



Número: **0800543-45.2020.8.20.5107**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Nova Cruz**

Última distribuição : **07/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 843,75**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado
HENRIQUE EDUARDO FERREIRA (AUTOR)		ANDRESSA DE SOUSA MARIANO (ADVOGADO)
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)		
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
63055 858	23/11/2020 14:48	<u>2767641_CONTESTACAO_Anexo_03</u>
		Outros documentos

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, 15 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190272337 **Vítima: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA**

Data do Acidente: 07/04/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GILDETE PEREIRA DA SILVA BERNARDO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HENRIQUE EDUARDO FERREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14192092





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, 17 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190272337 **Vítima: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA**

Data do Acidente: 07/04/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GILDETE PEREIRA DA SILVA BERNARDO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00259/00260 - carta_02 - INVALIDEZ



00060130

Carta nº 14209353



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 23/11/2020 14:48:29
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112314482922400000060453040>
Número do documento: 20112314482922400000060453040

Num. 63055858 - Pág. 2

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, 08 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190272337 **Vítima: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA**

Data do Acidente: 07/04/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GILDETE PEREIRA DA SILVA BERNARDO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HENRIQUE EDUARDO FERREIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

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

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

Recebedor: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000000762**

Conta: **0000037773-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DANIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do síndico ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

072.842.864-40 Henrique Eduardo Ferreira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Profissão:

Servente

Endereço:

Zilda Lisboa Aruado lamara

CPF:

072.842.864-40

Número:

Complemento:

Bairro:

Santa Luzia

Cidade:

nova cruz

Estado:

RN

CEP:

59215-000

Tel.(DDD):

E-mail:

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

RENDAS MENSAL:

RISCO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0762

CONTA: 00097773 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidade permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IMI 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 pertinente decorrente do acidente ou trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 18, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no CNI) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos: Sim Não Se tiver filhos, informar quantos:

Vítima deixou

nascituro (val nascer)

Sim

Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem sua responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: *Novo Cruz RN 08/04/19*
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS
1º | Nome: **PROTÓCOLO RECEBIDO**
CPF: _____

11 ABR 2019

2º | Nome: **TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.**
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RÔGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para prender e assinar o presente formulário. A SEU RÔGO, na presença de 2 (dois) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a doar a cópia do ínterio do conteúdo, antes da preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



AUTB-ATENDIMENTO - AG. NOVA CRUZ
DATA: 09/04/2019 - HORA: 09:17:42
TERMINAL: 07621002 - CONTROLE: 076210020105

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0762 013.00037773-8
NOME: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA
TIPO DE CONTA: 013 - POUPOANCA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

TELEFONE DEPOSITANTE: 84 9877-5757

NÚMERO DO ENVELOPE: 967738350

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 0181
Dúvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190272337
Nome do(a) Examinado(a): Henrique Eduardo Ferreira
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Zilda Lisboa Arruda Camara, 51
Santa Luzia Nova Cruz RN CEP: 59215-000

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 002556292

Data local do acidente: [07/04/2017]

Data local do exame: [23/04/2019] NATAL [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE TORNOZELO DIREITO.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TORNOZELO DIREITO. FEZ FISIOTERAPIAS.
Data da Alta: 15/11/2017

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

LIMITAÇÃO MODERADA DA MOBILIDADE DE INVERSÃO DE TORNOZELO DIREITO, FERIDAS OPERATÓRIAS CICATRIZADAS NA REGIÃO DO TORNOZELO DIREITO, LIMITAÇÃO PARA EXTENSÃO (10°) E PARA FLEXÃO (10°) DO TORNOZELO DIREITO, MARCHA CLAUDICANTE À DIREITA.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

INVALIDEZ AO NÍVEL DO TORNOZELO DIREITO COM LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE.

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 (*).

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Direito

% 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

Urai de Oliveira
DR. URAI DE OLIVEIRA
ORTOPÉDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-RN 4315





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
CRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL – DEGEPOL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN
6ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL - NOVA CRUZ – 6ª DRPC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA nº 403/2017

PROTÓCOLO
RECEBIDO
11 ABR 2017
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Local: Rua Assis Chateaubrianda, Centro, Nova Cruz/RN

Data e hora: 07/04/2017, por volta das 16:20 horas

COMUNICANTE: a própria vítima

VITIMA: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA

RG: 2.556.292 SSP/PB

CPF: 0072.842.864-40

Filiação: José Luiz Ferreira e de Maria Rosa Rodrigues

Natural: Santo Antônio/RN Nascimento: 22/02/1987

Profissão: Ariculor

Endereço: Rua Zilda Lisboa Artuda Câmara, nº 51, Conjunto Nova Vida, Bairro Santa Luzia, Nova Cruz/RN

Telefone:

ACUSADO: a esclarecer

Histórico: a vítima procurou esta Unidade de Polícia Judiciária e narrou que foi vítima de acidente de trânsito; Segundo a ela, no dia e horário supra quando pilotava sua Motocicleta HONDA XRE 190, ANO 2016/2016, PLACA QGO-0191/RN, CHASSI nº 9C2MD4100GR809793, RFNAVAM nº 01109795928CRLV em nome da vítima, quando foi atingido por um veículo não identificado, já que após o acidente o motorista causador do acidente se evadiu do local; QUE em consequência da colisão sofreu fratura exposta na perna direita; QUE foi socorrido para o Hospital Municipal de Nova Cruz/RN, mas em consequência da gravidade foi transferido de imediato para o Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel na Capital do Estado, tudo conforme documentos hospitalares apresentados nesta DP e anexados ao B.O. Nada mais disse.

Testemunha(s):

Providência (s) Adotada (s): Registro de B.O

Nova Cruz/RN, 02/05/17

Hora: 17:00 horas

Assinatura do (a) Comunicante

Assinatura e Matrícula do (a) Servidor
Adailton Gonzaga
Mat. 194550-5

Rua Assis Chateaubriand, 842 – CEP. 59215-000 – fone/fax (84)3281-5905/5912





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

072.842.864-40 Henrique Eduardo Pereira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS EFAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

CPF:

Número:

Complemento:

Estado:

CEP:

Tel.(DDD):

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Cidade:

Estado:

CEP:



Secretaria Municipal de Saúde

HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR PEDRO MOURA

Rua Doutor Mário Negócio, 188 - centro

CNPJ: 06.144.781/0001-33

Telefone: (84) 3281-5815

Classificação de risco

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA nº: 15.905

Data: 07/04/17 Hora: 17:00

Nome: Henrique Andrade Teneric

Nome da Mãe: M^{rs} Rose Rodrigues

D.N.: 22/02/87 Idade: 30 Cor: Pardo Sexo: M Estado Civil: Casado

RG: 002.556.292 CNS: 160101510400000 Telefone: 9191.3172

Naturalidade: ST^o Ant Profissão: Ajudante de Servente

Endereço: R. Zilda Hilda Andrade Caminha, 211

Bairro: ST^o Lázio Cidade: RN

Queixa do paciente:

Condições do paciente ao ser atendido

Aparentemente BEM Regular Agitado c/ Dispneia Choquado Comatoso
 c/Hemorragia em Convulsão Poli traumatizado Outros

Causas

Doença Agressão Acidente de Trânsito Acidente de Trabalho Acidente doméstico
 Acidente com animal doméstico Acidente causado por animal de companhia Intoxicação exógena

Diabetes Pressão Alta Diarreia Cardiopatia Complicações respiratórias Doença renal crônica
 Gravidez Câncer Alergia à outros:

Temp.: Respiração: P脉: P.A.: Peso:

Exame Clínico:

Pronto para atendimento

PROTÓCOLO
RECEBIDO

1.1 ABR 2019

TERRA DO SOL ADM.
CORRETORA DE SEGS.

Hipótese Diagnosticada:

Fran

A Hipótese Diagnosticada é passível de NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA? SIM NÃO



Conduta Médica

Osvaldo Rix
Eng. And. de Sozzi e Sins
Médico
CRM/RN: 8440

Relatório da Enfermagem

Paciente recusou-se a: _____ Horário: _____ Data: ____/____/_____
Assinatura: _____
Paciente: _____

Testemunha: _____ RG: _____

Destinação do Paciente

<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Révelia	<input type="checkbox"/> Internado, no serviço de:	<input type="checkbox"/> Encaminhado em ____/____/____ hora: _____
Date: ____/____/____		_____ (neste hospital)	Para: _____
Horas: _____			Setor: _____
<input type="checkbox"/> Óbito	Data: ____/____/____	Hora: _____	- Entregue a: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P.

_____ Médico (a) - carimbo	_____ Enfermeiro (a) - carimbo
-------------------------------	-----------------------------------



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: 30/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00762

CONTA: 000000037773-8

Nr. da Autenticação 26F2CBF5C86DBCE5



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 23/11/2020 14:48:29
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112314482922400000060453040>
Número do documento: 20112314482922400000060453040

Num. 63055858 - Pág. 11

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Gildete Pereira da Silveira Bernardo,

RG nº 002.429.874, data de expedição 28/09/18, Órgão SSP/RN,

CPF nº 087.385.084-00, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Campo Santo</u>
Número	<u>207</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Nova Cruz</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59215-000</u>
Telefone de Contato	<u>(084) 99120-3370 / (084) 98780-6894</u>
E-mail	<u>-----/-----</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Nova Cruz/RN 27/03/19

Assinatura do Declarante: Gildete Pereira da Silveira Bernardo





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 Ouvintia: 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/RIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL1.ASPX?TIPO=1&CDDIGO=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, oltre 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 RISSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE PESQUISAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILICITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Gildete Pereira da Silve Bernardo

inscrito (a) no CPF/CNPJ 087.385.084.00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Henrique Eduardo Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.842.864-40,
do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Henrique Eduardo Ferreira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.842.864-40 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 Lider-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 Campo Santo</u>	Número:	<u>207</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Nova Erauz</u>	Estado: <u>RN</u> CEP: <u>59215-000</u>
E-mail:				

Local e Data: Nova Erauz/RN 27-03-19

Gildete Pereira da Silve Bernardo
Assinatura do Declarante

PROTOCOLO
RECEBIDO
11 ABR 2013
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

OLDRL001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 23/11/2020 14:48:29
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011231448292240000060453040>
Número do documento: 2011231448292240000060453040

Num. 63055858 - Pág. 15



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

MUNICÍPIO DE NOVA CRUZ

Município: Henrique Eduardo Ferreira

Declaro

Declaro para o devidos fins que Henrique Eduardo Ferreira sofreu lesão de coluna converteu-se em osteomartite sendo encaminhado ao Hospital municipal de Nova Cruz e encaminhado para Hospital Wolfe de Surpê por hérnia de extrusão medular proximal da tábua onde realizou procedimento cirúrgico e está hospitalizado com 36 dias. Recebeu tratamento ortopédico e fisioterápico com deformidade de membros e limitação funcional e com dor à deambulação.

Dra. Tamires O. L. Sardelli
MÉDICA
CRM/RN 8502

27/03/19

PROTÓCOLO RECEBIDO
11 ABR 2013
TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.



Boas Mídicas

Atendi o senhor Henrique Edmundo Ferreira, pro
nóstico de ~~abdominal~~
cintaxe de fratura - luxa-
ção exposta de T10/11. Se
tia aberto, já consolidado,
tendo corpo regular artro-
tíbio - fêmur, curvando
limítrofe femoral

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Fone: (84) 3133-4200 - CEP 59022-020 - Natal/RN





BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 14336 /2017
Admissão: 07/04/2017 19:29:47

CIRURGIA GERAL - SEM CLASSIFICAÇÃO

Paciente: **13438 - HENRIQUE EDUARDO FERREIRA** (30 a 1 m 13 d)

Nascimento: 22/02/1987 Natural: SANTO ANTONIO.BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: 160101510400000 CPF: Prof:
Mãe: MARIA ROSA RODRIGUES Pai: JOSE LUIZ FERREIRA
Logradouro: ZILDA LISBOA ARRUDA CAMARA, 211
CEP: 59215000 Bairro: SANTA LUZIA Cidade: NOVA CRUZ
Telefone: 84.991913172 Compl:

Motivo: MOTO X CARRO - COLISAO
Origem: AMBUL. SAMU RN

Tipo: NÃO REFERENCIADO

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 07/04/2017 19:10:01

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
12:00		97%			20	68		15	

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

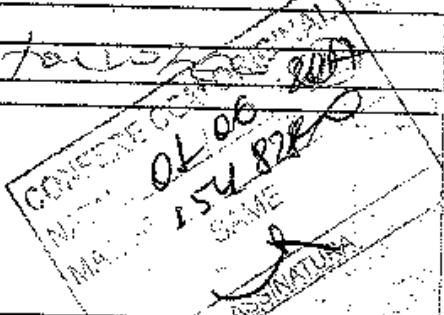
Quelaxas: COLISAO/MOTO/CARRO/LUXAÇÃO MID/+ESMAGAMENTO DO TECIDO MID
Hora:

Percebeu visão de estrela
Carro x moto no P. Nove (não car)
Braço Fratura exposta no tornozelo
Lado direito

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vida comum Tensão
B Apego
C Pressão arterial
D F.C. = 15. Fco 1
E Permeabilidade exposta no tornozelo

OUTRAS OBSERVAÇÕES:



DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Gerado via SX por FRANCISCO DE ASSIS MORAIS QUEIROZ. Impresso em 07 de Abril de 2017.



14/04/17 - Apresento aqui para assinatura, quanto à suspensão da licença médica de Dr. André Ladeira Júnior.


Dr. André Ladeira Júnior
Ortopedista e Traumatologista

15/04/17 - Passeio: Fazendo caminhada
pelos manguezais

~~Dr. Maria A. Claud M. da Silveira
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RJ 5416 CRF: 030.936.814-42~~

16/04 - Fazendo caminhada
17/04 - voltar

03/04/2017


Dr. André Ladeira Júnior
Ortopedista e Traumatologista

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situações de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas extremas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde e ética e humanidade.



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 23/11/2020 14:48:29
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112314482922400000060453040>
Número do documento: 20112314482922400000060453040

Num. 63055858 - Pág. 19

é devidamente das esferas
púnicas exantem. Foi realizada
histamina ócul, nega
reabilitação para outra fer-
ração.

CID - 5821


12.01.19



Identificação

Enfermada:	Leto:	UTI:	Leto:
Data de admissão:	07/04/14	Alta:	/ /
Nome:	Henrique Eduardo Ferreira	Naturalidade:	Santo Antônio
Idade:	30	Sexo: (X) Masculino () Feminino	Data de Nascimento: 22/02/1984
RG:	602.356-242	Estado Civil: Casado	Nível de Instrução: E. médio
Filiação: Pai:	José Luiz Ferreira	Mãe:	Elizângela Rosa Rodrigues
Endereço:	R. 24 de Maio, 1100, Centro, Juiz de Fora	Cidade:	Juiz de Fora
Telefone:	99191-3132	() Residencial () Trabalho () Recado	Outros telefones: 99147-8601
Contato:	Composição familiar: Parente próximo com esposa e dois filhos		
Outras informações:	Faz uso de () Álcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos		

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida:	Auxiliar de Produtos	Trabalho a vínculo empregatício () Não () Sim
() Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado		
Programas e Serviços: () Paseo Livre () Boles Família () PETI () PSF () CAPS () SAD		
Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim	Nome da Empresa	

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento	() Trazido por familiares	() Trazido pelo SAMU
() Socorrido em via pública	() Outras motivos	
() Encaminhado:	Hospital de origem: Juiz de Fora	

Critérios para Acompanhante

Possui requerimentos? () Não () Sim Qual o motivo?

Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental

Responsável pelo paciente: Henrique Salustino Pedro Ferreira

Parentesco: Filho - Telefone: 99191-3132

Endereço do Responsável: R. 24 de Maio

Evolução

(Adaptação da paciente ao ambiente hospitalar, condições anatômicas, participação da família na internação, visões recebidas, encaminhamentos, etc.)

Quente aos encantos da rotina, foi vítima de acidente de trânsito, encampado pelo hospital. Orientado quanto às normas e solicitações as quais das documentou. S/Outras

Saída

Óbito: Encaminhamento: Itep () SVO () DO () Obs.

Alta hospitalar () Transferência () Destino:

Orientações/Encaminhamentos:

Nota: Orientar, no ambiente hospitalar, encaminhando à sede para wherehouse e atendendo em ambiente de emergências oficinas, radiologia, exames de coleta externa, em especial o paciente, de acordo com as normas e critérios de atendimento a serem observados. As informações devem ser fornecidas de forma clara e concisa para o paciente e a sua família, de forma a respeitar a sua dignidade e humanidade.



Nome Henrique Eduardo Ferreira

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data:

Hora:

07/04/17 - ato policial

ptc admitida no se p fo
expte do tne 1. Fato procurado
de usqcia

Rodrigo Góes

Dr. Rodrigo Góes
Ortopedista
CRM/RN 15375

07/04/17 - ptc comido bem.

exa: exame: fo paco sangue

Dr. Rodrigo Góes

Ortopedista

CRM/RN 15375

12/04/17

foto da m.

CONFERENCIA
NASCIMENTO
MAT. 115168

Dr. Senni Fernandes de Almeida
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5647

19/04/17 Atesto
NIR

Nossos Olhos, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, acidentes de suas extensões, em especial de trauma, de acordo com as melhores técnicas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde a todos os níveis éticos e humanitários.



“*הוּא כָּל־עַמּוֹד בְּבָנָיו וְבָנָתָיו*”

NOTA A LOS PUEBLOS DE LA PIEDRA: ESTE DOCUMENTO ES UNA DECLARACIÓN DE INDEPENDENCIA, UNA DECLARACIÓN DE DERECHOS HUMANOS Y UN DOCUMENTO DE CONSTITUCIÓN. ESTA DECLARACIÓN ES UNA DECLARACIÓN DE INDEPENDENCIA, UNA DECLARACIÓN DE DERECHOS HUMANOS Y UN DOCUMENTO DE CONSTITUCIÓN.

SECRET//LOSS//FOUO//REL

espresso

Digitized by srujanika@gmail.com

EXAMPLES OF APPENDIXES

GOVERNADOR DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE
Sacerdócio da Gama
Hospital Morsenhor Walthero Guigui
Fronte Socorro Clóvis Sarinho



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 23/11/2020 14:48:29

<https://pie1.q.tjrn.jus.br:443/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121314482922400000060453040>

Número do documento: 20112314482922400000060453040

Num. 63055858 - Pág. 23

 <p>GOVERNO DO ESTADO DA RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfrido Góes Pronto-Socorro Clóvis Sárinho</p>		<p>Henrique Eduardo Ferreira</p> <p>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIH</p>	
<p>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</p>			
<p>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO</p>			
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES		
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES		
<p>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</p>			
5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PROTOCOLO		
Henrique Eduardo Ferreira	7 - CARTÃO NACIONAL / SUS		
360.106.510-400.000	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - GÉNERO
	22/02/1987	30	MASCULINO
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	12 - ENDERECO (RUA, N°)		
Marcos Dória Ferreira	Rua Zelde Lúcio Brando Coimbra		
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP
Novo Gama	Santa Lúcia		
<p>LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO</p>			
<p>PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS</p> <p>Dores de rotina Fenômeno hemorrágico - Naso em processo</p>			
<p>18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO</p> <p>No</p>			
<p>19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)</p> <p>20 - DIAGNÓSTICO INICIAL</p> <p>Sinúbita aguda. Sanguinolenta 580</p>			
<p>21 - CID INICIAL</p> <p>22 - CID SECUNDARIO</p> <p>23 - LAUDOS ASSOCIADOS</p>			
<p>24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</p> <p>110. Anújio</p>			
<p>25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</p> <p>940.80505.78</p>			
<p>26 - LEITO / GÊNERO</p> <p>27 - CARÁTER DA INTERNACAO</p> <p>28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE</p>			
<p>29 - DT SOLICITACAO</p> <p>07/04/17</p>			
<p>30 - CNIS / CPF</p>			
<p>31 - ASSINATURA E CARMIM (Nº REG. CONSELHO)</p>			
<p>PREENCHER EM CASO DE CAÍDAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</p>			
<p>32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO</p> <p>33 - CNPJ DA SEGURADORA</p> <p>34 - Nº DO BRASTE</p> <p>35 - BOMBS</p>			
<p>36 - () CID. TRABALHO TÍPICO</p> <p>37 - CNPJ</p> <p>38 - () CID. TRABALHO TRAJETO</p> <p>39 -</p>			
<p>40 - CID PRINCIPAL</p> <p>41 - CID SECUNDARIO</p> <p>42 - CID SECUNDARIO</p> <p>43 - () GRAVE</p> <p>44 - () MORTAL</p> <p>45 - () MORTAL</p>			
<p>46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO</p> <p>47 - DT AUTORIZ.</p> <p>48 - CNIS / CPF</p> <p>49 - ASSINATURA E CARMIM (Nº REG. CONSELHO)</p>			
<p>50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARCERIA / CONTROLE</p> <p>51 - DT AUTORIZ.</p> <p>52 -</p>			
<p>53 - NOME DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR (Anexo confere com original)</p> <p>En,</p>			

Missão: Direcionar, no âmbito hospitalar, esforços à saúde para crianças e adultos em situação de emergência clínica, crônicas, agudas de causas externas, em especial a



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **HENRIQUE EDUARDO FERREIRA** Idade: 30 anos
Convênio: **SUS ESTADUAL** Reg.: 120678 Prontuário:
Unidade: **POSTO I**
Leito: **ENFERMARIA 111-B**
Admissão: **16/04/17 20:07** 1 dia(s) de internação
Diag.: **M61.1 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais**

17/04/2017 19:01

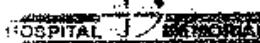
		Horários de Aplicação	
1)	DIETA LIVRE, Conforme SND	(SND)	2156
2)	DICLOFENACO SÓDICO 50 MG COM (VOLTAREN) Uso: 1 comprimido, via oral, 06 em 08 horas.	22:00 06:00 11:00	<i>22:00 06:00 11:00</i>
3)	TRAMADOL, CLORIDRATO 50 MG COM (TRAMAL) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	22:00 06:00 11:00	<i>22:00 06:00 11:00</i>
4)	RANIDICINA 150MG COM (ANTAK) Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	22:00 10:00	<i>22:00 10:00</i>
5)	SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 06 em 06 horas	(RQFINA)	

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2156

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Latharina, 8791
Tiradentes, Natal / RN
Confira com original
Em, _____



Hospital Memorial de Natal



AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Foto: (84)3133-4200 /Fax: (84)3102-1228
himemorial@uol.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 16/04/2017 20:14

Paciente: **HENRIQUE EDUARDO FERREIRA** Registro: 120678
Num. RG: 2856292 CPF: 072.842.886-40 Nascimento: 22/02/1987 30 anos Sexo: Masculino Est.Civ: Casado(a)
Endereço: **RUA ZILDA LISBOA ARRUDA CAMARA** N: 51 Bairro: **SANTA LUZIA**
Cidade: **NOVA CRUZ** UF: **RN** CEP: 59215000 Fone: 08499195245
Profissão: **SERVENTE DE PEDREIRO** Mãe: **MARIA ROSA RODRIGUES**

Num. Internamento: 1 Entrada: 16/04/2017 20:07 Previsão saída: 16/04/2017 11:00 Atendente: FRANCISCAR
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: 160101510400000
Médico: **Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA** CRM: 2168 **ENFERMARIA 111-B**

Responsável: **DAIANA SALUSTINO PEDRO FERREIRA** CPF: 090.121.784-96 RG: 2856050
Parentesco: **ESPOSA**

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

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

Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo seja acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora está autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

Assinatura: Paciente Responsável

Daiana Salustino Pedro Ferreira

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tiro 59.022-020 Natal/RN
Confira com original
Enfermaria 111-B
16/04/2017

Observações:

PACIENTE ACOMPANHADO AM + RAIO-X (3 peúculos)



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA Idade: 30 anos
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 120678 Prontuário:
Unidade: POSTO 1
Leito: ENFERMARIA 111-B
Admissão: 16/04/17 20:07 3 dia(s) de internação
Diag.: M51.1 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais

19/04/2017 10:37

Horários de Aplicação

2156

1) ALTA HOSPITALAR, A Terceira

2) Diclofenac 50 mg + 08 mg HBR 2x1 a hora e 40 min

pe. dor

Eduardo

21:30 08/04/17

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2156

* checar se tem alergia → dispensar

antes de administrar

Tramadol 100 mg 1x/dia - 01 dia + 100 mg S/F 0,9%.

2x

*02/15/17
Dr. Eduardo Lopes de Santana
CRM - 2156*

*Salvo Colégio de Medicina
CRM - 2156*

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 9791
Tiroz 59.022-920 Natal / RN
Confere com original
Em, _____



**Prescrição Médica / Evolução Clínica**

Paciente: **HENRIQUE EDUARDO FERREIRA** Idade: 30 anos
Convenio: **SUS ESTADUAL** Reg.: 120678
Unidade: **POSTO I** Frontuário:
Leito: **ENFERMARIA 111-B**
Admissão: **16/04/17 20:07** 0 dia(s) de internação
Diag.: **M51.1 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais c**

16/04/2017 20:42

		Nº de Aplicação	
1)	DIETA LIVRE, Conforme SND	DO (SND)	<i>16/04/17</i>
2)	DICLOFENACO SÓDICO 50 MG COM (VOLTAREN) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	DO 22/04/17 06:00, 10:00	<i>16/04/17</i>
3)	TRAMADOL,CLORIDRATO 50 MG COM (TRAMAL) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	DO 22/04/17 06:00, 10:00	<i>16/04/17</i>
4)	RANITIDINA 150MG COM (ANTAK) Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	DO 22/04/17 10:00	<i>16/04/17</i>
5)	SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 06 em 06 horas	DO (ROTINA)	

[Signature]
Dr. HERMANN COSTA GOMES
CRM - 4843

Exames Solicitados:

- 1) HEMOGRAMA COMPLETO
- 2) TEMPO DE PROTROMBINA
- 3) TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

[Signature]
HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 879
Tiroz 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em: _____



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

LAUDO PARA
 SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CRES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CHES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE	6 - N.º DO PROTOCOLO
Henrique Eduardo Fonseca	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO
	9 - SEXO
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO
12 - ENDERECO (RUA, N.º)	
13 - MUNICÍPIO	14 - BARRA
	15 - UF
	16 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Ex de mal de muelo dental D

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

to dor

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

resonse + ex +

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
			Dr. BRUNO BRUNO Ornamenta
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - LEITO CLÍNICA	26 - CARÁTER DA INTERNACAO	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
esposa muelo	Outro	urgencia	Dr. BRUNO BRUNO Ornamenta
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			28 - DT SOLICITAÇÃO
3080009			30 - CNS / CPF
			31 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURODORA	34 - N.º DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () FÁCIO. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
38 - () FÁCIO. TRABALHO TRAJETO			DESCRICAÇÃO / CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL
41 - CID PRINCIPAL			
42 - CID SECUNDÁRIO		43 - ()	44 - () GRAVE 45 - () GRAVISSIMA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVAIAÇÃO	54 - AUTORIZAÇÃO DA INTERNACAO
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	55 - HOSPITAL MEMORIAL Tiroz 39.522-020 Natal / RN
48 - CNS / CPF	52 -	Confere com original
49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º REG. CONSELHO)	Em: _____

Motivo: Oferecer, no ambiente hospitalar, modalidades à medida para obterem e adquirir um conjunto de competências clínicas, científicas, aplicadas clínicas, reformas, com especial



REGISTRO DE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: **HENRIQUE EDUARDO FERREIRA**

Nascimento: 22/02/1987 30 anos Data Internação: 16/04/2017 20:07:51 Registro: 120678 N° Internação: 1. Leito: **ENFERMARIA 111-B**

OBSERVAÇÕES GERAIS

22:00H FOI MEDICADO COM VOLTAREN 50MG 01 COMP. VO. E TRAMAL 50MG 01 COMP. VO. E

ANTAK 150MG 01 COMP. VO.

06:00H FOI MEDICADO COM VOLTAREN 50MG 01 COMP. VO. E TRAMAL 50MG 01 COMP. VO. E

ACORDO COM PRESCRIÇÃO MÉDICA.

17/04/2017
COREN - 431727

EDMILSON BASILIO DO NASCIMENTO

Emerson

ESTADO GERAL

Higiene

Com auxílio

Respiração

O2 Ambiente

Desambulac

Com auxílio

Eliminação-Vesical: **ESPONTÂNEA**

SINAIS VITAIS

Pres.Arterial: 130 X 70

P脉: 80

Temperature: 36.4

°C Respiração: 20

Eliminação Intestinal:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Obs:

Acqua Total

Saturação O2:

Glicose no sangue:

QUEIXAS DO PACIENTE

Observações Gerais:

PACIENTE NO PRÉ OPERATORIO DE FRATURA DO TORNozELO DIREITO, CONSCIENTE, ORIENTADO, DIETA POR VO, REALIZADO BANHO NO LEITO, DIURESE ESPONTÂNEA, AGUARDA PROGRAMAR CIRURGIA, AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

17/04/2017 10:17:15

COREN - 268724

DANIEL HILARIO DE OLIVEIRA

Daniel
HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 3700
Tiro 59.022-020 Natal / RN
Conferido e original
Em: _____

17/04/2017
COREN - 268724
DANIEL HILARIO DE OLIVEIRA

Daniel





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

REGISTRO DE ENFERMAGEM - ADMISSÃO

Dados do Paciente

Paciente: **HENRIQUE EDUARDO FERREIRA**

Registro: **120678** Nº Internação: **1**

Nascimento: **22/02/1987** 30 anos

Data Internação: **16/04/2017 20:07:51**

Acompanhante:

Parentesco:

PROCEDÊNCIA

PACIENTE ADMITIDO NESTE SETOR PROCEDENTE DO HMNG PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FRATURA DO TORNозELO DIREITO, AOS CUIDADOS DO DR. EDUARDO.

ESTADO GERAL

Consciente
Inconsciente
 Corado
Hipocorado

Responsivo
Sonoento
 Cianótico
 Acidotônico

Higiene

Com Auxílio
 Sem Auxílio

Observações:

Respiração

O2 Ambiente
Máscara de Venture

Observações:

Deambulação

Com Auxílio
Sem Auxílio
Restrito ao leito

Observações:

DE MOLETAS

SINAIS VITais

Pressão Arterial: **130X70 MMHG**

P脉: **78**

Temperatura: **36,5°C**

Respiração: **20**

ANAMNESE

Doenças Clínicas:
GASTRITE

Uso de Medicamentos:
OMEPRAZOL 40MG

Alergias Medicamentosas:
DESCONHECE

Integridade da Pele

ACESSO VENOSO

Tipo: **AVP**
Local: **MSE**

Hiperemia
Tempo:

Dor

Edema

Temperatura:

DIETA

Tipo: Oral Sonda Nasogástrica Sonda Nadoenieral Aceita Aceita Parcial Não Aceita

Observações:

DIURESE

Sonda:

Esponstâneo: **SIM**

Observações Gerais:

Documentação e Exames:

PACIENTE DE 30 ANOS SEGUO NO PRÉ OPERATORIO DE FRATURA DO TORNозELO DIREITO, FOI MEDICADO DE ACORDO COM PRESCRIÇÃO MEDICA, AGUARDA PROGRAMAR CIRURGIA.

Colmbo
HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tiro 59.022-920 Natal/RN
Confere com original
Em, *Colmbo*
16/04/2017 20:52:47
COREN - 431727
EDMILSON BASILIO DO NASCIMENTO





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **HENRIQUE EDUARDO FERREIRA** Idade: **30 anos**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Reg.: **120678** Prontuário:
Unidade: **POSTO I**
Leito: **ENFERMARIA 111-B**
Admissão: **16/04/17 20:07** 2 dia(s) de internação
Diag.: **M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais**

16/04/2017 19:00	Horários de Aplicação	2166
1) SÍNTEA LIVRE, Ao dia	(SND)	
2) SORO FÍSIOLOGICO 0,9% - 500ML Uso: 1 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.	15:00 500 500	
3) CEFAZOLINA SODICA 1G (KEFAZOL) Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.	16:00 00:00 08:00	
4) TRANADOL CLORIDRATO 100MG INJ (TRAMAL) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9%	16:00 00:00 08:00	
5) RANITIDINA 150MG C/OM (ANTAK) Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	18:00 06:00 06:00	
6) DIPIRONA 500MG/2ML INJ (NOVALGINA) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABC	12:00 00:00 06:00	
7) METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML (ELASIL) Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.	(SND)	
8) RIVAROXABANA 10MG C/OM (XARELTO) Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.	22:00	
9) SINAIS VITAIS (SSVV + OCGG) 08 em 08 horas	(T) (P) (M)	
10) CURATIVO, Ao dia	08:00	
11) SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), Se necessário	(SND)	

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2166

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 8796
Tiroi 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em,



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Polimacix
td cc

Paciente: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA Idade: 30 anos
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 120878 Frontuário:
Unidade: POSTO I
Leito: ENFERMARIA 111-B
Admissão: 16/04/17 20:07 2 dia(s) de internação
Diag.: M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais

18/04/2017 13:10	Horários de Aplicação	2158
1) DISTA LEVRE, Ao dia	(SND)	
2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500ML Uso: 01 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.	(500) 500 500	
3) CEFAZOLINA SODICA 1G (KEFAZOL) Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.	16:00, 00:00, 08:00	
4) TRAMADOL,CLORIDRATO 100MG INJ (TRAMAL) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9%	16:00, 00:00, 08:00	
5) RANITIDINA 150MG COM (ANTAK) Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	18:00, 06:00	
6) DIPIRONA 500MG/2ML INJ (NOVALGINA) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ASO	18:00, 00:00, 06:00	
7) METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML (PLASIL) Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.	(8N)	
8) RIVAROXABANA 10MG COM (XARELTO) Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.	22:00	
9) SINAIS VITais (SSVV + COGG), 08 em 08 horas	(T N M)	
10) CURATIVO, Ao dia	(M)	
11) SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), Se necessário	(SN)	

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2158

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lameirine, 8791
Tiro 59.022-320 Natal / RN
Confere com original
Em / /



REGISTRO DE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: **HENRIQUE EDUARDO FERREIRA** Registro: **120678** Nº Internação: **1**
Nascimento: **22/02/1987** 30 anos Data Internação: **16/04/2017 20:07:51** Leito: **ENFERMARIA 111-B**

OBSERVAÇÕES GERAIS

**AS 22H E 08H ADM 1 COMP DICLOFENACO 50MG POR VIA ORAL,
AS 22 E 08H ADM 1 COMP TRAMAL 50MG POR VIA ORAL
AS 22H ADM 1 COMP RANITIDINA 150MG POR VIA ORAL**

Francisca Gorete Henrique Gomes

16/04/2017

COREN - 971218

FRANCISCA GORETE HENRIQUE GOMES

ESTADO GERAL

Corado	Higiene
Corado	Respiração
Atéptótico	Deambulação

Eliminaç. Vesicais: **ESPONTANEA**

SINAIS VITais

Pres.Arterial: **130 X 80**

Pulso: **80**

Temperatura: **36,2 °C**

Respiração: **20**

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Obs:

Eliminaç. Intestinais:

Saturação O2:

Glicose no sangue:

QUEIXAS DO PACIENTE

Observações Gerais:

PACIENTE NO PRÉ OPERATORIO DE FRATURA DO TORNozELO DIREITO, CONSCIENTE, ORIENTADO, DIETA POR VO, DIURESE ESPONTANEA, REALIZADO BANHO NO LEITO, ADS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

16/04/2017 11:04:57

COREN - 265724

DANIEL HILARIO DE OLIVEIRA

Daniel

OBSERVAÇÕES GERAIS

PACIENTE ENCAMINHADO AO C.C ACOMPANHADO DO MAQUEIRO E FAMILIAR, S/ S/ S/

PELICULAS DE RX, EXAMES LAB.

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tiro 59.022-220 / Natal / RN
Confere com original
Em: Dayana de Araujo Silva

16/04/2017
COREN - 1157883

DAYANA DE ARAUJO SILVA

REGISTRO DE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: **HENRIQUE EDUARDO FERREIRA**

Nascimento: **22/02/1987** 30 anos Data Internação: **16/04/2017 20:07:51** Leito: **ENFERMARIA 111-B** Registro: **120678** Nº Internação: **1**

OBSERVAÇÕES GERAIS

22:00 HS ADMINISTRADO RIVAROXABANA 10MG 1 COMP. VO
24:00 HS ADMINISTRADO CEFAZOLINA 1 FRASCO + ABD EV USADO SERINGA DE 10 CC
24:00 HS ADMINISTRADO TRAMADOL 100MG 1 ANP. + 100ML DE SF EV USADO SERINGA DE 5 CC
24:00 HS ADMINISTRADO DIPIRONA 1 ANP. + ABD EV USADO SERINGA DE 5 CC
06:00 HS ADMINISTRADO ANTAK 150MG 1 COMP. VO
06:00 HS ADMINISTRADO DIPIRONA 1 ANP. + ABD EV USADO SERINGA DE 10 CC


19/04/2017
COREN - 24888
EDNALDO BERNARDO DA SILVA

ESTADO GERAL

Higiene
Com auxílio
Respiração
Máscara de Ventilação
Desambulação
Com auxílio

Eliminaç. Vésicas: **ESPONTANEA**

Eliminaç. Intestinais:

SINAIS VITAIS

Pres.Arterial: **130 X 70**

P脉: **78**

Temperatura: **36,4**

*C Respiração:

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Acetona Total

QUEIXAS DO PACIENTE

Oba:

Observações Gerais:

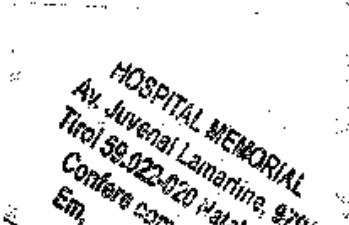
PACIENTE COM EGR NO POI DE FRATURA DE TORNozELO+ TALA GESSADA. AFEBRIL CONSCIENTE ORIENTADO NA HV POR ACESSO VENOSO PERIFERICO EM O' AMBIENTE. DIETA ORAL, REALIZOU AD BANHO NO LEITO, DIURESE ESPONTANEA, EM USO DE ANTE. CEFAZOLINA MEDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA SEGUE ADS CUIDADO DA ENFERMAGEM

19/04/2017 11:25:31

COREN - 286724
DANIEL HILARIO DE OLIVEIRA 

OBSERVAÇÕES GERAIS

08:00 ADM CEFAZOL 1 FA + ABD EV
08:00 ADM TRAMAL 1 AMP + 100 DE SF EV
12:00 ADM DIPIRONA 1 AMP + ABD EV


HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 9791
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em: 

19/04/2017
COREN - 286724
DANIEL HILARIO DE OLIVEIRA



Hospital Memorial de Natal

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

Data: 16/04/2017 20:14

Paciente: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA

Registro: 120878

Num. RG: 2656292 CPF: 072.842.854-40 Nascimento: 22/02/1987 30 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Casado(a)

Endereço: RUA ZILDA LISBOA ARRUDA CAMARA

N.: 51

Bairro: SANTA LUZIA

Cidade: NOVA CRUZ

UF: RN

CEP: 58215000

Fone: 08499195245

Profissão: SERVENTE DE PEDREIRO

Mãe: MARIA ROSA RODRIGUES

Num. Internamento: 1 Entrada: 16/04/2017 20:07 Previsão saída: 16/04/2017 11:00 Atendente: FRANCISCAR

Convênio: SUS ESTADUAL

Matrícula/CNS: 160101510480000

Médico: Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA

CRM: 2156

ENFERMARIA 111-B

Responsável: DAIANA SALUSTINO PEDRO FERREIRA CPF: 080.121.754-30 RG: 2858680

Parentesco: ESPOSA

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

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

Assinatura: [] Paciente [X] Responsável

Daiana Salustino Pedro Ferreira

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

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

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA - CRM 2156

Hospital Memorial
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.922-020 Natal / RN
Confere com original
Em: _____



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

REGISTRO DE ENFERMAGEM - ADMISSÃO CENTRO CIRÚRGICO

Dados do Paciente

Paciente: **HENRIQUE EDUARDO FERREIRA**

Nascimento: **23/02/1987** 30 anos Data Internação: **16/04/2017 20:07:51**

Registro: **120678** Nº Internação: **1**
Leito: **ENFERMARIA 111-B**

ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA Alerta

ASPECTO GERAL

<input checked="" type="checkbox"/> <u>Alerta</u>	<input type="checkbox"/> <u>Acianótico</u>	Observações:
<input type="checkbox"/> <u>Pálido</u>	<input type="checkbox"/> <u>Tremores</u>	
<input type="checkbox"/> <u>Vômitos</u>	<input type="checkbox"/> <u>Sudorese</u>	

Diurese: **Ausente**

FERIDA OPERATÓRIA

<input type="checkbox"/> <u>Cicânea</u>	<input type="checkbox"/> <u>Sangramento</u>	SINAIS VITAIS
<input type="checkbox"/> <u>Drenos</u>	<input type="checkbox"/> <u>Fixadores</u>	Pres. Arterial: 120 X 80

<input type="checkbox"/> <u>Tração</u>	Observações:
<input type="checkbox"/> <u>Edema</u>	<input type="checkbox"/> <u>Hematomas</u>

Queixas do Paciente:

Observações Gerais:

PACIENTE RETORNOU DO CC EM POI DE FRATURA DE TIBIA D + TALAR E EM MSE. COMUNICADO AO SETOR DA NUTRIÇÃO COM ESQUERNA DE ATBCEFAZOLINA 21G DE 80% VERIFICADO SSY/SEM. ALTERAÇÕES ADMINIS. MEDICAMENTOS DE

RAIO X

Observações/QTD

Pré: 02 PELEJULAS DE RX

Pos: 01 PELEJULA DE RX D

16/04/2017 16:35:39

COREN - 198686

VIVIANE NUNES DA SILVA

OBSERVAÇÕES GERAIS

16:00H FOI ADMINIS. CEFAZOLINA 01 G 01 FRASCO + 10 ABD IV

16:00H FOI ADMINIS. TRAMAL 100 MG 01 AMP + 100 SF 99% IV

18:00H FOI ADMINIS. ANTAK 150 MG V.O

18:00H FOI ADMINIS. DIPIRONA 500 MG 01 AMP + 10 ABD IV

16/04/2017

COREN - 198686

VIVIANE NUNES DA SILVA

ESTADO GERAL

Alerta

Higiene

Com auxílio

Decúbito Dorsal

Respiração

O2 Ambiente

Corado

Desambulação

Aclimatado

Com auxílio

Eliminaç. Vescicais.

Eliminaç. Intestinais:

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial:

26,7 °C

Respiração:

Pres. Arterial: **120 X **80****

Pulso: **80**

DIETA

Oral

Ótico

Aceita Total

ACESSO VENOSO

Saturação O2:

Em:

Confera:

Gravidez:

Original:

QUEIXAS DO PACIENTE:

Observações Gerais:

PACIENTE COM EGR NO POI DE FRATURA DE TORNozelo + TALA GESSADA AFEBRIL CONSCIENTE ORIENTADO NA HV POR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO EM OF. ANBTE DIETA ORAL DIURESE ESPONTÂNEA EM USO DE ANT. CEFAZOLINA MEDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA SEGURO AOS CUIDADO DA ENFERMAGEM

16/04/2017 20:06:37

COREN - 24988

EDNALDO BERNARDO DA SILVA

REGISTRO DIÁRIO DE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: **HENRIQUE EDUARDO FERREIRA**

Registro: **120678** Nº Internação: **1**

Nascimento: **22/02/1987** 30 anos Data Internação: **16/04/2017 20:07:51**

Leito: **ENFERMARIA 111-B**

ESTADO GERAL

<u>Alerta</u>	Higiene
<u>Decubito Dorsal</u>	<u>Com auxílio</u>
<u>Correto</u>	Respiração
<u>Acianótico</u>	O2 Ambiente
	Deambulação
	<u>Restrito ao Leito</u>

Eliminaç. Vaginais: **PRESENTE**

Eliminaç. Intestinais:

SINAIS VITÁIS

Pres. Arterial: **120** X **80**

P脉: **80**

Temperatura: **36,6**

*C Respiração: **20**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

H.V EM MSE

DIETA

Oral

Aselta Total

Obs:

QUEIXAS DO PACIENTE

Observações Gerais:

PACIENTE EM POS OPERATORIO DE FRATURA DE TIBIA D + TALA. H.V EM MSE VERIFICADO.
SSVV SEM ALTERACOES. SEGUO NO LEITO DE ALTA HOSPITALAR A ESPERA DE TRANSPORTE

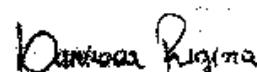
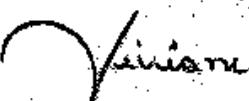
16/04/2017 18:20:00

COREN - 188628

VISARTE NUNES DA SILVA

OBSERVAÇÕES GERAIS

PACIENTE SAIU D ALTA HOSPITALAR.

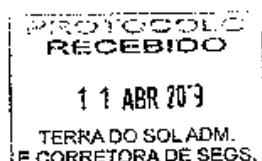
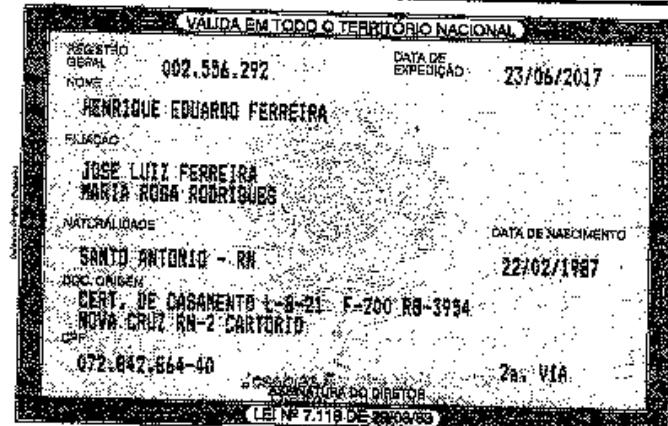


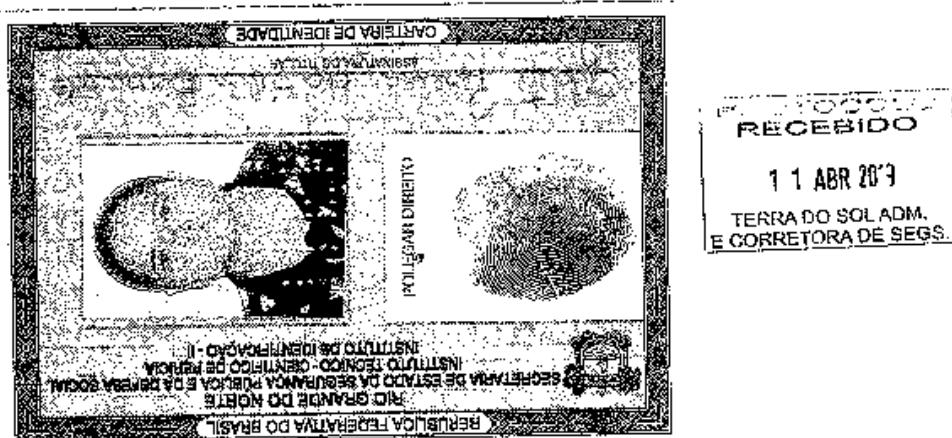
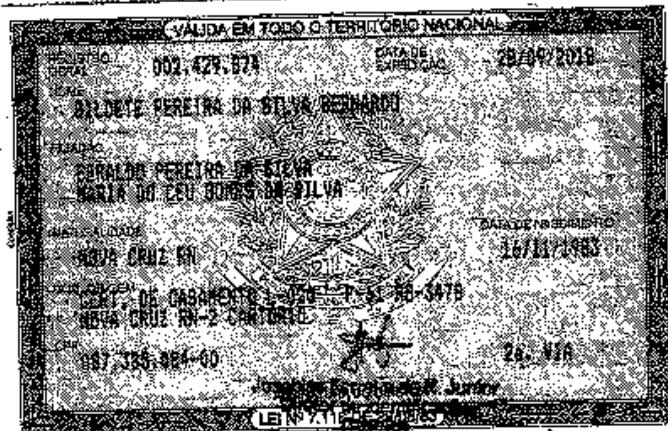
26/04/2017
COREN - 619233

LARISSA REGINA RODRIGUES FERREIRA DA SILVA

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 8791
Tiro/59.022-020/Natal/RN
Confira com original
Em: / /







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
CETRAN - RN 11068 // 00873 N° 013710063322 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CPF/CNPJ	PLACA	EXERCÍCIO
1	01109751926	072.842.864-40	2018
ENRIQUE EDUARDO PEREIRA 072.842.864-40 0G00191 0G00191/RN 0CE4D410068009793 PASSAGEIRO / MOTOCICLETA / MOTO / MOPED ALCOOL - GÁSOLINA BONITA / RR 190 ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2014 SCW/184 CILINDRADAS CATEGORIA: P COR PREDOMINANTE: PRETA 1 R\$ 0,00 VENC. COTA ÚNICA: 03/03/2018 1º PAGO V FAIXA: PVA PARCELAMENTO / COTAS: 2º PAGO A R\$ 0,00 3º R\$ 0,00 3º PAGO PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) - IOF (R\$) - PREMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO *** TAXAS DETRAN: PAGO *** IOF: PAGO *** PREMIO TOTAL: PAGO *** DATA DE PAGAMENTO: PAGO OBSERVAÇÕES: MOTOR: KD41-B0G009801 NOVA CRUZ/RN DATA: 09/03/2018			
DENITREN CONTRIB			

SEGUNHO BILHETE DE SEGURO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓVEIS DE VÍA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

RN N° 013710063322 BILHETE DE SEGURO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓVEIS DE VÍA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DE SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
BAC DPVAT 0800 0221304

VIA	CPF/CNPJ	PLACA	EXERCÍCIO	DATA-EXI
1	072.842.864-40	0G00191	2018	08/03/2018
RENAVAM	MARCA / MODELO	ARQ/FAB.	DATA-FAB.	DATA-EXI
01109751926	BONITA / RR 190	2016	9	08/03/2018
PRÉMIO TARIFÁRIO ENQUANTO (R\$) - IOF (R\$) - CUSTO DO SEGURO CUSTO BILHETE (R\$) - IOF (R\$) - VALOR PAGUE (R\$) PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE PAGAMENTO				

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

ONP: 05 233.822.900-04

RECEBIDO
11 ABR 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190272337 **Cidade:** Nova Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA **Data do acidente:** 07/04/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO.

Descrição do exame LIMITAÇÃO MODERADA DA MOBILIDADE DE INVERSÃO DE TORNOZELO DIREITO, FERIDAS OPERATÓRIAS
físico: CICATRIZADAS NA REGIÃO DO TORNOZELO DIREITO, LIMITAÇÃO PARA EXTENSÃO (10°) E PARA FLEXÃO (10°) DO TORNOZELO DIREITO, MARCHA CLAUDICANTE À DIREITA.

Resultados terapêuticos: RESULTADOS ADEQUADOS COM O TRATAMENTO PRECONIZADO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/04/2019

Conduta mantida:

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total		18,75 %	R\$ 2.531,25	



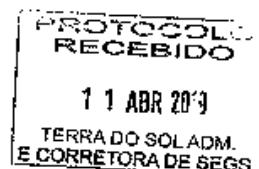
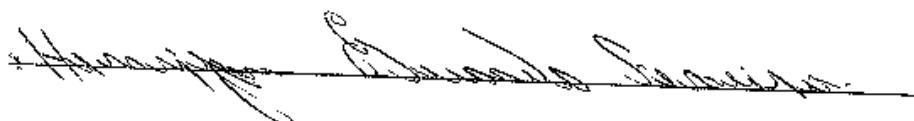
DECLARAÇÃO

Eu Henrique Eduardo Ferreira portador
do

RG: 002.556.292 SSP/RN CPF: 072.842.864-40 reclamante do SEGURO DPVAT, venho através dessa declaração informar e comunica que não tenho mas nenhuma documentação médica Hospitalar, só a que já consta no pleito do meu processo que são a entrada Hospital Municipal Monsenhor Pedro Maura Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel

Que demonstra e menciona as sequelas que tenho e as dificuldade que fiquei devido ao acidente de Transito no dia 07/04/17, por isso peço a analise da minha documentação, no qual estou precisando e necessitando, da indenização para ajuda nas lesões sofridas, no qual ainda estou com sequelas pois em verdade só posso essas documentação médica, e que não tenho mas nenhum tipo de documentação a mais hospitalar só a que está no pleito do meu processo.

NOVA CRUZ/RN 27 DE Marco DE 2019



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Henrique Eduardo Ferreira, brasileiro(a),
estado civil: casado, Profissão: Servente, Data do Acidente 07.04.2017
Cobertura invalidiz, portador(a) do RG 002.556.292, órgão expedidor
_____ e do CPF: 072.842.864-40 residente no(a)
Zilda Lins da Prudente Camara, nº 51,
bairro: Santa Luzia, município: nova cruz, RN.

OUTORGADO:

Nome: Gildete Ferreira da Silva Bimardo, brasileiro(a)
estado civil: casada, Profissão: Agricultora, portador(a) do RG
002.429.874, órgão expedidor SSP/RN, nº do CPF: 087.385.084-00, residente
no(a) Campo Santo, nº 207,
bairro: Centro, município: nova cruz, RN.

PODERES:

Concede poderes especiais ao outorgado para:

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

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

nova cruz/RN 28.02.2019

Local e Data

Henrique Eduardo Ferreira

(Reconhecer firma por autenticidade)

RECEBIDO

11 ABR 2019

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS

OFÍCIO REGISTRO CIVIL E NOTAS
Rua 16 do Novo Brasil, 13 - Centro - Nova Cruz - CEP: 58210 000 - Fone: (84) 98752-6462
Tabel. 8 - Ultramarina Cristina da Oliveira Góis

Reconhecido por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:
HENRIQUE EDUARDO FERREIRA
Foi-me sido posta em minha presença, dia 16.
NOVA CRUZ/RN, 28 de Fevereiro de 2019

Anderson Santos da Cunha - 1º Substituto
VALIDO SOMENTE COM Selo DE AUTENTICIDADE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0124903/19

Vítima: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA

CPF: 072.842.864-40

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/04/2017

Titular do CPF: HENRIQUE EDUARDO FERREIRA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GILDETE PEREIRA DA SILVA BERNARDO : 087.385.084-00

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

HENRIQUE EDUARDO FERREIRA : 072.842.864-40

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/04/2019
Nome: GILDETE PEREIRA DA SILVA BERNARDO
CPF: 087.385.084-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/04/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GILDETE PEREIRA DA SILVA BERNARDO

GERCIA LOURENCO DA SILVA



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 23/11/2020 14:48:29
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112314482922400000060453040>
Número do documento: 20112314482922400000060453040

Num. 63055858 - Pág. 45