
Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190318305

Vítima: JOSIVAN MODESTO DA SILVA

Data do Acidente: 03/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KARLIANE DA SILVA RODRIGUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSIVAN MODESTO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190318305

Vítima: JOSIVAN MODESTO DA SILVA

Data do Acidente: 03/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KARLIANE DA SILVA RODRIGUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSIVAN MODESTO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: JOSIVAN MODESTO DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000004883

Conta: 000001853-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Gov^o do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segur^aça Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS

Endereço: Complexo de Delegacias Especializadas, Av. Ayrton Senna, 3134, NEÓPOLIS, NATAL, FONE/FAX: 32321565

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019031000314

1.2 Data de Expedição: 23/04/2019 15:22:25

1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 03/09/2018 07:30:00

2.2 Autoria: Desconhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.7 Logradouro: AVENIDA BERNARDO VIEIRA

2.8 Número: 0000

2.9 CEP: 59.000-000

2.10 Complemento:

2.11 Ponto de Referência:

2.12 Bairro: QUINTAS

2.13 Cidade: NATAL

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSIVAN MODESTO DA SILVA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai:

3.5 Etnia: Sem Informação

3.6 Mãe: LUZINETE MODESTO DA SILVA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 09020190407

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 09/04/1982

3.13 Profissão: BARBEIRO

3.14 RG: 002284611 - ITEP/RN

3.15 Telefone(s): 84 988372893

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 1085

3.18 Nacionalidade: NATAL - RN

3.19 Bairro: QUINTAS

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: AVENIDA BERNARDO VIEIRA

3.23 Cidade: NATAL

3.24 CEP: 59051000

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

6. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUIDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUIDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: *****48110

7.1.4 Renavam:

7.1.5 Placa: NZX7071

7.1.6 Estado:

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN EX

7.1.9 Ano do Modelo: 2012

7.1.10 Ano de Fabricação: 2012

7.1.11 Cor do veículo: PRETA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: LUCIANA PATRICIA BARBOSA PEREIRA

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor: O COMUNICANTE/VÍTIMA

7.1.18 Observações: CONDUTOR SEM HABILITAÇÃO

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

8.1 DOS FATOS

8.1.1 Histórico

O COMUNICANTE/VÍTIMA COMPARECEU A ESTA UNIDADE POLICIAL E INFORMOU QUE NA DATA E HORA CITADOS CONDUZIA A MOTOCICLETA EM TELA QUANDO UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO O TRANCOU E O MESMO VEIO A DESEQUILIBRAR E CAIR E SOFRER LESÕES CONFORME BAA DE NÚMERO 48997/2018, ORIUNDO DO PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO.

NADA MAIS DISSE

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

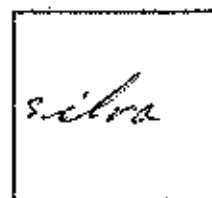
Data: 23/04/2019 15:22:25

Hal Pereira

Policial

x Josivan Modesto da Silva

Interessado



Polegar direito

PROTOCOLO
RECEBIDO

Atendimento: 1702343 - JANIR AZEVEDO DE PAIVA

Impresso por: 1702343 - JANIR AZEVEDO DE PAIVA em 23/04/2019 15:22:41

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA 10 MAI 2019

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

autenticado

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 090.201.90407 Nome completo da vítima: Josivan Modesto da Silva

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

Nome completo: Josivan Modesto da Silva CPF: 090.201.90407

Profissão: Bombeiro Endereço: Av. Bernardo Vieira Número: 1085 Complemento: _____

Bairro: Quintais Cidade: Natal Estado: RN CEP: 59051-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): 84 20200633-988171020

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4883 ☐ CONTA: 1853 2

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão
dígito da
vítima ou
beneficiário
do acidente

Local e Data, Natal RN 08/05/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

**PROTOCOLO
RECEBIDO**

Assinatura

10 MAI 2019

TERRA DO SOL ADM.

E CORRETORA DE SEGS.

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



SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 46997 /2018

Admissão: 03/05/2018 09:50:00



ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA -

FATURADO

EM

Paciente: 92368 - JOSIVAN MODESTO DA SILVA (36 a 5 m 4 d)

Nascimento: 09/04/1982 Natural: NATAL BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: CPF: 09020190407

Prof:

Mãe: LUZINETE MODESTO DA SILVA Pai:

Logradouro: BERNARDO VIEIRA, 1085

CEP: 59035015 Bairro: QUINTAS

Cidade: NATAL

Telefone: 84.987396703

Comp:

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: FAMILIA

*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação:				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas:

Hora:

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL. 16/04/18
MAT. Nº. 182273
SAME
07
ASSINATURA

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

PROTOCOLO
RECEBIDO

10 MAI 2018

*Saída:

TERRA DO SOL ADM.

E CORRETORA DE SEGS.

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

POLITRAUMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 46992

cons

TR

ATA: 03 109 / 2013 HORA: _____

TEL. 987396703

NOME: Jozevan euodato da Silva

DATA DO NTO 09/04/1982 IDADE _____ COR _____ SEXO M ESTADO CIVIL _____

CARTÃO SUS _____ RG _____ CPF 090201904-07

NATURALIDADE RN/Natal PROFISSÃO _____ PROCEDÊNCIA _____

MÃE: Suzinete Modesto da Silva PAI: _____

ENDEREÇO: R. Av. Bernardo Vieira Nº 1085

BAIRRO: Quintas CIDADE: Natal

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE SEM ☐

REGULAR ☐

COM DISPNEIA ☐

COMATOZO ☐

COM HEMORRAGIA ☐

EM CONVULSÃO ☐

POLITRAUMATIZADO ☐

OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO ☐

SI ☐

PUPILAS _____

A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW) _____

B) FREQUÊNCIA RESPIRATORIA _____

C) PRESSÃO ARTERIAL _____

ESCORE FINAL (SOBRE TRAJA MODIFICADO) A+B+C _____

TEMP. _____

RE PIRAÇÃO _____

PULSO _____

T.A _____

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALFABETADA)

Paciente com histórico de queda de moto, há 4 horas. Nega perda de consciência, vômitos, retenção de urina, entorpecimento e mãos (E). Abdomen flexível e indolor.

EXAME FÍSICO

- A - VAP; Nega Cervicalgia
- B - Espirais
- C - Estável Hemodin.
- D - Colargos 15; Pupilas Iso/Foto
- E - Edema em antebraço e mãos (E).

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T - RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

Núcleo Hospitalar de Epidemiologia

05/09/13

RAIOS-X

DIAGNÓSTICO INICIAL _____

Realizado em 03/09/13 Hora: _____

Técnico: _____

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: 23/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSIVAN MODESTO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04883

CONTA: 000000001853-2

Nr. da Autenticação A6DCDE685E03828D

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOS, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20058199-0



COSERN

www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Gratuitas:

TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

IZABEL FREIRE PEREIRA

CPF: 318.581.564-04

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV BERNARDO VIEIRA 1055
LANCE DO DINHOQUINTAS/ÁREA URBANA
59051-000 NATAL RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br

DATA DE VENCIMENTO

10/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

80,82

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

03/05/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

03/05/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

023563839

Série: U

CONTA CONTRATO

007004029806

Nº DO CLIENTE

3040158999

Nº DA INSTALAÇÃO

0000988999

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

FF63.F590.7589.654E.A8C5.5C30.63B3.06A1

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,22045010	6,61
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,37791447	26,45
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	55,00	0,56687174	31,17
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,13
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,19
ICMS-Parcela Subvencionada			0,70
Multa por atraso-NF 020648450 - 07/03/19			1,31
Juros por atraso-NF 020648450 - 07/03/19			0,89
Atualização IGPM-NF 020648450 - 07/03/19			1,22
Compensação DMIC 03/19			0,85
TOTAL DA FATURA			80,82

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
64,35	18,00	11,58	64,35	1,33	0,85	64,35	6,41	3,93

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	DI Remov	Valor
11/04/19	02/05/19	73,07

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também caber cobrança conforme os critérios definidos no Art. 39 REN 414/Anatel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrição de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh	0,18438769	MAI 19	165
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,23177303	ABR 19	143
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,42269933	MAR 19	150
		FEV 19	181
		JAN 19	148
		DEZ 18	145
		NOV 18	154
		OUT 18	142
		SEY 18	151
		AGO 18	138
		JUL 18	139
		JUN 18	145
		MAI 19	151

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	23,72	29,35
Transmissão	2,55	3,08
Distribuição (Cosern)	16,06	20,00
Encargos Setoriais	1,33	2,07
Perdas	16,36	20,47
Perdas de Envio	4,32	6,71
TOTAL	64,35	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MÊNDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				

000000002011003178 CAT 04/04/2019 11.408,00 03/05/2019 11.563,00 29 1,00000 0,00 155,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/06/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	METAS MENSAL	METAS TRIM	METAS ANUAL
-----------	----------	----------------	--------------	------------	-------------

mar/2019

DIC-Nº de horas sem Energia NATAL 4,81 5,07 10,16 20,30

FIC-Nº de vezes sem Energia 1,00 3,91 6,22 12,45

DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua 4,81 2,86 0,00 0,00

DICRI-Duração de Interrupção em 24 ciclos Limite DICRI: 12,22

EUS-Valor de Energia de Uso = R\$ 22,73

Todo Consumidor pode solicitar a aplicação dos Indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você José Francisco da Silva 111567: av Miguel Castro, 914 s, bom pastor / parais elctro: avenida emilias barros, bom pastor. Lista completa em www.cosern.com.br.
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
A partir de 22/04, tarifa com reajuste médio de 5,48% para Baixa Tensão e 2,81% para Alta Tensão-REH 2.532/19.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 37,92.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrerá a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
RECEBIDO

10 MAI 2019

DESTAQUE AGUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007004029806	05/2019	80,82	10/05/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838300000004 808200384070 004029806200 012259435736



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1536 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Karilane da Silva Rodrigues
inscrito (a) no CPF/CNPJ 077.923.044/25 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Josivan Marcelo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.201.904/07
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima Josivan Marcelo da Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.201.904/07, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

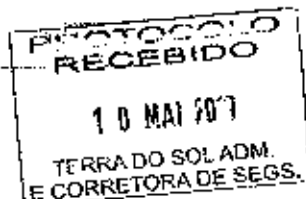
☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Av. Bernardo Vieira</u>	Número: <u>3085</u>	Complemento:
Bairro: <u>Quintas</u>	Cidade: <u>Natal</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail:	CEP: <u>59051-000</u>	Tel.(DDD): <u>84</u> <u>20300637-988171020</u>

Local e Data: Natal RN 08/05/2019

Karilane da Silva Rodrigues
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Luciana Patrícia Barbosa Pereira

RG nº 001230532, data de expedição / /
Órgão ITEP, portador do CPF nº 751009834-34, com
domicílio na cidade de Natal, no Estado de RN, com
residência na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua do Badejo, nº 93
complemento Pajucara Parque das Dunas 6/ declaro, sob as
penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vítima
Josivan Modesto da Silva cujo o condutor

era Josivan Modesto da Silva

Veículo: Honda/CG 150

Ano: 2012

Modelo: titon Ex 150

Placa: NZX 7071

Chassi: 9C2K C1 660CR5 48110

Data do Acidente: 07/09/2018 Diogo 03/09/2018

Local e Data: 11 ABR 2019

Luciana Patrícia Barbosa Pereira

Assinatura do Declarante

Josivan Modesto da Silva

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro, que não seja a vítima do acidente)



Reconheço as firmas de LUCIANA PATRICIA BARBOSA PEREIRA e JOSIVAN MODESTO DA SILVA por autenticidade do que dou fe.

Em 11/04/2019

Em testemunho

Cloris Maria de Andrade - Eso. Autorizada

Cloris Maria de Andrade
Eso. Autorizada

PROTOCOLO RECEBIDO
10 MAI 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.



SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 46997 /2018

Admissão: 03/09/2018 09:50:00



ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA -

FATURADO

EM

Paciente: 92368 - JOSIVAN MODESTO DA SILVA (36 a 5 m 4 d)

Nascimento: 09/04/1982 Natural: NATAL BRASIL

CNS: CPF: 09020190407

Sexo: M Cor: PARDA

Mãe: LUZINETE MODESTO DA SILVA Pai:

Lugar de nascimento: BERNARDO VIEIRA, 1085

CEP: 59035015 Bairro: QUINTAS

Telefone: 84.987396703

Compl:

Cidade: NATAL

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: FAMÍLIA

Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas:

Hora:

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 16/04/18
MAT. Nº. 182773
SAME
ASSINATURA

ELABORADO (PRIMÁRIO)

A

B

C

D

E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

PROTOCOLO
RECEBIDO

10 MAI 2018

*Saída:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

POLITRAUMA
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
 HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
 PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO

cons
TJ

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 46997

ATA: 03 109 / 2018 HORA: _____ TEL: 987396703

NOME: Josivan quadrato da Silva

DATA DO NTO: 09/04/1982 IDADE _____ COR _____ SEXO M ESTADO CIVIL _____

CARTÃO SUS _____ RG _____ CPF 090201904-07

NATURALIDADE RN/Natal PROFISSÃO _____ PROCEDÊNCIA _____

MÃE: Suzinete quadrato da Silva PAI: _____

ENDEREÇO: R. Av. Bernardo Vieira Nº 1085

BAIRRO Quintas CIDADE Natal

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ COMATOSO ☐
 COM HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ OUTROS ☐

CONFERE COM ORIGINAL
 CHOCADO ☐
 NATAL 16/04/18
 MAT. Nº 182638
 SANE ☒
 NÃO ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO ☐ SIM ☐ NÃO ☐

PUPILAS: A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW) B) FREQUÊNCIA RESPIRATORIA C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SOBRE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP. _____ REPIRAÇÃO _____ PULSO _____ TA _____

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente com história de queda de moto, há 4 horas. Não apresenta queixa de dor, perda de consciência ou vômitos. Refere dor em antebraço e mão (E). Abdome flácido e indolor.

EXAME FÍSICO

- A - VAP; Não cervicalgia
- B - Espúrios
- C - Estável Hemodin.
- D - Glasgow 15; Pupilas Iso/Foto
- E - Edema em antebraço e mão (E).

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

Banco Hospitalar de Epidemiologia

05/09/18

RAIOS-X

DIAGNÓSTICO INICIAL

Realizado em 03:10 Hora

Técnico: _____

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84) 3133-4300 - Fax: (84) 3132-1223
hmemorial@vetoxmail.com.br

FICHA DE INTERNAÇÃO

Data: 09/10/2018 11:06

Paciente: JOSIVAN MODESTO DA SILVA

Registro: 132069

RG: 002264611

CPF: 090.201.504-07

Nascimento: 09/04/1983

36

anos Sexo: Masculino Est. Civil: Solteiro(a)

Endereço: BERNARDO VIEIRA

Nº: 1035

Bairro: QUINTAS

Cidade: NATAL

UF: RN

CEP: 59000000

Fone: 84985372693

Profissão: BARBEIRO

Mãe: LUZINETE MODESTO DA SILVA

Dados do Internamento

Vorm. Internamento: 1

Entrada: 09/10/2018 11:05 Previsão saída: 10/10/2018 11:06 Atendente: CLAUDIA F

Convênio: SUS MUNICIPAL

Matr. IJA/CNS: 700707466354880

Medico: DR. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

CRM: 16800

LEITO RESERVA 07

Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

Parentesco:

Termo de Responsabilidade

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

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

Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas e a liquidação total do débito, que autorizo a 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, bem como o seu arquivamento por meio digital, por fis, fotografias ou quaisquer meios para os seguintes fins:

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

Assinatura: [X] Paciente [] Responsável

Observações

COM DUAS FOLHAS DE RX LAUDO DO SRS MEDICO CIENTE

HOSPITAL MEMORIAL DE NATAL
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
CNPJ: 06.908.000/0001-01
Emissão: 09/10/2018 11:06
Folha: 01/01

PROTOCOLO
RECEBIDO
10 MAI 2018
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

Hospital Memorial de Natal

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

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

hmemorial@hmemorial.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 09/10/2018 11:06

Dados do Paciente

Paciente: JOSIVAN MODESTO DA SILVA

Registro: 132069

Num RG: 002264611

CPF: 990.201.904-07 Nascimento: 09/04/1962 36 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Solteiro(a)

Endereço: BERNARDO VIEIRA

N.: 1085

Bairro: QUINTAS

Cidade : NATAL

UF: RN

CEP: 59000000

Fone: 84988372693

Profissão: BARBEIRO

Mãe: LUZINETE MODESTO DA SILVA

Dados do Internamento

Num. Internamento: 1

Entrada: 09/10/2018 11:06 Previsão saída: 10/10/2018 11:00 Atendente: CLAUDIA F

Convênio: SUS MUNICIPAL

Matrícula/CNS: 700707466354550

Médico: Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

CRM: 5500

LEITO RESERVA 07

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta:

Motivo:

Data da Baixa:

No. de dias de hospitalização:

No. de US:

Doc. Apresentado:

Diagnostico Definitivo:

Procedencia:

História da Doença atual:

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
Av. Juvenal Lamartine, 979
Fone: 84 3133-4200 / Fax: 84 3102-1228
CNPJ nº 06.948.888/0001-91
Estr. 1

Hospital Memorial de Natal

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

Data: 09/10/2018 11:05

Dados do Paciente

Paciente: **JOSIVAN MODESTO DA SILVA** Registro: **132069**
Num. RG: **902264611** CPF: **090.201.904-07** Nascimento: **05/04/1942** 36 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **BERNARDO VIEIRA** N: **1085** Bairro: **QUINTAS**
Cidade: **NATAL** UF: **RN** CEP: **59000000** Fone: **8498837269**
Profissão: **BARBEIRO** Mãe: **LUZINETE MODESTO DA SILVA**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **09/10/2018 11:05** Previsão Saída: **10/10/2018 15:00** Atendente: **CLAUDIA F**
Convênio: **SUS MUNICIPAL** Médico: **DR. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA** CRM: **5500**
Médico: **DR. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA** **LEITO RESERVA 07**

Dados do Responsável

Responsável: _____ CPF: _____ RG: _____
Parentesco: _____

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

1. - Autorizo o(a) **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA**, a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia a: **57926 FRATURA DE RÁDIO**
2. - O(A) **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA**, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual será 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 necessitam de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

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

Assinatura: _____ Paciente _____ Responsável _____

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

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

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA - CRM 5500

HOSPITAL MEMORIAL
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979
TIROL - NATAL/RN
CEP: 59000-000
Fone: (84) 3133-4200
Fax: (84) 3102-1228



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgas
Pronto Socorro Clóvis Salinho

NIR

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIN

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 JOSILAN MOBERTO DA SILVA	6 - Nº DO PROTOCOLO			
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS 70070746635880	8 - DATA DE NASCIMENTO 09/04/1982	9 - SEXO MASCULINO	10 - FEMININO	11 - TELEFONE DE CONTATO 988372693
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) Av. Bernardo Vieira - 1085	13 - MUNICÍPIO Natal	14 - ESTADO Rio Grande do Norte	15 - UF RN	16 - CEP 59000-000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS E SÍNDROMES Paciente com de Acute de mof C/ Dor + Refraco	18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Trauma cranio	19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Semelh + RX	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura de fêmur	21 - CID INICIAL T12	22 - CID DE RENDIMENTO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Cirurgia	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0308010019	26 - LEITO / CLÍNICA Ortopedia	27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO Urgência	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Mário José de Almeida	29 - DT SOLICITAÇÃO 09/05/2019	30 - CNS / CBO	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
---	---	-----------------------------------	---	--	-----------------------------------	----------------	--

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

42 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	43 - NOME DO PROFISSIONAL DO CENTRO DE AVALIAÇÃO	44 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIN)
45 - DT AUTORIZ.	46 - DT AUTORIZ.	
47 - CNS / CPT	48 -	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

Código: 255924416

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:

HOSPITAL MONSENHOR WILFREDO GURGEL (2553925)

Central Reguladora:

NATAL

Cp. Solicitante:

242785304634 MULATO

Unidade Destino:

--- (---)

Data de Solicitação:

05.09.2018 - 18:23:51

Data Destino:

DADOS DO PACIENTE

CNS:

700707465354880

Nome do Paciente:

JOSIVAN MODESTO DA SILVA

Nome da Mãe:

LUZINETE MODESTO DA SILVA

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

09/04/1982 (36 anos)

Tipo Legitimador:

AVERDA

Número:

1085

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(84) 98739-6703 (Enbr. Lista Detalhada)

Nome Social/Apelido:

JOSIVAN

Naturalidade:

NATAL - RN

Raça:

SEM INFORMAÇÃO

Tipo Sanguíneo:

Legitimador:

HERNARDO VIEIRA 2/1234

Vairos:

QUINTAS

Município de Residência:

NATAL

Complemento:

CPF:

69051-000

UF:

RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

65432193434

Diagnóstico Inicial - CID:

S523 - FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO

Caráter:

11 - Urgência

Clínica:

ESPEC - CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIÁFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA

Nome do Médico Solicitante:

ASTRES DE ARRUDA JUNIOR

Status da Solicitação:

PENDENTE

Classificação de Risco:

Risco - Urgência, atendimento o mais rápido possível

Clínica Complementar:

Nenhuma

Códigos:

C-108023431

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

TRAUMATISMO EM RÁDIO, REFERINDO DOR, EDEMA, DEFORMIDADE E LIMITAÇÃO FUNCIONAL. SEGUE AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA/ID>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

LAUDO+RX+EX.LAB.

Condições que Justificam a Internação:

TRATAMENTO CIRÚRGICO

PARA CEN

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador):

CRM:

Data de Solicitação:

05.09.2018 - 18:23:51

Data da Extração dos Dados: 08/10/2018 09:41:03

RECIBO DE ENTREGA
 AV. JUVENIL LAMARCA, 270
 Tírol do Rio das Neves, RN
 Centro da cidade
 EM: _____

Código Solicitação: 255924416

Número AIH: 241810087355-1

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:

HOSPITAL MONSIEUR WILFREDO GURGEL

Unidade Executante:

HOSPITAL MEMORIAL

Lagoa do Lago, Endereço, Nº, Complemento, Bairro

AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - TIROL

Central Reguladora

NATAL

Data de Solicitação

05.09.2018 - 18:23:51

Data de Autorização

05/10/2018 - 17:20:20

Data de Reserva

09.10.2018

Data de Internação

09.10.2018

Data Prevista de Alta

10.10.2018

Data de Alta

10/10/2018 - 16:49:39

Motivo da Alta

1.2 ALTA MELHORADO

CNS:

2653923

CNS:

2408252

Município Executante

NATAL

Operador

24278530463ALLUIZIO

Operador

05184645470KALLINE

Operador

33391521449FRANCISCA

Operador

33391521449FRANCISCA

DADOS DO PACIENTE

CNS:

700707466354880

Nome do Paciente

JOSIVAN MODESTO DA SILVA

Nome da Mãe

LUZINETE MODESTO DA SILVA

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

09/04/1982 (36 anos)

Tipo Logradouro:

AVENIDA

Número:

1085

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(84) 98739-6703 (Exibir Lista Detalhada)

Nome Social/Apêlido:

JOSIVAN

Nacionalidade:

NATAL - RN

Raça:

SEM INFORMACAO

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:

BERNARDO VIEIRA 2/1234

Bairro:

QUINTAS

Município de Residência:

NATAL

Complemento:

CPF:

59051-000

UF:

RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

65432193434

CPF do Médico Executante:

19561917807

Diagnóstico Inicial - CID:

S523 - FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO

Caráter

11 - Urgência

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIÁFISÁRIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA

Nome do Médico Solicitante:

ANDRÉS DE ARRUDA JUNIOR

Nome do Médico Executante:

HELIO RUBENS HOLDO GARCIA

Status da Solicitação:

APROVADA

Classificação de Risco

Prioridade 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível

Clínica Complementar:

Verifique

Onde:

0406920431

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

TRAUMATISMO EM RÁDIO, REFERINDO DOR, EDEMA, DEFORMIDADE E LIMITAÇÃO FUNCIONAL. SEGUE AOS CUIDADOS DE ORTOPEDIA

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

LAUDO+RX+EX.LAB.

Condições que Justificam a Internação:

TRATAMENTO CIRÚRGICO

PARECER

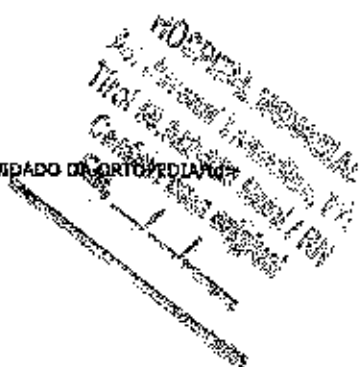
Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

CRSE:

Data de Solicitação:

05.09.2018 - 18:23:51



Raz: U32069 NOME: Josuan Modesto da Silva APTO:

Cirurgia Realizada:

DATA: 03/06/2016 Inicio: 08:30 HS: 08:30 MIN: 08:30

EQUIPE	NOME	CICMF	CRM	CIRURGIA
1 Auxiliar	Dr Hélio Garcia		5500	Pequena
2 Auxiliar				Média
Anestesiologista	Victor Dantas F. Lopes	083.201.2460	6124	Grande
Instrumentador	Antônio			Múltipla
Aux.				

1. Paciente em NDH sob bloqueio M Sup E 2. Assepsia e antisepsia 3. Via de acesso dorsal antebraço E + divisão romba 4. Tratamento cirúrgico da fratura do antebraço E 5. Osteotomia dos ossos longos 6. Enxerto ósseo 7. RX intra-op 8. Limpeza + sutura + curativo + tala gessada

COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
MEDICAMENTOS				FCS				DESCARTÁVEL			
000000	Agua Bactericida 100ml	AMP		000000	Vigyl 4.0 (Frasco)	ENV		000000	Alifra Tubular 12cm	ROL	
000000	Agua Bactericida 100ml	AMP		000000	Vigyl 5.0 (Frasco)	ENV		000000	Alifra Tubular 15cm	ROL	
000000	Agua Bactericida 100ml	AMP		000000	Vigyl 6.0	ENV		000000	Alifra Tubular 18cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP		000000	Vigyl 7.0	ENV		000000	Alifra Tubular 21cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 24cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 27cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 30cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 33cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 36cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 39cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 42cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 45cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 48cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 51cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 54cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 57cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 60cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 63cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 66cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 69cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 72cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 75cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 78cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 81cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 84cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 87cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 90cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 93cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 96cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 99cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 102cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 105cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 108cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 111cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 114cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 117cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 120cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 123cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 126cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 129cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 132cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 135cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 138cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 141cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 144cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 147cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 150cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 153cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 156cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 159cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 162cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 165cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 168cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 171cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 174cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 177cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 180cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 183cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 186cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 189cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 192cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 195cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 198cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 201cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 204cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 207cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 210cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 213cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 216cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 219cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 222cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 225cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 228cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 231cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 234cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 237cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 240cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 243cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 246cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 249cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 252cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 255cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 258cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 261cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 264cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 267cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 270cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 273cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 276cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 279cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 282cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 285cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 288cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 291cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 294cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 297cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 300cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 303cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 306cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 309cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 312cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 315cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 318cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 321cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 324cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 327cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 330cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 333cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 336cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 339cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 342cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 345cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 348cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 351cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 354cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 357cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 360cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 363cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 366cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 369cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 372cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 375cm	ROL	
000000	Clorbutol 1g	AMP						000000	Alifra Tubular 378cm	ROL	

ISDA

PRÉ-ANESTÉSICO

陳其南

TÉCNICA ANESTÉSICA

Beta + Alpha

DRUGS USED IN ANESTHESIA

DETALHAMENTO DE MATERIAIS											
COD	DESCRIÇÃO	UNID	QUANT	COD	DESCRIÇÃO	UNID	QUANT	COD	DESCRIÇÃO	UNID	QUANT
000100	Adesivos	AMP		000101	Mercado	AMP			000102	Adesivos	
000105	Agua Oxigenada	AMP		000106	Phial 10ml	AMP			000107	Adesivos	
000110	Algodão 75	AMP		000111	Proteção	AMP			000112	Adesivos	
000115	Cloro de Potássio	AMP		000116	Algodão	AMP			000117	Adesivos	
000120	Clor. de de Sódio	AMP		000118	Cloro de Sódio	AMP			000119	Adesivos	
000125	Clorox 200g	AMP		000126	Cloro de Sódio	AMP			000127	Adesivos	
000130	Alumínio	AMP		000128	Cloro de Sódio	AMP			000129	Adesivos	
000135	Alumínio	AMP		000129	Cloro de Sódio	AMP			000130	Adesivos	
000140	Alumínio 10ml	AMP		000131	Cloro de Sódio	AMP			000132	Adesivos	
000145	Alumínio 200g	AMP		000133	Cloro de Sódio	AMP			000134	Adesivos	
000150	Alumínio	AMP		000135	Cloro de Sódio	AMP			000136	Adesivos	
000155	Alumínio 10ml	AMP		000137	Cloro de Sódio	AMP			000138	Adesivos	
000160	Alumínio 200g	AMP		000139	Cloro de Sódio	AMP			000140	Adesivos	
000165	Alumínio	AMP		000141	Cloro de Sódio	AMP			000142	Adesivos	
000170	Alumínio 10ml	AMP		000143	Cloro de Sódio	AMP			000144	Adesivos	
000175	Alumínio 200g	AMP		000145	Cloro de Sódio	AMP			000146	Adesivos	
000180	Alumínio	AMP		000147	Cloro de Sódio	AMP			000148	Adesivos	
000185	Alumínio 10ml	AMP		000149	Cloro de Sódio	AMP			000150	Adesivos	
000190	Alumínio 200g	AMP		000151	Cloro de Sódio	AMP			000152	Adesivos	
000195	Alumínio	AMP		000153	Cloro de Sódio	AMP			000154	Adesivos	
000200	Alumínio 10ml	AMP		000155	Cloro de Sódio	AMP			000156	Adesivos	
000205	Alumínio 200g	AMP		000157	Cloro de Sódio	AMP			000158	Adesivos	
000210	Alumínio	AMP		000159	Cloro de Sódio	AMP			000160	Adesivos	
000215	Alumínio 10ml	AMP		000161	Cloro de Sódio	AMP			000162	Adesivos	
000220	Alumínio 200g	AMP		000163	Cloro de Sódio	AMP			000164	Adesivos	
000225	Alumínio	AMP		000165	Cloro de Sódio	AMP			000166	Adesivos	
000230	Alumínio 10ml	AMP		000167	Cloro de Sódio	AMP			000168	Adesivos	
000235	Alumínio 200g	AMP		000169	Cloro de Sódio	AMP			000170	Adesivos	
000240	Alumínio	AMP		000171	Cloro de Sódio	AMP			000172	Adesivos	
000245	Alumínio 10ml	AMP		000173	Cloro de Sódio	AMP			000174	Adesivos	
000250	Alumínio 200g	AMP		000175	Cloro de Sódio	AMP			000176	Adesivos	
000255	Alumínio	AMP		000177	Cloro de Sódio	AMP			000178	Adesivos	
000260	Alumínio 10ml	AMP		000179	Cloro de Sódio	AMP			000180	Adesivos	
000265	Alumínio 200g	AMP		000181	Cloro de Sódio	AMP			000182	Adesivos	
000270	Alumínio	AMP		000183	Cloro de Sódio	AMP			000184	Adesivos	
000275	Alumínio 10ml	AMP		000185	Cloro de Sódio	AMP			000186	Adesivos	
000280	Alumínio 200g	AMP		000187	Cloro de Sódio	AMP			000188	Adesivos	
000285	Alumínio	AMP		000189	Cloro de Sódio	AMP			000190	Adesivos	
000290	Alumínio 10ml	AMP		000191	Cloro de Sódio	AMP			000192	Adesivos	
000295	Alumínio 200g	AMP		000193	Cloro de Sódio	AMP			000194	Adesivos	
000300	Alumínio	AMP		000195	Cloro de Sódio	AMP			000196	Adesivos	

análisis de resultados

Disburse

DESCRIÇÃO

Oxímetro

Carifensyn

பிழைப்புகள்

DESCRIÇÃO

QUANTIDADE

Oxígeno I (quinta)

Proximate Liquid

ANOTAÇÕES

INICIO ANESTESIA:

INICIO CIRCUITO

ΣΙΑΤ?

ANESTHESIOLOGIST

C:SM:

6170

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital Memorial de Natal

Registro-Internamento: 132069 -1

Leito Nº LEITO RESERVA 07

Médico CRM - 5500 - HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

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

132069 -1 - JOSIVAN MODESTO DA SILVA

PROCEDIMENTO ANTERIOR

PROCEDIMENTO SOLICITADO

MÉDICO SOLICITANTE

CRM

CPF

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

5500

195.619.178-07

JUSTIFICATIVA

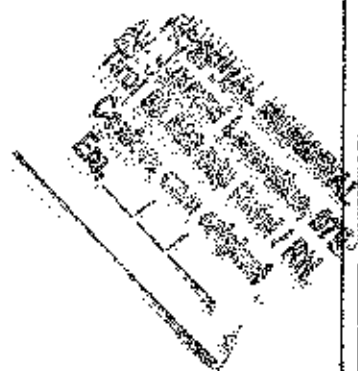
FRATURA DO ANTEBRACO E HA 5 SEMANAS, JPA CONSOLIDADA. REALIZAÇÔES:

040802042-3 - TTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO ANTEBRACO COM SÍNTESE

0408060174 OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PE

0408040157 ENXERTO OSSEO

2 FIOS STEINMANN



ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

CRM

5500

DATA

09/10/2018 16:47:28

AUTORIZAÇÃO

AUDITOR

CRM

DATA

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Data: 09/10/2018 18:45

Dados do Paciente

Registro: **132069** IH: **1** Paciente: **JOSIVAN MODESTO DA SILVA**
Nascimento: **09/04/1982** **36** anos Internação: **09/10/2018 11:05:27** Leito: **LEITO RESERVA 07**

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: **BEER + SEDACÃO**

Anestesiologista: **DR VICTOR**

Tipo: **TTO DE FRATURA DE ANTEBRAÇO E**

Cirurgião: **DR HELIO**

Instrumentador: **ANTONIA**

Circulante: **FELIFE + STEFANIE**

Tipo curativo: **TALA GESSADA**

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

Inf.sanguínea: **NÃO**

Monitoração correta: **SIM**

Plano do bisturi: **SIM**

Antibiótico profilático?: **CEFAZOLINA 3g**

Medicação administradas:

Interconrências / Observações:

PACIENTE EM POI DE TTO DE ANTEBRAÇO E NEGA HAS + DM NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA NA HVP COM SE 0,9% COM JELCO N°20 EM MSD PROCEDIMENTO REALIZADO SEM INTERCORRECIAS ENCAMINHADO AO SRPA EM O AMBIENTE E SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Pontencial de Contaminação: **Limpa**

FELIPE MORAIS DE MOURA
Técnico(a) COREN - 620.340

HOSPITAL MEMORIAL
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Central e-mail: hmemorial@veloxmail.com.br
E-mail: hmemorial@veloxmail.com.br

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: 132069 IH: 1 Paciente: JOSIVAN MODESTO DA SILVA
Nascimento: 09/04/1982 36 anos Internação: 09/10/2018 11:05:27 Leito: LEITO RESERVA 07

ANTES DO ATO CIRÚRGICO

09/10/2018 18:45:20 Técnico(a) COREN - 980343 - EDELMAR MARTINS DA SILVA

Observações:

CLIENTE ADMITIDO (A) NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ANTEBRACO, ACOMPANHADO DE SEU FAMILIAR E MAQUEIRO. CONSCIENTE, ORIENTADO (A) RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, FOI FUNCIONADO(A) COM CATETER VENOSO EM MSE Nº20 VIABILIZANDO SF0,9% E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Doença pré-existente:

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

Exame Laboratorial: NÃO Risco Cirúrgico: NÃO Raio X: SRP: SIM-QTD: 1

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): NÃO

Assinatura Responsável

Outros Exames:

SRPA

09/10/2018 18:45:20 Técnico(a) COREN - 980343 - EDELMAR MARTINS DA SILVA

Nível consciência: ORIENTADO

Oxigenoterapia: O2 AMBIENTE

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

Hipotensão: NÃO Rast X de Controle:

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE DE ALTA HOSPITALAR SEM INTERCORRENCIA DE PO. OPERATORIO DE ENCAMINHADO AO RAIO X, ACOMPANHADO PELO MAQUEIRO E POR SEU FAMILIAR.

Assinatura Responsável

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Javenal Lamartine, 879
TIROL - NATAL/RN
CEP: 59034-300
Fone: (84) 3133-4290
E-mail: hmemorial@veloxmail.com.br

Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: JOSIVAN MODESTO DA SILVA

Idade: 36 anos

Convênio: SUS MUNICIPAL

Reg.: 132068

Prontuário:

Unidade: CENTRO CIRURGICO

Peso: 80,0 kg Altura: 1,66m

Leito: LEITO RESERVA 07

Admissão: 09/10/18 11:05

1 dia(s) de internação

Diag.: S523 - Fratura da diáfise (do rádio)

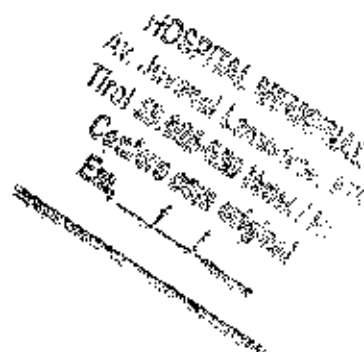


10/10/2018 07:00

5500

- 1) DIETA LIVRE, Ao dia
- 2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL
Uso: 1 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.
- 3) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola
Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.
DILUIR EM 10 ML DE ABD.
- 4) DIFIRONA 500mg/mL ampola
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.
DILUIR EM 8 ML DE ABD.
- 5) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.
- 6) DIMENIDRINATO 86 DL 10mL ampola
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.
- 7) DICLOFENACO SODICO 50mg comprimido
Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.
- 8) RANITIDINA 150mg comprimido
Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.
- 9) OBSERVAR PERFUSÃO DISTAL, Ao dia
- 10) ALTA HOSPITALAR, 02 em 02 horas

Dr. HÉLIO RUBENS POLIDO GARCIA
CRM - 5500





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: JOSIVAN MODESTO DA SILVA

Nascimento: 09/04/1982 | 38 anos

Registro: 132058 Num. Internação: 1

Data Internação: 09/10/2018 11:05:27

Evolução: 09/10/2018 16:46:43

Fratura do antebraço E há 5 semanas, jpa consolidada

CD: tto cirúrgico

POI sem intercorrências

HOSPITAL MEMORIAL
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979
TIROL - NATAL/RN
CEP: 59060-000
Fone: (84) 3133-4200
Fax: (84) 3102-1228
E-mail: hmemorial@veloxmail.com.br

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA
CRM - 5500



Hospital Memorial da Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1223
hmemorial@vefoxmail.com.br

O: CENTRO CIRÚRGICO

Dados do Paciente

Paciente: JOSIVAN MODESTO DA SILVA

Nascimento: 09/04/1982 : 36 anos Data Internação: 09/10/2018 11:05:27

Registro: 132089 Nº Internação: 1

Leito: LEITO RESERVA 07

OBSERVAÇÕES GERAIS

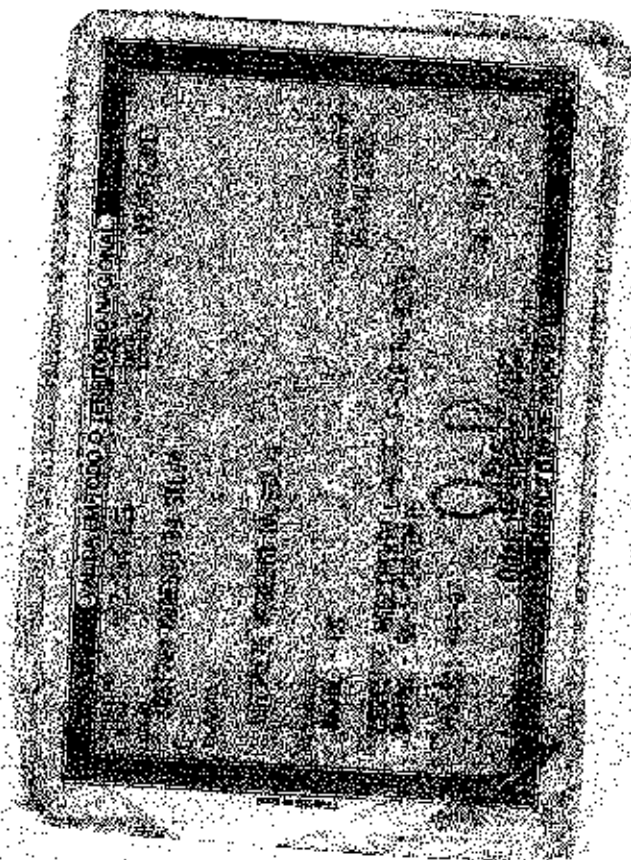
20:00H-PACIENTE SAIU DE ALTA HOSPITALAR ACOMPANHADO PELO FAMILIAR.

09/10/2

CUT - 1199430

ANGELICA CRISTINA SILVA DE SOUZA

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol - 55.550-000 Natal / RN
Centro de Diagnóstico
Em: _____



PROTÓCOLO
RECEBIDO
10 MAI 1971
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.



Ministério da Fazenda

Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número

077.923.044-26

Nome

KARLIANE DA SILVA RODRIGUES

Nascimento

31/12/1987

CÓDIGO DE CONTROLE

869D.A81C.CC27.5D71



Emitido pela Secretaria de Receita Federal do Brasil
às 14:11:22 do dia 20/04/2019 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

PROTOCOLADO
RECEBIDO

10 MAI 2019

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

FOIA b 7 - D
FOIA b 7 - C

4522741830032153

TERRA DO SOL ADM.
DIRETORIA DE SEGS.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190318305 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIVAN MODESTO DA SILVA **Data do acidente:** 03/09/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA ÚNICA DO RADIO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. (11)
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Josivan Modesto da Silva, brasileiro(a),
estado civil: Solteiro, Profissão: Barbeiro, Data do Acidente 03/09/2018
Cobertura Invalidez, portador(a) do RG 002.264.611, órgão expedidor
SSP RN e do CPF: 090.201.904.07 residente no(a)
Av. Bernardo Vieira nº 3085,
bairro: Quintas, município: Natal, RN.

OUTORGADO:

Nome: Karlione da Silva Rodrigues, brasileiro(a)
estado civil: Solteiro, Profissão: manicure, portador(a) do RG
002.734.890, órgão expedidor SSP RN e do CPF: 077.923.044.26, residente
no(a) Av. Bernardo Vieira nº 3085,
bairro: Quintas, município: Natal, RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

02 MAIO 2019

Local e Data

2º OFÍCIO
DE NOTAS

Josivan Modesto da Silva

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

2º Ofício de Notas
Av. Monsenhor Aguiar, 1191 - Lagoa Nova, Cx. 5807-000 - Natal - RN
Fone: (51) 3222-2000 - E-mail: oficio2notas@cofnotas.com.br

Reconheço a firma de JOSIVAN MODESTO DA SILVA por autenticidade do que dou fe.

Em 02/05/2019.

Em testemunho

Gloria Maria de Andrade - Esc. Autorizada

Gloria Maria de Andrade
Esc. Autorizada

PROTOCOLO
RECEBIDO

10 MAI 2019

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0158309/19

Vítima: JOSIVAN MODESTO DA SILVA

CPF: 090.201.904-07

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/09/2018

Titular do CPF: JOSIVAN MODESTO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

KARLIANE DA SILVA RODRIGUES : 077.923.044-26

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

JOSIVAN MODESTO DA SILVA : 090.201.904-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/05/2019
Nome: KARLIANE DA SILVA RODRIGUES
CPF: 077.923.044-26

KARLIANE DA SILVA RODRIGUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/05/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA