
Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190655195

Vítima: GUILHERME DANIEL SANTOS GONCALVES

Data do Acidente: 16/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190655195

Vítima: GUILHERME DANIEL SANTOS GONCALVES

Data do Acidente: 16/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003568**

Conta: **0000014156-8**

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



Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190655195

Vítima: GUILHERME DANIEL SANTOS GONCALVES

Data do Acidente: 16/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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: 335.748.534-40 3 - CPF da vítima: 335.748.534-40 4 - Nome completo da vítima: Guilherme Daniel Santos Gonçalves

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

5 - Nome completo: Guilherme Daniel Santos Gonçalves 6 - CPF: 335.748.534-40
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Rua Pedra Portuguesa 9 - Número: 8 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Pedrinhas 12 - Cidade: Arcaia Branca 13 - Estado: PA 14 - CEP: 59655-000
15 - E-mail: Não 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: Damiana Ferreira dos Santos
18 - CPF do Representante Legal: 080.253.654-92 19 - Profissão do Representante Legal: Doméstica

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\$2.301,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.300,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3568 CONTA: 34356 8 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 tive 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(s) (menor(es))? ☐ 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 ocorra, 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

Impresso digitalizado da assinatura do 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, Monteiro - RJ 05/03/2019

Damiana Ferreira dos Santos Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



AUTODATENDIMENTO - AG. TERRA DO SAL

DATA: 13/11/2019

HORA: 13:54:33

TERMINAL: 30641021

CONTROLE: 306410210494

DEPÓSITO DE CHEQUES

CONTA CREDITADA: 3668 013.00014156-8

NOME: DAIANA FERREIRA DOS SANTOS

TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL DOS CHEQUES: 

TELEFONE DEPOSITANTE: 04 99960-9618

NÚMERO DO ENVELOPE: 6652327850

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

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: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.301,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3568 CONTA: 34356 8 AGÊNCIA: CONTA:

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(s) (menor(es))? ☐ 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 ocorra, 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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - 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, 05/03/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



AUTODATENDIMENTO - AG. TERRA DO SAL

DATA: 13/11/2019

HORA: 13:54:33

TERMINAL: 30641021

CONTROLE: 306410210494

DEPÓSITO DE CHEQUES

CONTA CREDITADA: 3668 013.00014156-8

NOME: DAHIANA FERREIRA DOS SANTOS

TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL DOS CHEQUES: 

TELEFONE DEPOSITANTE: 04 99960-9618

NÚMERO DO ENVELOPE: 6652327850

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - SESED
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPO
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE AREIA BRANCA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 627/2019

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito.

Data e horário do fato: 16/07/2018, Por volta das 11h30min.

Local da Ocorrência: BR 110 KM-06, Areia Branca/RN

COMUNICANTE: JOSIVAN MARQUES DE OLIVEIRA, RG 003.756.355, inscrito sob o CPF 125.189.584-01 SSP/RN, brasileiro (a), Solteiro, natural de Mossoró/RN, nascido (a) em 04/07/2001, filho (a) Jose Josenildo Alves de Oliveira e de Cicera Maria Ferreira Marques, residente e domiciliado na Rua Pedra Portuguesa, Nº 08, Povoado de Pedrinhas, Areia Branca/RN, telefone 84-9 8637-7187.

VITIMA(S): O COMUNICANTE. E GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES, RG 003.994.387, inscrito sob o CPF 135.748.534-40 SSP/RN, brasileiro (a), Solteiro, natural de Areia Branca/RN, nascido (a) em 08/05/2005, filho (a) Geraldo Gonçalves Filho e de Damiana Ferreira dos Santos, residente e domiciliado na Rua Pedra Portuguesa, Nº 08, Povoado de Pedrinhas, Areia Branca/RN

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA: Aduz o declarante, vítima, que na data supramencionado, estava trafegando pela via de rolamento pilotando uma motocicleta, de Marca/Modelo HONDA CG 150 TITAN KS, RENAVAM 00900126477, CHASSI *****013143, de cor PRETA, ANO DE FABRICAÇÃO 2006/2007, PLACA MZL 9747-AREIA BRANCA/RN, licenciada em nome de JANILSON DE OLIVEIRA MARTILIANO, quando um carro fez uma ultrapassagem indevida, fazendo com que o declarante/vítima perdesse o controle do veículo fazendo com que as vítimas fossem jogadas ao solo de forma violenta, tendo que ser atendidas no Sara Kubistchek, de lá encaminhado ao HTRM em Mossoró/RN.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: Foi registrado o Boletim de Ocorrência e encaminhado ao setor de investigação.

OBS. A comunicante se responsabiliza pelas informações contidas, no presente Boletim de Ocorrência.

Areia Branca-RN, 24 de outubro de 2019.

Josivan Marques de Oliveira
Comunicante

[Assinatura] 194303-2
Policial Registrante

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: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3568 CONTA: 34356 8

(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 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 (vairasser)? ☐ 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 259 do Código Penal.

34

Assinatura digital do 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,

Monoré - RJ 05/11/2019

Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 17/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03568

CONTA: 000000014156-8

Nr. da Autenticação BF743185C1E5FF7E



CAPAS DE ELETRICIDADE
TANANAY FERREIRA DOS SANTOS

CPF: 020.253.854-92 NIS: 10082985828

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

ENDEREÇO NA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA PEDRA PORTUGUESA S

NEGRIN (AS) AREA SALINEIRA
AREIA BRANCA RN
59655-000

7009887615 - 10/2019
18/10/2019 12/11/2019
87,92

09/442887 UNICA 11/10/2019
11/10/2019 3010999972 2513904

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,000000	0,22782870	6,83
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,000000	0,39058066	27,33
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	58,000000	0,58584039	33,97
Adesão Bandeira AMARELA			0,76
Adesão Bandeira VERMELHA			3,57
Consumo. taxa Pública Municipal			8,03
ICMS-Pis, etc Subvenção			7,44

DTAL DA FATURA

67,92

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA BOTA FOGÃO

D	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
OR	FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DIAS	
02000	C47	11/09/2019	5507,00	11/10/2019	5555,00	30	158,0



CAPAS DE ELETRICIDADE
TANANAY FERREIRA DOS SANTOS

CPF: 020.253.854-92 NIS: 10082985828

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

ENDEREÇO NA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA PEDRA PORTUGUESA S

NEGRIN (AS) AREA SALINEIRA
AREIA BRANCA RN
59655-000

7009887615 - 10/2019
18/10/2019 12/11/2019
87,92

09/442897 UNICA 11/10/2019
11/10/2019 3010999972 2513904

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,000000	0,22782870	6,83
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,000000	0,39058066	27,33
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	58,000000	0,58584039	33,97
Adesão Bandeira AMARELA			0,76
Adesão Bandeira VERMELHA			3,57
Consumo. taxa Pública Municipal			8,03
ICMS-Pis, etc Subvenção			7,44

DETAL DA FATURA

67,92

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DATA NETA TICKET									
D	TIPO DA	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
OR	FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DIAS			
02000	C47	11-09-2019	5507,00	11-10-2019	5855,00	30	1.00000		150,0



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 61 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 ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria Cristiane de Oliveira
inscrito (a) no CPF/CNPJ 077.308.474 / 37 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Damiana Ferreira dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 080.253.654 / 92
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Guilherme Daniel S. Gonçalves
inscrito (a) no CPF sob o Nº 335.748.534 / 40, conforme determinação da Circular Susep 445/12;
Declaro Profissão: Revisor Renda: Revisor e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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 Pedra Portuguesa</u>	Número: <u>8</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Pedrinhas</u>	Cidade: <u>Areia Branca</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: <u>Não possui</u>	CEP: <u>59655-000</u>	Tel.(DDD): <u>(84) 99827-0066</u>

Local e Data: Mossoró - RN 05/01/2019

Maria Cristiane de Oliveira
Assinatura do Declarante

FICHA DE ATENDIMENTO DE USUÁRIOS / SUS

SAME/RECEPÇÃO

R.G. / NÚMERO DO CARTÃO SUS:	707 0055 1855 230	NÚMERO DO ATENDIMENTO:	4L
NOME:	Guilherme Daniel Santo Gonçalves	IDADE:	13a
DATA DE NASCIMENTO:	05/05/05	SEXO:	M
NOME DA MÃE:	Wendiane F. Santo		
ENDEREÇO (RUA/AV):	Rua Rontopissa	NÚMERO:	
PROFISSÃO:			
BAIRRO:	2.8	CIDADE:	13. Branca
NATURALIDADE:		ESTADO:	2V
TELEFONE:	33617819	ACOMPANHANTE:	Wendiane
DATA:	16/07/15	HORA:	10:53
MOTIVO DA PROCURA:	Atm. acidente de trânsito	RUBRICA DO SERVIDOR:	Dona

ACOLHIMENTO / TRIAGEM / CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ENFERMAGEM)

QUEIXAS:	
	INÍCIO (DIAS/HORAS):
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: HAS () DM () OUTROS:	
ANTECEDENTES ALÉRGICOS:	
SINAIS VITAIS/DADOS INICIAIS: Peso: _____ Kg Temp.: _____ °C P.A.: _____ x _____ mmHg F.C.: _____ BPM	
F.R.: _____ RPM SpO2: _____ % H.G.T.: _____ Mg/Dl Escala de Glasgow: _____ PTS.	
TIPO DE ATENDIMENTO: () Emergência () Urgência () Urgência leve () Não urgência	CLASSIFICAÇÃO:

ANAMNESE (MÉDICO)

Queixa principal:	Acidente de trânsito
Relato do paciente:	Acidente de trânsito
Relato da família:	
Relato do médico:	
Relato do enfermeiro:	
Relato do farmacêutico:	
Relato do nutricionista:	
Relato do psicólogo:	
Relato do assistente social:	
Relato do intérprete:	

EXAME FÍSICO (MÉDICO)

Inspeção:	Tratada de ferimento
Palpação:	Exame físico
PerCUssão:	
Audição:	
Visão:	
Palpitação:	
Reflexos:	
Força:	
Sensibilidade:	
Coordenação:	
Equilíbrio:	

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS (MÉDICO)

LABORATÓRIO: () JHC () JEAS OUTROS:	
() ECE	OUTROS:

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S):

CID:

(COMUNICAR/NOTIFICAR, SE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA)

CONDUTA: () Medicação + Alta () Medicação + Observação () Procedimento + Alta
() Internação no próprio hospital () Orientações

ENCAMINHAMENTO PARA: () Hospital
() Atendimento especializado () PSF/UBS () CAPS

MÉDICO: (Carimbo e Assinatura)

Assinatura do Médico

OK

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

Paciente: 16734 - GUILHERME DANIEL SANTOS GONCALVES (13 a 2 m 8 d)

Nascimento: 08/05/2005

Natural: AREIA BRANCA, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 707003818553930

CPF: 13574853440

Prof:

Mãe: DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS

Pai: GERALDO GONCALVES FILHO

Logradouro: SÍTIO PEDRINHAS, 8

Cidade: AREIA BRANCA

CEP: 59655000

Bairro: POVOADO

Telefone: 84.87856069 84.87856069

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: AREIA BRANCA, DR ADAIL					Classificação: 16/07/2018 12:15:48 PESO:				
HORA	P.A.	HGT	SaO2	FI02	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: FRATURA EXPOSTA EM COXA E QUEDA DE MOT(SIC), 13 ANOS

Hora: 12h45

anamnese Paciente vítima de colisão moto-carro na 12h30min. Não move coxa, nega perda de consciência ou vômitos retrograda. Ignora vacinação anti-tetânica ou sigo, e nega alergias.

As exame:

A
B
C
D > Sem alteração

E - Escorregão de ossicle em HED
Encunhamento + Rotação externo + Deformidade em HIE

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

- 1 - Difenidramina 0,5mg + ABB EU
- 2 - Solicito parecer do ortopedista
- 3 - SF 0,9% 500 ml EU
- 4 - Anestesia 1000mg Am H 12:00

Romildo Pereira
Cirurgião de Cabeça e Pescoço
Clínica Geral
CRM/RN 6362

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESCA CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 3.7.2018

SANE ARQUIVO

*Saída: - () Decisão médica; () Enc. outro Serviço; () Evasão; () Interna: CID 9043 Proc. 388010019

Data: 1/18. Hr: Ass. Médico:

[illegible]

Sexo: M Cor: PARDA

CPF: 13574853440

Prof.

40
Pai: GERALDO GONCALVES FILHO

Logradouro: SÍTIO PEDRINHAS, 8

CEP: 59655000

Bairro: POVOADO

Cidade: AREIA BRANCA

Telephone: 84.87856069 84. 87856069

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: AREIA BRANCA, DR ADAIL

Classificação: 16/07/2018 12:15:48	PESO:
------------------------------------	-------

[illegible]

Queixas: FRATURA EXPOSTA EM COXA E, QUEDA DE MOT(SIC), 13 ANOS
 Hora: 12,45

Hora: 14:30

Horas: 12:45
Apt: 40A Potente última de colisão moto-carro na 22h30min. Não houve escape, nega perda de consciência ou omnia retrograda; Ignota vacinação anti-tetânica ou sigo. e nega alergias.

As above.

A
C
D

> 32 m aberogen

E - Encurtamento de araste em HFD
Encurtamento + Rotação externa + Deformação
em HFE

Diagn.	Inicial:
--------	----------

[illegible]

*Saída: - () Decisão médica; () Enc.outro Serviço; () Evasão; (4) Interna: CID 102.3 Proc. 308010014

Data: ____/____/18. Hr: ____:____:____ Ass. Médico: _____



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 **GUILHERME DANIEL SANTOS GONCALVES** (Fia: 2547/2018), CPF:13574853440.

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.

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA H.R.T.M.
DATA 15/08/18
Assinatura

Mossoró/RN, 16 de Julho de 2018.

*Daniama Ferreira dos Santos
Paciente ou responsável

CCIH - HRTM
DATA 17/08/18
Rafaela
Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANEAMENTO 23.11.2018
SANEAMENTO

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

2 - CNES
2503689

4 - CNES
2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
GUILHERME DANIEL SANTOS GONCALVES (8 - 2547/2018)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
202377

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
707003818553930

8 - DATA DE NASCIMENTO
08/05/2005

9 - SEXO
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR
PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE
DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
DDD 84 87856069

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
DDD 84 87856069

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
SITIO PEDRINHAS, 8 / - POVOADO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
AREIA BRANCA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
240110

18 - UF
RN

19 - CEP
59655000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Acidente veicular a 100 km/h
marcadas com trauma
na cabeça e membros.*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

Capacidade reduzida

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

Ex. físico + Rx

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURAS ENVOLVENDO REGIÕES MÚLTIPLAS DE UM MEMBRO INFERIOR

24 - CID 10 PRINCIPAL
S02.2

25 - CID 10 SECUNDÁRIO
S02.3

26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.
V89.1

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPI

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
4405050233

29 - CLÍNICA

CIR

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

2

31 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

13186183472

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

ANTONIO PINHEIRO DE ALMEIDA NETO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

16/07/2018

35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

Antonio Pinheiro de Almeida Neto
CRM 13186183472

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

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 A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR

FERNANDO ALBUERNE BEZERRA

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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

48 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

207281399060005

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)



MINISTÉRIO
DA
SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

FOLHA
1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

GODFREY SAMUEL SANDOS GONCALVES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

MASC ☒ FEM ☐

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

PAT. DURA FIMURA OVARICA

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO - PRINCIPAL

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO

ESTA CONFORME O ORIGINAL

33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

BRINTE MOURÃO 33.11.2013

34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

CAMELÓTIPO

35 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - QTD.

37 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - QTD.

39 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - QTD.

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

A FIO SPM/MDV N 23, C

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ADRIANO GONCALVES DE ALMEIDA NETO

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

10/02/14

43 - DOCUMENTO

1 - CNIS

1 - CNPF

44 - Nº DOCUMENTO (CNIS/CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

13186183424

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

A. J. G. Goncalves

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ORGÃO EMISSOR

48 - Cód. DA AUTORIZAÇÃO

49 - DOCUMENTO

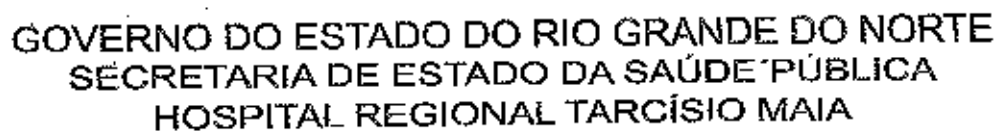
1 - CNIS

1 - CNPF

50 - Nº DOCUMENTO (CNIS/CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

13186183424

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



NOME _____
SERVIÇO: _____

IDADE _____ Nº REG: _____
ENF: _____ LEITO: _____

DATE	DESCRIPTION	AMOUNT	CHECK NO.	BANK	INITIALS
10/1/74	PAYROLL	200.00	1001	WELLS FARGO	WJ
10/1/74	PAYROLL	200.00	1002	WELLS FARGO	WJ
10/1/74	PAYROLL	200.00	1003	WELLS FARGO	WJ
10/1/74	PAYROLL	200.00	1004	WELLS FARGO	WJ
10/1/74	PAYROLL	200.00	1005	WELLS FARGO	WJ
10/1/74	PAYROLL	200.00	1006	WELLS FARGO	WJ
10/1/74	PAYROLL	200.00	1007	WELLS FARGO	WJ
10/1/74	PAYROLL	200.00	1008	WELLS FARGO	WJ
10/1/74	PAYROLL	200.00	1009	WELLS FARGO	WJ
10/1/74	PAYROLL	200.00	1010	WELLS FARGO	WJ

HOSPITAL DE
ESTA COMISSÃO
SOME MOCOS 3311-3011
SOME MOCOS 3311-3011



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome GABRIEL DA SILVA SANTOS GOUVEIAS Reg Nº

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA OBLÍQUA FEMUR ESQUERDO.

Indicação terapêutica: FIXAÇÃO INTRACANAL + PLACA + PARAFUSOS
+ 3 Kp

INTERVENÇÃO

Início: Fim: Duração:

Operador DR. J. M. SILVA

1ª Auxiliar: RODRIGO

2ª Auxiliar:

3ª Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista:

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

(1) 64212000 EN 00000000 009 A. 000000

(2) 03506551 4 000000 0000 00 000000 00

(3) 00000000 00000000 00 00 000000 00 00

+ 000000 000000 00 00 000000

00 00

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O RELATÓRIO
SANTOS GOUVEIAS
03/11/2018
000000



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: GUILHERME DANIEL SANTOS Gonçalves 13 anos
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 216-1
DATA DA ADMISSÃO: 16/07/18 Areia Branca - RN Código: 16734

DATA	EVOLUÇÃO
10/08/18	25 DIH: Fratura do fêmur proximal E Em uso de TTE Sem queixas. Diurese fisiológica. BEG, eupneico, normocorado, hidratado, afebril. CD: VPM Inserido no SISREG Pré-op OK Baixo risco cirurgico Aguarda cirurgia definitiva

Eduardo C. L. R. Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
CRM-6438/RN - TEOT 13540

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA livre	
2	Dipirona 30 gts VO 6/6h SN	
3	Clexane 40 mg SC 1x/dia	
4	SSVV+CCGG	

Eduardo C. L. R. Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
CRM-6438/RN - TEOT 13540

Em tempo:

- Retornado ao CC.
Ulcerado grato com cicatrização.
cd.: alta hospitalar com orientações
para acompanhamento ambulatorial.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MECORGO 23/08/18
31/08/18

Eduardo C. L. R. Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
CRM-6438/RN - TEOT 13540

Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES**

Registro: **134387**

Num. RG: **003994387** CPF: **135.748.534-40** Nascimento: **08/05/2005** 14 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **PEDRA PORTUGUESA**

N.: **8**

Bairro: **PEDRINHAS**

Cidade: **AREIA BRANCA**

UF: **RN**

CEP: **59655000**

Fone: **84987856069**

Profissão: **ESTUDANTE**

Mãe: **DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **30/03/2019 8:05** Previsão saída: **31/03/2019 11:00** Atendente: **VANUZANB**

Convênio: **SUS ESTADUAL**

Matrícula/CNS: **707003818653930**

Médico: **Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA**

CRM: **7036**

LEITO RESERVA 01

Dados do Responsável

Responsável: **DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS**

CPF: **080.253.654-92**

RG: **2771792**

Parentesco: **MAE**

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 esta 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 [☒] Responsável

Damiana Ferreira dos Santos

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

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

CONFERE COM ORIGINAL

EM, 05/11/19

João Paulo Bezerra

Observações

**SISREG, AIH, AUT MUN, DOCUMENTOS, EX LAB, 04 PELICULAS DE RX, LAUDO ESCANOMETRIA . MEDICO
CIENTE.**

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 30/03/2019 08:09

Dados do Paciente

Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES** Registro: **134387**
Num. RG: **003994387** CPF: **135.748.534-40** Nascimento: **09/05/2005** 14 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **PEDRA PORTUGUESA** N.: **8** Bairro: **PEDRINHAS**
Cidade: **AREIA BRANCA** UF: **RN** CEP: **59655000** Fone: **84987856069**
Profissão: **ESTUDANTE** Mãe: **DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **30/03/2019 8:05** Previsão saída: **31/03/2019 11:00** Atendente: **VANUZANB**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **707003818553930**
Médico: **Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA** CRM: **7036** **LEITO RESERVA 01**

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: _____

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

Dados do Paciente

Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES** Registro: **134387**
Num. RG: **003994387** CPF: **135.748.534-40** Nascimento: **08/05/2005** 14 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **PEDRA PORTUGUESA** N.: **8** Bairro: **PEDRINHAS**
Cidade: **AREIA BRANCA** UF: **RN** CEP: **59655000** Fone: **8498785606**
Profissão: **ESTUDANTE** Mãe: **DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **30/03/2019 8:05** Previsão saída: **31/03/2019 11:00** Atendente: **VANUZANB**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **707003818553930**
Médico: **Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA** CRM: **7036** **LEITO RESERVA 01**

Dados do Responsável

Responsável: **DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS** CPF: **080.253.654-92** RG: **2771792**
Parentesco: **MAE**

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO
PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

1. - Autorizo o(a) **Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA** a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: **S8558 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR**
2. - O(a) **Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA**, 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 [x] 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.

Tiago Pereira de Alcântara
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 6246 REOT: 15382

Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA - CRM 7036

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

Dados do Paciente

Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES** Registro: **134387**
Num. RG: **003994387** CPF: **135.748.534-40** Nascimento: **08/05/2005** 14 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **PEDRA PORTUGUESA** N.º: **8** Bairro: **PEDRINHAS**
Cidade: **AREIA BRANCA** UF: **RN** CEP: **59655000** Fone: **84987856069**
Profissão: **ESTUDANTE** Mãe: **DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **30/03/2019 8:05** Previsão saída: **31/03/2019 11:00** Atendente: **VANUZANB**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **707003818553930**
Médico: **Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA** CRM: **7036**

LEITO RESERVA 01

Dados do Responsável

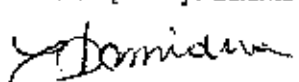
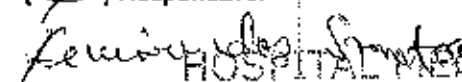
Responsável: **DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS** CPF: **080.253.654-92** RG: **2771792**
Parentesco: **MAE**

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, devolvarei 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, Painele para televisão LCD, Suporte de soro, Lixeira, Painele 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 [X] Responsável

 
HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

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

- ☐ Em perfeito estado
☐ Apresentando defeito
☐ Faltando Equipamentos/Acessórios

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

CONFERE COM ORIGINAL
EM: ____/____/____

Assinatura do responsável

Número AIH: 241910015498-8

Código Solicitação: 276763453

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL MEMORIAL
Unidade Executante:
HOSPITAL MEMORIAL
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL

CNES:
2408252
CNES:
2408252
Município Executante
NATAL

Centro Reguladora
Data da Solicitação 21.02.2019 - 07:35:46
Data de Autorização 21/02/2019 - 13:32:23
Data de Reserva 23.02.2019
Data de Internação 21.02.2019
Data Prevista de Alta 07.07.2046
Data de Alta 22/02/2019 - 07:15:12
Motivo da Alta 1.1 ALTA CURADO

Operador LUCIMAR
Operador 63723034420MARJORIE
Operador 18129862204LUCIMAR
Operador 18129862204LUCIMAR

DADOS DO PACIENTE

CNS:
707003816553930
Nome do Paciente
GUILHERME DANIEL SANTOS GONCALVES
Nome da Mãe
DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS
Sexo:
MASCULINO
Data de Nascimento:
08/05/2005 (13 anos)
Tipo Logradouro:
RUA
Número:
08
País de Residência:
BRASIL
Telefone(s):
(84) 98750-1877 (Exibir Lista Detalhada)

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:
AREIA BRANCA - RN
Raça:
PARDA
Tipo Sanguíneo:

Logradouro:
PEDRA PORTUGUESA
Bairro:
POVOADO DE PEDRINHAS
Município de Residência:
AREIA BRANCA
Complemento:
CEP:
59655-000
UF:
RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:
07443427409
CPF do Médico Executante:
14084295434
Diagnóstico Inicial - CID:
M841 AUSÊNCIA DE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA [PSEUDO-ARTROSE]
Caráter
10 - Eclivo
Clínica:
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
Procedimento Solicitado:
OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS

Nome do Médico Solicitante:
FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA
Nome do Médico Executante:
IVAN LUCENA DE ALMEIDA

Status da Solicitação:
APROVADA

Classificação de Risco
Prioridade 3 - Atendimento eletivo
Clínica Complementar:
Nenhuma
Código:
0415020034

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
PACIENTE COM FRATURA DE FEMUR ESQUERDO HÁ + DE MESES APRESENTANDO FRATURA CONSOLIDADA
Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
RX + EF
Condições que Justificam a Internação:
TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA CONSOLIDADA + OSTEOTOMIA + ENXERTO ÓSSEO

PARA O LAUDO

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:
21.02.2019 - 07:35:46

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

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <i>Guilherme Daniel Silva Cordeiro</i>		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL/SUS <i>70-003818553930</i>	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO MASCULINO ☒ FEMININO ☐	10 - TELEFONE DE CONTATO
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) <i>RUA PEDRA PORTUGUESA, 8 - PEDRINHAS</i>			
13 - MUNICÍPIO <i>AREIA BRANCA</i>	14 - BAIRRO <i>PEDRINHAS</i>	15 - UF <i>PE</i>	16 - CEP <i>59655-000</i>

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Exat. cl. físico de f. pulm. esquerdo fr. com o arto com consolidação vascularizada</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>TTO Lungro</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Amniocentese + fr. pulm. esquerdo</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Infarto de f. pulm. esquerdo</i>	21 - CID 10 PRINCIPAL <i>S 72</i>	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>- Tratamento de f. pulm. esquerdo</i>	25 - LEITO/CLÍNICA	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
25 - COD. DO PROCEDIMENTO <i>- 040805051-3.0 - 040806013 - 040805015-1</i>			28 - DT. SOLICITAÇÃO <i>26/12/18</i>
			29 - CNS / CPF
			30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO) <i>Dr. Fábio Roberto A. de Lima Ortopedia / Traumatologia Cristiano de Jesus TEOT: 14816</i>

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	39 -
38 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
40 - () CID. 10 PRINCIPAL		41 - () CID. 10 SECUNDÁRIO	
42 - () CID. 10 SECUNDÁRIO		43 - () GRAVE 44 - () GRAVESSIMA	

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	47 - DT. AUT.	48 - CNES / CPF	49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)
50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	51 - DT. AUT.	52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AM)

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. J. Menor Lembrança, 979 - Tirol
Cep: 59072-020 - Natal/RN

CONFERIR COM ORIGINAL
EM: / /



Hospital Memorial
São Francisco

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES

Data do Procedimento: 30/03/2019

Registro: 134387 IH: _____

Diagnóstico pré-operatório: S723.FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR -

Código do procedimento

Cirurgia realizada

0408050519

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR

0408060190

OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PE

0408040157

OSTEOTOMIA DA PELVE

0403020077

NEUROLISE NÃO FUNCIONAL DE NERVOS PERIFÉRICOS

Equipe cirúrgica:

CRM

Cirurgião: TIAGO FERREIRA DE ALMEIDA

6748

1º FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA

7036

Anestesiologista: MARILIA DE CASTRO E SILVA

5609

Instrumentador: RONALDO + EDUARDO

Grau de Contaminação: Limpo

Profilaxia Antimicrobiana: Cefazolina

Anatomopatológico: Não

Exame: Não se aplica

Descrição dos materiais especiais utilizados:

placa dco os transversal 14 furos
8 parafusos corticais

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados:

Descrição da cirurgia:

paciente em ddi sob sedação + requianestesia, realizada dose de cefazolina na indução, realizada assepsia + antissepsia + colocação de campos
estéril, incisão lateral na coxa esquerda, realizada dissecação por planos com neurolise de nervo periférico (cutâneo femoral lateral), realizada
OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS (FEMUR ESQUERDO) RESSECÇÃO DE CUNHA DE ABERTURA LATERAL PARA CORREÇÃO DE VARO DO
FEMUR ESQUERDO, REALIZADA OSTEOTOMIA DA PELVE PARA CORREÇÃO DE ROTACÃO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO,
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR COM PLACA 14 FUROS DCP + FIXAÇÃO DA PLACA COM 8 PARAFUSOS
CORTICAIS, FECHAMENTO POR PLANOS COM REVISÃO DA HEMOSTASIA, CURATIVOS ESTÉREIS, FIM DO PROCEDIMENTO CIRURGICO,
AOS CUIDADOS DA RPA

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lemartine, 979 - Tirol

Cep: 55027-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

Dr. Fábio Roberto A. de Lima

Ortopedia e Traumatologia

Cirurgião de Mão

CRM: 7036 TEST: 14816

CRM: 7036 - FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA

30/03/2019 15:29:00

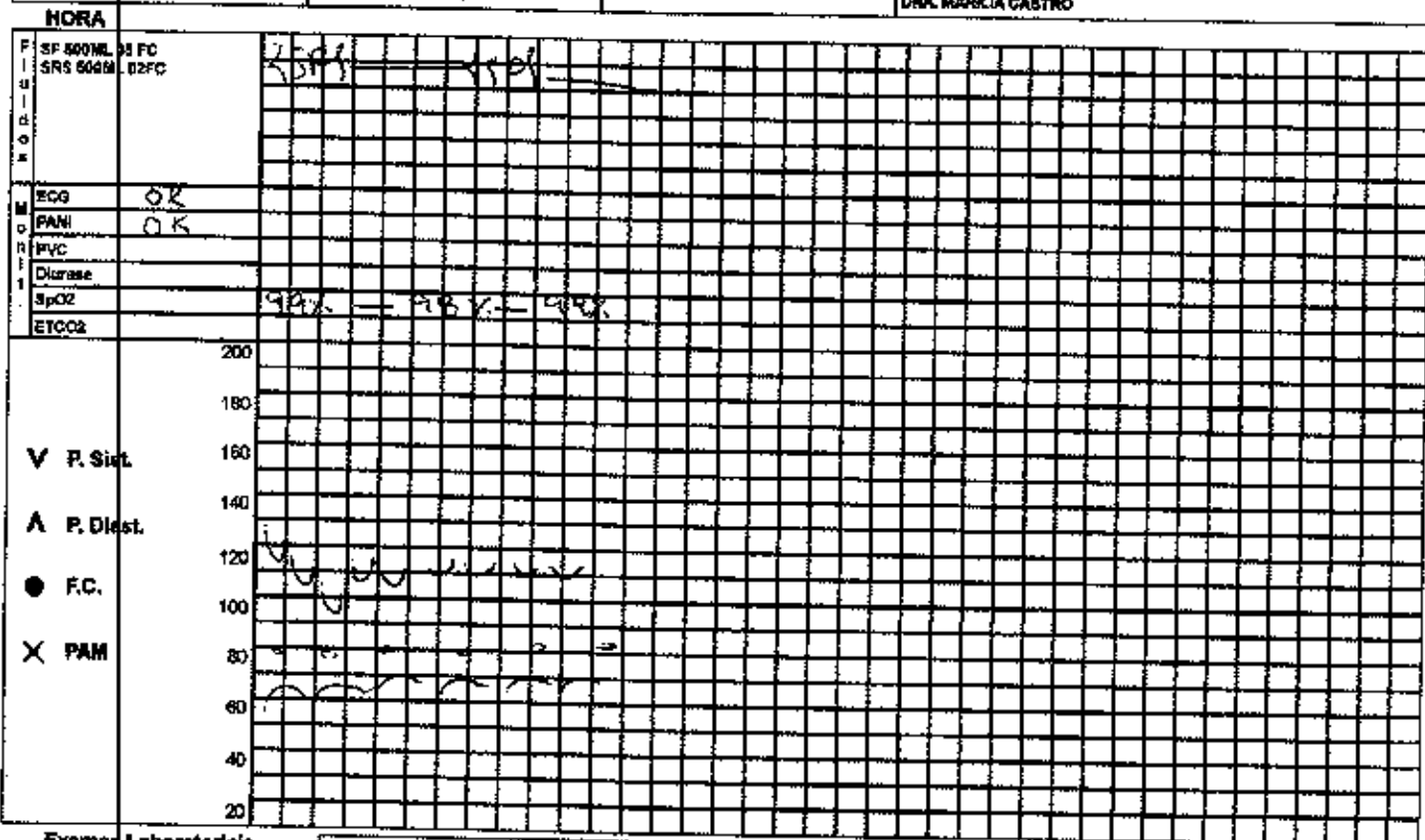
BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

Dados do Paciente

Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES**

GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES 1

Cirurgia Realizada FRATURAS DE FUR + OSTEOTOMIA + ENXERTO + NEUROLISE		Data 30/03/2019	
Cirurgião DR. THIAGO FERREIRA	1º Auxiliar DR. FABIO ROBERTO	2º Auxiliar	Anestesiologista DRA. MARILIA CASTRO



Exames Laboratoriais

pH		
PACO2		
PCO2		
CO		
ESR		
PtO2		
SHDO2		
Hb		
Hc		
Na		
K		
Ca		
Glucose		
FENTANIL	1MG	01
RODOLAN	15MG	01
NEOCAINA	0,8%	01
DIAMORF	0,2MG	01
SUPENTANIL	10MG	
ROGURON	50MG	
ATACURON	25MG	
PROPOFOL	1%	
EPIDURA	50MG	
ARAFIN	10MG	
CEFAZOLINA	1G	02
DIPERONA	1G	
DIAMORF	2MG	
DEXAMETASONA	10MG	
RAMITONIA	50MG	
ONDASETRON	8MG	

TÉCNICA ANESTÉSICA: RAQUI

BLOQUEIO:

LOCAL DA PUNÇÃO: L3/L4

NÍVEL ANESTESIA: T10

AGULHA: 27

BLOQUEIO MOTOR: 0

POSICÃO: Antes:

Depois:

APARELHO:

TÉCNICA: ABERTO

OXIGENAÇÃO/INTUBAÇÃO: CATETER NASAL

TRAUMÁTICA: NAO

SONDA:

Nº

CUFF:

INDUÇÃO:

MANUTENÇÃO:

CONDIÇÃO FINAL: BOA

REFLEXOS: RECUPERANDO

CONSCIÊNCIA: VIGIL

BALANÇO

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
AV. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL
EM

Dra. Marília de Castro e Silva
Anestesiologista
Membro da SBA 15618
CRM 5609 - FEA
CPF: 698.436.073-87

de Castro e Silva
Anestesiologista
SBA 15618
191 TEA
CPF: 698.436.073-87

D. Marília de Castro e Silva
Anestesiologista
Membro da SBA 15618
CRM 5609 - FEA
CPF: 698.436.073-87

DURAÇÃO: 60MIN

INÍCIO: 10:50

FINAL: 11:50

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Hospital Memorial de Natal

Registro-Internamento: **134387 - 1**

Leito Nº: **ENFERMARIA 312A**

Médico: **CRM - 7036 - FÁBIO ROBERTO ALVES DE LIMA**

LAUDO MÉDICO PARA SITUAÇÕES ESPECIAIS

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- | | |
|---|---|
| ☒ Mudança de Procedimento | ☐ Uso de Prótese, Ortese |
| ☐ Diária de U.T.I. | ☐ Uso de Fatores de Coagulação |
| ☐ Diária de Acompanhante | ☐ Uso de Oxigenadores |
| ☐ Vacina Anti RH | ☐ Nutrição Parenteral |
| ☐ Parecer CCIH | |
| ☐ | ☐ |

HOSPITAL

10.867.687/0001-10 Hospital Memorial de Natal

PACIENTE

134387 - 1 - GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES

PROCEDIMENTO ANTERIOR

PROCEDIMENTO SOLICITADO

MÉDICO SOLICITANTE

CRM

CPF

FÁBIO ROBERTO ALVES DE LIMA

7036

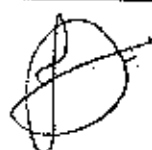
074.434.274-09

JUSTIFICATIVA

PACIENTE COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE FÊMUR ESQUERDO APOS FRATURA HA APROXIMADAMENTE 10 MESES SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO + OSTEOTOMIA DE FÊMUR ESQUERDO PARA ALINHAMENTO/ALONGAMENTO + NEUROLISE PERIFÉRICA APOS DIVULSAO PROFUNDA + ENXERTIA ÓSSEA PARA FACILITAR CONSOLIDAÇÃO ÓSSEA SEM INTERCORRÊNCIAS

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

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE



CRM

DATA

7036

30/03/2019 16:03:37

AUTORIZAÇÃO

AUDITOR

CRM

DATA



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

Data: 30/03/2019 15:56

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: **34387** IH: **1** Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES**
Nascimento: **08/05/2005** **14 anos** Internação: **30/03/2019 08:05:20** Leito: **LEITO RESERVA 01**

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: **RAQUI + SEDACÃO**

Anestesiologista: **DR MARILIA**

Tipo: **FRATURA DE FEMUR MIE**

Cirurgião: **DR FABIO**

Instrumentador: **RONALDO**

Circulante: **WAGNER + MOISES**

Tipo curativo: **OLUSIVO**

Tem material para biópsia/cultura: **NÃO**

Inf.sanguínea: **NÃO**

Monitoração correta: **SIM**

Placa de bisturi: **SIM**

Antibiótico profilático?: **NÃO**

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

PACIENTE ADMITIDO EM SALA PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR MIE, PUNCIONADO EM SALA PELA DR MARILIA COM JELCO N 18 EM MSE, NEGA HAS, DM E AM, PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIA, ENCAMINHADO AO SRPA SOB EFEITO DE ANESTESIA, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Potencial de Contaminação: **Limpa**

MOISÉS GUTEMBERG DA SILVA
Técnico(a) COREN - 940754

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

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



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: **134387** Id: **1** Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES**
Nascimento: **08/05/2005** **14 anos** Internação: **30/03/2019 08:05:20** Leito: **LEITO RESERVA 01**

ANTES DO ATO CIRÚRGICO

30/03/2019 11:59:40 - COREN - 662098 - MARIA ELIZABETE B PEREIRA

Observações:

CLIENTE ADMITIDO (A) NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FEMUR, ACOMPANHADO DO MAQUEIRO, CONSCIENTE, ORIENTADO (A), RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, FOI PUNÇIONADO(A) EM SALA E SEQUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Doença pré-existente: NÃO - SIC DA GENITORA

Há reserva sanguínea: SIM Prótese: NÃO Jóias: NÃO Membro e lado da cirurgia: MIE

Exame Laboratorial: SIM Risco Cirúrgico: SIM Raio X: PRÉ: SIM-QTD: 01

Alergias (medicamentos, lodo, esparadrapo): NÃO
SIC DA GENITORA

Assinatura Responsável

Outros Exames:

Maria Elizabete Barbosa Pereira

SRPA - COREN - 981845 - ANDRE LUIZ MIGUEL PEREIRA

Nível consciência: CONSCIENTE ORIENTADO

Oxigenoterapia: 02 AMBIENTE

Acesso venoso: SIM Diurese: SIM Acianótico: NÃO Pálido: NÃO Sudorese: NÃO Tremores: NÃO

Hipotensão: NÃO Raio X de Controle: NÃO

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE ENCAMINHADO AO RX SEM INTERCORRENCIA PÓS REALIZAR RX SERA ENCAMINHADO AO LEITO DE POI DE FEMUR NA HVP. EM MSD DIURESE PRESENTE, SEQUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

PA:131X84

SATU:98

BPM:69

Assinatura Responsável

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



EVOLUÇÃO ASSISTENTE SOCIAL

Dados do Paciente

Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES**

Registro: **134387** Num.Internação: **1**

Nascimento: **08/05/2005 14 anos**

Data Internação: **30/03/2019 08:05:20**

Acompanhante:

Parentesco:

Endereço para Correspondência:

Endereço:

Cidade : **Areia Branca**

Bairro :

Ocorrência:

Durante o acolhimento a mãe informou que trauma foi ocasionado por queda de moto.

Evolução do Prontuário:

X - Criança com acompanhante. Paciente amparado pelo ECA. Art. 12.

X - Paciente/Acompanhante recebeu(ram) orientações a respeito das Normas Hospitalares.

Observações:

Acompanhado pela mãe - Damiana Ferreira dos Santos.
reserva 01

CONDUITA HOSPITALAR

- Não sentar ou deitar na cama do paciente (risco de infecção hospitalar);
- O acompanhante ou visitante não deve usar roupas impróprias (transparentes, justas, decotes e shorts). Procurar usar roupas confortáveis e adequadas ao espaço público;
- Não trazer ou deixar objetos de valores nas dependências das enfermarias, pois o hospital não se responsabiliza pela perda ou roubo destes;
- Não fumar nas dependências do hospital, haja visto o risco à saúde, medida esta amparada pela Lei Federal 9294/96;
- Não colocar objetos em cima do leito do paciente;
- Não é permitida a entrada de alimentos de fora nas enfermarias para impedir a proliferação de insetos e evitar a infecção hospitalar, a equipe de nutrição planeja uma alimentação adequada ao estado de saúde do paciente;
- Faça silêncio nas enfermarias. A tranquilidade no ambiente hospitalar é importante para a recuperação dos pacientes;
- É necessário lavar as mãos antes de entrar no quarto, antes e após prestar cuidados ao paciente e após o uso do sanitário;
- No caso de dúvidas em relação aos cuidados com o paciente (administração de medicamentos, troca de soro, curativos, etc) procurar a equipe de enfermagem;
- Para evitar riscos à saúde do paciente pedimos aos acompanhantes que permaneçam nas respectivas enfermarias. Portanto, evite circular nas enfermarias bem como saídas do hospital;

JESSICA ALEXANDRE DE ARAUJO
CRESS - 4824

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

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

CONFERE COM ORIGINAL
EM: _____



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES Idade: 13 anos
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 134387 Prontuário:
Unidade: UNIDADE III
Leito: LEITO RESERVA 01
Admissão: 30/03/19 08:05 0 dia(s) de Internação
Diag.: S72 - Fratura do fêmur | Nota: As seguintes subdivisões são fornecidas,

30/03/2019 15:46

6963

- 1) DÍPIRONA 500mg/mL ampola
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.
Diluir em 8mL de ABD
- 2) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola
Uso: 05 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas.
Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%
- 3) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola
Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas
Diluido.
Reconstituir em 10mL ABD,
- 4) CETOPROFENO 100MG/2ML - ampola I.V
Uso: 0,5 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.
Diluir Soro Fisiológico 0,9%

Ferreira de Almeida
Medicina e Traumatologia
CRM - 4740 RCD 15362

Dr. FILIPPI RANIERI ALVES
CRM - 6963

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

N. - 45802
M. 45.803
A. 45.805

Prescrição Médica / Evolução Clínica

Hospital Memorial
São Francisco

Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES**
Convênio: **SUS ESTADUAL**
Unidade: **UNIDADE III**
Leito: **ENFERMARIA 312A**
Admissão: **30/03/19 08:05**
Diag.: **S72 - Fratura do fêmur** | Nota: As seguintes subdivisões são fornecidas, |

Idade: **13 anos**
Prontuário:

0 dia(s) de internação

30/03/2019 19:00

1) **DIPIRONA 500mg/mL ampola**
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.
Diluir em 8mL de ABD

[Handwritten signatures and dates]
18:00, 19:00, 20:00, 21:00, 22:00, 23:00

2) **DIETA LIVRE, Uma vez ao dia**

(SND)

3) **KAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola**
Uso: 05 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas.
Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%

[Handwritten signatures and dates]
20:00, 21:00, 22:00, 23:00

4) **CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola**
Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas
Diluido.
Reconstituir em 10mL ABD,

[Handwritten signatures and dates]
19:00, 20:00, 21:00, 22:00, 23:00

5) **DETOPROFENO 100MG/2ML - ampola I.V**
Uso: 0,5 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.
Diluir Soro Fisiológico 0,9%

[Handwritten signatures and dates]
19:00, 20:00, 21:00, 22:00, 23:00

6) **SINAIS VITAIS (SSVV + COGG), 06 em 06 horas**

[Handwritten signatures and dates]
19:00, 20:00, 21:00, 22:00, 23:00

7) **CURATIVO, Pela manhã**

08

[Handwritten signature]

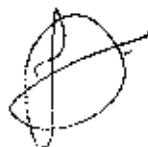
Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA
CRM - 7036

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

Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES Idade: 13 anos
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 134387 Prontuário:
Unidade: UNIDADE III
Leito: ENFERMARIA 312A
Admissão: 30/03/19 08:05 1 dia(s) de internação
Diag.: S72 - Fratura do fêmur | Nota: As seguintes subdivisões são fornecidas para:

31/03/2019 19:00	Solic. (Estoque): 119.46189	Horários de Aplicação	18:00
1) DIPIRONA 500mg/mL ampola	Usd: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. Diluir em 8mL de ABD	00:00 06:00 12:00	18:00
2) DIETA LIVRE, Uma vez ao dia	(SND)		
3) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola	Usd: 01 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas. Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9% FAZER MEIA AMPOLA	20:00	
4) CEFALOTINA SODICA 1g frasco ampola	Usd: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas Diluido. Reconstituir em 10mL ABD,	22:00 06:00 14:00	
5) CETOPROFENO 100MG/2ML - ampola I.V	Usd: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas. Diluir Soro Fisiológico 0,9% FAZER MEIA AMPOLA	22:00 10:00	
6) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 06 em 06 horas		00:00 06:00 12:00	18:00
7) CURATIVO, Pela manhã			



Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA
CRM - 7036

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

Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES** Idade: **13 anos**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Reg.: **134387** Prontuário:
Unidade: **UNIDADE III**
Leito: **LEITO RESERVA 01** *312.1A*
Admissão: **30/03/19 08:05** 0 dia(s) de internação
Diag.: **S72 - Fratura do fêmur** | Nota: As seguintes subdivisões são fornecidas, p

30/03/2019 16:45	Horários de Aplicação	6963
1) DIBIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. Diluir em 8mL de ABD	00:00, 06:00, 12:00, 18:00	
2) DIETA LIVRE, Uma vez ao dia	(SFD)	
3) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 05 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas. Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%	20:00	
4) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas Diluido. Reconstituir em 10mL ABD,	22:00, 06:00, 14:00	
5) CETOPROFENO 100MG/2ML - ampola I.V Uso: 0,5 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas. Diluir Soro Fisiológico 0,9%	22:00, 10:00	
6) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 06 em 06 horas	00:00, 06:00, 12:00, 18:00	

2- MAN. 86 AL - U'ANAP, 100 mg S. 4.8%, 0, 8/8.10.19
St náuseas ou vômitos

Dr. FILIPPI RANIERI ALVES
CRM - 6963

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



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES** Idade: **13 anos**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Reg.: **134387** Prontuário:
Unidade: **UNIDADE III**
Leito: **ENFERMARIA 312A**
Admissão: **30/03/19 08:05** **2 dia(s) de internação**
Diag.: **S72 - Fratura do fêmur** | Nota: As seguintes subdivisões são fornecidas, p

01/04/2019 08:21

Horários de Aplicação

7036

U: ALTA HOSPITALAR, Pela manhã

Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA
CRM - 7036

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

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES**

Registro: **134387**

IH: **1**

Nascimento: **08/05/2005** 14 anos Data Internação: **30/03/2019 08:05:20**

Leito: **ENFERMARIA 312A**

Turno: **Tarde**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **PO DE #FÊMUR**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Alergias Medicamentosas:

Sinais Vitais

Temperatura: **36 °C**

Saturação O2: **98%**

Respiração: **20 RPM**

Pressão Arterial:

110x70

Frequência Cardíaca: **98**

Acesso Venoso

Dieta

Periférico

VO

MSE

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.:

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

18H-APRESENTA SANGRAMENTO IMPORTANTE NO CURATIVO, REALIZADO CURATIVO COMPRESSIVO.

Medicações:

Intercorrência:

PACIENTE APRESENTA VÔMITOS, MEDICADO.

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM _____



COREN: 738286 - WEDILLANIA MARIA DA SILVA
30/03/2019 18:00:40



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1226
hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES**

Registro: **134387**

IH: **1**

Nascimento: **08/05/2005** 14 anos Data Internação: **30/03/2019 08:05:20**

Leito: **ENFERMARIA 312A**

Turno: **Diurno**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **POS DE FÊMUR E**

Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocrado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas:

Sinais Vitais

-Oxigenioterapia

Temperatura: **35,5 °C**

Saturação O2: **98%**

Respiração: **20 RPM**

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial: **110x70**

Frequência Cardíaca: **98**

Acesso Venoso

Díeta

Eliminações Fisiológicas

Periférico

YQ

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **PRESENTE**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos:

HGT

Correção:

Correção:

Drenos

Correção:

Correção:

Data:

Correção:

Correção:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

**REALIZADO CURATIVO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM.
COM GAZE+CLORETO + MICROPORE + ATADURAS.**

Medicações:

Intercomência:

PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO. O2 AMBIENTE. POS DE FÊMUR E H.V EM MSE. MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. COM BANHO NO LEITO. TROCA DE LENÇÓIS DE CAMA. MASSAGEM DE CONFORTO. VERIFICAÇÃO SSVV. FICA AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

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

COREN: 166956 - ALEXANDRE CESAR RIBEIRO FERREIRA

31/03/2019 12:45:43

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES

Registro: 134387 III

Nascimento: 08/05/2005 14 anos Data Internação: 30/03/2019 08:05:20

Leito: ENFERMARIA 312A

Turno: Noturno

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: POS DE FÊMUR E

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocrado

Alergias Medicamentosas:

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Sinais Vitais

Temperatura: 35,5 °C Saturação O2: 98% Respiração: 20 RPM

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial: 110x70 Frequência Cardíaca: 98

EUPNEICO

Acesso Venoso

Dieta

Periférico

VO

MSE P/ GRAVIDADE

ACEITA

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.: PRESENTE

Intestinais: AUSENTE

Aspectos:

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

LIMPO E SECO

Medicações

ADM MEDICAÇÕES CPM:

Intercorrência:

PACIENTE APRESENTA VÔMITOS, MEDICADO.

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

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

CONFERE COM ORIGINAL

EM, _____



REN: 1153651 - LUANA PATRÍCIA RODRIGUES L DE OLIVE
31/03/2019 01:49:17



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228

hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES

Registro: 134387 IH:

Nascimento: 08/05/2005 14 anos Data Internação: 30/03/2019 08:05:20

Leito: ENFERMARIA 312A

Turno: Noturno

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: POS DE FRATURA FEMUR.

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorado

Alergias Medicamentosas:

Sinais Vitais

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Temperatura: 35,5 °C

Saturação O2: 98%

Respiração: 18 RPM

Pressão Arterial:

110x70

Frequência Cardíaca: 80

Acesso Venoso

Dieta:

Periférico

VO

EM MSE

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.: PRESENTE

Intestinais: AUSENTE

Aspectos:

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

LIMPO E SECO.

Medicações:

ADM. MEDICAÇÃO DE HORARIO PRESCRITO.

Intercorrência:

SEGUE BEM NO LEITO E AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Con: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, _____

Liliane

COREN: 636563 - LILIANE BEZERRA DA SILVA

31/03/2019 20:47:0



Hospital Memorial
São Francisco

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

EVOLUÇÃO MÉDICA -

Dados do Paciente

Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES**

Registro: **134387** Num.Internação: **1**

Nascimento: **08/05/2005 14 anos**

Data Internação: **30/03/2019 08:05:20**

Evolução: **30/03/2019 15:43:56**

OPERADO REALIZADO:

- 1- TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR ESQUERDO
- 2- OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS, FEMUR, EXCETO DA MÃO E DO PE
- 3- OSTEOTOMIA DA Pelve
- 4- NEUROLISE NÃOFUNCIONAL DO NERVO FEMORAL PERIFÉRICO.

Tiago Ferreira de Almeida
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 67461-TCO-1546

FILIPPI RANIERI ALVES
CRM - 6963

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

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

CONFERE COM ORIGINAL
EM, _____

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES**

Registro: 134387 IH: 1

Nascimento: 08/05/2005 14 anos Data Internação: 30/03/2019 08:05:20

Leito: ENFERMARIA 312A

Turno: Manhã

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **PÓS DE FRATURA DE FÊMUR**

Isolamento de contato:

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorada

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Alergias Medicamentosas:

Sinais Vitais:

Temperatura: 36,0 °C Saturação O2: 98% Respiração: 18 RPM

Pressão Arterial: 120x80 Frequência Cardíaca: 80

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Acesso Venoso:

Dieta:

Periférico

VO

MSE

Eliminações Fisiológicas:

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.: PRESENTE

Intestinais: AUSENTE

Aspectos:

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

RENOVADO CURATIVO DA FERIDA OPERATÓRIA PELA EQUIPE DA CCIH.

Medicações:

Intercorrência:

PACIENTE CRIANÇA DE 13 ANOS, EM PÓS OPERATÓRIO DE FRATURA DE FÊMUR, CONSCIENTE E ORIENTADO, EM O2 AMBIENTE, DIETA VO, DIURESE PRESENTE, AFF SSVVS SEM ANORMALIDADES, NA HVP MSE POR GRAVIDADE, REALIZADO BANHO NO LEITO+HIGIENE ORAL+TROCA DE FRALDA+TROCA DE LENÇÓIS DE CAMA+VESTE+MASSAGEM DE CONFORTO, SEGUE EM REPOUSO NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. PCT SEGUE DE ALTA HOSPITALAR AGUARDANDO TRANSPORTE. 13:30 HRS PACIENTE SAIU DE ALTA HOSPITALAR ACOMPANHADO DO MAQUIERO EM MACA+FAMÍLIA LEVANDO, CONSIGO TDS OS SES PERTENCENTES.

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM,

COREN: 1144984 - JACILENE PINHEIRO DA SILVA

01/04/2019 10:40:31

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 RIO GRANDE DO NORTE
 SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO TECNOLÓGICO CIENTÍFICO DE PERÍCIA
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO



Guilherme Daniel Santos Gonçalves
 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

IDENTIFICAD: 003.994.701 DATA DE EMISSÃO: 11/09/2019

NOME: GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES

ALIAS: GERALDO GONÇALVES FILHO DANILAND FERREIRA DOS SANTOS

PARTECIPANTE: 08/05/2005

ARÉIA BRANCA RN

DATA DE NASCIMENTO: 04/10/1984 RG: 47284

ARÉIA BRANCA RN CARTÓRIO UNICO CARTÓRIO

135.748.534-49 1a. VIA

Josemar Ferreira de M. Junior
 EXPEDIENTE DE 1988

Vítimas

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO

FOTO

FOTO

POLEGAR DIREITO

Maria Cristiane de Oliveira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 002.743.023 DATA DE EMISSÃO 25/09/2019

NOME MARIA CRISTIANE DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO CÍCERO FRANCISCO DE OLIVEIRA MARIA IDELAZIR ALVES PEREIRA

NACIONALIDADE AREIA BRANCA RN DATA DE NASCIMENTO 25/09/1989

SOC. CIVIL CERT. DE NASCIMENTO L-53 F-13 RG-0000 AREIA BRANCA RN-2 CASTORIO

1a. VIA José Carlos Silva

COSEMN
CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

INDENTICO DA UNIDADE CONSUMIDORA
PLA PEDRA PORTUGUESA K

DEGRUHAS/AREA SALINEIRA
AREA BRANCA RN
5655-000

CONTRATO 7000687815 10/2019

DATA DE VENCIMENTO 18/10/2019 12/11/2019

VALOR 87,92

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Atual até 30 kWh	30,000000	0,27782670	8,33
Consumo Abv superior a 30 até 100 kWh	70,000000	0,38058068	27,33
Consumo Abv superior a 100 até 220 kWh	58,000000	0,25584009	33,97
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,75
Acrescimo Bandeira VERMELHA			3,57
Contrib. Urb. Pública Municipal			9,08
ICMS-Pa. da Subvenção			7,44

TOTAL DA FATURA 87,92

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

OR	FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		MDE DIAS	CONSTANTE	AESTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
0006	CAT	11-09-2019	5507,00	11-10-2019	5655,02	30	1,00700		155,0

BRASIL

(HTTPS://GOV.BR)



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **077.302.474-37**Nome: **MARIA CRISTIANE DE OLIVEIRA**Data de Nascimento: **25/05/1989**Situação Cadastral: **REGULAR**Data da Inscrição: **28/09/2005**Digito Verificador: **00**Comprovante emitido às: **09:25:23** do dia **05/11/2019** (hora e data de Brasília).Código de controle do comprovante: **E5A9.F7C3.CDB8.22F2**

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"
(/Servicos/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 014528985485
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDB RENAVAM 00900126477 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME JAMILSON DE OLIVEIRA MARTILIANO

CPF/CNPJ 097.595.504-74 PLACA MZL9747

PLACA ANT./UF MZL3747 /RN CHASSI 9C2K08107R013143

ESPÉCIE TIPO PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN XS ANO FAB. 2006 ANO MOD. 2007

CAP./POT./CIL 0CV/149 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA R\$ 0.00 VENC. COTA ÚNICA 14/03/2019 VENC./COTAS 1º ISENTO

PAGAMENTO 2º ISENTO 3º ISENTO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) JOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO *** LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES MOTOR: K08E17013143

DATA 16/07/2019

ASSINATURA DO DETRAN/RN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RN Nº 014528985485 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

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

www.seguradorelider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 CDB RENAVAM 00900126477 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 16/07/2019

CPF/CNPJ 097.595.504-74 PLACA MZL9747

RENAVAM 00900126477 MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN XS

ANO FAB. 2006 ANO MOD. 2007

CHASSI 9C2K08107R013143

PRÊMIO TARIFÁRIO

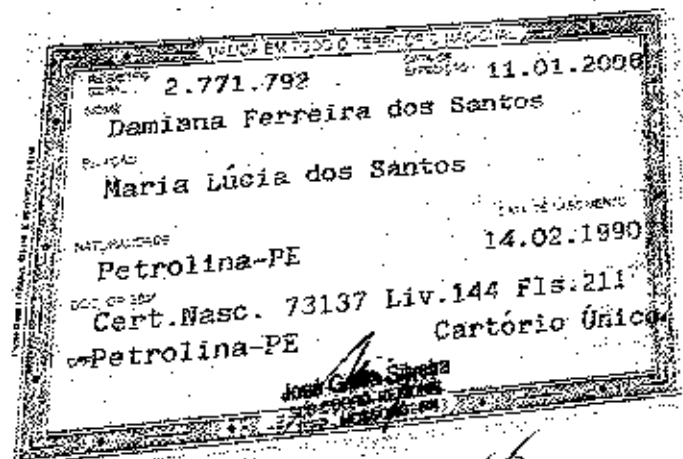
FNS (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) JOF (R\$) TOTAL A SER PAGADO (R\$)

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
080.253.654-92

Nome
DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS

Nascimento
14/02/1990

*REPROSANTO
 LEGAL*

COSERN
 RUA PEDRA PONTA, 100
 CEP: 080.253.654-92 NIS: 1000268826

CLASSE
 01 RESIDENCIAL
 BARRAGEM COMUM

DATA DE VENCIMENTO
 18/10/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
87,82

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,2782670
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,3805806
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	58,6000000	0,5869409
Adesão de Bandeira AMARELA		0,76
Adesão de Bandeira VERMELHA		3,57
Contrib. para o Saneamento Municipal		8,03
IMNS - Parcela Subvenção		7,44

TOTAL DA FATURA 87,82

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO OBSTA NOVA FISCAL

DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWh)
11-09-2019	5507,00	11-10-2019	5665,00	30	1,00000		158,0

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190655195 **Cidade:** Areia Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GUILHERME DANIEL SANTOS **Data do acidente:** 16/07/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
GONCALVES

PARECER

Diagnóstico: Fratura do fêmur esquerdo

Descrição do exame físico: Apresenta coxa esquerda com cicatriz de procedimento cirúrgico, joelho esquerdo com limitação moderada da flexão, extensão preservada, quadril esquerdo com movimentos presentes e sem dismetria dos membros inferiores.

Resultados terapêuticos: Vítima de acidente de moto onde sofreu fratura fechada da diáfise do fêmur esquerdo, ficou internada com tração esquelética por 30 dias onde retirou para ir de alta hospitalar. Após iniciar a fisioterapia a fratura não consolidada teve desvio e por isso necessitou realizar osteotomia do fêmur esquerdo e colocação de placa e parafusos, fez fisioterapia motora. Alta médica

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190655195 **Cidade:** Areia Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GUILHERME DANIEL SANTOS **Data do acidente:** 16/07/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
GONCALVES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR PROXIMAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: EVOLUÇÃO MÉDICA NA PÁGINA 17/19

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0413812/19

Vítima: GUILHERME DANIEL SANTOS GONCALVES

CPF: 135.748.534-40

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/07/2018

Titular do CPF: GUILHERME DANIEL SANTOS GONCALVES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS : 080.253.654-92

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

MARIA CRISTIANE DE OLIVEIRA : 077.302.474-37

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

GUILHERME DANIEL SANTOS GONCALVES : 135.748.534-40

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/11/2019
Nome: MARIA CRISTIANE DE OLIVEIRA
CPF: 077.302.474-37

MARIA CRISTIANE DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190655195**

Nome do(a) Examinado(a): **GUILHERME DANIEL SANTOS GONCALVES**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA PEDRA PORTUGUESA, 08 - Areia Branca - RN - CEP 59655-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /RN**] **003.994.387**

Data e local do acidente: [**16/07/2018**] **BR 110,Km 6,areia Branca,RN**

Data e local do exame: [**11/12/2019**] **Mossoró** [**RN**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura do fêmur esquerdo

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Apresenta coxa esquerda com cicatriz de procedimento cirúrgico, joelho esquerdo com limitação moderada da flexão, extensão preservada, quadril esquerdo com movimentos presentes e sem dimetria dos membros inferiores.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Vítima de acidente de moto onde sofreu fratura fechada da diáfise do fêmur esquerdo , ficou internada com tração esquelética por 30 dias onde retirou para ir de alta hospitalar. Após iniciar a fisioterapia a fratura não consolidada teve desvio e por isso necessitou realizar osteotomia do fêmur esquerdo e colocação de placa e parafusos ,fez fisioterapia motora.Alt médica

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do joelho direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Joelho direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Luis F. C. Nascimento
ORÇATEIRO E TERAPISTA
CRM 4863

Luis Fernando Centi Nascimento - CRM: 4863 - RN