de dias de hospitalização: _____ No. de US: _____

Doc. Apresentado: _____ Diagnostico Definitivo: _____

Procedencia: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatorio sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratorios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurológico: _____

Ap. Urinário e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____

Dados do Paciente

Paciente: **GEOVANE PEDRO SOARES**

Registro: **143089**

Num. RG: **3458993**

CPF: **704.346.524-90** Nascimento: **06/01/1996** 24 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **MIRAI**

N: **69**

Bairro: **FELIPE CAMARÃO**

Cidade: **NATAL**

UF: **RN**

CEP: **59074140**

Fone: **8498718169**

Profissão:

Mãe: **JEANE PEDRO SOARES**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1**

Entrada: **06/01/2020 15:05** Previsão saída: **10/01/2020 11:00** Atendente: **ANACELIAC**

Convênio: **SUS MUNICIPAL**

Matrícula/CNS: **700503505816051**

Médico: **Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA**

CRM: **2156**

ENFERMARIA 304B

Dados do Responsável

Responsável: **JEANE PEDRO SOARES**

CPF:

RG: **2317077**

Parentesco:

**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO
PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS**

1. - Autorizo o(a) Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: S8557 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (CO

2. - O(A) Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

3. - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

Razão por que o paciente não assinou o presente Termo de Ciência e Consentimento e Responsabilização.
Preenchido pelo responsável do paciente

Assinatura: [] Paciente [/] Responsável

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Certifico que expliquei detalhadamente a este paciente, ou ao seu responsável, o procedimento, cirurgia, seus benefícios, riscos e suas alternativas, respondi satisfatoriamente todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente / responsável compreendeu todo o que expliquei.

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA - CRM 2156

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 06/01/2020 15:0

Dados do Paciente

Paciente: **GEOVANE PEDRO SOARES**

Registro: 143089

Num. RG: **3458993**

CPF: **704.346.524-90** Nascimento: **06/01/1996** 24 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **MIRAI**

N.: **69**

Bairro: **FELIPE CAMARÃO**

Cidade : **NATAL**

UF: **RN**

CEP: **59074140**

Fone: **84987181691**

Profissão:

Mãe: **JEANE PEDRO SOARES**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1**

Entrada: **06/01/2020 15:05** Previsão saída: **10/01/2020 11:00** Atendente: **ANACELIAC**

Convênio: **SUS MUNICIPAL**

Matrícula/CNS: **700503505816051**

Médico : **Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA**

CRM: **2156**

ENFERMARIA 304B

Dados do Responsável

Responsável: **JEANE PEDRO SOARES**

CPF:

RG: **2317077**

Parentesco:

TERMO DE RESPONSABILIDADE PATRIMONIAL

Declaro que estou ciente da minha responsabilidade, à título de usufruto, para meu uso exclusivo, sobre os equipamentos/ materiais especificados neste termo de responsabilidade, comprometendo-me a mantê-los em perfeito estado de conservação, ficando ciente que:

1- Se o equipamento for danificado ou inutilizado por emprego inadequado, mau uso, negligência ou extravio, o Hospital Memorial cobrará um equipamento da mesma marca ou o ressarcimento do valor equivalente.

2- Em caso de dano, inutilização ou extravio do equipamento deverei comunicar imediatamente ao setor competente.

3- Terminando os serviços, devolverei o equipamento completo e em perfeito estado de conservação, considerando-se o tempo de uso do mesmo, ao setor competente.

4- Estarei sujeito a inspeções sem prévio aviso.

5- Segue a lista de itens inclusos no apartamento: Conjunto de armários de sete portas, Lavatório, Torneira do lavatório, Dispensadores de álcool, de sabonete, de papel toalha, Ar-condicionado, Cama, Colchão, Enxoval hospitalar, Criado-mudo, Cadeira/Poltrona, Televisão LCD, Pannel para televisão LCD, Suporte de soro, Lixeira, Pannel de gases, Frigobar, Cortinas, Campainha. E os itens inclusos no banheiro do apartamento: Armário de duas portas, Lavatório, Torneira do-lavatório, Dispensadores de sabonete, de papel toalha, de papel higiênico, Lixeira, Espelho, Vaso sanitário, Assento de vaso sanitário, Acionador de descarga, ducha higiênica, Chuveiro, ducha de banho, Registro, Suporte de toalha, Barras de apoio, Assento para banho, Balde de roupa e Campainha de emergência.

Assinatura: [] Paciente [/] Responsável

Jeane Pedro Soares

Devolução: Atestamos que o bem foi devolvido em ____/____/____, nas seguintes condições:

[] Em perfeito estado

[] Apresentando defeito

[] Faltando Equipamentos/Acessórios

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____

Página 1 / 1

Código Solicitação: 321208996

Número AIH: 242010001390-3

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE**Unidade Solicitante:**

HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

Unidade Executante:

HOSPITAL MEMORIAL

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro

JUVENAL LAMARTINE - 979 - TIROL

Central Reguladora

NATAL

Data de Solicitação

06.01.2020 - 13:54:26

Data de Autorização

06/01/2020 - 14:46:56

Data de Reserva

07.01.2020

Data de Internação

07.01.2020

Data Prevista de Alta

10.01.2020

Data de Alta

27/01/2020 - 21:48:52

Motivo da Alta

1.2 ALTA MELHORADO

CNES:

2653923

CNES:

2408252

Município Executante

NATAL

Operador

03713738408RENIELI

Operador

62725246334ENDEL

Operador

33391521449FRANCISCA

Operador

33391521449FRANCISCA

21739

DADOS DO PACIENTE**CNS:**

700503505816051

Nome do Paciente

GEOVANE PEDRO SOARES

Nome da Mãe

JEANE PEDRO SOARES

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

06/01/1996 (24 anos)

Tipo Logradouro:

INVALIDO

Número:

113

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(61) 3315-2425 (Exibir Lista Detalhada)

DADOS DA SOLICITAÇÃO**CPF do Médico Solicitante:****CPF do Médico Executante:**

12411337434

Diagnóstico Inicial - CID:

S721 - FRATURA PERTROCANTÉRICA

Caráter

11 - Urgência

Clinica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR (SINTESE)

TRANSFERÊNCIA ENTRE CLÍNICAS**Clinica**

ESPEC - CLINICO - CLINICA GERAL

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**Principais Sinais e Sintomas Clínicos:**

DEFORMIDADE+DOR/td>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

EXAME FISICO +RX

Condições que Justificam a Internação:

RISCO DE MORTE

PARCER**Motivo de Impedimento do Regulador:****Nome Social/Apelido:****Naturalidade:**

NATAL - RN

Raça:

BRANCA

Tipo Sanguíneo:**Logradouro:**

AV DUQUE DE CAXIAS

Bairro:

RIBEIRA

Município de Residência:

NATAL

Complemento:**CEP:**

59012-200

UF:

RN

Nome do Médico Solicitante:

MARCONI M. BRANDAO

Nome do Médico Executante:

EDUARDO LÓPES DE SANTANA

Status da Solicitação:

APROVADA

Classificação de Risco

Prioridade D - Emergência, necessidade de atendimento imediato

Clinica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408050489

Dt. Transferência

13.01.2020

27.01.2020

Operador

33391521449FRANCISCA

33391521449FRANCISCA

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____

356
SUS

CFF: 704 346.324 - 90

Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

RPA.

Plausível

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou

CNES: 2653923
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **157094 GEOVANE PEDRO SOARES - 23**

CNS: 700503505816051

Nascimento: 06/01/1996

Sexo: Masculino

Prontuário: 1192209

Cor: PARDA

Mãe: JEANE PEDRO SOARES

Pai:

Endereço: RUA PARACATI, 800 - PLANALTO - NATAL

Município: NATAL

Código Municipal IBGE:

240810 UF: RN

Fone: 999900031 /

CEP: 59073-100

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo Nº 37741 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PCT VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM COXA ESQ. APRESENTA FRATURA FECHADA DIAFISÁRIA DO FEMUR A3. INDICADO TRAÇÃO ESQUELÉTICA DE URGÊNCIA E OSTEOSSÍNTESE POSTERIOR PELO NIR.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
TTO CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
ANAMNESE + EF + RX

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S72.9 FRATURA DO FEMUR, PARTE NÃO ESPECIFICADA*408050519. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE

Prévia de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

FEMUR DIAFISE, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão

☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

RODRIGO JOSE FERNANDES CABRAL

CRM: 6046 / RN

Data da Solicitação 23/12/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

() Acidente de Trabalho Típico

() Acidente de Trabalho Trajeto

CNPJ da Seguradora: _____

CNPJ da Empresa: _____

HOSPITAL MEMORIAL

SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - TIRO

Cep: 59073-100 - () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____

Orgão Emissor: _____

Data da Autorização: ____/____/____

Assinatura/Carimbo: _____

CONFERE COM ORIGINAL

EM, Número da Autorização: _____

Código Solicitação: 321208996

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL
Unidade Executante:
HOSPITAL MEMORIAL
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - TIROL
Central Reguladora
Data de Solicitação
Data de Autorização
Data de Reserva
Data Prevista de Alta

NATAL
06.01.2020 - 13:54:26
06/01/2020 - 14:46:56
07.01.2020
10.01.2020

CNES:
2653923
CNES:
2408252
Município Executante
NATAL

Operador 03713738408RÉNIELI
Operador 62725245334ENDEL

DADOS DO PACIENTE

CNS:
700503505816051
Nome do Paciente
GEOVANE PEDRO SOARES
Nome da Mãe
JEANE PEDRO SOARES
Sexo:
MASCULINO
Data de Nascimento:
06/01/1996 (24 anos)
Tipo Logradouro:
INVALIDO
Número:
113
País de Residência:
BRASIL
Telefone(s):
(61) 3315-2425 (Espec. Lista Detalhada)

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:
NATAL - RN

Raça:
BRANCA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro: AV DUQUE DE CAXIAS
Bairro: RIBEIRA
Município de Residência: NATAL
Complemento:
CEP: 59012-200
UF: RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

Nome do Médico Solicitante:
MARCONI M. BRANDAO

Status da Solicitação:
APROVADA

Diagnóstico Inicial - CID:
S721 - FRATURA PERTROCANTERICA
Caráter
11 - Urgencia

Classificação de Risco
Prioridade: 0 - Emergência, necessidade de atendimento imediato
Clinica Complementar:
Nenhuma
Código:

Clinica:
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
Procedimento Solicitado:
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR (SINTESE)

0408050489

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
DEFORMIDADE+ DOR+>
Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
EXAME FISICO +RX
Condições que Justificam a Internação:
RISCO DE MORTE

PARECER

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:
06.01.2020 -
13:54:26

Data da Extração dos Dados: 06/01/2020 15:01:08

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av.Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep:59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM,____/____/____

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: GEOVANE PEDRO SOARES

Data do Procedimento: 20012020

Registro: 143089 IH: 1

Diagnóstico pré-operatório: S723 FRATURA DA DIAFISE DO FÊMUR

Código do procedimento

0408060352

0408060190

0408060519

Cirurgia realizada

RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-OSSEO

OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FÊMUR

Equipe cirúrgica:

Cirurgião: EDUARDO LOPES DE SANTANA

CRM

2156

Anestesiologista: GILVAN DE CARVALHO

1904

Instrumentador: JOÃO MARIA

Grau de Contaminação: Limpo

Profilaxia Antimicrobiana:

Anatomopatológico: Não

Exame: Não se aplica

Descrição dos materiais especiais utilizados:

PLACA DCP 01
PARAFUSOS CORTICAIS
08

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados:

Descrição da cirurgia:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL NA MESA CIRÚRGICA; ASSEPSSIA E ANTISSEPSSIA; CAMPOIS OPERATORIOS; REDUÇÃO CIRÚRGICA E
FIXAÇÃO COM PLACA DCP E PARAFUSOS CORTICAIS; FECHAMENTO.

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, / /

Eduardo

CRM: 2156 - EDUARDO LOPES DE SANTANA

20/01/2020, 08:26:27