



Número: **0800601-30.2020.8.20.5113**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Areia Branca**

Última distribuição : **12/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS (AUTOR)		LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60347046	18/09/2020 21:04	2751667_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação



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

Rio de Janeiro, 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,

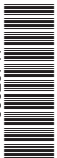
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15148827

Pag. 01493/01494 - carta_01 - INVALIDEZ

00020747





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

Rio de Janeiro, 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.

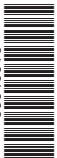
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00031/00032 - carta_15R - INVALIDEZ

00040016





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00485/00486 - carta_02 - INVALIDEZ

00050243



Carta nº 15178234



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 21:04:54

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091821045408100000057906486>

Número do documento: 20091821045408100000057906486

Num. 60347046 - Pág. 3

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 335.748.534-40 3 - CPF da vítima: Guilherme Daniel Santos Gonçalves 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: Areia Branca 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 59655-000
15 - E-mail: Não possui 16 - Tel (DDD): (34) 49827-0066

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: 090.253.654-92 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\$1.00 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 POUPOANÇA (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: 03568 CONTA: 34356 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 (vencendo)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - 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, Florianópolis - RJ 05/10/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) Damiana Ferreira dos Santos

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019



AUTODATENDIMENTO - AG. TERRA DO SAL

DATA: 13/11/2018

HORA: 13:54:33

TERMINAL: 30641021

CONTROLE: 306410210494

DEPÓSITO DE CHEQUES

CONTA CREDITADA: 3568 013.00014156-8

NOME: DANIANA 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: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 335.748.534-40 3 - CPF da vítima: Guilherme Daniel Santos Gonçalves 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: Areia Branca 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 59655-000
15 - E-mail: Não possui 16 - Tel. (DDD): (34) 49827-0066

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: 090.253.654-92 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\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 03568 CONTA: 34356 AGÊNCIA: 00000 CONTA: 00000
(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: 05/13/2019

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: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou nascituro (vencendo)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): Damiana Ferreira dos Santos
35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 090.253.654-92
36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): Damiana Ferreira dos Santos

38 - 1ª | Nome: Flavio - R
CPF: 05/13/2019
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: Flavio - R
CPF: 05/13/2019
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Flavio - R 05/13/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): Damiana Ferreira dos Santos

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

FPS-001 V002/2019



AUTODATENDIMENTO - AG. TERRA DO SAL

DATA: 13/11/2019

HORA: 13:54:33

TERMINAL: 30641021

CONTROLE: 306410210494

DEPÓSITO DE CHEQUES

CONTA CREDITADA: 3568 013.00014156-8

NOME: DANIANA 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 JANIISOM 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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 8568 CONTA: 34356 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 (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos: ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo) 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 05/10/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

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





CARDO PRELIMITE
MARIANA FERREIRA DOS SANTOS

CPF: 020.253.854-92 NIS: 16092865826

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDIA CCAPMS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA PEDRA PORTUGUESA S

NEOQUINSA/ÁREA SALINEIRA
ÁREA BRANCA RN
59656-000

CONTRATO 7009887615 - 10/2019
DATA DE VIGÊNCIA 18/10/2019 - 12/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$) 87,82

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA
09/10/2019 09/10/2019 11/10/2019
11/10/2019 30/10/2019 25/09/2019

	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	0,39056006	27,33
Consumo Ativo superior a 100 até 200 kWh	58,000000	0,58584009	33,97
Adesão Banda AMARELA			8,76
Adesão Banda VERMELHA			3,57
Contrib. Imp. Pública Municipal			8,03
ICMS - Parcela Supercionada			7,44

TOTAL DA FATURA

87,82

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA									
D	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)		
OR	FUNÇÃO	DATA	DATA	DIAS					
0000	CAT	11-09-2019	11-10-2019	30	1,00000		150,0		



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 21:04:54

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091821045408100000057906486>

Número do documento: 20091821045408100000057906486



CARDO PRELIMITE
MARIANA FERREIRA DOS SANTOS

CPF: 020.253.854-92 NIS: 16092865826

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDIA CCAPMS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA PEDRA PORTUGUESA S

RECANTAR AS AREAS SALINEIRA
AREIA BRANCA RN
59656-000

CONTRATO 7009887615 - 10/2019
DATA DE VIGÊNCIA 18/10/2019 - 12/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$) 87,82

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA
09/10/2019 09/10/2019 11/10/2019
11/10/2019 30/10/2019 25/09/04

	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	0,39058006	27,33
Consumo Ativo superior a 100 até 200 kWh	58,000000	0,58584009	33,97
Adesão Banda AMARELA			8,76
Adesão Banda VERMELHA			3,57
Contrib. Imp. Pública Municipal			8,03
ICMS - Parcela Supercionada			7,44

TOTAL DA FATURA

87,82

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA									
D	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)		
OR	FUNÇÃO	DATA	DATA	DIAS					
0000	CAT	11-09-2019	11-10-2019	30	1,00000		150,0		



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 21:04:54

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091821045408100000057906486>

Número do documento: 20091821045408100000057906486



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 9h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

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

<https://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 COAF¹.

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 080253654 / 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: Receita Renda: Receita 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>Água Branca</u>	Estado: <u>PR</u>
E-mail: <u>Não possui</u>	CEP: <u>59655-000</u>	Tel (DDD): <u>(84) 99827-0066</u>

Local e Data: Mozoni - PR 05/11/2019

Maria Cristiane de Oliveira
Assinatura do Declarante

DL0RL001-V001/2017



FICHA DE ATENDIMENTO DE USUÁRIOS / SUS

SAME/RECEPÇÃO

R.G. / NÚMERO DO CARTÃO SUS:	707 0055 3855 2380		NÚMERO DO ATENDIMENTO:	4L
NOME:	Gentilmar Bonifácio Bonifácio		IDADE:	13a
DATA DE NASCIMENTO:	SEXO:	NOME DA MÃE:	Lorena F. Santo	
ENDEREÇO (RUA/AV):	RUA R. Santa Helena		NÚMERO:	
BAIRRO:	CIDADE:	NATURALIDADE:	ESTADO:	
2.8	13.0000		RJ	
TELEFONE:	ACOMPANHANTE:	DATA:	10/09/20	HORA:
5561 3819			10:58	
MOTIVO DA PROCURA:	Atm. acidente de trânsito		SINCRONIA DO SERVIDOR:	

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 da história:	Acidente de trânsito

EXAME FÍSICO (MÉDICO)

Inspeção:	trauma
Palpação:	acidente de trânsito

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS (MÉDICO)

LABORATÓRIO: () JHC () JEAS OUTROS:	
() JECG	OUTROS:

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S):

CID:

(COMUNICAR/NOTIFICAR, SE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA)

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

MÉDICO: (Carimbo e Assinatura)

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

Assinatura do Médico



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: Pai: GERALDO GONCALVES FILHO
Mãe: DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS
Logradouro: SÍTIO PEDRINHAS, 8 Cidade: AREIA BRANCA
CEP: 59655000 Bairro: POVOADO
Telefone: 84.87856069 84.87856069 Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO
Origem: SAMU RN.

Tipo: REGULADO
*Empresa:

OBS: AREIA BRANCA, DR ADAIL					Classificação: 16/07/2018 12:15:48			PESO:	
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

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

anamnese: Paciente vítima de colisão moto-carro na 12h30min. Não usava capacete, nega perda de consciência ou amnésia retrograda; ignora vacinação anti-tetânica ou sigo; e nega alergias.
As sons: A > Sem alteração
B >
C >
D >
E - Escotulação de ovário em H.E.
Encurtamento + Rotação externa + Deformidade em H.E.

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:				VIA	HORARIO	ASSINT.
1 - Difenidramina 0,01mg + AD EU						
2 - Solicito parecer do ortopedista						
3 - SF 0,9% 500 ml EU						
4 - Ressonância 19070A Am H 10:00						

Rommel Freire
Cirurgião de Mão e Pé
CRM/RN 6362

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 16/07/2018
SANE ARACÓIO

*Saída: - () Decisão médica; () Enc. outro Serviço; () Evasão; () Interna: CID 1023 Proc. 308010019
Data: 1 /18. Hr: : Ass. Médico:

*Gerado via SX por ANTONIO HELIO DA SILVA. Impresso em 16 de Julho de 2018.

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 1181-RN



PRESCRIÇÕES MÉDICAS / REGISTROS DE ENFERMAGEM

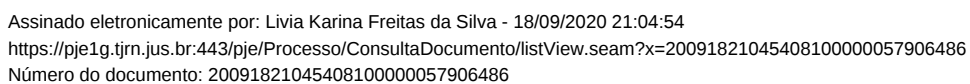
~~46~~
~~07~~
~~18~~

① CMC as the
 ② General weight ^{document} ~~book~~ = 0



ASSINATURA DO PACIENTE EM CASO DE NÃO CONTINUIDADE DO TRATAMENTO (ESPECIFICAR ACIMA):

RG/CPF:





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
Lugar de nascimento: SÍTIO PEDRINHAS, 8 **Cidade:** AREIA BRANCA
CEP: 59655000 **Bairro:** POVOADO
Telefone: 84.87858069 84.87856069 **Compl:**

Motivo: (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO
Origem: SAMU RN

Tipo: REGULADO
***Empresa:**

Origem: SAMU RN

OBS: AREIA BRANCA, DR ADAIL					Classificação: 16/07/2018 12:15:48		PESO:		
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

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

APARECIDA Paciente vítima de colisão moto-carro na 22h30min. Não usava capacete, nega perda de consciência ou amnésia retrograda; ignora vacinação anti-tetânica ou DTP. e nega alergias.
As nomei:
A > Sem alteração
B
C
D
E - Escorregão de varal em HED
Encardimento + Rotação externa + Deformidade em HIE

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:				VIA	HORÁRIO	ASSINT.
1-	Dipirona 0,5ml + ADU EV					
2-	Solicito parecer do ortopedista					
3-	SF O.97. 500ml EV					
4-	AQUISIÇÃO 21010A 6m 11 121M					

Romário Viana
Cirurgião de Mão e Pé
CRM/RN 5362

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORO 3.11.2018

SANE/ARCURIO

*Saída: - () Decisão médica; () Enc. outro Serviço; () Evasão; () Interna: CID 102.3 Proc. 308010019
Data: / /18. Hr: Ass. Médico:

*Gerado via SX por ANTONIO HELIO DA SILVA. Impresso em 16 de Julho de 2018.

Dr. Romário Viana
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 1.361-RN



Prontuário: 202377



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.

**Domiciano Ferreira dos Santos*
Paciente ou responsável

CCIH - HRTM
DATA 17/08/18
Kafalla
Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANEAMENTO 13.11.2018
B. M.



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2503689
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA		2503689

Identificação do Paciente		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE		202377	
GUILHERME DANIEL SANTOS GONCALVES (8 - 2547/2018)			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - RAÇA/COR
707003818563930	08/05/2005	Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3	PARDA
11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	10.1 - ETNIA	
DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS	DDD 84 87856069		
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		
DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS	DDD 84 87856069		
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
SÍTIO PEDRINHAS, 8 / - POVOADO			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF	19 - CEP
AREIA BRANCA	240110	RN	59655000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
Acidente de trânsito marcadas com traumas na cabeça e membros.	
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO	
Acidulidade intensa	
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)	
Rc. ACPAC x M	
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL	
FRATURAS ENVOLVENDO REGIÕES MÚLTIPAS DE UM MEMBRO INFERIOR	
24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO
S02.2	S
26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.	
V89.1	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPI		4405050233
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO
CIR	2	() CNS (X) CPF
32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE		33 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
13186183472		Antonio Pinheiro de Almeida Neto
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO		35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
16/07/2018		Antonio Pinheiro de Almeida Neto

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR		47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR
FERNANDO ALBUERNE BEZERRA			
48 - DOCUMENTO	49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR	HOSPITAL REGIONAL	
(X) CNS () CPF	207281399060005	ESTÁ CONFORME O ORIGINAL	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	SAME MOSSORO 23/11/2018	
		SAME MOSSORO 13.160	





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

GONÇALVES DANIEL SANDOS GONÇALVES

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 INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

RAPIR 101 FIMBIA 02/01/20

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 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

SAINT MICHEL 23.11.2013

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

CAESARIAN 2013

39 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - QTD

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

1. AIO SEMPREVA N 2 3, 5

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DR. ROBERTO GONÇALVES DE ALMEIDA NETO

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

10/02/20

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

46 - ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

1 - CNS

1 - CPF

1 3 1 8 6 1 1 8 3 4 2 4

DR. ROBERTO GONÇALVES DE ALMEIDA NETO

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - Cód. ORGÃO EMISOR DA AUTORIZAÇÃO

49 - DOCUMENTO

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

1 - CNS

1 - CPF

1 3 1 8 6 1 1 8 3 4 2 4





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

RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

NOME _____ IDADE _____ Nº REG: _____
SERVIÇO: _____ ENFª: _____ LEITO: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

Doença crônica, uso de medicação, com sintomas de
doença respiratória, com sintomas de
doença respiratória, com sintomas de

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ COMPLETO
SANEAMENTO 3311-309
SANEAMENTO 3311-309





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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome EDUARDO CARLOS SILVA GOUVERNS Reg Nº 7
Diagnóstico pré-operatório: GRANDE CISTITA AGUDA ESQUERDA.
Indicação terapêutica: TAZED + AMOXICILINA + 3KG

INTERVENÇÃO

Início: 10h00 Fim: 11h00 Duração: 1h
Operador EDUARDO
1ª Auxiliar: ROBERTO
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) GRANDE CISTITA AGUDA ESQUERDA
(2) ASSOCIADA A CISTITA AGUDA ESQUERDA
(3) INFILTRAÇÃO TRANSVAGINAL DO PROSTATISMO N.º 4,5
+ PROLITA + USM 40 + 3KG + CURATIVO

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ COMPLETO O CURATIVO
SANEAMENTO 03/11/2018
Cirurgião





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 Aréia Branca -RN Código: 16734

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

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

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

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

Em tempo:

- Retornado triagem no C.C.
Ulterado grato a cordialidade
cd.: culto hospitalar com orientações
para acompanhamento ambulatorial.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOESCORRO

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



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

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 30/03/2019 08:09

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: **5965000** 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, Bezerra

HOSPITAL MEMORIAL
SAO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, 05/11/19

Observações

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





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

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: **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. FÁBIO 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: _____ Diagnóstico Definitivo: _____

Procedência: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatório sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratórios: _____

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, _____

MediWare

Página 1 / 1





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

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: **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

Damiana Ferreira dos Santos

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

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

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. Fábio Roberto Alves de Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 7036

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: _____





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

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: **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: **VANUZANE**
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, devolverei o equipamento completo e em perfeito estado de conservação, considerando-se o tempo de uso do mesmo, ao setor competente.
- 4- Estarei sujeito a inspeções sem prévio aviso.
- 5- Segue a lista de itens inclusos no apartamento: Conjunto de armários de sete portas, Lavatório, Torneira do lavatório, Dispensadores de álcool, de sabonete, de papel toalha, Ar-condicionado, Cama, Colchão, Enxoval hospitalar, Criado-mudo, Cadeira/Poltrona, Televisão LCD, 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

Damiana Ferreira dos Santos
HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Devolução: Atestamos que o bem foi devolvido em 30/03/2019, nas seguintes condições:

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

CONFERE COM ORIGINAL
EM 30/03/2019

Assinatura do responsável



Código Solicitação: **276763453**Número AIH: **241910015498-8****IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE**

Unidade Solicitante:	HOSPITAL MEMORIAL	CNES:	2408252
Unidade Executante:	HOSPITAL MEMORIAL	CNES:	2408252
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro	AV JUVENAL LAMARTINE - 979 -- TIROL	Município Executante	NATAL
Central Reguladora	NATAL	Operador	LUCIMAR
Data de Solicitação	21.02.2019 - 07:35:46	Operador	63723034420MARJORIE
Data de Autorização	21/02/2019 - 13:32:23	Operador	
Data de Reserva	23.02.2019	Operador	18129862204LUCIMAR
Data de Internação	21.02.2019	Operador	18129862204LUCIMAR
Data Prevista de Alta	07.07.2046	Operador	
Data de Alta	22/02/2019 - 07:15:12	Operador	
Motivo da Alta	1.1 ALTA CURADO		

DADOS DO PACIENTE

CNS:	707003819553930	Nome Social/Apelido:	---
Nome do Paciente	GUILHERME DANIEL SANTOS GONCALVES	Naturalidade:	AREIA BRANCA - RN
Nome da Mãe	DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS	Raça:	PARDA
Sexo:	MASCULINO	Tipo Sanguíneo:	---
Data de Nascimento:	08/05/2005 (13 anos)	Logradouro:	PEDRA PORTUGUESA
Tipo Logradouro:	RUA	Bairro:	POVOADO DE PEDRINHAS
Número:	08	Município de Residência:	AREIA BRANCA
Pais de Residência:	BRASIL	Complemento:	
Telefone(s):	(84) 98750-4877 (Exibir Lista Detalhada)	CEP:	59655-000
		UF:	RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:	07443827409	Nome do Médico Solicitante:	FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA	Status da Solicitação:	APROVADA
CPF do Médico Executante:	14084295434	Nome do Médico Executante:	IVAN LUCENA DE ALMEIDA		
Diagnóstico Inicial - CID:	M841 - AUSÊNCIA DE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA [PSEUDO-ARTROSE]	Classificação de Risco	Prioridade 3 - Atendimento eletivo		
Caráter	10 - Eletivo	Clinica Complementar:	Nenhuma		
Clinica:	ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	Código:	0415020034		
Procedimento Solicitado:	OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS				

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

PROCELO**Motivo de Impedimento do Regulador:****Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)****CRM:****Data de Solicitação:**

21.02.2019 - 07:35:46

Data da Extração dos Dados: 03/04/2019 16:05:27

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





GOVERNO DO ESTADO RN
SEC. SAÚDE PÚBLICA
HOSP. MONS. WILFREDO GURGEL

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 Santa Conceição</i>	6 - Nº DO PRONTUÁRIO		
7 - CARTÃO NACIONAL SUS <i>10+ 00381855 3930</i>	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO ☒ 1 FEMININO ☐ 2
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>PR</i>	16 - CEP <i>59655-000</i>

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Exat. c/ febre de 38,5 graus, dor no abd. ate na cavidade ventral</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>TTO longo</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Amniot. + B. + G. + G. + G. + G.</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Infecção de fígado</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 fígado de fígado de fígado</i>	26 - LEITORCLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
25 - COD. DO PROCEDIMENTO <i>- 040805051-30 - 040805051-30 - 040805051-30</i>			29 - DT. SOLICITAÇÃO <i>26/12/18</i>
			30 - CNS / CPF <i>Dt. Fábio Roberto A. da Silva</i>
			31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO) <i>Dr. Fábio Roberto A. da Silva</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 -	40 -
38 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
40 - () CID. 10 PRINCIPAL		43 - ()	44 - () GRAVE
42 - () CID. 10 SECUNDÁRIO		45 - () GRAVÍSSIMA	

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AMH)
47 - DT. AUT. <i>/ /</i>	51 - DT. AUT. <i>/ /</i>	EM <i>/ /</i>
48 - CNS / CPF		
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	





Hospital Memorial
São Francisco

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: QUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES

Data do Procedimento: 30/03/2019

Registro: 134387 IH: _____

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

Código do procedimento

0408050519

0408050190

0408040157

0403020077

Cirurgia realizada

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PE

OSTEOTOMIA DA Pelve

NEUROLISE NÃO FUNCIONAL DE NERVOS PERIFÉRICOS

Equipe cirúrgica:

Cirurgião: TIAGO FERREIRA DE ALMEIDA

1º FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA

CRM

6748

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 dcp com 14 furos
8 parafusos corticais

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados:

Descrição da cirurgia:

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

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lorrantini, 979 - Tirol

Cep: 55022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

Dr. Fábio Roberto A. de Lima

Ortopedia/Traumatologia

Cirurgião de Mão

CRM: 7036 - TEST: 14616

CRM: 7036 - FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA

30/03/2019 15:20:00



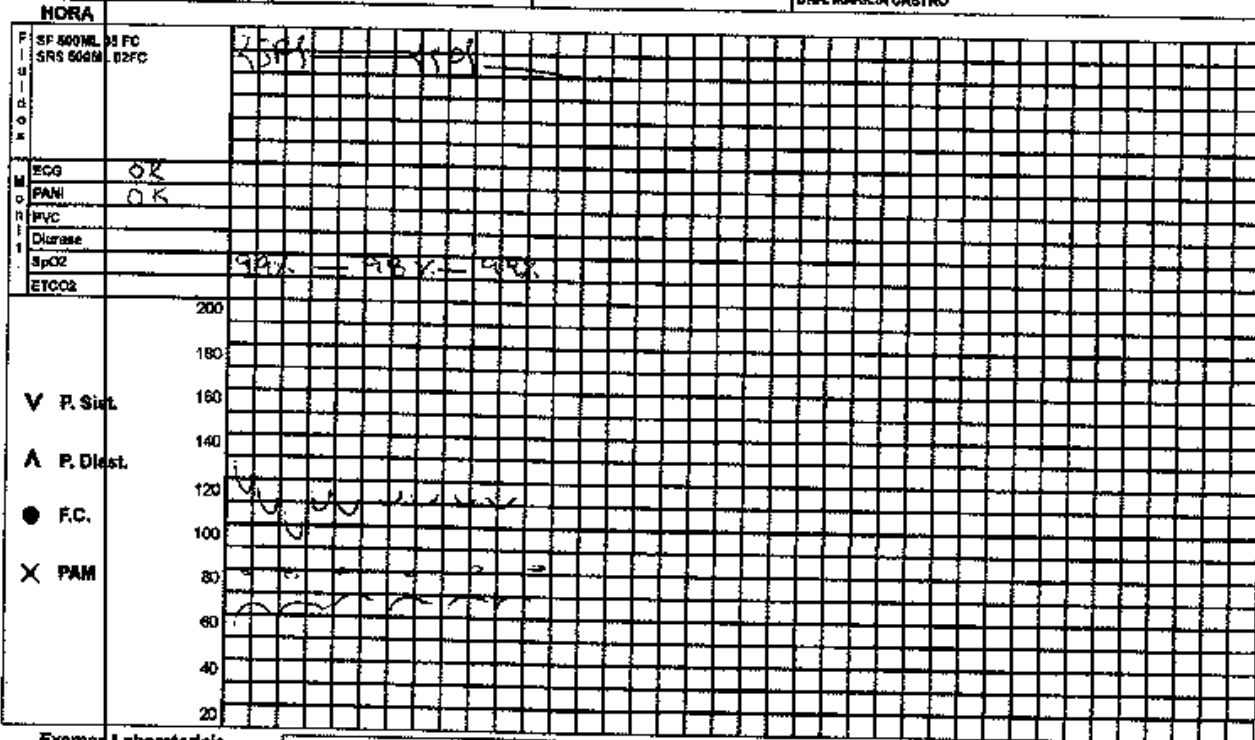


Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxnet.com.br

BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES** **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES 1**

Cirurgião		1º Auxiliar	2º Auxiliar	Anestesiologista	Data
DR. THIAGO FERREIRA		DR. FABIO ROBERTO		DRA. MARCIA CASTRO	30/03/2019



Exames Laboratoriais		
pH		
PCO2		
PO2		
CO		
EB2		
P2O2		
SHO2		
Hb		
Hc		
Na		
K		
Ca		
Glucose		
FENTANIL	1MG	01
NEOAZOLAN	15MG	01
NEOCALINA	0,5%	01
DAMP	0,5MG	01
SUPENTANIL	10MG	
ROCURONIO	50MG	
ATACURLO	2MG	
PROPOFOL	1%	
EFEDRINA	50MG	
ADRENALINA	1MG	
DEFASOLINA	1G	02
DIPRIDA	1G	
DRAGON	2MG	
DEXAMETASONA	10MG	
RANTIDONA	50MG	
ONDASETRONA	5MG	

TÉCNICA ANESTÉSICA: RAQUI
BLOQUEIO:
LOCAL DA PUNÇÃO: L3/L4
NÍVEL ANESTESIA: T10
BLOQUEIO MOTOR: 0
POSICÃO: Antes: Depoés:
APARELHO:
TÉCNICA: ABERTO
OXIGENAÇÃO/INTUBAÇÃO: CATETER NASAL
TRAUMÁTICA: NÃO
SONDA: Nº
CIFF:
INDUÇÃO:
MANUTENÇÃO:
CONDIÇÃO FINAL: BOA
REFLEXOS: RECUPERANDO
CONSCIÊNCIA: VIGIL

BALANÇO	OBSERVAÇÕES
	ASA 1 GOLDMAN 1 SEG. RISCO CARDIOLOGICO ANEXO SAI DA SRPA COM ALDIET DE S
	HOSPITAL MEMORIAL SÃO FRANCISCO AV. Juvénal Lamartine, 979 - Tirol Cep: 59022-020 - Natal/RN CONFERE COM ORIGINAL EM, <u>Dra. Marcia de Castro e Silva</u> Anestesiologista CRM 15618 CPF: 699.430.073-87
DURAÇÃO: 60MIN	INÍCIO: 10:50 FINAL: 11:50



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 21:04:54

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091821045408100000057906486

Número do documento: 20091821045408100000057906486

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 - FABIO ROBERTO ALVES DE LIM**

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

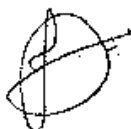
FABIO ROBERTO ALVES DE LIM 7036 074.434.274-09

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 Lãmartine, 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**

MOISES 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 IH: 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 PUNCIONADO(A) EM SALA E SEQUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Doença pré-existente: SIM - 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:

Maria Elizabeth Barbosa Pereira

Outros Exames:

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

Pixeon - 30/03/2019 15:57 (U202/ASSIST.6.0)



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 21:04:54

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091821045408100000057906486>

Número do documento: 20091821045408100000057906486

Num. 60347046 - Pág. 34



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



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

CONDUTA 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, ____/____/____

Pixeon - 03/04/2019 15:57 (U267/ASSIST.6.0)



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 21:04:54

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091821045408100000057906486>

Número do documento: 20091821045408100000057906486

Num. 60347046 - Pág. 35



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) **DIPIRONA 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
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 4746 REC-15562

Dr. FILIPPI RANIERI ALVES
CRM - 6963

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





Prescrição Médica / Evolução Clínica

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**

Reg.: **134387**

N.º - **45802**
M. **45.803**
A. **45.805**
Idade: **13 anos**
Prontuário:

0 dia(s) de internação

Nota: As seguintes subdivisões são fornecidas, |

30/03/2019 19:00

- 1) **DIPIRONA 500mg/mL ampola**
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.
Diluir em 8mL de ABD
- 2) **DIETA LIVRE**, Uma vez ao dia
- 3) **PARACETOL 100mg (50mg/mL) ampola**
Uso: 05 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas.
Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%
- 4) **CEFALOTINA SODICA 1g frasco ampola**
Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas
Diluido.
Reconstituir em 10mL ABD,
- 5) **CELECOXIB 100MG/2ML - ampola I.V**
Uso: 0,5 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.
Diluir Soro Fisiológico 0,9%
- 6) **SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG)**, 06 em 06 horas
- 7) **CURATIVO**, Pela manhã

Hospital Memorial São Francisco

3036

08:00, 12:00, 16:00, 20:00

08:00, 12:00, 16:00, 20:00

08:00, 12:00, 16:00, 20:00

08:00, 12:00, 16:00, 20:00

08:00, 12:00, 16:00, 20:00

08:00, 12:00, 16:00, 20:00

08:00, 12:00, 16:00, 20:00

08:00, 12:00, 16:00, 20:00

08:00, 12:00, 16:00, 20:00

08:00, 12:00, 16:00, 20:00

08:00, 12:00, 16:00, 20:00

08:00, 12:00, 16:00, 20:00

08:00, 12:00, 16:00, 20:00

08:00, 12:00, 16:00, 20:00

08:00, 12:00, 16:00, 20:00

08:00, 12:00, 16:00, 20:00

08:00, 12:00, 16:00, 20:00

Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA
CRM - 7036

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cap: 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 o

31/03/2019 19:00	Solic. (Estoque): 119.46189	Horários de Aplicação
1) DIPIRONA 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	(SND)	
3) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 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 Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas Diluido. Reconstituir em 10mL ABD,		22:00 06:00 14:00
5) CETOPIROFENO 100MG/2ML - ampola I.V Uso: 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		06:00

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 08:06** 0 dia(s) de internação
Diag.: **S72 - Fratura do fêmur** | Nota: As seguintes subdivisões são fornecidas, p

30/03/2019 16:46	Horários de Aplicação	6963
1) DIFIRONA 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. N 86 DL - O'ADAP 100 mg S. 48h, 0, 8/10/19
St. náuseas no vômito

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

1/ ALTA HOSPITALAR, Pela manhã

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: ____/____/____





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: **1**

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

Leito: **ENFERMARIA 312A**

Turno: **Tarde**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **POI DE #FÊMUR**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Alergias Medicamentosas:

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Sinais Vitais

Oxigenioterapia

Temperatura: **36 °C**

Saturação O2: **98%**

Respiração: **20 RPM**

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial:

110x70

Frequência Cardíaca: **98**

Acesso Venoso

Dieta

Periférico

VO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

MSE

Obs.:

HGT

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos:

Correção:

Correção:

Drenos

Correção:

Correção:

Data:

Correção:

Correção:

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: **Normocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas:

Sinais Vitais

Temperatura: **36,5 °C**

Saturação O2: **98%**

Respiração: **20 RPM**

-Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial: **110x70**

Frequência Cardíaca: **98**

Acesso Venoso

Dieta

Periférico

VO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **PRESENTE**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos:

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

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 M&E, 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





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: 134367 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: Normocorado

Alergias Medicamentosas:

Sinais Vitais

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

Pressão Arterial: 110x70 Frequência Cardíaca: 98

Acesso Venoso

Dieta

Periférico

VO

MSE P/ GRAVIDADE

ACEITA

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Curativo:

LIMPO E SECO

Medicações

ADM MEDICAÇÕES CPM:

Intercorrência:

PACIENTE APRESENTA VÔMITOS, MEDICADO.

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

EUPNEICO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.: PRESENTE

Intestinais: AUSENTE

Aspectos:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

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 OLIVEIRA
31/03/2019 01:49:11

Página:





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

IR:

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: Normo-colorado

Isolamento de contato:

Alergias Medicamentosas:

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Sinais Vitais

Oxigenioterapia

Temperatura: 35,5 °C

Saturação O2: 98%

Respiração: 18 RPM

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial: 110x70

Frequência Cardíaca: 80

Acesso Venoso

Dietas

Periférico

VO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

EM MSE

Obs.: PRESENTE

HGT

Intestinais: AUSENTE

Aspectos:

Correção:

Correção:

Drenos

Correção:

Correção:

Data:

Correção:

Correção:

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

Cont: 33022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, _____

Juliane

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 NÃO-FUNCIONAL DO NERVO FEMORAL PERIFÉRICO.

Lígia Ferreira de Albuquerque
Ortopedia e Traumatologia
CRM 67461/TO

FILIPPI RANIERI ALVES
CRM - 6963

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
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: Manhã

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: PÓS DE FRATURA DE FÊMUR.

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorado

Alergias Medicamentosas:

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

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 PERTENCES.

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

Página 1 / 1

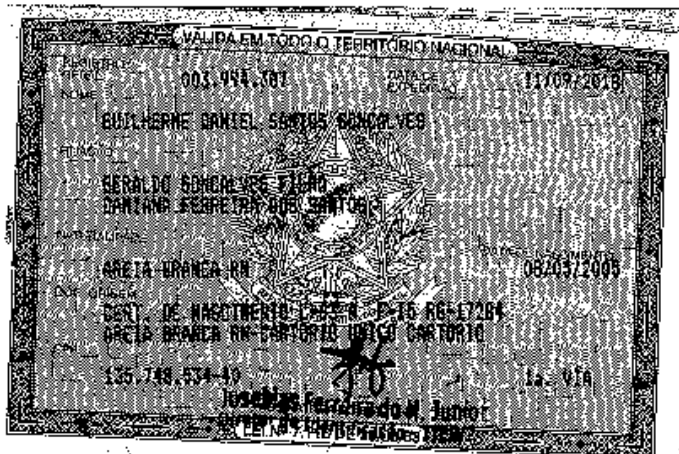
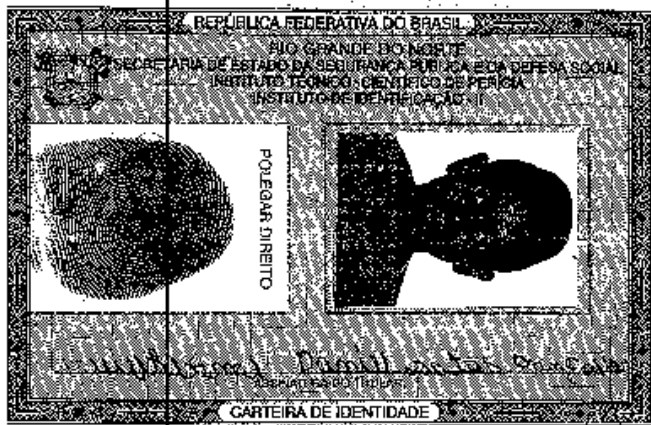


Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 21:04:54

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091821045408100000057906486

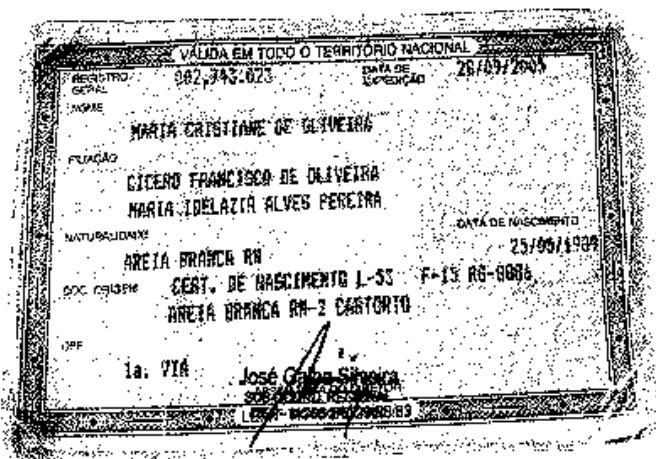
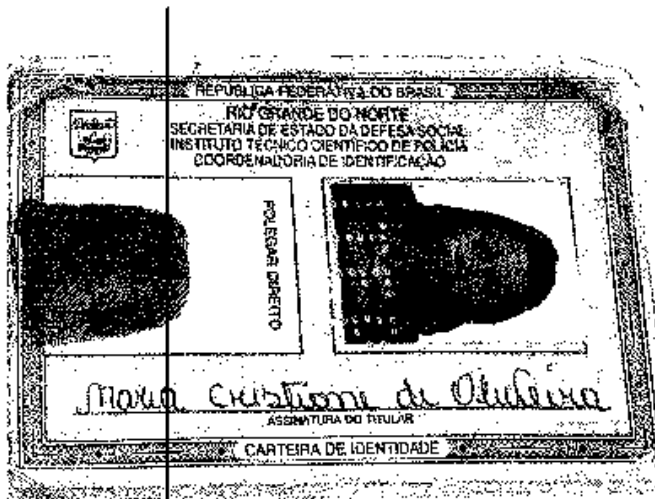
Número do documento: 20091821045408100000057906486

Num. 60347046 - Pág. 46



Vítima





COSEERN
COMPANHIA DE ENERGIA ELÉTRICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA PEDRA PORTUGUESA, 1111 - JARDIM SÃO CARLOS - CEP 55050-000 - RECIFE/PE
CNPJ 07.533.054/0001-93
CLASSIFICAÇÃO: B1 RESIDENCIAL
BARRAGEM DO SANTO ANTONIO

DESCRIÇÃO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RECIFE/PE - ÁREA SALINEIRA
ÁREA BRANCA RN
55050-000

CONDIÇÃO DE USO
7009687815 10/2019
18/10/2019 12/11/2019
87,92

DESCRIÇÃO DA UNIDADE CONSUMIDORA	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Atual até 30/09/2019	30,000000	0,27782670	8,33
Consumo Atual superior a 30 até 10/10/2019	70,000000	0,58050068	27,33
Consumo Atual superior a 100 até 20/10/2019	58,000000	0,55584008	33,97
Acrescimo Bateria AMARELA			0,75
Acrescimo Bateria VERMELHA			3,57
Contrib. Lim. Pública Municipal			9,08
ICMS-Pais. da Subvencionada			7,44

TOTAL DA FATURA 87,92

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	INDE	CONSUMO	ANEXOS	CONSUMO (KWh)
11-09-2019	5807,00		11-10-2019	5865,00	30	1,00000			165,0



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 CCG RENAVAM 00908126477 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME JAMILSON DE OLIVEIRA MARTILIANO

CPF/CNPJ 097.598.504-74 PLACA MZL9747

PLACA ANT./UF MZL3747 /RN CHASSI 9C2KC08107R013143

ESPÉCIE TIPO PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE COMBUSTIVEL GASOLINA

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

CAR./POT./CIL 0CY/149 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA R\$ 0,00 VENC. COTA ÚNICA 14/05/2019 1º ISENTO

FAIXA LRYA PARCELAMENTO/COTAS 002807 3X R\$ ***** 2º ISENTO

PRÊMIO TARIFARIO (R\$) 0,00 IOF (R\$) 0,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 0,00 DATA DE PAGAMENTO *** LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES

MOTOR: KC08107R013143

DATA 16/07/2019

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

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

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 16/07/2019

VIA 1 CCG RENAVAM 00908126477 R.N.T.R.C. ***** PLACA MZL9747

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN XS

ANO FAB. 2006 ANO MOD. 2007

COTA ÚNICA R\$ 0,00 VENC. COTA ÚNICA 14/05/2019 1º ISENTO

FAIXA LRYA PARCELAMENTO/COTAS 002807 3X R\$ ***** 2º ISENTO

PRÊMIO TARIFARIO (R\$) 0,00 IOF (R\$) 0,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 0,00 DATA DE PAGAMENTO *** LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES

MOTOR: KC08107R013143

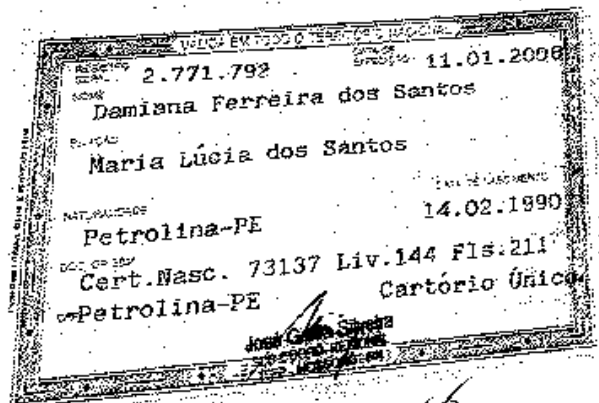
DATA 16/07/2019

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04





Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
080.253.654-92

Nome
DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS

Nascimento
14/02/1990

*REPRESENTANTE
LEGAL*

COSERN
CONSORCIO DE ENERGIA DE PETROLINA E REGIÃO

CPF 080.253.654-92 NIS 1080268828

CLASSIFICAÇÃO
01 RESIDENCIAL
BAIXA TENSÃO COMUM

DATA DE INSCRIÇÃO: 11/02/2019

DATA DE VENCIMENTO: 12/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$): 87,92

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)	
Consumo Ativo até 30 kWh	30,000000	0,27782673	6,83
Consumo Ativo Superior a 30 até 100 kWh	70,000000	0,38058065	27,33
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	58,000000	0,58684009	38,97
Atividade Bandeira AMARELA			0,76
Atividade Bandeira VERDE/VERMELHA			3,57
Contrib. Imp. FV (Contribuição)			8,03
ICMS - Parcela Subvenção			7,44

TOTAL DA FATURA: 87,92

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

PERÍODO DA FATURA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
01/02/2019	5.507,00	5.666,00	30	1,00000		159,0



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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GUILHERME DANIEL SANTOS GONCALVES

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 dismetria 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. Alta 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
CRM: 4863 - RN

Luis Fernando Centi Nascimento - CRM: 4863 - RN

