
Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200142571

Vítima: JOSIANE FERNANDES DE MORAIS

Data do Acidente: 08/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSIANE FERNANDES DE MORAIS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200142571

Vítima: JOSIANE FERNANDES DE MORAIS

Data do Acidente: 08/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSIANE FERNANDES DE MORAIS

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: JOSIANE FERNANDES DE MORAIS

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000002008

Conta: 0000094983-4

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: 069.586.924-89 4 - Nome completo da vítima: Josiane Fernandes de Moraes

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

5 - Nome completo: Josiane Fernandes de Moraes 6 - CPF: 069.586.924-89
7 - Profissão: Recurso 8 - Endereço: Rua Pico do Cabugi 9 - Número: 19 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Bela Paranaíba 12 - Cidade: Paranaíba 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59140-003
15 - E-mail: (94) 9 9131-3008 (84) 9 9806-1091 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 2008 CONTA: 000 94983 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Paranaíba 27 de Dezembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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

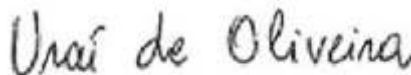
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200045720
Nome do(a) Examinado(a): Josiane Fernandes de Moraes
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Pico do Cabugi, 19 Casa
Bela Parnamirim Parnamirim RN CEP: 59140-001
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 2518425
Data local do acidente: [08/12/2019]
Data local do exame: [04/02/2020] NATAL [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA EXPOSTA DE CALCÂNEO DIREITO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO LIMPEZA DE FERIMENTO E SUTURA AO NÍVEL DO CALCÂNEO DIREITO.
Data da Alta: VÍTIMA EM TRATAMENTO
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
APRESENTA FERIMENTO AINDA EM CICATRIZAÇÃO NA REGIÃO DO CALCÂNEO DIREITO.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
☒ (X) Sim ☐ () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
☐ () Sim ☒ (X) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
☒ (X) "Vítima em tratamento" ☐ () "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em 90 dias *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|--|
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo | % do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


DR. URAÍ DE OLIVEIRA
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-RN 4315



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL DE PARNAMIRIM - PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000967/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/01/2020 15:18 Data/Hora Fim: 03/01/2020 15:33

Delegado de Polícia: Luiz Gonzaga Pontes de Lucena

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial de Parnamirim

Data/Hora do Fato: 08/12/2019 17:25

Local do Fato

Município: Parnamirim (RN)

Bairro: Bela Parnamirim

Logradouro: NA RUA PICO DO CABUGI

Nº: 19

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSIANE FERNANDES DE MORAES (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Natal

Sexo: Feminino

Nasc: 26/05/1988

Profissão: Do Lar

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Ana Maria Fernandes

Nome do Pai: Josivaldo Barbosa de Moraes

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 069.586.924-89

Endereço

Município: Parnamirim - RN

Logradouro: RUA BICO DO CABUGI

Nº: 19

Bairro: BELA PARNAMIRIM

Telefone: (84) 99707-1836 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE COMPARECEU A ESTA UNIDADE POLICIAL, PARA INFORMAR QUE FOI VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, QUE A COMUNICANTE ESTAVA NA CALÇADA DA SUA RESIDENCIA, QUANDO UM VEICULO QUE NÃO SABE INFORMAR O TIPO, PERDEU O CONTROLE SUBINDO A CALÇADA E LHE ATROPELANDO, QUE A COMUNICANTE TEVE UMA FRATURA NO CALCANHAR DO PE DIREITO, CONFORME BOLETIM DE ATENDIMENTO UPA DE Nº 99, QUE FOI SOCORRIDA PELO PRÓPRIO MOTORISTA DO VEICULO QUE CAUSOU O ACIDENTE PARA A UPA DE NOVA ESPERANÇA DE PARNAMIRIM, E SENDO ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL WALFREDO GURGEL, NADA MAIS DISSE O COMUNICANTE.

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: 069.586.924-89 4 - Nome completo da vítima: Josiane Fernandes de Moraes

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

5 - Nome completo: Josiane Fernandes de Moraes 6 - CPF: 069.586.924-89
7 - Profissão: Recurso 8 - Endereço: Rua Pico do Cabugi 9 - Número: 19 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Bela Paranaíba 12 - Cidade: Paranaíba 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59140-003
15 - E-mail: (94) 9 9131-3008 (84) 9 9806-1091 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 2008 CONTA: 000 94983 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Paranaíba 27 de Dezembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BOLETIM DE ATENDIMENTO

NOME: Josiane Fernandes de Morais IDADE: 31 DN: 26-05-88
RG: _____ CPF: _____ SUS: 160 4243 1734 0009
SEXO: Masc. () Fem. (X) EST. CIVIL: Solteiro^(M) () Casado^(M) () União Estável () Divorciado^(M) ()
NOME DA MÃE: Ana Maria Fernandes TEL: 9-9623-4910
NOME DO ACOMPANHANTE: _____
RUA: Rua Pico do Galvão Nº: _____
BAIRRO: Bela Parnamirim CIDADE: _____
DATA: 08-12-19 HORA: 17:39 REGISTRO: 99-cl

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SSVV

ESCALA DE GLASGOW

<u>0000</u> VERMELHO LARANJA VERDE AZUL	PA: <u>152 X 115</u>	SPO ₂ : <u>98%</u>	HORA: _____	AO	RV RM TOTAL <u>15</u>
	FC: <u>124 bpm</u>	HGT: _____	TÉC. DE ENFERMAGEM: _____		
	FR: _____	DOR: _____	Ass. Alina Dutra M. Almeida		
	TEMP.: _____	PESO: _____	COL. EN. 11/12/19		

COMORBIDADES: HAS () DM () DISLIPIDEMIA () OUTRAS: N674
ETILISTA () TABAGISTA ()
ALERGIAS: NÃO ☒ SIM ()

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO

17:42 PACIENTE REGATA, TEM SONO ACIDENTE CARRO ATINGIDA
APRESENTA CONTUSÃO NO PS

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

Relata abalo no corpo por carro nos últimos minutos. Nega vômito/
diarreia/hematoqueia. Nega queixa torácica/alveolar.

EXAME FÍSICO

Assimilado cardiorrespiratório em equilíbrio. Não há contusões/
hematomas aparentes. Ausculta normal.

CONFERE COM O ORIGINAL

Em: 26/12/19

Ass: _____
UPA - NOVA ESPERANÇA

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: 20/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSIANE FERNANDES DE MORAIS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02008

CONTA: 000000094983-4

Nr. da Autenticação AA2044A790E2977E



COSERN

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Memecê, 150, Baldo, Natal - RN CEP 51025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Ins. Est. 20055189-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOSELENE MORAES DE MORAIS

CPF: 069.586.974-89 NIS: 16042921734

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

BELA PARNAMIRIM AREA URBANA
PARANAMIRIM RN
59140-001

SITUAÇÃO DE PAGAMENTO
BAIXA RENDA COM TSE

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
07/07/2019	15/07/2019	15/07/2019

7002305598 07/2019

23/07/2019 16/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

93,50

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,22217812	6,66
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,0000000	0,0000000	0,00
Adesão Bateria AMARELA	88,0000000	0,57131002	38,42
Contrib. Sum. Pública Municipal			0,82
ICMS-Parcela Subvencionada			8,37
Multa por atraso-NF 024263013 - 15/05/19			7,17
Multa por atraso-NF 025692814 - 14/06/19			2,02
Juros por atraso-NF 024263013 - 15/05/19			1,74
Juros por atraso-NF 025692814 - 14/06/19			0,72
Atualização ICMS-NF 024263013 - 15/05/19			0,54
Atualização ICMS-NF 025692814 - 14/06/19			0,32
Bônus ITAPRU - art 21 da Lei 10.438/2002			0,51
			-1,58
TOTAL DA FATURA			93,50

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	14 - DATA	ANTERIOR	15 - DATA	ATUAL	Nº DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
			DEBITORA		DEBITORA	DIAS	1.00000		188,00

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTERUA MERMOSZ, 150, BALDO
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0

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

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

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

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços do Rio Grande do Norte-

ARSEP 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE
SEVERINA JULIA DE LIMADATA DE VENCIMENTO
11/12/2019DATA EMISSÃO DA NOTA
FISCAL
04/12/2019CONTA CONTRATO
7001931380ENDEREÇO
RUA BRASILICIO CAMILO 122 -FT -
ANEQUIM/AREA URBANA -59173-000
GOIANINHA RN -TOTAL A PAGAR
R\$ 63,66DATA DA APRESENTAÇÃO
04/12/2019
NÚMERO DA NOTA FISCAL
033941603CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Monofásico
B1PERÍODO CONSUMO
04/11/2019 a 04/12/2019CONSUMO
82

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 18,00 valor do imposto R\$ 10,25

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Pelo exposto, eu Marcendes Bernardino de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 061.089.354 / 80, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Josiane Fernandes de Moraes inscrito (a) no CPF sob o Nº 069.586.924 / 89

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidz/damz da Vítima Josiane Fernandes de Moraes

inscrito (a) no CPF sob o Nº 069.586.924 / 89, 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 Brasilício Camilo</u>	Número: <u>122</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Anaquim</u>	Cidade: <u>Goianinha</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: _____	CEP: <u>59173-000</u>	Tel.(DDD): <u>(84) 99806-109</u> <u>(84) 99134-3008</u>

Local e Data: Parnamirim 27 de Dezembro de 2019.

Marcendes Bernardino de Souza

Assinatura do Declarante



CLÍNICA

OITAVA ROSADO

hombro flexão

Lesão teuóculos de hombro

3100 # 08/12/19

Resultado exame ultrassom que gerou
trauma contínuo no MI. Em quadro
inflamatório e gerou alterações prolongadas
no tecido ligamentar.

Alimentação do a educação reduzida de
perda de flexão $< 30\%$.

T93

Dr(a): _____

Data:

08/10/2020

MOSSORÓ:

Rua Juvenal Lamartine, 119
Centro

Fones: (84) 3315-6900 / 3315-6901

9.8866-6069

BARAUNA:

Rua Expedito Alves, S/N
Centro

SERRA DO MEL:

R. Col. Severino Lacerda da Costa, 2214
Vila Brasília

Fone: (84) 9.8782-0474

ASSU:

Av. Senador João Câmara, 1304
Centro

PARNAMIRIM

Av. Bella Parnamirim, 880
Vila Nova

NATAL:

Av. Presidente Medice, 256

Igapo - Zona Norte

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 251B425 1.VIA DATA DE EXPIRAÇÃO 28/09/2003

NOME JOSIANE FERNANDES DE MORAIS

FLIAÇÃO

JOSIVALDO BARBOSA DE MORAIS
ANA MARIA FERNANDES

NATURALIDADE NATAL RN DATA DE NASCIMENTO 26/05/1988

CERT. NASC. No. 010578 L. 0041 F. 097

LAJES RN 01 CARTORIO

Eliege S. Oliveira Ferreira
Coordenador de COT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO

POLEGAR DIREITO

Assinatura do titular: *Josiane Fernandes de Moraes*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200045720 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIANE FERNANDES DE MORAIS **Data do acidente:** 08/12/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NO MEMBRO INFERIOR DIREITO. P5
FRATURA EXPOSTA DO CALCÂNEO DIREITO. P19

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P18
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSIANE FERNANDES DE MORAIS
 DATA DO ACIDENTE 08/12/2019 CPF DA VÍTIMA 069586924-89
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA ☒ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É PROCURADOR.
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA BRASILÍDIO CAMILO
 Nº 122 COMPLEMENTO - BAIRRO ANEQUIM
 CIDADE GOIANINHA UF RS CEP 59173-000
 E-MAIL - TELEFONE (84) 99134-3008

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☒ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA 10/01/2020
 IDENTIDADE 1896734
 ASSINATURA Marcondes Bernardino de Souza

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA 10/01/2020
 NOME RAU OLIVEIRA
 ASSINATURA RAU

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013533/20

Vítima: JOSIANE FERNANDES DE MORAIS

CPF: 069.586.924-89

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/12/2019

Titular do CPF: JOSIANE FERNANDES DE MORAIS

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
Outros

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA : 061.089.354-80

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

JOSIANE FERNANDES DE MORAIS : 069.586.924-89

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: 10/01/2020
Nome: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA
CPF: 061.089.354-80

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/01/2020
Nome: Rau Campelo de Oliveira
CPF: 069.952.894-12

Rau Campelo de Oliveira



AUTOATENDIMENTO - AG. PARNAMIRIM

DATA: 26/12/2019

HORA: 11:20:29

TERMINAL: 20081017

CONTROLE: 200810170218

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2008 013.00094983-4

NOME: JOSIANE FERNANDES DE MORAIS

TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 2,00

TELEFONE DEPOSITANTE: 84 99471-4813

NÚMERO DO ENVELOPE: 3940853498

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

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL DE PARNAMIRIM - PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000967/2020

ASSINATURAS

José Ricardo de Oliveira
Responsável pelo Atendimento

Josiane Fernandes de Moraes
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que daí
origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORA

Rosealide Amigues de Almeida
COREN-RN 608-340-TE

1) Depressão comp JM
2) Preparar p/ sutura (Surgimento)
Dr. Henrique Azevedo
Médico
CRM-RN 10240

18h

18:15

Regulada com tra-lama - luma - luma (ver) / n.m. walked
Gargal

1) Depressão comp JM
2) Preparar p/ sutura (Surgimento)
Dr. Henrique Azevedo
Médico
CRM-RN 10240

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DESTINO DO PACIENTE

LIBERADO (X)

TRANSFERIDO(X)

RETIROU-SE À REVELIA

ÓBITO

28/12/19 AS 18:24

1/1 AS :

1/1 AS :

LOCAL: Politécnica - n.m. walked Gargal

Handwritten signature



CLÍNICA

Oitava ROSADO

Loxien Funnels de l'ours

九

Scutellaria calycata

© Codomo de Bento

Dr(a): _____

Date: 05/11/2020

MOSSORÓ:

Rua Juvenal Lamartine, 119
Centro

Fones: (84) 3315-6900 / 3315-6901

☎ 9.8866-6069

BARAÚNA:

Rosa Expedito Alves, S/N

Centro

SERRA DO MEL:

R. Col. Severiano Lazzaro da Costa, 1224

Vila Brasília
Fone: (84) 3.8782-0474

ASSU:

Av. Senador João Câmara, 1304

Centro

PARNAMIRIM

Av. Bella Parnamirim, 830

Vila Nova

NATAL:

Av. Presidente Medice, 256

Igapo - Zona Norte



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

069.586.924-89

Nome

JOSIANE FERNANDES DE MORAIS

Nascimento

26/05/1988





BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 64107 /2019

Admissão: 08/12/2019 19:31:57

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: **155207 - JOSIANE FERNANDES DE MORAIS** (31 a 6 m 13 d)

Nascimento: 26/05/1988 Natural: NATAL-BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: 160429317340004

CPF:

Prof:

Mãe: ANA MARIA FERNANDES

Pai:

Logradouro: PILOTO PEREIRA TIM, 79

CEP: 59140001

Bairro: CENTRO

Cidade: PARNAMIRIM

Telefone: 84 .99389033

Compl: (BR-101)

Motivo: ATROPELAMENTO POR CARRO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: UPA - UNIDADE DE PRONTO
ATENDIMENTO

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador

OBS:

Classificação: 08/12/2019 19:27:16

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

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: VITIMA DE ATROPELAMENTO/ TRAUMA EM PÉ DIREITO

Hora: ____:____

Vítima de trauma Carb-Centura em
MTD. N.º lesões em outros segmentos.
Lesão em pé D. N.º lesões em outros segmentos.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A	
B	sem prurido ou calor
C	
D	SC: 15.
E	

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALÉRGICAS)

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

CONDUTA PRIMARIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

Dr. Pedro Paulo Batista
Cirurgião Geral
CRMIRN - 5656

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

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

BOLETIM DE ATENDIMENTO

NOME: Jordiane Fernandes de Menezes IDADE: 31 DN: 20-05-88
RG: _____ CPF: _____ SUS: 160 424317390005
SEXO: Masc. () Fem. (X) EST. CIVIL: Solteiro^(M) () Casado^(M) () União Estável () Divorciado^(M) ()
NOME DA MÃE: Ana Maria Fernandes TEL: 99633 4910
NOME DO ACOMPANHANTE: _____
RUA: Rua Pico do Galvão Nº: _____
BAIRRO: Bela Parnamirim CIDADE: _____
DATA: 08-12-19 HORA: 17:39 REGISTRO: 79-cl

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SSVV

ESCALA DE GLASGOW

VERMELHO
LARANJA
VERDE
AZUL

PA: 152 X 115 SPO₂: 98% HORA: _____
FC: 124 bpm HGT: _____ TÉC. DE ENFERMAGEM: _____
FR: _____ DOR: _____
TEMP.: _____ PESO: _____

AO
RV
RM
TOTAL: 15

COMORBIDADES: HAS () DM () DISLIPIDEMIA () OUTRAS: Não
ETILISTA () TABAGISTA ()
ALERGIAS: NÃO (X) SIM ()

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO

17:42 Paciente com queixa de dor no abdômen, náusea e vômito. Exame físico normal. Tratado com analgésico e antiemético. Evolução satisfatória.

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

História relatada pelo paciente: dor no abdômen, náusea e vômito. Exame físico normal. Tratado com analgésico e antiemético. Evolução satisfatória.

EXAME FÍSICO

Exame físico normal. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Exame abdominal sem alterações.

CONFERE COM O ORIGINAL

Em 08/12/19

TR8

D



Id. Paciente: 67475/2019 Data Exame: 26/12/2019 13:46:42
Paciente: JOSIANE FERNANDES DE MORAIS
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: PAULA
Idade: 31 ano(s)
TORNOZELO AF
88,2 %

TR8

D



ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1 - AVALIE A RESPOSTA DA VÍTIMA 2 - PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPÍTAL) 3 - ABABA VIA AEREA, 4 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 5 - SE APRIEÇA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MÁSCARA), 6 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUICAL EM LACTENTE), 7 - SE PULSO AUSENTE, INICIE COMPRESSIONES TORÁCIAS, 10MM (PROPORÇÃO 30:2) ATÉ A CHEGADA DO DEB, 8 - DEB DISPONÍVEL: APLIQUE 1 CHOQUE 360 (200 PJ DEB BÍFASICO), E REINICIE RCP, 10 - RITMO NÃO CHOQUEÁVEL, REINICIE RCP (30:2), 11 - AVALIE D-RITMO A CADA 2 CICLOS, 12 - PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MEXA, 13 - COLOQUE-A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

Dr. Ricardo Araújo
Ortopedia Traumatologia
CRM 5001 TEST 11295

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 03/10/20
MAT. Nº 1520873
ASSINATURA

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	4
Oftos se abrem espontaneamente.	3
Oftos se abrem ao comando verbal. (Não confundi com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3.)	2
Oftos se abrem por estímulo doloroso	1
Oftos não se abrem.	0
Melhor resposta verbal (MRV)	5
Orientado (Responde acertadamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, está, o porquê, a data e etc.)	4
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	3
Palavras inapropriadas (Fala aleatória, mas sem traço conversacional.)	2
Sons ininteligíveis. (Concorda sem articular palavras.)	1
Ausente.	0
Melhor resposta motora (MRM)	6
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	5
Localiza e remove dor.	4
Reflexo inapropriado a dor.	3
Padrão flexo à dor (Desorientação).	2
Padrão extensor à dor (Desorientação).	1
Ausente.	0

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4
	9-12 = 3
	6-8 = 2
	4-5 = 1
	3 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	18-22 = 4
	>22 = 3
	8-10 = 2
	1-7 = 1
	0 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90 = 4
	70-90 = 3
	50-70 = 2
	1-40 = 1
	0 = 0

"Escala de Trauma Revisada (RTS): Sim indica de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.L., Sacco W.J., Copes, et al: A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5) 624, 1995.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)

03 - 08-grave (necessidade de intubação imediata);
09-2º moderado;
14-15-leve

* Referência: TEASDALE G., JENNET B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-84

"A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com idade superior a 2 anos. Na Escala Qualitativa aplica-se se se descreve a intensidade de seu dor de acordo com os seguintes adjetivos:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pic Post
0	1	2	3	4

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

/ /

HORA:

SAÍDA:

DATA:

/ /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

/ /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

/ /

HORA:

SAÍDA:

DATA:

/ /

HORA:

Decisão Médica ☒

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

/ /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐



Estado do Rio Grande do Norte
Prefeitura Municipal de Parnamirim - RN
Secretaria Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO MÉDICO

Data: 08/12/19

Nome: Josiane Fernandes de
Morais

ENCAMINHAMENTO

AO Politrauma - H. M. Wulff-
do Gungel - Dra. Larissa

Paciente acamada, 33 anos,
vítima de atropelamento por
automóvel há 08 horas, com trau-
ma operon em pé direito. Nege
Trauma Craniano.

Exame Físico

- BEG, Glasgow 15
- Lesão Conto Contura em
região de Colômbio Direito, com
deformidade discreta, sangramento ativo
Não dispor de radiografia.

Solicito a laqueação

Dr. Igor Maldeir
R. 13
CRM/RN 926



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **155207 JOSIANE FERNANDES DE MORAIS**

Prontuário:

CNS: 160429317340004

Nascimento: 26/05/1988

Sexo: Feminino

Cor: PARDA

Mãe: ANA MARIA FERNANDES

Pai:

Endereço: AVENIDA PILOTO PEREIRA TIM, 79 - CENTRO - PARNAMIRIM

Fone: 99389033 /

Município: PARNAMIRIM

Código Municipal IBGE:

240325 UF: RN

CEP: 59140-001

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo Nº 35959 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

FRATURA EXPOSTA DO CALCANEIO DIREITO



CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

RISCO DE COMPLICAÇÃO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

SEMILOGIA E RAO X

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S92.1 FRATURA DO ASTRAGALO*408050241. REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DOS OSSOS DO TARSO

Dr. Ricardo Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5001 TEOT 11295

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

CALCANEO, FX;1

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

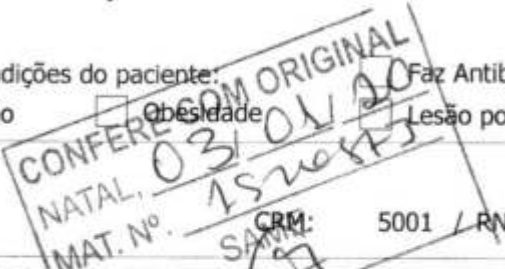
Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão

☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

RICARDO ARAUJO



CRM: 5001 / RN

Data da Solicitação 08/12/2019

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:



Nome

Josiane Fernandes

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSÃOIS

Data:

09/12/19.

Hora:

Ontem

Através de trauma em pé D

fratura exposta na calcâneo 2.

Bom perf. diet.

Leito amplo e limpo desinfetado
e ventilado.

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 03/01/20
MAT. Nº 152073
SAME
ASSINATURA

AMARO ALVES
CRM 5439

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 03/01/20
MAT. Nº 152073
SAME
ASSINATURA

**GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

**FICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL****Identificação**

Enfermaria: _____ Leito: 332 UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 08/12/2019 Alta: _____
Nome: Josiane Fernandes de Morais Naturalidade: Natal
Idade: 31 Sexo: () Masculino (X) Feminino Data de Nascimento: 26/05/1988
RG: 2518425 Estado Civil: União Nível de Instrução: Ens. Médio
Filiação: Pai: Josivaldo Barbosa de Morais
Mãe: Ana Maria Fernandes
Endereço: Rua Piloto Pereira Tim, 79 - Centro
Telefone: 99389033 Cidade: PARNAMIRIM/RN
Contato: _____ () Residencial () Trabalho () Recado

Outras informações: Faz uso de () Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Desempregada Trabalho c/ vínculo empregatício () Não () Sim
() Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPS () SAG
Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa: _____

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento (X) Trazido por familiares
() Socorrido em via pública () Outros meios
() Encaminhado: _____ Hospital de origem: _____

CrITÉRIOS para Acompanhante

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo? _____
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: Ana Maria Fernandes
Parentesco: Mãe Telefone: 98042948
Endereço do Responsável: _____

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

Paciente vítima de Aproximamento. Orientado
A família qto às normas.

Saída

Objeto: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs. _____
Vida hospitalar () Transferência () Destino: _____
Orientações/Encaminhamentos: _____

Missão: Oferecer, 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.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Caroline Fernandes de Moraes
DATA DE NASCIMENTO: 26/05/1988 IDADE: 31 anos
REGISTRO: 155207
DATA DE ADMISSÃO: 09/12/2019 HORA: 02:10
ADMISSÃO DO PACIENTE:
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Outros
HIDRATAÇÃO: SIM (X) NÃO () VIA: PERIFÉRICO: (X) ACESSO CENTRAL: ()
NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE (X) ORIENTADO (X) VIGIL () AGITADO ()
INCONSCIENTE: ()
ESTADO GERAL: BOM () REGULAR (X) GRAVE ()
SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE () M. V. () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()
ALÉRGICO: SIM () NÃO (X) HIPERTENSO: SIM () NÃO (X)
DIABÉTICO: SIM () NÃO (X) ASMÁTICO: SIM () NÃO (X)
DOENÇA RENAL: SIM () NÃO (X) OUTRAS PATOLOGIAS: _____
MEDICAÇÕES EM USO: _____
CIRURGIAS ANTERIORES: _____
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO ()
OBSERVAÇÃO: _____

ÁREA DE TRICOTOMIA: _____

HORA: _____

ÁREA DE PUNÇÃO: _____

HORA: _____

OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



JALECO Nº _____ ACESSO CENTRAL: _____

INSTRUMENTADO Tec. Morgana

CIRCULANTE Tec. Damião

TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUI (X) PERIDURAL () B.P.B. () LOCAL ()

OBS: _____

ANESTESISTA: Dr. Inesita

INÍCIO DE ANESTESIA: 02:15

TÉRMINO DE ANESTESIA: 03:00

ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: oxacilina 2g

HORA: 02:10

INICIO DE CIRURGIA: 02.30

CIRURGIÃO: Dr. Amorim

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR

3ºAUXILIAR_____

TIPO DE CIRURGIA: limpeza seletiva de fratura exposta de maxila

TÉRMINO DE CIRURGIA: 03/00

SONDAGEM VESICAL: SIM () NÃO (X)

SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (x)

EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (X)

RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO (x)

RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO (X)

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO (X)

MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO (X) ENCAMIN

FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM ()

DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO (X)

COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM () NÃO (x)

GASES CONFERIDAS: SIM () NÃO (X)

CAIXA CIRÚRGICA: Dr. Goulart

CAIXA CIRURGICA: _____
COMPLETA: SIM (X) NÃO () OBS.: _____

COMPLETA: SIM () NÃO ()
 ÓBITO: SIM () NÃO (X) HORA: _____

RESPONSÁVEL PELO RCP: _____

PACIENTE ENCAMINHADO: CRO (X) UTI ()

EM AD AMBIENTE: SIM (X) NÃO () T

ENTURBADO: SIM (X) NÃO ()

ENTUBADO: SIM (/) NAO ()
PREENCHIDO AIL: SIM (/) NAO ()

PREENCHIDO ATR: SIM (X) NAS ()
 USOU ALGUM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM (X)

FEITO BOLETIM OPERATORIO PELO CIRURGIÃO: SIM (✓) NÃO ()

FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM (X) NAS ()

OBSERVAÇÕES: (cont) com lesões como entesos nos membros distais, callosos nas mãos e pés, com EGO, P.N. e esp. 2, raramente se sentem intercorrentes. Paragem semelhante com 5 F.O. 9% + Cholesterol, leucocitos, xerofia com clareira típica, corpos irregulares e glóbulos vermelhos presentes. Diphtheria
Relevante entesos, callosos, pele prurida com H.T. -

94- MB 81

$$\rho = 71$$

SAE = 92%

Assinatura do (a) Enfermeiro(a)

Assinatura do Circulante

Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

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

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

**BÓLETIM
OPERATÓRIO****IDENTIFICAÇÃO**Nome: Josiane Fernandes de Moraes Reg. NºDiagnóstico pré-operatório: Fratura Exposta de Calcâneo DIndicação terapêutica: limpeza + desbridamento + imobilização Urgência () Eletiva ()**INTERVENÇÃO**Data: 09/12/19

Início:

Término:

Duração:

Operador: AMARO ALVES

CRM/CRO:

1º Auxiliar:

CRM/CRO:

2º Auxiliar:

CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista:

CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃOPaciente em BHH sob anestesiaabundante de MIDaspiração + antibioticoprofilaxiaabundante de Fov de fraturaLimpada Exatidão de SFdesbridamento de tecido devitalizadofechamento por planosCicatrizTala Bata

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

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

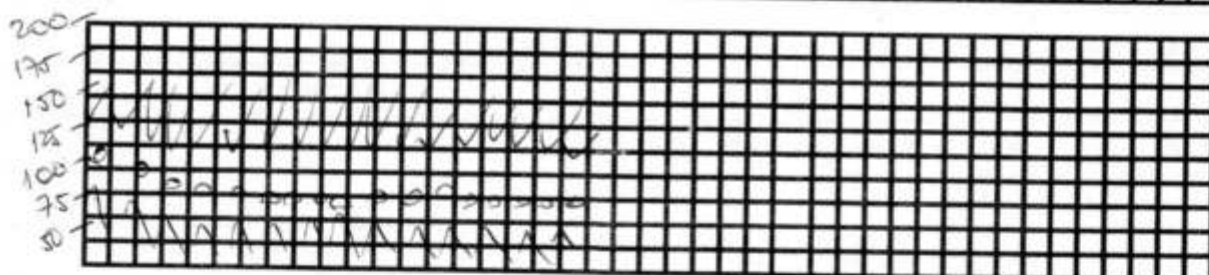
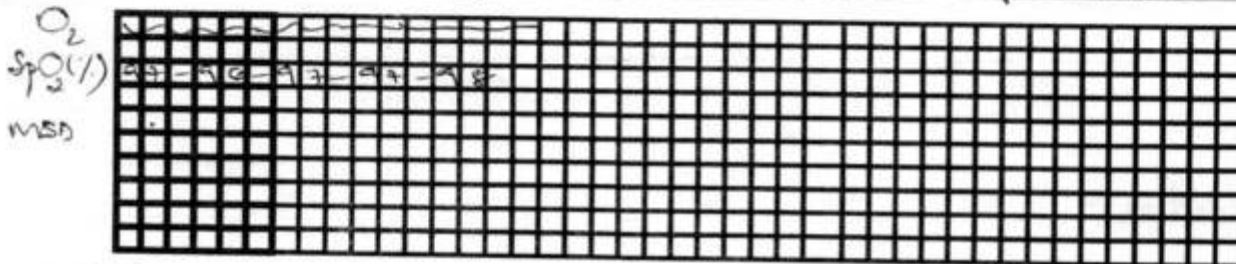


GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

ORT. URG

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: JOSIANE FERNANDES DE MORAIS ASA: FE
Idade: 31 Sexo: - Registro: 1191752
Diagnóstico: Fratura Exposta de Calcâneo Data: 09.12.19
Cirurgia Realizada: Limpeza + tratam cirúrgico de fratura exposta calcâneo
Cirurgião: Amaro Auxiliar: Q
Anestesiologista: Princila Enfermagem: Deysisson + Margareta / enfermeira
História Clínica Admissional: Jejum 12h sólidos e 6h líquidos. Uso ACO.
sem alergia alimentar/medicamentosa. Acesso or
al, estável, colaborativa. Rinite alérgica.
Trauma 12 + 6h atrás
Técnica Anestésica: Raquianestesia 25g Quincke curta, parane
diana simples, punção única, LCR cristalino, sem
intercorrências.
Sedação leve. Ventilação Espontânea



Início: X 02:15 O 02:30 Término: O 03:00 X 03:10

Anestésicos Utilizados:

- Do
1. OXACLINA 2g or - 4fe
 2. Ag raqui 25g
 3. Fentanil 20mcg or - 1amp/2ml
 4. neo pes 125mg - 1amp
 5. Cetamina 15 mg or - 1amp/2ml
 6. Morfina 80mcg - 1amp 02mg (IT)
 7. -
 8. -
 9. SCOP 5ml nasal. Pilot.
 10. -
 11. -
 12. -
 13. -
 14. -

Encaminhamento: A Sela, aldire. Kronic 9/10

Princila
CRM 17087

Assinatura do Anestesiologista - CRM