

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: 24/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SANDRO TAVARES DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00034

CONTA: 000000042564-5

Nr. da Autenticação 20EFF1BED9B3116E

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ANTONIOME DE FREITAS
inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.347.644 / 07, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
SANDRO TAVARES DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 070492334 / 07
do sinistro de DPVAT cobertura INURTO da Vítima SANDRO TAVARES DE LIMA
inscrito (a) no CPF sob o Nº 070492334 / 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>RUA TAVARES GUARACANGA SARMA</u>	Número: <u>701</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>PAJUCARA</u>	Cidade: <u>MAZAC</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: _____	CEP: <u>59.122-740</u>	Tel.(DDD): <u>(84) 99820-8542</u>

Local e Data: MAZAC RN 14 DE JULHO DE 2020

ANTONIOME DE FREITAS

Assinatura do Declarante

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Data: 25/10/2019

Nº: 289123/1

CHAMADO

TARM: MICARLA PAULIANE FERREIRA GOMES
Rádio Operador: EWERTON ALEXANDRE VIEIRA SANTOS
Equipe Enfermagem Cena:

Médico Regulação: ROGERIO OSCAR FERNANDES

Médico Cena: THIAGO RODRIGUES DE OLIVEIRA

Usuário Pós-Cena:

Equipe VTR: THIAGO DE LIMA OLIVEIRA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
JOSÉ ORLANDO F. DE JESUS - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

VTR: USB 10 (CENTRAL)

REGULAÇÃO MÉDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: CABO EVARISTO

Telefone: ;084999875238

Nome do Paciente:

SANDRO TAVARES DE LIMA

Idade: *

34 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

Endereço não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: -5,8107583 Longitude: -35,2108646

Endereço: BERNADO VIEIRA

Bairro: LAGOA SECA

Outro Bairro:

Referência/Complemento: CRUZAMENTO COM PRUDENTE

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WOLFREDO GURGEL

Queixa Primária: COLISAO MOTO-MOTO

Quem Solicitou: PM

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

25/10/2019 18:26:23 - Dr(a). ROGERIO OSCAR FERNANDES

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE MOTO X MOTO

REGULAÇÃO: 3 VÍTIMAS, AS 3 VÍTIMAS ESTÃO CONSCIENTE E RESPIRAM BEM E SEM SANGRAMENTO, UMA VÍTIMA COM LUXAÇÃO, OUTRAS VÍTIMAS COM ESCORIAÇÕES.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 7

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apoio:

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:

25/10/2019
18:24:33

Saída Local:

25/10/2019
19:42:13

Regulação Médica:

25/10/2019
18:26:23

Chegada Destino:

25/10/2019
19:45:29

Solicitação VTR:

25/10/2019
18:56:41

Liberação Destino:

25/10/2019
19:52:27

Saída VTR:

25/10/2019
18:56:43

Liberação VTR:

25/10/2019
19:52:29

Chegada Local:

25/10/2019
19:38:46

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 10181 /2019

Prontuário: 1190255

Paciente: **149088 - SANDRO TAVARES DE LIMA**

Cartão SUS: 705008291895657

Idade: 34 anos 5 meses 12 dias Sexo: M

Nome da mãe: LUZINETE CORREIA DE LIMA

Nome do pai: FRANCISCO TAVARES DE LIMA

Rua/Av: CARTEIRO MANOEL NETO

Complemento:

CEP: 59133384

Telefone: 84 988786251 84 988786251

Especialidade: ORTOPEDICA

Responsável: SANDRO TAVARES DE LIMA -

Usuário: SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS

CPF: 07049733407

Etnia: PARDA

Dt Nasc: 18/08/1985

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nº: 10

Bairro: PAJUÇARA

Cidade: NATAL

Unidade: 4 ANDAR

Leito: 432

Admissão: 25/10/2019 21:14:07 Alta: Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S52.4 - FRATURA DAS DIAFISES DO RADIO E DO CUBITO [ULNA]
408020431 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 30/01/2020
MAT. Nº 138628-15
ASSINATURA

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

NATAL, 30 de Janeiro de 2020.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou _____

CNES: 2653923
CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **149088 SANDRO TAVARES DE LIMA**

CNS: _____

Nascimento: 18/11/1984

Sexo: Masculino

Prontuário: _____

Cor: PARDA

Mãe: LUZINETE TAVARES DE LIMA

Paí: _____

Endereço: RUA CARTEIRO MANOEL NETO, 10 - PAJUÇARA - NATAL

Fone: 88786251 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE: _____

240810 UF: RN

CEP: 59133-384

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 30161 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

PACIENTE COM REALTO DE QUEDA DE MOTO COM FT EXPOSTA PUNTIFORME EM ANTEBRAÇO DIR

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
SA ACIMA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RX + EXAME FISICO

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S52.4 FRATURA DAS DIÁFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]*408020431. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAF

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

ANTEBRAÇO, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão

☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assitente:

MAURO CARNEIRO CALHAU

CRM: 3063 / RN

Data da Solicitação 25/10/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____

Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp: _____

CBOR: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Orgão Emissor: _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____

Número da Autorização: _____



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

**BOLETIM
OPERATÓRIO****IDENTIFICAÇÃO**

Nome: Sandro Tavares Reg. Nº _____
Diagnóstico pré-operatório: fratura exposta da 2ª de antebraço esquerdo
Indicação terapêutica: limpeza + desbridamento + haste intramedular Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: 26/10/19 - Início: _____ Término: _____ Duração: _____
Operador: Anaís Alencar CRM/CRO: _____
1º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____
2º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____
Instrumentador: 0415040035 (3) 297 925 545
Anestesista: 0408020431 (2) 552.4 CRM/CRO: 265, 29

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Paciente em DTH sob anestesia:
abordagem de MRS
artroscopia + artroscopia + comp
abordagem de frs de fratura
limpeza de fr
desbridamento de tecido devitalizado
fechamento p plav!
Curativo
Tala avulsiva



26/10/19
01:00

Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **55539 /2019**

Admissão: **25/10/2019 19:57:43**

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: **149088 - SANDRO TAVARES DE LIMA** (34 a 5 m 12 d)

Nascimento: 18/08/1985 Natural: NATAL.BRASIL

CNS: 705008291895657

CPF: 07049733407

Sexo: M Cor: PARDA

Prof: PASTELEIRO

Pai: FRANCISCO TAVARES DE LIMA

Mãe: LUZINETE CORREIA DE LIMA

Logradouro: CARTEIRO MANOEL NETO, 10

CEP: 59133384

Bairro: PAJUÇARA

Cidade: NATAL

Telefone: 84 .988786251

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS: COLISÃO MOTO/MOTO

Classificação: 25/10/2019 19:53:46

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

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: FRATURA DE RADIO E UNA ESCORIAÇÕES

Hora: ____:____

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: 25/10/2019 21:14:06 - INTERNADO

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 30/01/2020
MAT. Nº. 154885
SANE
SIGNATURA



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 55539 /2019
Admissão: 25/10/2019 19:57:43

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: **149088 - SANDRO TAVARES DE LIMA** (34 a 11 m 7 d)

Nascimento: 18/11/1984 Natural: NATAL.BRASIL

CNS: CPF:

Mãe: LUZINETE TAVARES DE LIMA

Logradouro: CARTEIRO MANOEL NETO, 10

CEP: 59133384 Bairro: PAJUÇARA

Telefone: 84 .88786251

Sexo: M Cor: PARDA

Prof:

Pai:

Cidade: NATAL

Compl: SEM DOCUMENTOS FORNECIDOS PELA ESPOSA

Motivo: MOTO - QUEDA

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

Tipo: REFERENCIADO

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS: COLISÃO MOTO/MOTO

Classificação: 25/10/2019 19:53:46

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
19:50			98%			78			

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: FRATURA DE RADIO E UNA ESCORIAÇÕES

Hora: 19:50 Paciente vítima de Colisão moto-moto, Hx-
Cerca de 1 hora e 30 minutos, Trauma pelo Samu
Qual relatou Fratura Exposta em Antebraço Esquer-
do. Nega Penso na consciência, Nega Vômitos;
Nega Trauma torácico ou abdominal.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vias Aéreas Patentes;
- B Coração e Ar. Ausc. AP: MV, Simétricos, Sina;
- C Hemodinâmica estável, BP 120/80 mmHg, FC 78, PRF, SPC;
- D Glasgow 15, Sem Defeito Focal;
- E Escoriações e lacerado e não penetrante, Antebraço com Tala;

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

AD: FRACCO, I. N. 100% S. - Assus em Umb;

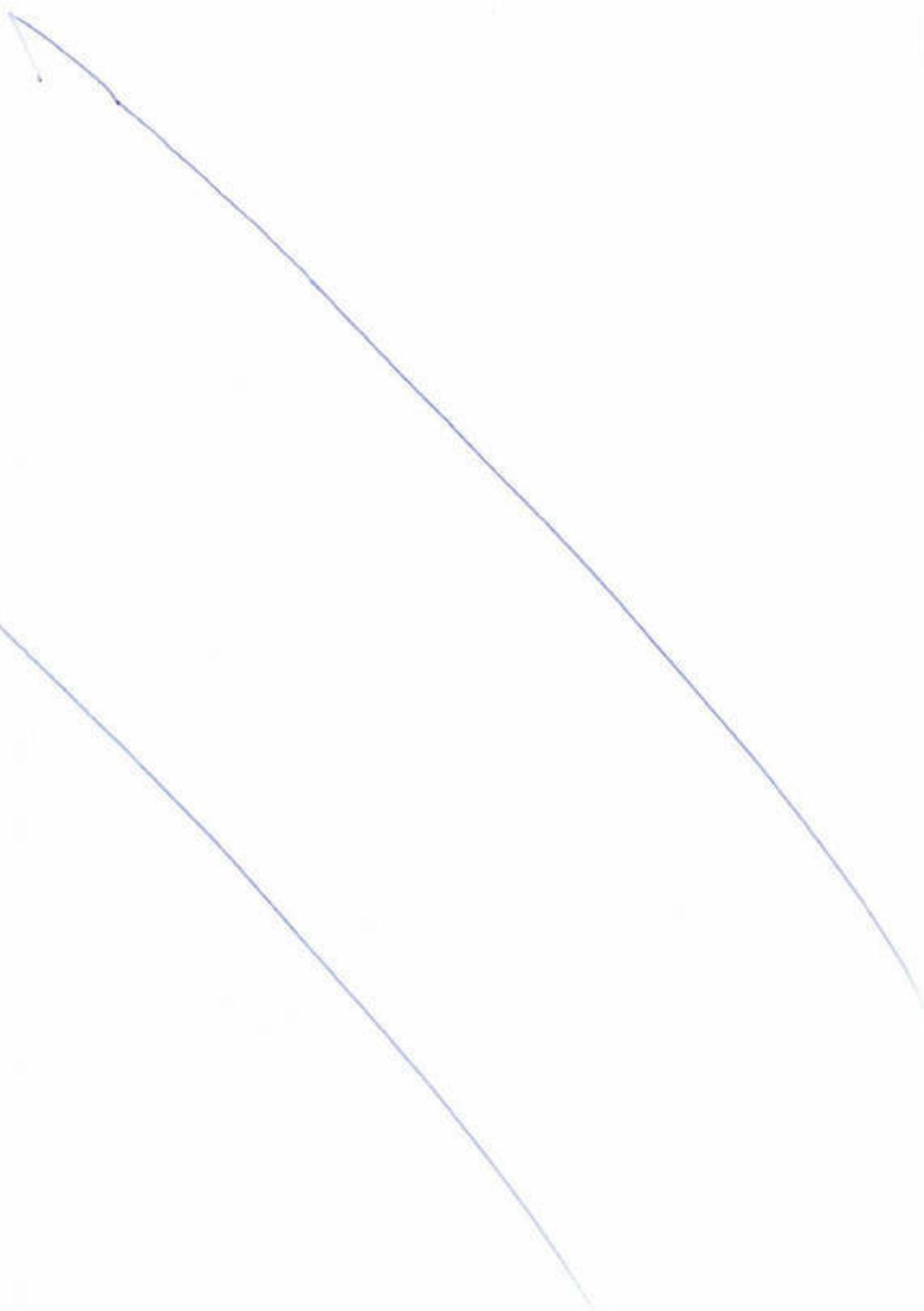
*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 30/10/2019
15452877
SIME
ASSINATURA

25/10/2019 20:34
VERDE

1. 2. 3. 4.



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou

CNES: 2653923
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **149088 SANDRO TAVARES DE LIMA**
CNS: 705008291895557 Nascimento: 18/11/1984 Sexo: Masculino
Mãe: LUZINETE TAVARES DE LIMA Pai:
Endereço: RUA CARTEIRO MANOEL NETO, 10 - PAJUÇARA - NATAL
Município: NATAL Código Municipal IBGE: 240810 UF: RN

Prontuário:
Cor: PARDA

Fone: 88786251 /
CEP: 59133-384

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 30161 / 2019

98771-8444
98878-6251

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

PACIENTE COM REALTO DE QUEDA DE MOTO COM FT EXPOSTA PUNIFORME EM ANTEBRAÇO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
SA ACIMA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RX + EXAME FISICO

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S52.4 FRATURA DAS DIÁFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]*408020431. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIA

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

ANTEBRAÇO, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes ☐ Hipertensão ☐ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão ☒ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

MAURO CARNEIRO CALHAU

CRM: 3063 / RN

Data da Solicitação 25/10/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: Nº do bilhete: Série:

() Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: CNAE da Emp: CBOR:

() Acidente de Trabalho Trajeto CNPJ da Empresa: CNAE da Emp: CBOR:

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: Orgão Emissor:

Número da Autorização:

Data da Autorização: Assinatura/Carimbo:

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou

CNES: 2653923
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **149088 SANDRO TAVARES DE LIMA**

CNS: 705008291895657

Nascimento: 18/08/1985

Sexo: Masculino

Prontuário: 1190255

Cor: PARDA

Mãe: LUZINETE CORREIA DE LIMA

Pai: FRANCISCO TAVARES DE LIMA

Endereço: RUA CARTEIRO MANOEL NETO, 10 - PAJUÇARA - NATAL

Fone: 88786251 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE:

240810 UF: RN

CEP: 59133-384

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo Nº 31402 / 2019

987718444

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM MSD

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

TRATAMENTO CIRURGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S52.4 FRATURA DAS DIÁFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]*408020423. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAF

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

ANTEBRAÇO, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão ☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assitente:

AMARO ALVES DE SOUZA JÚNIOR

AMARO ALVES
CRM 5439

CRM: 5439 / RN

Data da Solicitação 04/11/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____

Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____

CBOR: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____



Id. Paciente: 55539/2019 Data Exame: 25/10/2019 20:42:33

Paciente: SANDRO TAVARES DE LIMA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: LEONARDO/JS
Idade: 34 ano(s)

ANTEBRAÇO LA
81,2 %



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA

COMPLEXO ESTADUAL DE REGULAÇÃO DIVANEIDE FERREIRA DE SOUSA - CER/SUS/RN

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



LAUDO MÉDICO PARA INTERNAÇÃO - CIRURGIA ORTOPEDIA (inserir no site)

<https://www.regulacaorn.com.br>

Estabelecimento Solicitante (item obrigatório):	
Estabelecimento Executante (preenchido pelo prestador):	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: <i>Samuel Torres de Lima</i>	
SEXO: ☒ M ☐ F	IDADE: <i>34 anos</i> DATA: <i>49 / 12 / 19</i>
CARTÃO DO SUS: <i>705 0082 9189 5657</i>	DATA DO NASCIMENTO: <i>10.08.1985</i>
RG: <i>002.391.876</i>	CPF: <i>070.457.334-07</i>
TELEFONES: <i>98770-8444 / 98870-6254</i>	
ENDEREÇO: <i>Rua Carlos Manoel Neto, nº 10</i>	
BAIRRO: <i>Pajuçara</i>	MUNICÍPIO DE ORIGEM: <i>Natal/RN</i>

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS (Especificar motivo do trauma e data da fratura): <i>Paciente com fratura de antebraço @ há 60 dias.</i>		
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO: <i>Tratamento Cirúrgico</i>		
RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS (anexar Raio x, se possível): <i>R: fratura de antebraço @</i>		
COMORBIDADES ASSOCIADAS E OUTRAS INFORMAÇÕES: ☐ * HAS ☐ DIABETES ☐ OBESIDADE ☐ SEM COMORBIDADES ☐ LESÃO POR PRESSÃO ☐ USO DE ANTIBIÓTICOS ☐ USO DE FIXADOR EXTERNO		
DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>Fratura de antebraço @</i>	CID PRINCIPAL: <i>552</i>	SIS REG (CÓDIGO DO PROCEDIMENTO): <i>040802042-3</i>

Data da fratura: 25.08



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA

COMPLEXO ESTADUAL DE REGULAÇÃO DIVANEIDE FERREIRA DE SOUSA - CER/SUS/RN

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



LAUDO MÉDICO PARA INTERNAÇÃO - CIRURGIA ORTOPEDIA (inserir no site)
<https://www.regulacaorn.com.br>

Estabelecimento Solicitante (item obrigatório):

Estabelecimento Executante (preenchido pelo prestador):

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE:

Samuel Torres de Lima.

SEXO: ☒ M ☐ F

IDADE:

34 anos.

DATA:

____/____/____

CARTÃO DO SUS:

DATA DO NASCIMENTO:

RG:

CPF:

TELEFONES:

ENDEREÇO:

MUNICÍPIO DE ORIGEM:

BAIRRO:

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS (Especificar motivo do trauma e data da fratura):

Paciente com fratura de antebraço @ há 60 dias.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO:

Tratamento Cirúrgico

RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS (anexar Raio x, se possível):

R: fratura de antebraço @

COMORBIDADES ASSOCIADAS E OUTRAS INFORMAÇÕES:

☐ HAS

☐ DIABETES

☐ OBESIDADE

☐ SEM COMORBIDADES

☐ LESÃO POR PRESSÃO

☐ USO DE ANTIBIÓTICOS

☐ USO DE FIXADOR EXTERNO

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Fratura de antebraço @

CID PRINCIPAL:

S52

SIS REG (CÓDIGO DO PROCEDIMENTO):

040802042-3



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: 20/12/2019 08:55

FICHA DE INTERNAMENTO

Paciente: **SANDRO TAVARES DE LIMA**

Registro: 79633

Num. RG: **2391876**

CPF: **070.497.334-07** Nascimento: **18/08/1985** 34 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **CARTEIRO MANOEL NETO**

N.: 10

Bairro: **ALECRIM**

Cidade : **NATAL**

UF: **RN**

CEP: **59040220**

Fone: **84988786251**

Profissão: **COZINHEIRO DE RESTAURANTE**

Mãe: **LUZINETE CORREIA DE LIMA**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **6**

Entrada: **20/12/2019 8:54** Previsão saída: **21/12/2019 11:00** Atendente: **NIVIACB**

Convênio: **SUS MUNICIPAL**

Matricula/CNS: **705008291895657**

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

CRM: **2156**

SALA 003

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 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: [X] Paciente [] Responsável

SANDRO TAVARES DE LIMA

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

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

CONFERE COM ORIGINAL

EM, 12/02/2020

Beatriz

Observações

PACIENTE COM 2 RX



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

Data: 20/12/2019 08:55

FICHA DE INTERNAMENTO

Dados do Paciente

Paciente: **SANDRO TAVARES DE LIMA**

Registro: **79633**

Num. RG: **2391876**

CPF: **070.497.334-07** Nascimento: **18/08/1985** 34 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **CARTEIRO MANOEL NETO**

N.: **10**

Bairro: **ALECRIM**

Cidade: **NATAL**

UF: **RN**

CEP: **59040220**

Fone: **84988786251**

Profissão: **COZINHEIRO DE RESTAURANTE**

Mãe: **LUZINETE CORREIA DE LIMA**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **6**

Entrada: **20/12/2019 8:54** Previsão saída: **21/12/2019 11:00** Atendente: **NIVIACB**

Convênio: **SUS MUNICIPAL**

Matrícula/CNS: **705008291895657**

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

CRM: **2156**

SALA 003

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____

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

Doc. Apresentado: _____ Diagnostico Definitivo: _____

Procedencia: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatorio sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratorios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurológico: _____

Ap. Urinario e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____

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

Data: 20/12/2019 08:55

Dados do Paciente

Paciente: **SANDRO TAVARES DE LIMA**

Registro: **79633**

Num. RG: **2391876**

CPF: **070.497.334-07** Nascimento: **18/08/1985** 34 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **CARTEIRO MANOEL NETO**

N.: **10**

Bairro: **ALECRIM**

Cidade: **NATAL**

UF: **RN**

CEP: **59040220**

Fone: **84988786251**

Profissão: **COZINHEIRO DE RESTAURANTE**

Mãe: **LUZINETE CORREIA DE LIMA**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **6**

Entrada: **20/12/2019 8:54** Previsão saída: **21/12/2019 11:00** Atendente: **NIVIACB**

Convênio: **SUS MUNICIPAL**

Matrícula/CNS: **705008291895657**

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

CRM: **2156**

SALA 003

Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

Parentesco:

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

1. - Autorizo o(a) Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA, a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia:
2. - O(A) Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
3. - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

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

Assinatura: [X] 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.

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

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA - CRM 2156

Número AIH: 241910106972-6

Código Solicitação: 316784177

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL MONSENHOR WILFREDO GURGEL

Unidade Executante:
HOSPITAL MEMORIAL

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - TIROL

Central Reguladora
NATAL

Data de Solicitação
25.11.2019 - 11:47:41

Data de Autorização
25/11/2019 - 14:11:51

Data de Reserva
26.11.2019

Data de Internação
26.11.2019

Data Prevista de Alta
28.11.2019

Data de Alta
26/11/2019 - 12:31:13

Motivo da Alta
1.2 ALTA MELHORADO

CNES:

2653923

CNES:

2408252

Município Executante

NATAL

Operador

82893691404ANATALIA

Operador

62725246334ENDEL

Operador

18129862204LUCIMAR

Operador

33391521449FRANCISCA

DADOS DO PACIENTE**CNS:**

705008291895657

Nome do Paciente

SANDRO TAVARES DE LIMA

Nome da Mãe

LUZINETE CORREIA DE LIMA

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

18/08/1985 (34 anos)

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

10

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):(84) 98778-6251 *(Verificar Lista Detalhada)***Nome Social/Apelido:**

Naturalidade:

MAXARANGUAPE - RN

Raça:

PARDA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:

CARTEIRO MANOEL NETO

Bairro:

PAJUCARA

Município de Residência:

NATAL

Complemento:**CEP:**

59133-384

UF:

RN

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

02402766476

CPF do Médico Executante:

19561917807

Diagnóstico Inicial - CID:

S527 - FRATURAS MÚLTIPLAS DO ANTEBRAÇO

Caráter

11 - Urgência

Clínica:

ESPEC - CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO (C/ SÍNTESE)

Nome do Médico Solicitante:

KLEIDSON ANTONIO DE ARAUJO BASTOS

Nome do Médico Executante:

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

Status da Solicitação:

APROVADA

Classificação de Risco

-- Emergência, necessidade de atendimento imediato

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0405020423

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO (C/ SÍNTESE), REFERIDO POR DOR, INFLAMAÇÃO E DEFORMIDADE FUNCIONAL./td>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

LAUDO+RX+EX.LAB.

Condições que Justificam a Internação:

TRATAMENTO CIRÚRGICO

PARCER**Motivo de Impedimento do Regulador:**

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)**CRM:****Data de Solicitação:**

25.11.2019 - 11:47:41

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

SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou _____

CNES: 2653923
CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **149088 SANDRO TAVARES DE LIMA**

Prontuário: 1190255

CNS: 705008291895657

Nascimento: 18/08/1985

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: LUZINETE CORREIA DE LIMA

Pai: FRANCISCO TAVARES DE LIMA

Endereço: RUA CARTEIRO MANOEL NETO, 10 - PAJUÇARA - NATAL

Fone: 88786251 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE: _____

240810 UF: RN

CEP: 59133-384

987718444

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo Nº 31402 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM MSD

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
TRATAMENTO CIRURGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

SS2.4 FRATURA DAS DIÁFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]*408020423. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAF

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

ANTEBRAÇO, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão

☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

AMARO ALVES DE SOUZA JÚNIOR

AMARO ALVES
CRM 5439

CRM: 5439 / RN

Data da Solicitação 04/11/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do Contrato: _____

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

() Acidente de Trabalho Trajeto

CNAE da Empresa: _____

Cep: 59022-020 - Natal/RN

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado

Assinatura do Profissional Solicitante

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____

Número da Autorização: _____

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

SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou

CNES: 2653923
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **149088 SANDRO TAVARES DE LIMA**
CNS: 7050082151557 Nascimento: 18/11/1984 Sexo: Masculino
Mãe: LUZINETE TAVARES DE LIMA Pai:
Endereço: RUA CARTEIRO MANOEL NETO, 10 - PAJUÇARA - NATAL
Município: NATAL Código Municipal IBGE: 240810 UF: RN

Prontuário:
Cor: PARDA

Fone: 88786251 /
CEP: 59133-384

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 30161 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM REALTO DE QUEDA DE MOTO COM FT EXPOSTA PUNTIFORME EM ANTEBRAÇO DR

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
SA ACIMA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RX + EXAME FÍSICO

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S52.4 FRATURA DAS DIÁFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]*408020431. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAI

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

ANTEBRAÇO, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão

☒ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

MAURO CARNEIRO CALHAU

CRM: 3063 / RN

Data da Solicitação: 25/10/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____

HOSPITAL MEMORIAL

SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Fátima

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____

Número da Autorização: _____



Hospital Memorial
São Francisco

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: SANDRO TAVARES DE LIMA

Data do Procedimento: 20122019

Registro: 79633

IH: 6

Diagnóstico pré operatório: S524 FRATURA DAS DIAFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO (ULNA)

Código do procedimento

0408020423

Cirurgia realizada

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS

Equipe cirúrgica:

Cirurgião: EDUARDO LOPES DE SANTANA

CRM

2156

Anestesiologista: FRANCISCO DA SILVA MELO

4539

Instrumentador: FELIPE

Grau de Contaminação: Limpo

Profilaxia Antimicrobiana:

Anatomopatológico: Não

Exame: Não se aplica

Descrição dos materiais especiais utilizados:

PLACA RETSA DCP 02
PARAFUSOS CORTICAIS 12

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados:

Descrição da cirurgia:

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL NA MESA CIRURGICA: ASSEPSSIA E QANTISSEPSSIA. REDUÇÃO CIRYUGICA E FIXAÇÃO COM PLACA RETA DCP E PARAFUSOS CORTICAIS. SEGUIDA DE REDUÇÃO CIRURGICA E FIXAÇÃO DA ULNA COM PLACA RETA DCP E PARAFUSOS CORTICAIS.

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, / /

CRM: 2156 - EDUARDO LOPES DE SANTANA

20/12/2019 18:22:07



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

BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

Dados do Paciente

Paciente: **SANDRO TAVARES DE LIMA**

SANDRO TAVARES DE LIMA 633

IH: 6

Cirurgia Realizada

TC FRATURA DE ANTEBRAÇO A ESQUERDA.

Data

20/12/2019

Cirurgião
DR EDUARDO LOPES

1º Auxiliar

2º Auxiliar

Anestesiologistas

DR FRANCISCO MELO

HORA

O2
ECG
PANI
PVC
Diurese
SpO2
ETCO2

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

V P. Sist.

A P. Diast.

F.C.

X PAM

Exames Laboratoriais

pH		
PaCO2		
HCO3		
CO		
EB2		
PaO2		
SHCO2		
Hb		
Hc		
Na		
K		
Ca		
Glicose		

Medicamento	500MG	03ML
FENTANIL		
MIDAZOLAN	15MG	01ML
NEOCAINA	0,5%	
DIMORF	0,2MG	
SUFENTANIL	10MG	
ROCURONIO	50MG	
ATRACURIO	25MG	
PROPOVAN	1%	
EFEDRINA	50MG	
ARAMIN	10MG	
CEFAZOLINA	1G	02AMP
DIPIRONA	1G	02AMP
DRAMIN	3MG	
DEXAMETASONA	10MG	
RANITIDINA	50MG	
ONDASETRONA	8MG	
NEOCAINA	0,5%	
ISOBARICA	0,5X	
CETOPROFENO	100mg	
SF0,9%	500	04FRS

TÉCNICA ANESTÉSICA: BLOQUEIO PLEXO-SEDACÃO

BLOQUEIO:

LOCAL DA PUNÇÃO:

NÍVEL ANESTESIA:

BLOQUEIO MOTOR: g

POSICÃO: Antes:

APARELHO:

TÉCNICA: ABERTO

INTUBAÇÃO/OXIGENAÇÃO: ORAL

TRAUMÁTICA NAO

SONDA:

CUFF:

INDUÇÃO:

MANUTENÇÃO:

CONDIÇÃO FINAL:

AGULHA:

Depois:

TIPO:
LATÊNCIA:
LIQUOR:

V.T.:

V.M.:

F.R.:

P.T.:

N°

REFLEXOS:

BALANÇO

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

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

DR. FRANCISCO DA SILVA MELO
ANESTESIOLOGISTA SBA 15714
CRM: 4539 - CPF: 565.148.404-34
RQE 3526

DURAÇÃO: 30MIN

INÍCIO: 17:30

FINAL: 18:00



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: **79633** IH: **6** Paciente: **SANDRO TAVARES DE LIMA**
Nascimento: **18/08/1985** 34 anos Internação: **20/12/2019 08:54:18** Leito: **SALA 003**

ANTES DO ATO CIRÚRGICO

20/12/2019 14:25:37 - COREN - 975123 - RAFAEL OLIVEIRA SILVA

Observações:

CLIENTE ADMITIDO(A) NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE ANTEBRAÇO, CONSCIENTE, ORIENTADA (O), RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, PUNCIONADO(A) EM SALA COM CATETER VENOSO Nº20 EM MS, VIABILIZANDO SF0,9% E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Doença pré-existente: **NÃO**

Há reserva sanguínea: **NÃO**

Prótese: **NÃO**

Jóias: **NÃO**

Membro e lado da cirurgia: **MSE**

Exame Laboratorial: **SIM**

Risco Cirúrgico: **SIM**

Raio X: PRÉ: **SIM-QTD: 2**

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): **NÃO**

Outros Exames:

Assinatura Responsável

SRPA

COREN - 975123 - RAFAEL OLIVEIRA SILVA

Nível consciência: **CONSCIENTE E ORIENTADO**

Oxigenoterapia: **EM O^a AMBIENTE**

Acesso venoso: **SIM**

Diurese: **SIM**

Acianótico: **NÃO**

Pálido: **NÃO**

Sudorese: **NÃO**

Tremores: **NÃO**

Hipotensão: **NÃO**

Raio X de Controle: **SIM-QTD: NO LE**

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE DE POI, CONSCIENTE, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, NA HVP, VIABILIZANDO SF0,9%, COM CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO, DIURESE ESPONTÂNEA, PRECISA REALIZAR RX PÓS DE CONTROLE, ANEXO AO PRONTUÁRIO EXAMES, SEGUE ACOMPANHADO ATÉ O LEITO DO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM.

VERIFICADO SSVV: PA=120X80 MMHG, FC=82 BPM, SPO2= 99%

Assinatura Responsável

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: **79633** IH: **6** Paciente: **SANDRO TAVARES DE LIMA**
Nascimento: **18/08/1985** 34 anos Internação: **20/12/2019 08:54:18** Leito: **SALA 003**

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: SEDAÇÃO + BLOQUEIO

Anestesiologista: DR. MELO

Tipo: FRATURA DIAFISARIA DE ANTEBRACO ESC

Cirurgião: DR MARCELO REGO

Instrumentador: FELIPE + RENAN

Circulante: VANESSA

Tipo curativo: LIMPO

Tem material para biópsia/cultura: NAO

Inf.sanguinea: NÃO

Monitoração correta: SIM

Placa de bisturi: SIM

Antibiótico profilático?: 2 G CEFAZOLINA

Início da cirurgia: 17:24

Fim da cirurgia:

Tempo de cirurgia:

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, EM O2 AMBIENTE, NEGA ALERGIA + COMORBIDADES, PUNCIONADO EM MSD JELCO 20, PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIAS, CURATIVO LIMPO E OCLUIDO, ENCAMINHADO AO SRPA SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Pontencial de Contaminação: Limpa

VANESSA COSTA DA SILVA LINO
Técnico(a) COREN - 877745

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: SANDRO TAVARES DE LIMA

Convênio: SUS MUNICIPAL

Unidade: CENTRO CIRURGICO

Leito: SALA 003

Admissão: 20/12/19 08:54

Diag.: S527 - Fraturas múltiplas do antebraço | \ Fraturas do cúbito [ulna] e do rád

Idade: 34 anos

Prontuário:

Peso: 53,0 kg Altura: 1,58r

0 dia(s) de internação

20/12/2019 18:20

Horários de Aplicação

2156

1) DIETA LIVRE, Ao dia	D0
2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500ML Uso: 01 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.	D0
3) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%	D0
4) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.	D0
5) RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	D0
6) DAPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD	D0
7) METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.	D0
8) RIVAROXABANA 15MG comprimido 1 comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única. 06H APÓS CIRURGIA.	D0
9)	D0
10) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 08 em 08 horas	D0
11) CURATIVO, Ao dia	D0
12) , Se necessário	D0

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2156

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____

Prescrição Médica / Evolução Clínica



Paciente: SANDRO TAVARES DE LIMA
Convênio: SUS MUNICIPAL
Unidade: CENTRO CIRURGICO
Leito: SALA 003 3136
Admissão: 20/12/19 08:54
Diag.: S527 - Fraturas múltiplas do antebraço | Fraturas do cúbito [ulna] e t

Idade: 34 anos
Reg.: 79633
Prontuário:
Peso: 53,0 kg Altura: 1.5
0 dia(s) de internação

20/12/2019 14:30 13:00

	Horários de Aplicação
1. DIETA LIVRE, Ao dia	D0 (SND)
2. SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500ML Uso: 01 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.	D0 :06 14:00 14:00
3. TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%	D0 22 14:00 14:00
4. CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.	D0 22 06:00 06:00
5. RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	D0 :06 18:00 18:00
6. DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. INJETAR EM 8 ML DE ABD	D0 00 18:00 18:00
7. METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.	D0 (SN)
8. RIVAROXABANA 15MG comprimido 1 comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única. C6H APÓS CIRURGIA.	D0 18:00
9.	D0 (SN)
10. SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 08 em 08 horas	D0 22 18:00 18:00
11. CURATIVO, Ao dia	D0 (MANUT)
12. , Se necessário	D0 (SN)

Eduardo

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2156

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

Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: SANDRO TAVARES DE LIMA Idade: 34 anos
Convênio: SUS MUNICIPAL Reg.: 79633 Prontuário:
Unidade: UNIDADE III Peso: 53,0 kg Altura: 1,58m
Leito: ENFERMARIA 313B
Admissão: 20/12/19 08:54 1 dia(s) de internação
Diag.: S527 - Fraturas múltiplas do antebraço \ Fraturas do cúbito [ulna] e do rádio

21/12/2019 07:51

*) tala axilo palmar
Uso: Pela manhã.

Horários de Aplicação

2155

00



Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2156

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: SANDRO TAVARES DE LIMA

Convênio: SUS MUNICIPAL

Unidade: UNIDADE III

Leito: ENFERMARIA 313B

Admissão: 20/12/19 08:54

Diag.: S527 - Fraturas múltiplas do antebraço \ Fraturas do cúbito [ulna] e do rád

Reg.: 79633

Idade: 34 anos

Prontuário:

Peso: 53,0 kg Altura: 1,58r

1 dia(s) de internação

21/12/2019 10:51

Horários de Aplicação

2156

1) ALTA HOSPITALAR, No momento

00

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2156

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

EVOLUÇÃO DIÁRIA DE CURATIVO

Dados do Paciente

Paciente: **SANDRO TAVARES DE LIMA**

Registro: **79633**

Nº Internação: **6**

Nascimento: **18/08/1985 34 anos** Data Internação: **20/12/2019 08:54:18** Leito: **ENFERMARIA 313B**

Limpeza:

Tipo de Ferida: **LIMPA**

Localização: **PÓS DE DIAFESE ESQUERDO**

Condições do Leito: **APRESENTANDO EXSUDATO EM GAZES EM**

EXSUDATO DA FERIDA

☐ Seroso

☐ Purulento

☐ Sanguinolento

☐ Serossanguinolento

☐ Piosanguinolento

☒ Sem Exsudato

PELE - PERILESIONAL

☐ Inteira

☐ Escoriada

☐ Sinal Flogísticos

☐ Descamada

☐ Alergica/Dermatite

☐ Macerada

BORDAS

Quantidade: **Selecione uma opc** Odor: **Selecione uma opc**

☐ Distintas

☐ Regulares

☐ Irregulares

OBSERVAÇÕES GERAIS

UTILIZADO: S.F. 0.9%, AGULHA 40X12, GAZES, LUVAS DE PROCEDIMENTOS, LUVAS ESTERIL, 02
ATADURAS DE 10CM, 10CM DE ESPARDRAPO.

21/12/2019 12:13:41

Técnico(a) COREN - 256755

MARIA DE FATIMA DE LIMA

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 DE ENFERMAGEM - UNIDADE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: SANDRO TAVARES DE LIMA

Registro: 79633 N° Internação: 6

Nascimento: 18/08/1985 (34 anos Data Internação: 20/12/2019 08:54:18

Leito: ENFERMARIA 313B

OBSERVAÇÕES GERAIS

ÀS 16:30H PACIENTE CONCIENTE E ORIENTADO EM O° AMBIENTE. PÓS-OPERATÓRIO
DE FRATURA DE ANTEBRAÇO REALIZADO TALA AXILO PALMAR CONFORME
PRESCRIÇÃO MÉDICA.

Alina
21/12/2019
OUT - 817262

ELA JEFFECELIANE DO N BERNARDINO

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

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

CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **SANDRO TAVARES DE LIMA**

Nascimento: **18/08/1985** 34 anos Data Internação: **20/12/2019 08:54:18**

Registro: **79633**

IH: **6**

Leito: **ENFERMARIA 313B**

Turno: **Diurno**

Antecedentes: **NEGA COMORBIDADES**

Exame Diagnóstico: **1º DPO DE DIAFESE ESQUERDO**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Antecedentes Medicamentosos: **DESCONHECE**

Sinais Vitais

Temperatura: **35,5 °C**

Saturação O2: **99%**

Respiração:

Pressão Arterial: **120x80**

Frequência Cardíaca: **79**

Acesso Venoso

Dieta

Parâmetro

VO

Data: **20.12.2019**

Isolamento de contato: **Não**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **COLETOR**

Intestinais: **PRESENTE**

Aspectos:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Qualitativo:

REALIZADO PELA COMISSÃO

Observações:

ADMINISTRAÇÃO DE HORÁRIO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA

ADMINISTRAÇÃO 13:25 01 AMPOLA DE TRAMAL. PACIENTE REFERIA FORTES DORES

Intervenção:

RECEBIDO AS 07:00 HORAS. PACIENTE 34 ANOS, SEM ACOMPANHANTE, CONSCIENTE, ORIENTADO, RESPIRANDO EM O2 AMBIENTE, DIETAS DE BOA ACEITAÇÃO, DEAMBULA SEM AUXÍLIO, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES EM BANHEIRO, REALIZADO BANHO, PERMISPERÇÃO + TROCA DE ROUPA DE CAMA, RECEBEU VISITA DE SEU MÉDICO ASSISTENTE, ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA, SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM, AGUARDANDO TRANSPORTE, SAÍU DA UNIDADE 3 AS 15:40 ACOMPANHADO POR MARCEIRO E SUA ACOMPANHANTE EM CADEIRA PARA REALIZAR COLOCAÇÃO DE TALA GESSADA EM PS, E EM SEGUIDA PARA SEU DOMÍLIO, LEVANDO SEUS PERTENCES + ORIENTAÇÕES MÉDICAS.

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

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

CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____

Suely Batista

COREN 1168012 - SUELY BATISTA DE AGUIAR SILVA
21/12/2019 07:22:27

RECEITUÁRIO MÉDICO

Laudo Médico

Sandro Tavares de Lima - 34 anos

Data do Acidente: 25/10/19

Paciente sofreu acidente motorcyclista que resultou em fratura grave de antebraço esquerdo.

Quadro cirúrgico

atualmente reflete sequelas com perda de 75% de flexão no pulso esquerdo e dor.

Atto Médico
15/04/2020

Dr. Thiago Antonio
Ortopedia e Traumatologia
CRM 100.000.000

#T90 AV. PRESIDENTE MÉDICI Nº 256 IGAPÓ- Natal/RN CEP 59106000

CNPJ 06126677/0001-57 FONE: 3315-6901/ 3615-6900

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 SECRETARIA NACIONAL DE DEFESA SOCIAL

ANTONIO DE FREITAS

1682962766

1625711 ITP-RN

008.347.646-07 DATA NASCIMENTO 14/12/1979

ANTONIO ANTONIO DE FREITAS
 PATIMA PEREIRA DE FREITAS

02686435172

30/09/2023

27/12/1997

OBSERVAÇÕES

Antônio de Freitas

LOCAL NATAL, RN

DATA EMISSÃO 01/10/2018

Luiz Edgard Machado Pereira
 Diretor Geral - Detran/RN

57481051048
 RN704302157

RIO GRANDE DO NORTE

18 ABR 2019

PROT

A3

DETRAN

DETRAN - RN 11675 // 00225 Nº 0142440734/3
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1
CÓD. RENAVAM 0106406020
R.M.T.R.C. *****
EXERCÍCIO 2019

ALVARO OLIVEIRA DA SILVA

CPF/CNPJ 075.787.244-10
PLACA QGD6577

PLACA ANT/VF QGD6577/RN
CHASSI 9C2KD0800F057512

ESPECIE TIPO
MOTOR/VEICULO/TRANSMISSAO/CAIXA D'ACELERAR
MARCA/MODELO
ANO/FAB. 2015 2015
COMBUSTIVEL

MODA/MAX/60 BROS ESD
CATEGORIA PARTICULAR
COR PREDOMINANTE VERDE-OLIVA

OCV/162 CILINDRADAS
COTA ÚNICA
VENO COTA ÚNICA
1º PAGO
2º PAGO
3º PAGO

P 0,00
V 014921 3X
R\$ *****
PREMIO TOTAL (R\$)
DEVAT: PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$)
IOF (R\$)
DATA DE PAGAMENTO

ATEN: FID. EM FAVOR DE: AS.441.786/0001-54
ADMINISTRADORA DE CONSORCIO NACIONAL RENDA LTDA
MOTOR: RD0807057512
NATAL/RN
DATA 25/01/2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1
RENAVAM 0106406020
CPF/CNPJ 075.787.244-10
EXERCÍCIO 2019
DATA EMISSÃO 25/01/2019
PLACA QGD6577

MODA/MAX/60 BROS ESD
CATEGORIA PARTICULAR
COR PREDOMINANTE VERDE-OLIVA
ANO/FAB. 2015 2015
COMBUSTIVEL

OCV/162 CILINDRADAS
COTA ÚNICA
VENO COTA ÚNICA
1º PAGO
2º PAGO
3º PAGO

P 0,00
V 014921 3X
R\$ *****
PREMIO TOTAL (R\$)
DEVAT: PAGO

PREMIO TARIFÁRIO
CUSTO DO BILHETE (R\$)
IOF (R\$)
DATA DE PAGAMENTO

ATEN: FID. EM FAVOR DE: AS.441.786/0001-54
ADMINISTRADORA DE CONSORCIO NACIONAL RENDA LTDA
MOTOR: RD0807057512
NATAL/RN
DATA 25/01/2019

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199787/20

Vítima: SANDRO TAVARES DE LIMA

CPF: 070.497.334-07

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/10/2019

Titular do CPF: SANDRO TAVARES DE LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANTONIONE DE FREITAS : 008.347.644-07

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

SANDRO TAVARES DE LIMA : 070.497.334-07

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: 16/07/2020
Nome: ANTONIONE DE FREITAS
CPF: 008.347.644-07

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2020
Nome: Maria Luíza Gonçalves da Silva
CPF: 122.394.894-30

ANTONIONE DE FREITAS

Maria Luíza Gonçalves da Silva

PROCURAÇÃO

Outorgante:

SANDRO TAVARES DE LIMA, brasileiro (a), estado civil SOLTEIRO,
profissão AUTÔNOMO, residente e domiciliado à Rua CARTEIRO MANOEL MOTO,
Nº 10, Bairro PAJUCARA, Município de NATAL, Estado de (o)
RIO GRANDE NORTE, CEP 59.133-384, portador (a) do RG nº 002.391.876,
SSP/ RN e CPF nº 070.492.334-07.

Outorgado:

ANTONIONE DE FREITAS, brasileiro(a), estado civil
SOLTEIRO, profissão MAO DECLARA, residente e domiciliado à Rua
TRUÍ GOMES LINDO SARINHA, Nº 701, Bairro PAJUCARA, Município de
NATAL, Estado de (o) RIO GRANDE NORTE, CEP 59.122-348, portador (a) do RG
nº 026.864.35172, SSP/ RN e CPF nº 008.347.649-07.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio de Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.
(a) SANDRO TAVARES DE LIMA, ocorrido em 25/10/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado de entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da vítima.



NATAL RN, 15 de 15/10/20 de 20 20

X SANDRO TAVARES DE LIMA

Outorgante

CPF Nº 070.492.334-07

OBS: Reconhecer firma em cartório por autenticidade verdadeira.



PRIMEIRO OFÍCIO DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE
Rua do Leão, 11 | Amarante | CEP: 59.295-517 | São Gonçalo do Amarante | RN
Fone: (84) 3614-5167 | E-mail: cartorio1o@sga.rn.gov.br

Reconheço AUTÊNTICA a firma
de SANDRO TAVARES DE LIMA, Dou. nº
Selo Digital: RN2020000632300150A3KOD
Confira a autenticidade em: <http://selodigital.tm.jus.br>
São Gonçalo, 15 de julho de 2020 12:38:38
Em testemunho da verdade

ESCREVENTE AUTORIZADO

Cad: 15948DNA27386350 Usuário: Luana

Jefferson Santos
Escrivente



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199787/20

Vítima: SANDRO TAVARES DE LIMA

CPF: 070.497.334-07

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SANDRO TAVARES DE LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANTONIONE DE FREITAS : 008.347.644-07

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

SANDRO TAVARES DE LIMA : 070.497.334-07

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: 16/07/2020
Nome: ANTONIONE DE FREITAS
CPF: 008.347.644-07

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2020
Nome: Maria Luíza Gonçalves da Silva
CPF: 122.394.894-30

ANTONIONE DE FREITAS

Maria Luíza Gonçalves da Silva

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200253418 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SANDRO TAVARES DE LIMA **Data do acidente:** 25/10/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TERÇO DISTAL DO RÁDIO E ULNA ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE)
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL INTENSO DO PUNHO ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME LAUDO MÉDICO ACOSTADO NA PÁGINA 34.

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 dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200253418

Vítima: SANDRO TAVARES DE LIMA

Data do Acidente: 25/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIONE DE FREITAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SANDRO TAVARES DE LIMA

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, contados 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 Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200253418

Vítima: SANDRO TAVARES DE LIMA

Data do Acidente: 25/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIONE DE FREITAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SANDRO TAVARES DE LIMA

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: SANDRO TAVARES DE LIMA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000034

Conta: 0000042564-5

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



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: 070492334-07 4 - Nome completo da vítima: SANDRO TAVARES DE LIMA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012

5 - Nome completo: SANDRO TAVARES DE LIMA 6 - CPF: 070492334-07
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: RUA CARLOS MANOEL NETO 9 - Número: 10 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: PAJUCARA 12 - Cidade: NATAL 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.133-385
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (89) 98833.6586

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 A R\$5.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0034 CONTA: 000425645
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vários)? ☐ 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 - Assinatura do representante legal (se houver)
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data: NATAL RN 14 DE JULHO DE 2020

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 103899

1 - LOCAL E DATA

Local AV. BERNARDO VIEIRA/AV. PRUD. DE MORAIS Bairro LAZARUS NOVA
Cidade/UF NATAL RN P. Ref. DIACHUENO CONTROL
Data 25/10/2019 Hora do acidente 18:25 Hora do registro 18:50 Dia da semana SEXTA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi QGO 8837 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. HONDA CG 160 TITAN Cor (NATAL) PRETA Ano 2018/2018
Proprietário ELIELSON SILVA CALADO N° de Ocupantes 02
Condutor ELIELSON SILVA CALADO Data de Nasc. 07/08/1988
Endereço R. ARAPIRACA N° 03 Fone 98832-0566
Bairro NOVO OLIS Cidade NATAL UF RN
CPF N° 071.239.944-08 CNH N° 05412927527 Validade 06/2021 Categoria AB
Local de Trabalho PROGRESSO XTACAO Fone 3219-2034
End. R. BERNARDO VIEIRA N° 220 Bairro IGUAPO Cidade NATAL

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi MYL 9285 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. YAMAHA / YBR 125 Cor PRETA Ano 2007/2007
Proprietário MARCONO SIMÃO DOS SANTOS N° de Ocupantes 01
Condutor SANDRO TAVARES DE LIMA Data de Nasc. 18/08/1985
Endereço RUA CARLOS MARQUES NETO N° 10 Fone 48878-6251
Bairro ASAUCARA Cidade NATAL UF RN
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade 1 1 Categoria _____
Local de Trabalho AUTÔNOMO Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

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

6 - VEÍCULO 04:

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

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. BERNARDO VIEIRA

Em que sentido? QUINTAS - MORRO BRANCO

Em que faixa? MEIO

Versão do condutor ALEGA QUE, TRANSITAVA NORMALMENTE E AO TENTAR CONVERGIR À DIREITA NA AV. PRUD. DE MORAIS, FOI SURPREENDIDO PELO V2 COLIDINDO NA SUA LATERAL. O V1 (APRIMADO) AFIRMA QUE ESTAVA COMO PISCA LIGADO PARA FAZER A CONVERSAO.

Assinatura do Condutor do V1 Adilson Silva Colado

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. BERNARDO VIEIRA

Em que sentido? QUINTAS - MORRO BRANCO

Em que faixa? MEIO

Versão do condutor ALEGA QUE, TRANSITAVA UM POUCO ATRÁS DO V1, QUANDO FOI SURPREENDIDO POR MESMO CONVERGINDO À SUA FRENTE, O V2 TENTOU DESVIAR MAIS NÃO CONSEGUIU. O V2 AFIRMA QUE UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO TRANCOU O V1, QUE PARA NÃO COLIDIR DESVIOU E TRANCOU O V2.

Assinatura do Condutor do V2 Sandro TAVARES DE LIMA

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V3 _____

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V4 _____

8 - CONDIÇÕES DA VIA

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

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

ÁRVORE

VESTÍGIOS

SEMÁFORO

PEDESTRE

BICICLETA OU MOTO

CARRO DE PEQUENO PORTE

CAMINHÃO OU ONIBUS

CARRETA

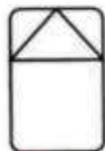
Handwritten notes on the grid:

- Top:** Rua
- Left:** 50 ONIBUS
- Bottom Left:** 50 ONIBUS
- Bottom Center:** Av. Pedro do Nascimento
- Right:** Av. Bernardo Vieira
- Far Right:** Muro Branco

10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

* PARABRISCA DO TANQUE, MAPA, 1º E 2º EMBALAGEM, ESTRIBO CENTRAL, ESTRIBO LATERAL, APORTE DO GALOPELA, PARABOL, PISCA DIABITO.

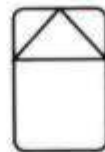


AVARIAS DO VEÍCULO 3

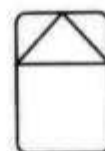


AVARIAS DO VEÍCULO 2

* CÂMBIO, PISCA DIABITO, PAINEL, LAMPA DIANTERO, PAINEL,



AVARIAS DO VEÍCULO 4



11 - ☒ Vítima: condutor de ☒ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome ELIENSON SILVA CALADO
 RG N° 2554711 Órgão Expedidor ITDP RN Data de Nascimento 07/08/1988
 Endereço _____ N° _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____
 Assinatura _____ Hora _____

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

Nome MAXWELL FLORENCIO DOS SANTOS
 RG N° 002419912 Órgão Expedidor ITDP RN Data de Nascimento 10/07/1988
 Endereço AV. DOS CALADOS (CONDOMÍNIO VITA) N° _____ Fone 98897-503
 Bairro PITIMBU (BL. FLORENÇA APÍLOS) Cidade NATAL UF RN
 Versão _____
 Assinatura _____ Hora _____

13 - ☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☒ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: CLÓVIS SAMU Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome SAMUEL TAVARES DE LIMA
 RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento 1/1/
 Endereço _____ N° _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____
 Assinatura _____ Hora _____

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

Nome _____
 RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento 1/1/
 Endereço _____ N° _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____
 Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa 05E 0766 Cidade NATAL UF RN Marca/Modelo _____
 Nome SAMU 10 RG N° _____ Órgão Exp. _____
 Endereço _____ N° _____
 Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

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

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

AS VÍTIMAS DO CAMPO 11 E 12 NÃO ACUSARAM O ATOR
DIRETO DA SAMU.
O CONDUCTOR DO V2 NÃO APRESENTOU DOCUMENTAÇÃO EM TEMPO
HABIL, E FICOU EM ATENDIMENTO MÉDICO ENQUANTO OBTEN-
DO MÓDULO DE PROVIDENCIAL A DOCUMENTAÇÃO.
O V2 FOI ENTÃO LEVADO AO SEU ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA DA SILVA
CNH. 05059805277, CPF 094.245.724-47, QUE IDENTIFICOU-SE
COMO PRIMO DO V2. ASSI. HENRIQUE FLORENÇA DA SILVA

Nome Completo do Agente MAMILTON SILVA DE SOUZA
 POSTO/GRAD.: CB PM N° 200010383 Viatura AG-028 Subunid.: 330. N. 2019
 Local e Data NATAL, 25 de OUTUBRO de 2019.
 Assinatura do Agente de Trânsito _____

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: 070492334-07 4 - Nome completo da vítima: SANDRO TAVARES DE LIMA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 645/2013

5 - Nome completo: SANDRO TAVARES DE LIMA 6 - CPF: 070492334-07
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: RUA CARPENTINO MANOEL NETO 9 - Número: 10 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: PAJUCARA 12 - Cidade: NATAL 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.133-385
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (85) 98833.6586

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0034 CONTA: 000425645

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, em caso de discordância 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 - Estado 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 (vairascor)? ☐ 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

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: NATAL RN 14 DE JULHO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PREFEITURA DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 NATAL



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **SANDRO TAVARES DE LIMA**, foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 25/10/2019, aproximadamente às 18h24min, na Avenida Bernardo Vieira, Lagoa Seca, nesta Cidade. **Sob nº de ocorrência 289123/1**, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 14 de janeiro 2020.


CLAUDIO AUGUSTO CAMARA DE MACEDO
Coord. Geral do Serviço de Transporte Sanitário Municipal e SAMU 192 Natal
Matricula 72.468-1