



Número: **0807179-54.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **25ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **28/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JAILSON FERREIRA DA SILVA (AUTOR)		Rocco Meliande Neto (ADVOGADO)	
MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A. (RÉU)			
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62485209	06/11/2020 11:24	Contestação	Contestação
62485220	06/11/2020 11:24	2763927_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros documentos
62485221	06/11/2020 11:24	2763927_CONTESTACAO_Anexo_04	Outros documentos

Juntada de contestação e documentos.



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:	05/05/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAILSON FERREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02758

CONTA: 000000003135-5

Nr. da Autenticação E745F40C0A53CEFE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190694323 **Cidade:** Macaíba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILSON FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 09/04/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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





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

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190694323

Vítima: JAILSON FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 09/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAILSON FERREIRA DA SILVA

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\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: JAILSON FERREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002758

Conta: 000000003135-5

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

Autorização de pagamento

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: **DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E)**

E MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome com:



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

5 - Nome completo: **WILSON FERREIRA DA SILVA** 6 - CPF: **027.988.524-55**

7 - Profissão: **APENSOADO** 8 - Endereço: **Lagoa do Sítio** 9 - Número: **01** 10 - Complemento:

11 - Bairro: **Zona Rural** 12 - Cidade: **MACAIBA** 13 - Estado: **PA** 14 - CEP: **59280-000**

15 - E-mail: **SEM EMAIL - ANILABATO** 16 - Tel.(DDD): **84 987978603**

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:

RECUZO INFORMAR

(X) R\$1.000 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (040)

AGÊNCIA: **25813** CONTA: **00003135** (5)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: **0000** CONTA: **0000**

(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 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

23 - Estado civil da vítima: **Solteiro** **Casado (no Civil)** **Divorciado** **Separado Judicialmente** **Viúvo**

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: **Sim** **Não** 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 (vivas)? **Sim** **Não** 31 - Vítima teve irmãos? **Sim** **Não** 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: **Falecidos:** 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? **Sim** **Não**

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Rocco Melchior Neto

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

912337804-78

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

Rocco Melchior Neto

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





PÉDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do registro ou AS: 3490694323 3 - CPF da vítima: 027988524-55 4 - Nome completo da vítima: JAILSON FERREIRA DA SILVA

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

5 - Nome completo: JAILSON FERREIRA DA SILVA 6 - CPF: 02798852455

7 - Profissão: APOSENTADO 8 - Endereço: RUA LAGOA DO SÍTIO 1 9 - Número: 920 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: MACAIBA 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59280-000

15 - E-mail: não tem 16 - Tel. (DDD): 84 988835737

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0156 CONTA: 00003135

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

- ☒ 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

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 resíduo (ou resíduo)? 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.

35 - Nome legível de quem assina a roga/pedido: Rocco Melitante Neto

36 - CPF legível de quem assina a roga/pedido: 912337807-78

37 - (*) Assinatura de quem assina a roga/pedido: Rocco Melitante Neto

38 - 1ª Nome: Carla Cristiane Ferreira da Nogueira CPF: 040615864-30

39 - 2ª Nome: Nivalceirna de Souza Buarque CPF: 849661507-04

40 - Local e Data: 28 DE JANEIRO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.
É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS		
01 a 16	Registro de informações cadastrais	Preencher corretamente de acordo com a documentação.

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL		
17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS		
20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fécul e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDES PERMANENTES		
22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalides Permanente. Assinalar a opção que melhor justifique a ausência de apresentação de Laudo do Instituto Médico Legal (IML).

23 a 33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.
---------	------------------------------------	---

NÃO ALFABETIZADO		
34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a rogo/a pedido.
36	CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a rogo/a pedido.
37	Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu rogo/a pedido, na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-fé da ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura do Pedido do Seguro DPVAT.

TESTEMUNHAS		
38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível para a cobertura de morte e para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO		
40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradorafidel.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1536 / Outras reg.Bez: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvidoria: 0800 021 91 35





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE MACAÍBA - MACAÍBA - RN

(9)

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 014401/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 17/05/2019 09:46 Data/Hora Fim: 17/05/2019 10:06
Delegado de Polícia: Cidorgeton Pinheiro da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Macaíba
Data/Hora do Fato: 09/04/2019 09:30

Local do Fato

Município: Macaíba (RN)
Logradouro: sítio lagoa do embú, próximo a lagoa do sítio 1
Complemento: zona rural

Bairro: sítio lagoa do embú

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1474: Acidente de trânsito sem vítima - Colisão com objeto fixo	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JAILSON FERREIRA DA SILVA (VÍTIMA - COMUNICANTE)	
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RN - Vera Cruz
Profissão: Aposentado	Sexo: Masculino
Estado Civil: Solteiro(a)	Nasc: 10/02/1976
Nome da Mãe: Antonia Francisca de Paiva	Nome do Pai: Cicero Ferreira da Silva

Endereço

Município: Macaíba - RN
Logradouro: sítio lagoa do sítio 1
Complemento: zona rural
Bairro: lagoa do sítio 1
Telefone: (84) 98713-8641 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Macaíba - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 085.438.404-90	Placa OJX4053
Renavam 01003588759	Número do Motor JC41E1E121381
Número do Chassi 9C2JC4110ER121381	Ano/Modelo Fabricação 2014/2014
Cor PRETA	UF Veículo Rio Grande do Norte
Município Veículo Natal	Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS
Modelo HONDA/CG 125 FAN KS	Veículo Aduferado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido

Delegado de Polícia Civil: Cidorgeton Pinheiro da Silva
Impresso por: Alberto de Lima Sales
Data de Impressão: 17/05/2019 10:07
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE MACAÍBA - MACAÍBA - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 014401/2019

Última Atualização Denatran 25/04/2014	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Jailson Ferreira da Silva	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	
Nome Envolvida	Envolvimentos
Desconhecido 1	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante compareceu até esta delegacia de polícia para comunicar que na data e local em questão, foi vítima de um acidente de trânsito, que trafegava conduzindo uma motocicleta, quando em sentido contrário ao seu, vinha um veículo e que para não colidir com este veículo o comunicante acabou caindo com um poste de energia elétrica, o veículo que seguia em sentido contrário ao seu, evadiu-se do local sem prestar socorro a vítima e sem ser identificado, bem como o condutor deste veículo. O comunicante foi socorrido pelo samu, sendo conduzido para o hospital deoclécio marques de lencena em parramirim, conforme o boletim de atendimento de urgência de nº58-2019, portanto em decorrência do acidente que sofreu, registra o comunicante este boletim de ocorrência.

ASSINATURAS

Alberto de Lima Sales
Responsável pelo Atendimento

Jailson Ferreira da Silva
(Vítima / Comunicante)

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente por o presente declaração no seu original, conforme previsto nos Artigos 230-Denúncia Crime e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



Delegado de Polícia Civil: Cidorgeston Pinheiro da Silva
Impresso por: Alberto de Lima Sales
Data de Impressão: 17/05/2019 10:07
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 2875 /2019

Prontuário: 1183550

Paciente: 120321 - JAILSON FERREIRA DA SILVA

Cartão SUS:

CPF: 02798852455

Dt Nasc: 10/12/1976

Idade: 42 anos 3 meses 13 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: ANTONIA FRANCISCA DE PAIVA

Nome do pai:

Rua/Av: LAGOA DO SITIO

Nº: 79

Bairro: MACAIBA

Complemento:

CEP: 59280000

Cidade: MACAIBA

Telefone: 84 88161987 84 88161987

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1001

Responsável: JAILSON FERREIRA DA SILVA -

Usuário: SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS

Admissão: 23/03/2019 19:10:14

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S72.3 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

408050519 -

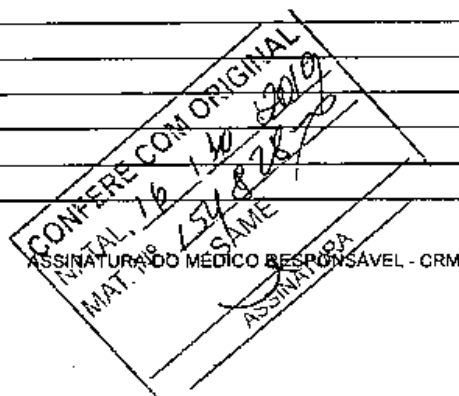
DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

Documentação medico - hospitalar



NATAL, 23 de Março de 2019.



SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar**
Nº 7118 / 2019**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WILFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou:

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **120321 JAILSON FERREIRA DA SILVA**

Prontuário:

CNS:

Nascimento: 10/12/1976 Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: ANTONIA FRANCISCA DE PAIVA

Pai:

Endereço: SÍTIO LAGOA DO SÍTIO, 79 - MACAIBA - MACAIBA

Fone: 88161987 /

Município: MACAIBA

Código Municipal IBGE: 240710

UF: RN

CEP: 59280-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:**PACIENTE COM TRAUMATISMO NA COXA DIREITA HOJE
NV NORMAL**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:**

TRATAMENTO CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S72.3 FRATURA DA DIAFISE DO FÊMUR*408050519. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FÊMUR

Profissional Solicitante / Assistente:

MICHEL FREIRE DE ARAUJO

CRM: 4423 / RN

Data da Solicitação 23/03/2019

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.:
() Acidente de Trabalho Trajeto CNPJ da Empresa: CNAE da Emp.:
Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não segurado

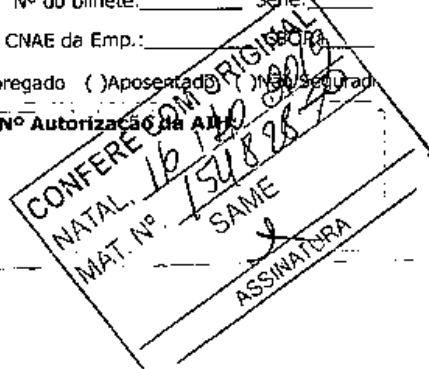
AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: Órgão Emissor:

Documento: () CNS () CPF nº

Data da Autorização: / / Assinatura/Carimbo:

Nº Autorização da ANS





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

Nome:

Serviço:

TAILSON TEIXEIRA DA SILVA

NR Registro:

Letra:

DATA

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

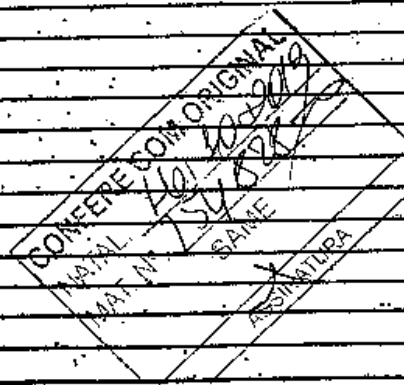
08/04/19 Realizado o parto fisiológico ao paciente no parto normal. A demonstração está atenta com exames laborais e aborto a favor da continuidade do desenvolvimento e suporte fisiológico. O paciente apresenta o crescimento adequado pelo seu tamanho.

Tiago Mendes

Enferm. de psicologia

Assinatura

CRP - 17/1051





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

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: *João de Deus* Reg. Nº
Diagnóstico pré-operatório: *Fratura de fêmur D12*
Indicação terapêutica: *Fixação intramedular* Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: Início: Término: Duração:
Operador: *Carvalho* CRM/CRO:
1º Auxiliar: CRM/CRO:
2º Auxiliar: CRM/CRO:
Instrumentador:
Anestesista: CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Fratura de fêmur direito
Fratura
de fêmur
de fêmur

Coordenador de A. N.º
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5547

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL: *76*
MAT. Nº: *15012770*
SABE
ASSINATURA

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

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

Atenção: O presente, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.





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

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 15408 /2019
Admissão: 23/03/2019 16:57:38



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **120321 - JAILSON FERREIRA DA SILVA** (42 a 3 m 13 d)
Nascimento: 10/12/1976 Natural: VERA CRUZ, BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: CPF: 02798852455 Prof:
Mãe: ANTONIA FRANCISCA DE PAIVA Pai:
Logradouro: LAGOA DO SITIO, 79 Cidade: MACAIBA
CEP: 59280000 Bairro: MACAIBA
Telefone: 84 .88161987 Compl:

Motivo: CONSULTA DE URG/EMERGENCIA Tipo: REFERENCIADO
Origem: AMBUL. SAMU RN *Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 23/03/2019 16:52:40				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

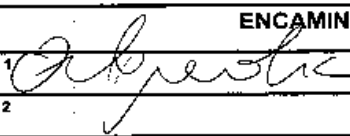
HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA COM MOTO COM FRATURA DE FEMUR E TCE

Hora: *Acidente motocicleta e/ou acidente com veículo. Vigor, cor e estado. Não usava capacete. Lesão de corpo inteiro. Mergulho, ventos, amarelo.*

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A *Parece*
B *Agua no ouvido*
C *Edema FC 96*
D *FC 11, 12, 13, com cervical 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000, 1001, 1002, 1003, 1004, 1005, 1006, 1007, 1008, 1009, 1010, 1011, 1012, 1013, 1014, 1015, 1016, 1017, 1018, 1019, 1020, 1021, 1022, 1023, 1024, 1025, 1026, 1027, 1028, 1029, 1030, 1031, 1032, 1033, 1034, 1035, 1036, 1037, 1038, 1039, 1040, 1041, 1042, 1043, 1044, 1045, 1046, 1047, 1048, 1049, 1050, 1051, 1052, 1053, 1054, 1055, 1056, 1057, 1058, 1059, 1060, 1061, 1062, 1063, 1064, 1065, 1066, 1067, 1068, 1069, 1070, 1071, 1072, 1073, 1074, 1075, 1076, 1077, 1078, 1079, 1080, 1081, 1082, 1083, 1084, 1085, 1086, 1087, 1088, 1089, 1090, 1091, 1092, 1093, 1094, 1095, 1096, 1097, 1098, 1099, 1100, 1101, 1102, 1103, 1104, 1105, 1106, 1107, 1108, 1109, 1110, 1111, 1112, 1113, 1114, 1115, 1116, 1117, 1118, 1119, 1120, 1121, 1122, 1123, 1124, 1125, 1126, 1127, 1128, 1129, 1130, 1131, 1132, 1133, 1134, 1135, 1136, 1137, 1138, 1139, 1140, 1141, 1142, 1143, 1144, 1145, 1146, 1147, 1148, 1149, 1150, 1151, 1152, 1153, 1154, 1155, 1156, 1157, 1158, 1159, 1160, 1161, 1162, 1163, 1164, 1165, 1166, 1167, 1168, 1169, 1170, 1171, 1172, 1173, 1174, 1175, 1176, 1177, 1178, 1179, 1180, 1181, 1182, 1183, 1184, 1185, 1186, 1187, 1188, 1189, 1190, 1191, 1192, 1193, 1194, 1195, 1196, 1197, 1198, 1199, 1200, 1201, 1202, 1203, 1204, 1205, 1206, 1207, 1208, 1209, 1210, 1211, 1212, 1213, 1214, 1215, 1216, 1217, 1218, 1219, 1220, 1221, 1222, 1223, 1224, 1225, 1226, 1227, 1228, 1229, 1230, 1231, 1232, 1233, 1234, 1235, 1236, 1237, 1238, 1239, 1240, 1241, 1242, 1243, 1244, 1245, 1246, 1247, 1248, 1249, 1250, 1251, 1252, 1253, 1254, 1255, 1256, 1257, 1258, 1259, 1260, 1261, 1262, 1263, 1264, 1265, 1266, 1267, 1268, 1269, 1270, 1271, 1272, 1273, 1274, 1275, 1276, 1277, 1278, 1279, 1280, 1281, 1282, 1283, 1284, 1285, 1286, 1287, 1288, 1289, 1290, 1291, 1292, 1293, 1294, 1295, 1296, 1297, 1298, 1299, 1300, 1301, 1302, 1303, 1304, 1305, 1306, 1307, 1308, 1309, 1310, 1311, 1312, 1313, 1314, 1315, 1316, 1317, 1318, 1319, 1320, 1321, 1322, 1323, 1324, 1325, 1326, 1327, 1328, 1329, 1330, 1331, 1332, 1333, 1334, 1335, 1336, 1337, 1338, 1339, 1340, 1341, 1342, 1343, 1344, 1345, 1346, 1347, 1348, 1349, 1350, 1351, 1352, 1353, 1354, 1355, 1356, 1357, 1358, 1359, 1360, 1361, 1362, 1363, 1364, 1365, 1366, 1367, 1368, 1369, 1370, 1371, 1372, 1373, 1374, 1375, 1376, 1377, 1378, 1379, 1380, 1381, 1382, 1383, 1384, 1385, 1386, 1387, 1388, 1389, 1390, 1391, 1392, 1393, 1394, 1395, 1396, 1397, 1398, 1399, 1400, 1401, 1402, 1403, 1404, 1405, 1406, 1407, 1408, 1409, 1410, 1411, 1412, 1413, 1414, 1415, 1416, 1417, 1418, 1419, 1420, 1421, 1422, 1423, 1424, 1425, 1426, 1427, 1428, 1429, 1430, 1431, 1432, 1433, 1434, 1435, 1436, 1437, 1438, 1439, 1440, 1441, 1442, 1443, 1444, 1445, 1446, 1447, 1448, 1449, 1450, 1451, 1452, 1453, 1454, 1455, 1456, 1457, 1458, 1459, 1460, 1461, 1462, 1463, 1464, 1465, 1466, 1467, 1468, 1469, 1470, 1471, 1472, 1473, 1474, 1475, 1476, 1477, 1478, 1479, 1480, 1481, 1482, 1483, 1484, 1485, 1486, 1487, 1488, 1489, 1490, 1491, 1492, 1493, 1494, 1495, 1496, 1497, 1498, 1499, 1500, 1501, 1502, 1503, 1504, 1505, 1506, 1507, 1508, 1509, 1510, 1511, 1512, 1513, 1514, 1515, 1516, 1517, 1518, 1519, 1520, 1521, 1522, 1523, 1524, 1525, 1526, 1527, 1528, 1529, 1530, 1531, 1532, 1533, 1534, 1535, 1536, 1537, 1538, 1539, 1540, 1541, 1542, 1543, 1544, 1545, 1546, 1547, 1548, 1549, 1550, 1551, 1552, 1553, 1554, 1555, 1556, 1557, 1558, 1559, 1560, 1561, 1562, 1563, 1564, 1565, 1566, 1567, 1568, 1569, 1570, 1571, 1572, 1573, 1574, 1575, 1576, 1577, 1578, 1579, 1580, 1581, 1582, 1583, 1584, 1585, 1586, 1587, 1588, 1589, 1590, 1591, 1592, 1593, 1594, 1595, 1596, 1597, 1598, 1599, 1600, 1601, 1602, 1603, 1604, 1605, 1606, 1607, 1608, 1609, 1610, 1611, 1612, 1613, 1614, 1615, 1616, 1617, 1618, 1619, 1620, 1621, 1622, 1623, 1624, 1625, 1626, 1627, 1628, 1629, 1630, 1631, 1632, 1633, 1634, 1635, 1636, 1637, 1638, 1639, 1640, 1641, 1642, 1643, 1644, 1645, 1646, 1647, 1648, 1649, 1650, 1651, 1652, 1653, 1654, 1655, 1656, 1657, 1658, 1659, 1660, 1661, 1662, 1663, 1664, 1665, 1666, 1667, 1668, 1669, 1670, 1671, 1672, 1673, 1674, 1675, 1676, 1677, 1678, 1679, 1680, 1681, 1682, 1683, 1684, 1685, 1686, 1687, 1688, 1689, 1690, 1691, 1692, 1693, 1694, 1695, 1696, 1697, 1698, 1699, 1700, 1701, 1702, 1703, 1704, 1705, 1706, 1707, 1708, 1709, 1710, 1711, 1712, 1713, 1714, 1715, 1716, 1717, 1718, 1719, 1720, 1721, 1722, 1723, 1724, 1725, 1726, 1727, 1728, 1729, 1730, 1731, 1732, 1733, 1734, 1735, 1736, 1737, 1738, 1739, 1740, 1741, 1742, 1743, 1744, 1745, 1746, 1747, 1748, 1749, 1750, 1751, 1752, 1753, 1754, 1755, 1756, 1757, 1758, 1759, 1760, 1761, 1762, 1763, 1764, 1765, 1766, 1767, 1768, 1769, 1770, 1771, 1772, 1773, 1774, 1775, 1776, 1777, 1778, 1779, 1780, 1781, 1782, 1783, 1784, 1785, 1786, 1787, 1788, 1789, 1790, 1791, 1792, 1793, 1794, 1795, 1796, 1797, 1798, 1799, 1800, 1801, 1802, 1803, 1804, 1805, 1806, 1807, 1808, 1809, 1810, 1811, 1812, 1813, 1814, 1815, 1816, 1817, 1818, 1819, 1820, 1821, 1822, 1823, 1824, 1825, 1826, 1827, 1828, 1829, 1830, 1831, 1832, 1833, 1834, 1835, 1836, 1837, 1838, 1839, 1840, 1841, 1842, 1843, 1844, 1845, 1846, 1847, 1848, 1849, 1850, 1851, 1852, 1853, 1854, 1855, 1856, 1857, 1858, 1859, 1860, 1861, 1862, 1863, 1864, 1865, 1866, 1867, 1868, 1869, 1870, 1871, 1872, 1873, 1874, 1875, 1876, 1877, 1878, 1879, 1880, 1881, 1882, 1883, 1884, 1885, 1886, 1887, 1888, 1889, 1890, 1891, 1892, 1893, 1894, 1895, 1896, 1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904, 1905, 1906, 1907, 1908, 1909, 1910, 1911, 1912, 1913, 1914, 1915, 1916, 1917, 1918, 1919, 1920, 1921, 1922, 1923, 1924, 1925, 1926, 1927, 1928, 1929, 1930, 1931, 1932, 1933, 1934, 1935, 1936, 1937, 1938, 1939, 1940, 1941, 1942, 1943, 1944, 1945, 1946, 1947, 1948, 1949, 1950, 1951, 1952, 1953, 1954, 1955, 1956, 1957, 1958, 1959, 1960, 1961, 1962, 1963, 1964, 1965, 1966, 1967, 1968, 1969, 1970, 1971, 1972, 1973, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 20*

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)		
A		
B		
C		
D		
E		
A (ALERGIAS) $\emptyset$		
M (MEDICAÇÃO EM USO) $\emptyset$		
P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) <i>região de pele de ruptura</i>		
L (LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS) <i>estava bebendo cerveja</i>		
A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA) <i>Via pública, rua</i>		
V (PASSADO VACINAL) <i>incompleto</i>		
EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM)		LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
<i>- Rx torax AP</i> <i>- Rx bacia AP</i> <i>- Rx cota D AP+P</i>		
CONDUTA PRIMARIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS		OUTROS
<i>- Rx peito D AP+P</i> <i>- Rx joelho D AP+P</i> <i>- Rx joelho D AP+P</i> <i>- Voltar ao trabalho</i> <i>- Fita antisséptica + anestesia com deg.</i> <i>- anestesia local com hidroalco + antisept.</i> <i>(3 pontos) com fio de nylon 3-0.</i>		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL		ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL
 <i>Dr. Anderson Neves da Cruz</i> <i>Cirurgião Geral e Oncologia</i> <i>CRM-RJ 5895 - RQE 2846</i>		 <i>Dr. Anderson Neves da Cruz</i> <i>Cirurgião Geral e Oncologia</i> <i>CRM-RJ 5895 - RQE 2846</i>
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		
ESPECIALISTA 1	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3	HORA:	DATA:
DESTINO DO PACIENTE:		
INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:	DATA	HORA
SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:		
ÓBITO: DATA / / HORA		
ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP		



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 12



Sistema
Único de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2- CNES	
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA		4- CNES 3515168	
Identificação do Paciente			
5- PACIENTE JAISON FERREIRA DA SILVA		6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO 483273 165283	
7- CARTÃO NACIONAL/SUS 700 6069 7049 4685	8- DATA DE NASCIMENTO 10/02/1976	9- SEXO MASCULINO	10- RAÇA/COR BRANCA
11- NOME DA MÃE ANTONIA FRANCISCA DE PAIVA		12- TELEFONE DE CONTATO 987138641	
13- NOME DO RESPONSÁVEL GILMAR TARGINO		14- TELEFONE DE CONTATO	
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) SÍTIO LAGOS DO SÍTIO I, S/N			
16- MUNICÍPIO MACAIBA	17- BAIRRO ZONA RURAL	18- UF RN	19- CEP 59280000
Justificativa de Internação			

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Accident in motor car near
16 Ave and Erie

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Citrus

22. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

Ed. fine to the

23- DIAGNÓSTICO PRINCIPAL <i>Fract. do fêmur (E)</i>	24- CID 10 PRINCIPAL <i>S. 72</i>	25- CID 10 SECUND.	26- CID 10 CAUSAR ASSOCIADAS
27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Fract. do fêmur (E)</i>		28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29- CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31- DOCUMENTO () CNS () CB	32- DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34- DATA DA SOLICITAÇÃO	35- ASSINATURA E CARIMBO (nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36 - () AC. TRANSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	43 - Nº DO BILHETE	41 - SERIE
37 - () AC. TRABALHO TÍPICO			
38 - () AC. TRABALHO TRAJETO	42 - CNPJ DA EMPRESA	43 - CNPJ DA EMPRESA	44 - CBOE
45 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA			

☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO

Autorização

40- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	41- COD. ORGAO EMISSOR	42- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
43- DOCUMENTO () CNS () CPF	44- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
45- DATA DA AUTORIZAÇÃO	46- ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO	

MOSEBY, DEODACIO M. LUCENA
 11/04/87 - COM O ORIGINAL
 89/03119

Antonia Aldeizita Soares
Aux. em Saúde
Mat: 155.455-7





DATA DE ADMISSÃO

ALTA 13-04-2019

СВТО

HISTORIA CLINICA

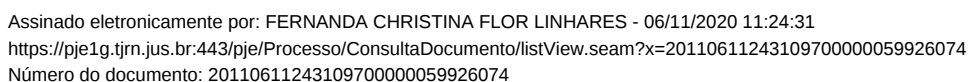
Acidul de masă de ± 16 de
pe: Ex de la finane de farm
(a) tubercul & rol. pre-op.

~~Hausenkm Morais~~
~~Ortopedista~~
CRM: 5314 - SBO 12213

13/4/19
20 DPO
The same
Alpha Hosp

12/8/BR: 2019

MUSMIL DOBILCO M. LUCENA
CONFERE COM O ORIGINAL
Pamamir 09/05/19
Antônia Aidezila Soares
Aux. em Saúde
Mat: 155.455-7





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA

PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº

58 Ortopedia

NOME:

Yailson Ferreira da Silva

IDADE:

18.03.1976

COR:

Pardo

SEXO:

Masculino

ESTADO CIVIL:

Solteiro

NATURALIDADE:

Moraújo - RN

PROFISSÃO:

Apresentador

PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO:

Sítio Lagoa do Sítio I

BAIRRO:

Zona Rural

CIDADE:

Moraújo - RN

DATA:

09.04.2019

HORA:

17:05 hs.

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐REGULAR ☐COM DISPNEIA ☐CHOCADO ☐COMATOSO ☐C/ HEMORRAGIA ☐EM CONVULSÃO ☐POLITRAUMATIZADO ☐AGITADO ☐OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO

SIM ☐NÃO ☐

PUPILAS

A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)

B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.

RESPIRAÇÃO

PULSO

T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Acidente de moto de 160 kg
e TTE por fratura do fêmur (E)

EXAME FÍSICO

MC 11 em nível de 100. em 100

CRM 5314 - S 801 12213
Ortopedista
Maurício

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Hospital Deoclécio M. Lucena
CONFERE COM O ORIGINAL
Parnamirim 09/05/19
Antônia Aldezia Soares
Aux. em Saúde
Mat: 155.455-7

EXAMES COMPLEMENTARES

Rx Caxa (D) AP/P.
Boca (AP)

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

☐ HEMATOLOGIA	☐ NEUROLOGIA	☐ NEFROLOGIA	☐ CIR. VASCULAR	☐ ENDOSCOPIA
☐ CLÍNICA MÉDICA	☐ CIRURGIA GERAL	☐ ORTOPIEDIA	☐ BUCO-FACIAL	☐ UROLOGIA
☐ NEUROCIRURGIA	☐ OTORRINO	☐ OFTALMOLOGIA	☐ C. PLÁSTICA	☐

CONDUTA

Liberação

Hospital Decécio M. Lucena
CONFERE COM O ORIGINAL
Painel nº 09/05/19
Antônia Aldezia Soares
Aux. em Saúde
Mat: 155.455-7

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

☐ FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	☒ INTERNADO NO SERVIÇO DE <u>ORTOPEDIA</u>	☐ REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR _____ DATA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____	DECISÃO MÉDICA ☐ HORA _____ HORA _____	A REVELIA ☐ HORA _____ PARA _____
ENTREGUE _____ A FAMÍLIA ☐	S.V.O. ☐	I.T.E.P. ☐

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



SUS

Laudo de Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

Nº 7118 / 2019

712

RX NO PRONTUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou:

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: 120321 JAILSON FERREIRA DA SILVA

Prontuário:

CNS: 898005907840805 Nascimento: 10/12/1976 Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: ANTONIA FRANCISCA DE PAIVA

Pai:

Endereço: SÍTIO LAGOA DO SÍTIO, 79 - MACAIBA - MACAIBA

Fone: 88161987 /

Município: MACAIBA

Código Municipal IBGE: 240710

UF: RN

CEP: 59280-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM TRAUMA NA COXA DIREITA HOJE
NV NORMAL

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S72.3 FRATURA DA DIAFISE DO FÊMUR*408050519. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FÊMUR

Profissional Solicitante / Assistente:

MICHEL FREIRE DE ARAÚJO

CRM: 4423 / RN

Data da Solicitação 23/03/2019

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

Nº Autorização da AIH:

Profissional Autorizador: Órgão Emissor:

Documento: () CNS () CPF nº

Data da Autorização: Assinatura/Carimbo:

HOSPITAL DEODÉCIO M. LUCENA
CONFERE COM O ORIGINAL
Participante: 09/03/19
Assinatura: Antonia Aldeida Soares
Aux. em Saúde
Mat: 155.455-7



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis SarinhoLAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH

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 FERNANDA FOMM DE OLIVEIRA	6 - Nº DO PROTOCOLO					
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO	1	FEMININO	2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO					
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)						
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP			

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Febre de 38,5°C, tosse, dor de garganta.	18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Falta de ar, cansaço.	19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Hb + 12,2	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Febre de 38,5°C	21 - CID INICIAL S42.1	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Febre de 38,5°C	25 - CID DO PROCEDIMENTO	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Antônia Almeida Soares	29 - DT SOLICITAÇÃO 09/05/19	30 - CNS / CPF	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 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL			
42 - CID SECUNDÁRIO			
		43 - ()	44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	
48 - CNS / CPF	52	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência e saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, graves de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde a luz dos valores éticos e humanitários.

010.019.106-0





GOVERNO DO ESTADO DO RN - SECRETARIA DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
UNIDADE DE GERENCIAMENTO DE VAGAS - UG

ENCAMINHAMENTO

SENHA:

PACIENTE: Jailson Ferreira da Silva

DIAGNÓSTICO Femur
SETOR DE ORIGEM HMA
AUDITOR AUTORIZADOR HDM
DESTINO 09104119
DATA

RECEPÇÃO PELO HOSPITAL

☐ ACEITA

☐ RECUSADA

MOTIVO

Assinatura Responsável

Hospital Deoclécio M. Lucena
CONFERE COMO ORIGINAL
Parnarami - 09/10/2019
Antônia Augusta Soares
Aux. em Saúde
Mat: 155.455-7





Nome do paciente		Hospital		Nº prontuário	
CAILSON FERREIRA DA SILVA					
Data operação	Ent.	Letto			
Operador	1º auxiliar				
2º auxiliar	3º auxiliar	Instrumentador			
Anestesiologista	Tipo de anestesia				
Diagnóstico pré-operatório					
Tipo de operação					
Diagnóstico pós-operatório					
Relatório imediato do patologista					
Exame radiológico no ato					
Acidente durante a operação					

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - víceras

PACIENTE SOB ANESTESIA ASSÉPTICA CAMPOS, INCISÃO LATERAL, DISSECAÇÃO LIM. PESA DOS FRAGMENTOS, REAUSO. PLACA DCP COM 10 FIOS, OS PARALUSOS CORTICAIS. LAUBON COM S.F 0,9, SUTURADO POR FLE- MOS, CURATIVO

Dr. Carlos Magno A. do Carmo
Ortopedista - Traumatologia
Pneumo. em Traumatologia
CRM 2108 - TEOT 5981
CPF: 189.304.808-44

Hospital Deodécio M. Lucena
Pararamirim (RS)
Antônia Alcides Soares
Aux. em Saúde
Mat. 455.455-7

LESÕES MÚLTIPLAS
#415010012)
POLITRAUMATIZADO
#415030013)
PROC. CLÍNICO
PROS CIRÚRGICO
#4010505 A
CBO. 225225
CBO. 225270
DIAS
CID. S71.3

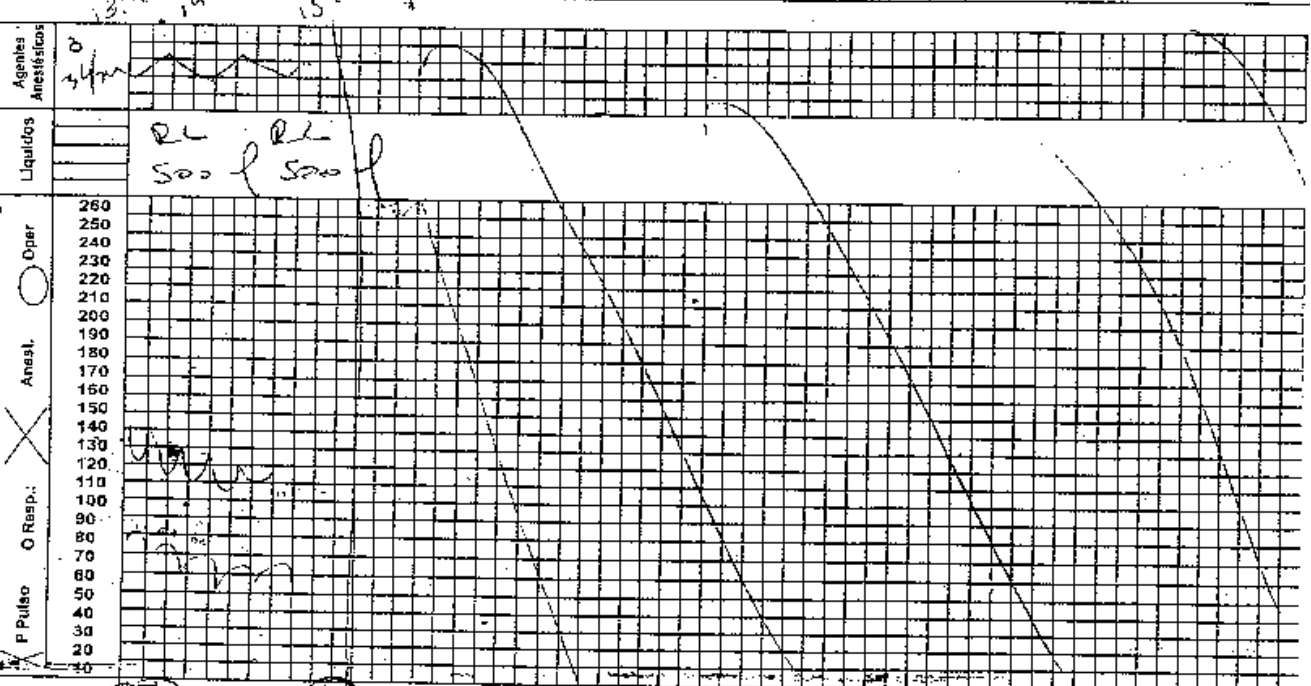


Alérgico à dipirona

Hospital Decódeo M. Lucena
CONFERE COMO ORIGINAL
Paraná 07/05/19
Antônia Aldeia Soares
Aux. em Saúde
Mat: 155.455-7

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital HOML				Enfermaria	Leito	Nº prontuário	
Nome Wilson Ferreira de Silva				Idade 43	Sexo M	Cor	
Data 11/04/19	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso 70 kg	Outros	
Tipo sanguíneo	Hemácias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uria		
Ap. respiratório OK				Asma Não		Bronquite Não	
Ap. circulatório OK				Eletrocardiograma			
Ap. digestivo OK			Dentes	Pescoço	Ap. urinário		
Estado mental OK			Atarácicos	Corticóides	Alergia Não	Hipotensores	
Diagnóstico pré-operatório Febra de febre aguda					Estado físico	Risco	
Anestesias anteriores							
Medicação pré-anestésica 3.4.2 1.4.2 15.0.2				Aplicada às	Efeito		



SÍMBOLOS	Moniforização + Ponto de Verificação MSO
ANOTAÇÕES	Região de Verificação, aspersão + anelissos, ponto de escape subconjugal e 13-14, 15-16, 17-18, 19-20, 21-22, 23-24, 25-26, 27-28, 29-30, 31-32, 33-34, 35-36, 37-38, 39-40, 41-42, 43-44, 45-46, 47-48, 49-50, 51-52, 53-54, 55-56, 57-58, 59-60, 61-62, 63-64, 65-66, 67-68, 69-70, 71-72, 73-74, 75-76, 77-78, 79-80, 81-82, 83-84, 85-86, 87-88, 89-90, 91-92, 93-94, 95-96, 97-98, 99-100, 101-102, 103-104, 105-106, 107-108, 109-110, 111-112, 113-114, 115-116, 117-118, 119-120, 121-122, 123-124, 125-126, 127-128, 129-130, 131-132, 133-134, 135-136, 137-138, 139-140, 141-142, 143-144, 145-146, 147-148, 149-150, 151-152, 153-154, 155-156, 157-158, 159-160, 161-162, 163-164, 165-166, 167-168, 169-170, 171-172, 173-174, 175-176, 177-178, 179-180, 181-182, 183-184, 185-186, 187-188, 189-190, 191-192, 193-194, 195-196, 197-198, 199-200, 201-202, 203-204, 205-206, 207-208, 209-210, 211-212, 213-214, 215-216, 217-218, 219-220, 221-222, 223-224, 225-226, 227-228, 229-230, 231-232, 233-234, 235-236, 237-238, 239-240, 241-242, 243-244, 245-246, 247-248, 249-250, 251-252, 253-254, 255-256, 257-258, 259-260, 261-262, 263-264, 265-266, 267-268, 269-270, 271-272, 273-274, 275-276, 277-278, 279-280, 281-282, 283-284, 285-286, 287-288, 289-290, 291-292, 293-294, 295-296, 297-298, 299-300, 301-302, 303-304, 305-306, 307-308, 309-310, 311-312, 313-314, 315-316, 317-318, 319-320, 321-322, 323-324, 325-326, 327-328, 329-330, 331-332, 333-334, 335-336, 337-338, 339-340, 341-342, 343-344, 345-346, 347-348, 349-350, 351-352, 353-354, 355-356, 357-358, 359-360, 361-362, 363-364, 365-366, 367-368, 369-370, 371-372, 373-374, 375-376, 377-378, 379-380, 381-382, 383-384, 385-386, 387-388, 389-390, 391-392, 393-394, 395-396, 397-398, 399-400, 401-402, 403-404, 405-406, 407-408, 409-410, 411-412, 413-414, 415-416, 417-418, 419-420, 421-422, 423-424, 425-426, 427-428, 429-430, 431-432, 433-434, 435-436, 437-438, 439-440, 441-442, 443-444, 445-446, 447-448, 449-450, 451-452, 453-454, 455-456, 457-458, 459-460, 461-462, 463-464, 465-466, 467-468, 469-470, 471-472, 473-474, 475-476, 477-478, 479-480, 481-482, 483-484, 485-486, 487-488, 489-490, 491-492, 493-494, 495-496, 497-498, 499-500, 501-502, 503-504, 505-506, 507-508, 509-510, 511-512, 513-514, 515-516, 517-518, 519-520, 521-522, 523-524, 525-526, 527-528, 529-530, 531-532, 533-534, 535-536, 537-538, 539-540, 541-542, 543-544, 545-546, 547-548, 549-550, 551-552, 553-554, 555-556, 557-558, 559-560, 561-562, 563-564, 565-566, 567-568, 569-570, 571-572, 573-574, 575-576, 577-578, 579-580, 581-582, 583-584, 585-586, 587-588, 589-590, 591-592, 593-594, 595-596, 597-598, 599-600, 601-602, 603-604, 605-606, 607-608, 609-610, 611-612, 613-614, 615-616, 617-618, 619-620, 621-622, 623-624, 625-626, 627-628, 629-630, 631-632, 633-634, 635-636, 637-638, 639-640, 641-642, 643-644, 645-646, 647-648, 649-650, 651-652, 653-654, 655-656, 657-658, 659-660, 661-662, 663-664, 665-666, 667-668, 669-670, 671-672, 673-674, 675-676, 677-678, 679-680, 681-682, 683-684, 685-686, 687-688, 689-690, 691-692, 693-694, 695-696, 697-698, 699-700, 701-702, 703-704, 705-706, 707-708, 709-710, 711-712, 713-714, 715-716, 717-718, 719-720, 721-722, 723-724, 725-726, 727-728, 729-730, 731-732, 733-734, 735-736, 737-738, 739-740, 741-742, 743-744, 745-746, 747-748, 749-750, 751-752, 753-754, 755-756, 757-758, 759-760, 761-762, 763-764, 765-766, 767-768, 769-770, 771-772, 773-774, 775-776, 777-778, 779-780, 781-782, 783-784, 785-786, 787-788, 789-790, 791-792, 793-794, 795-796, 797-798, 799-800, 801-802, 803-804, 805-806, 807-808, 809-810, 811-812, 813-814, 815-816, 817-818, 819-820, 821-822, 823-824, 825-826, 827-828, 829-830, 831-832, 833-834, 835-836, 837-838, 839-840, 841-842, 843-844, 845-846, 847-848, 849-850, 851-852, 853-854, 855-856, 857-858, 859-860, 861-862, 863-864, 865-866, 867-868, 869-870, 871-872, 873-874, 875-876, 877-878, 879-880, 881-882, 883-884, 885-886, 887-888, 889-890, 891-892, 893-894, 895-896, 897-898, 899-900, 901-902, 903-904, 905-906, 907-908, 909-910, 911-912, 913-914, 915-916, 917-918, 919-920, 921-922, 923-924, 925-926, 927-928, 929-930, 931-932, 933-934, 935-936, 937-938, 939-940, 941-942, 943-944, 945-946, 947-948, 949-950, 951-952, 953-954, 955-956, 957-958, 959-960, 961-962, 963-964, 965-966, 967-968, 969-970, 971-972, 973-974, 975-976, 977-978, 979-980, 981-982, 983-984, 985-986, 987-988, 989-990, 991-992, 993-994, 995-996, 997-998, 999-1000, 1001-1002, 1003-1004, 1005-1006, 1007-1008, 1009-1010, 1011-1012, 1013-1014, 1015-1016, 1017-1018, 1019-1020, 1021-1022, 1023-1024, 1025-1026, 1027-1028, 1029-1030, 1031-1032, 1033-1034, 1035-1036, 1037-1038, 1039-1040, 1041-1042, 1043-1044, 1045-1046, 1047-1048, 1049-1050, 1051-1052, 1053-1054, 1055-1056, 1057-1058, 1059-1060, 1061-1062, 1063-1064, 1065-1066, 1067-1068, 1069-1070, 1071-1072, 1073-1074, 1075-1076, 1077-1078, 1079-1080, 1081-1082, 1083-1084, 1085-1086, 1087-1088, 1089-1090, 1091-1092, 1093-1094, 1095-1096, 1097-1098, 1099-1100, 1101-1102, 1103-1104, 1105-1106, 1107-1108, 1109-1110, 1111-1112, 1113-1114, 1115-1116, 1117-1118, 1119-1120, 1121-1122, 1123-1124, 1125-1126, 1127-1128, 1129-1130, 1131-1132, 1133-1134, 1135-1136, 1137-1138, 1139-1140, 1141-1142, 1143-1144, 1145-1146, 1147-1148, 1149-1150, 1151-1152, 1153-1154, 1155-1156, 1157-1158, 1159-1160, 1161-1162, 1163-1164, 1165-1166, 1167-1168, 1169-1170, 1171-1172, 1173-1174, 1175-1176, 1177-1178, 1179-1180, 1181-1182, 1183-1184, 1185-1186, 1187-1188, 1189-1190, 1191-1192, 1193-1194, 1195-1196, 1197-1198, 1199-1200, 1201-1202, 1203-1204, 1205-1206, 1207-1208, 1209-1210, 1211-1212, 1213-1214, 1215-1216, 1217-1218, 1219-1220, 1221-1222, 1223-1224, 1225-1226, 1227-1228, 1229-1230, 1231-1232, 1233-1234, 1235-1236, 1237-1238, 1239-1240, 1241-1242, 1243-1244, 1245-1246, 1247-1248, 1249-1250, 1251-1252, 1253-1254, 1255-1256, 1257-1258, 1259-1260, 1261-1262, 1263-1264, 1265-1266, 1267-1268, 1269-1270, 1271-1272, 1273-1274, 1275-1276, 1277-1278, 1279-1280, 1281-1282, 1283-1284, 1285-1286, 1287-1288, 1289-1290, 1291-1292, 1293-1294, 1295-1296, 1297-1298, 1299-1300, 1301-1302, 1303-1304, 1305-1306, 1307-1308, 1309-1310, 1311-1312, 1313-1314, 1315-1316, 1317-1318, 1319-1320, 1321-1322, 1323-1324, 1325-1326, 1327-1328, 1329-1330, 1331-1332, 1333-1334, 1335-1336, 1337-1338, 1339-1340, 1341-1342, 1343-1344, 1345-1346, 1347-1348, 1349-1350, 1351-1352, 1353-1354, 1355-1356, 1357-1358, 1359-1360, 1361-1362, 1363-1364, 1365-1366, 1367-1368, 1369-1370, 1371-1372, 1373-1374, 1375-1376, 1377-1378, 1379-1380, 1381-1382, 1383-1384, 1385-1386, 1387-1388, 1389-1390, 1391-1392, 1393-1394, 1395-1396, 1397-1398, 1399-1400, 1401-1402, 1403-1404, 1405-1406, 1407-1408, 1409-1410, 1411-1412, 1413-1414, 1415-1416, 1417-1418, 1419-1420, 1421-1422, 1423-1424, 1425-1426, 1427-1428, 1429-1430, 1431-1432, 1433-1434, 1435-1436, 1437-1438, 1439-1440, 1441-1442, 1443-1444, 1445-1446, 1447-1448, 1449-1450, 1451-1452, 1453-1454, 1455-1456, 1457-1458, 1459-1460, 1461-1462, 1463-1464, 1465-1466, 1467-1468, 1469-1470, 1471-1472, 1473-1474, 1475-1476, 1477-1478, 1479-1480, 1481-1482, 1483-1484, 1485-1486, 1487-1488, 1489-1490, 1491-1492, 1493-1494, 1495-1496, 1497-1498, 1499-1500, 1501-1502, 1503-1504, 1505-1506, 1507-1508, 1509-1510, 1511-1512, 1513-1514, 1515-1516, 1517-1518, 1519-1520, 1521-1522, 1523-1524, 1525-1526, 1527-1528, 1529-1530, 1531-1532, 1533-1534, 1535-1536, 1537-1538, 1539-1540, 1541-1542, 1543-1544, 1545-1546, 1547-1548, 1549-1550, 1551-1552, 1553-1554, 1555-1556, 1557-1558, 1559-1560, 1561-1562, 1563-1564, 1565-1566, 1567-1568, 1569-1570, 1571-1572, 1573-1574, 1575-1576, 1577-1578, 1579-1580, 1581-1582, 1583-1584, 1585-1586, 1587-1588, 1589-1590, 1591-1592, 1593-1594, 1595-1596, 1597-1598, 1599-1600, 1601-1602, 1603-1604, 1605-1606, 1607-1608, 1609-1610, 1611-1612, 1613-1614, 1615-1616, 1617-1618, 1619-1620, 1621-1622, 1623-1624, 1625-1626, 1627-1628, 1629-1630, 1631-1632, 1633-1634, 1635-1636, 1637-1638, 1639-1640, 1641-1642, 1643-1644, 1645-1646, 1647-1648, 1649-1650, 1651-1652, 1653-1654, 1655-1656, 1657-1658, 1659-1660, 1661-1662, 1663-1664, 1665-1666, 1667-1668, 1669-1670, 1671-1672, 1673-1674, 1675-1676, 1677-1678, 1679-1680, 1681-1682, 1683-1684, 1685-1686, 1687-1688, 1689-1690, 1691-1692, 1693-1694, 1695-1696, 1697-1698, 1699-1700, 1701-1702, 1703-1704, 1705-1706, 1707-1708, 1709-1710, 1711-1712, 1713-1714, 1715-1716, 1717-1718, 1719-1720, 1721-1722, 1723-1724, 1725-1726, 1727-1728, 1729-1730, 1731-1732, 1733-1734, 1735-1736, 1737-1738, 1739-1740, 1741-1742, 1743-1744, 1745-1746, 1747-1748, 1749-1750, 1751-1752, 1753-1754, 1755-1756, 1757-1758, 1759-1760, 1761-1762, 1763-1764, 1765-1766, 1767-1768, 1769-1770, 1771-1772, 1773-1774, 1775-1776, 1777-1778, 1779-1780, 1781-1782, 1783-1784, 1785-1786, 1787-1788, 1789-1790, 1791-1792, 1793-1794, 1795-1796, 1797-1798, 1799-1800, 1801-1802, 1803-1804, 1805-1806, 1807-1808, 1809-1810, 1811-1812, 1813-1814, 1815-1816, 1817-1818, 1819-1820, 1821-1822, 1823-1824, 1825-1826, 1827-1828, 1829-1830, 1831-1832, 1833-1834, 1835-1836, 1837-1838, 1839-1840, 1841-1842, 1843-1844, 1845-1846, 1847-1848, 1849-1850, 1851-1852, 1853-1854, 1855-1856, 1857-1858, 1859-1860, 1861-1862, 1863-1864, 1865-1866, 1867-1868, 1869-1870, 1871-1872, 1873-1874, 1875-1876, 1877-1878, 1879-1880, 1881-1882, 1883-1884, 1885-1886, 1887-1888, 1889-1890, 1891-1892, 1893-1894, 1895-1896, 1897-1898, 1899-1900, 1901-1902, 1903-1904, 1905-1906, 1907-1908, 1909-1910, 1911-1912, 1913-1914, 1915-1916, 1917-1918, 1919-1920, 1921-1922, 1923-1924, 1925-1926, 1927-1928, 1929-1930, 1931-1932, 1933-1934, 1935-1936, 1937-1938, 1939-1940, 1941-1942, 1943-1944, 1945-1946, 1947-1948, 1949-1950, 1951-1952, 1953-1954, 1955-1956, 1957-1958, 1959-1960, 1961-1962, 1963-1964, 1965-1966, 1967-1968, 1969-1970, 1971-1972, 1973-1974, 1975-1976, 1977-1978, 1979-1980, 1981-1982, 1983-1984, 1985-1986, 1987-1988, 1989-1990, 1991-1992, 1993-1994, 1995-1996, 1997-1998, 1999-2000, 2001-2002, 2003-2004, 2005-2006, 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012, 2013-2014, 2015-2016, 2017-2018, 2019-2020, 2021-2022, 2023-2024, 2025-2026, 2027-2028, 2029-2030, 2031-2032, 2033-2034, 2035-2036, 2037-2038, 2039-2040, 2041-2042, 2043-2044, 2045-2046, 2047-2048, 2049-2050, 2051-2052, 2053-2054, 2055-2056, 2057-2058, 2059-2060, 2061-2062, 2063-2064, 2065-2066, 2067-2068, 2069-2070, 2071-2072, 2073-2074, 2075-2076, 2077-2078, 2079-2080, 2081-2082, 2083-2084, 2085-2086, 2087-2088, 2089-2090, 2091-2092, 2093-2094, 2095-2096, 2097-2098, 2099-2100, 2101-2102, 2103-2104, 2105-2106, 2107-2108, 2109-2110, 2111-2112, 2113-2114, 2115-2116, 2117-2118, 2119-2120, 2121-2122, 2123-2124, 2125-2126, 2127-2128, 2129-2130, 2131-2132, 2133-2134, 2135-2136, 2137-2138, 2139-2140, 2141-2142, 2143-2144, 2145-2146, 2147-2148, 2149-2150, 2151-2152, 2153-2154, 2155-2156, 2157-2158, 2159-2160, 2161-2162, 2163-2164, 2165-2166, 2167-2168, 2169-2170, 2171-2172, 2173-2174, 2175-2176, 2177-2178, 2179-2180, 2181-2182, 2183-2184, 2185-2186, 2187-2188, 2189-2190, 2191-2192, 2193-2194, 2195-2196, 2197-2198, 2199-2200, 2201-2202, 2203-2204, 2205-2206, 2207-2208, 2209-2210, 2211-2212, 2213-2214, 2215-2216, 2217-2218, 2219-2220, 2221-2222, 2223-2224, 2225-2226, 2227-2228, 2229-2230, 2231-2232, 2233-2234, 2235-2236, 2237-2238, 2239-2240, 2241-2242, 2243-2244, 2245-2246

Antonia Modesta Soares
Aux. em Saúde
Mat: 155.455-7

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: <u>Paulo Roberto da Silva</u>		Idade: <u>43</u> D/N: <u>11/11</u>	
Pront: <u>165273</u> Município: <u>Macapá</u>		Procedência: (X) Interno () Externo	
Data da cirurgia: <u>11.04.19</u> Hora Admissão: Bloco: <u>13.14</u> Sala: _____ Hora Saída: _____ Peso: _____			
Alergias: () Não (X) Sim <u>Penicilina</u> Comorbidades: () HAS () DM () Outras <u>nenhuma</u>			
Uso de medicações: (X) Não () Sim _____ Jejum: () Não (X) Sim			
SSW Admissão: PA: _____ mmHg Pulso: _____ bpm FL: _____ rpm FC: _____ bpm SpO2: _____ % T: _____ °C			
Enfermeiro(a): <u>Tatiana</u>		Instrumentador(a): <u>Augusto</u> Circulante: <u>Polina</u>	
Cirurgia: <u>TTT de # de Fartel (D)</u>		Especialidade: <u>Otorrinolaringologia</u> Sala: <u>03</u>	
Hora Início: <u>14:00</u> Hora Término: _____		Tipo de cirurgia: (X) Eletiva () Urgência () Limpe () Contaminada () Infectada	
1º Cirurgião: <u>Dr. Pedro Melo</u>		Aux.: <u>Dr. Carlos Augusto</u> Residente: _____	
Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: _____ () Bloqueio <u>(X) Raquidiana Ag. nº 26</u> () Peridural () Cateter () Cateter			
Ag. nº _____ Cateter nº _____ Início: <u>13:40</u> Garrote: () Smarch () Pneumático Início: _____ Término: _____			
Anestesiologista: <u>Dr. Sérgio</u>			

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
☒ Consciente	☒ Normoporada	☒ Normotensão	☒ Jelco	☒ ECG
☐ Letárgico	☐ Hipoporada	☐ Hipotensão	☐ Acesso V. Central	☒ Oximetria
☐ Coma	☐ Cianótica	☐ Hipertensão	☐ Cat. Diálise	☐ Capnógrafo
☒ Orientado	☐ Ictérica	☒ Normocárdico	☐ Fístula	☒ PA
☐ Desorientado	☐ Desidratada	☐ Bradicardia	☐ Arteriovenosa	☐ Estimul. Nervo
☐ Sedado	☐ Íntegra	☐ Taquicardia	☐ SNG	☐ Diprífusor
☐ Ansioso	☒ C/lesões	☐ Choque	☐ SVD	☐ BIC
☐ Deambula	☐ Sudorese	☐ Normoesfígmico	☐ Colostomia	☐ Desfibrilador
☐ T/ dificuldade	☐ Cicatriz cirúrgica	☒ Eupnéia	☐ Cistostomia	
☒ Acamado	☐ Higiene Satisfatória	☐ Dispneia	☐ Dreno: _____	
☐ Paraplégico	☒ Higiene deficiente	☐ Dispositivo O2	☐ Aparelho gessado	
☐ Tetraplégico	☐ Manchas		☐ Tração	
☐ Amputações	☐ S/Tricotomia		☐ Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.	POSIÇÃO	COXIM	MMSS
FC	<u>91</u>	<u>70</u>	<u>65</u>	Bpm	☒ Dorsal	☐ Cabeça	☐ Anatômicos
Pulso	<u>90</u>	<u>63</u>	<u>64</u>	Bpm	☐ Ventral	☐ Pescoço	☒ Abduzidos
Oximetria	<u>94</u>	<u>98</u>	<u>98</u>	%	☐ Lateral	☐ Tórax	☐ Fletidos
Capnografia	—	—	—	%	☐ Litotômica	☐ Lombar	☐ MMII
PA	<u>103x65</u>	<u>90x64</u>	<u>90x70</u>	mmHg	☐ Trendemburg		☒ Anatômicos
					☐ Canivete		☐ Abduzidos
					☐ Proctite		☐ Fletidos

ACESSO VENOSO	
☐ Punção Arterial	
☐ Punção Venosa Periférica	
☐ Punção Venosa Central	
☐ Dissecção venosa	
Local: _____	
Cateter: _____	

SONDAGEM GÁSTRICA	
☐ SNG nº _____	
Retorno: _____	
CATETERISMO VESICAL	
☐ SVF nº _____	☐ SVA nº _____
Diurese: _____	
Profissional responsável: _____	

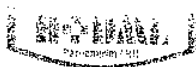
EXAMES SOLICITADOS	
☐ Hemograma	☐ Gasometria
☐ Coagulograma	☐ Outros
☐ Tipagem Sanguínea	☐ Glicosimetria
☐ Radioscopia (Raio X)	

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
(X) Sim () Não (X) Metal () Descartável	
Local: <u>OMOP/PLA 1 A (D)</u>	
DEGERMAÇÃO	
(X) Sim () Não	
Local: <u>PLA 1 D</u>	Solução: <u>clorox 12</u> Local: _____

IMPLANTE CIRÚRGICO	
Drenos: _____	
Tela: _____	
Cateter: _____	
Ostomia: _____	
Fio de KC: _____	Parafuso - tipo: _____
Placa - tipo: _____	
Outros: _____	

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO	
Caixa cirúrgica: <u>B5 + PL 4 + 4.5</u>	Quant. Material: <u>100</u>
Val: <u>3310419</u>	Contagem de gaze e compressa: () Não (X) Sim





HOSPITAL DE DOENÇAS INFANTIS DE PERNAMBUCO

ALÉRGICO A DIPIRONA

UNIDADE I

MACA 1

PACIENTE: JAILSON FERREIRA DA SILVA

DATA: 13.04.19

1	DIETA LIVRE	
2	SG 0.5% - 1000 ML, EV/24H	
3	SF 0.9% - 500 ML, EV/24H	
4	CEFALOTINA 1G - 01 FA + ABD, EV, 6/6H (DI 11/04/19)	
5	TRAMAL 100 MG - 01 AMP + 100 ML SF 0.9%, EV, 8/8H	
6	SSVV CCGG	
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

EVOLUÇÃO=

1	2º SPO	
2	Pls. Buu	
3	Alta Hosp	
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

12.04.2019

HOSPITAL DE DOENÇAS M. LUCENA
CONFERE COM O ORIGINAL
Pernambuco
03/04/19
Antônia Aldezia Soares
Aux. em Saúde
Mat: 155.455-7



NOME EM TUDO O TERMO DO NACIONAL 11.684.741
 DATA DE NASCIMENTO 22.04.96
 NOME JAILSON FERREIRA DA SILVA
 NOME CICERO FERREIRA DA SILVA
 NOME ANTONIA FRANCISCA DE PAIVA
 DATA DE NASCIMENTO 10.02.1976
 NOME VERA CRUZ RU
 DATA DE NASCIMENTO 10.02.1976
 CERT. NASC. 11.684.741
 CARTORIO VER. Cruz Rn.
 JOSÉ ROBERTO C. MARTINS

Não alfabetizado
 OPORTUNIDADE DE EMPREGAMENTO
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
 FOTOGRAFIA
 IMPRIMAÇÃO DE DADOS

CUMPRIR PUNÇÃO SÍNCRON
 3190694323



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

003.899.658

DATA DE
EXPEDIÇÃO

28/12/2017

NOME

ROCCO MELIANDE NETO

FILIAÇÃO

MARTINO CARMINE MELIANDE
PASQUALINA PASQUALE MELIANDE

NATURALIDADE

RIO DE JANEIRO RJ

DATA DE NASCIMENTO

05/07/1965

DOC. ORIGEM

CERT. DE CASAMENTO L-BE5-A F-175 RG-1170
SAO PEDRO DA ALDEIA RJ-CARTORIO UNICO-CARTORIO

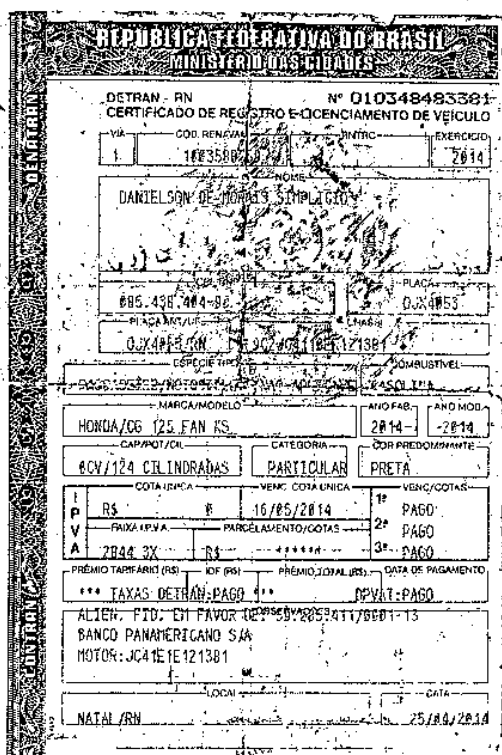
C.P.F.

912.337.807-78

Josebias Ferreira do N. J. VIA
Diretor de Identificação
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0447139/19

Vítima: JAILSON FERREIRA DA SILVA

CPF: 027.988.524-55

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/04/2019

Titular do CPF: JAILSON FERREIRA DA
SILVA

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JAILSON FERREIRA DA SILVA : 027.988.524-55

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

Códigos



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: 11/12/2019
Nome: JAILSON FERREIRA DA SILVA
CPF: 027.988.524-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2019
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

JAILSON FERREIRA DA SILVA

Karen Rosa de Oliveira Azevedo



SEGURO R L DOR DPVAT
Rua da Assembleia, 100
16º Andar
Conc. R/
Cod.: 20.011-904



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TECNICO-CIENTIFICO DE PERICIA
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO-II



POLEGAR DIREITO



ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0447139/19

Número do Sinistro: 3190694323

Vítima: JAILSON FERREIRA DA SILVA

CPF: 027.988.524-55

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/04/2019

Titular do CPF: JAILSON FERREIRA DA SILVA

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentos de identificação

Outros

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.

