



Número: **0818462-74.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **01/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JANIELDI ANSELMO DE SOUZA (AUTOR)		Rodrigo Cavalcanti Contreras (ADVOGADO)	
Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais (RÉU)			
MICHEL FREIRE DE ARAUJO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63207721	26/11/2020 14:30	2769066_CONTESTACAO_Anexo_04	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, 23 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200128164

Vítima: JANIELDI ANSELMO DE SOUZA

Data do Acidente: 26/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATA DA SILVA SANTOS SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JANIELDI ANSELMO DE SOUZA

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,

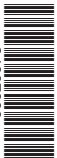
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15648978

Pag. 00149/00150 - carta_01 - INVALIDEZ

00020075





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

Rio de Janeiro, 10 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200128164

Vítima: JANIELDI ANSELMO DE SOUZA

Data do Acidente: 26/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATA DA SILVA SANTOS SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JANIELDI ANSELMO DE SOUZA

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\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JANIELDI ANSELMO DE SOUZA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 033

Agência: 000003211

Conta: 000002006488-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 087-643.644-02 4 - Nome completo da vítima: FERNANDA FLOR LINHARES DE SOUZA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: FERNANDA FLOR LINHARES DE SOUZA 6 - CPF: 087-643.644-02
7 - Profissão: Recebe 8 - Endereço: Rua Angolô 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Vila Nova 12 - Cidade: Laranjeiras 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 59147-620
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 021 9-9939-7466

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Santander

AGÊNCIA: 3211 CONTA: 6488 9
(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 (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 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(s) menor(es)? ☐ 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 provarão esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a 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

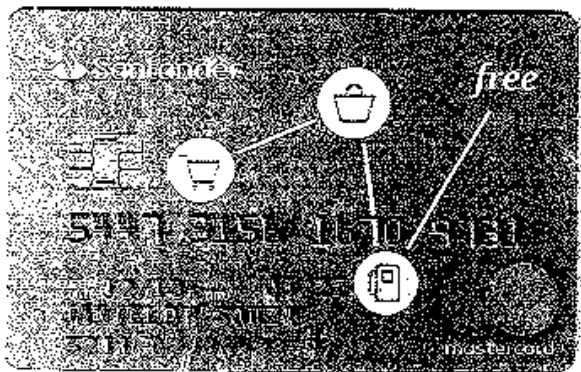
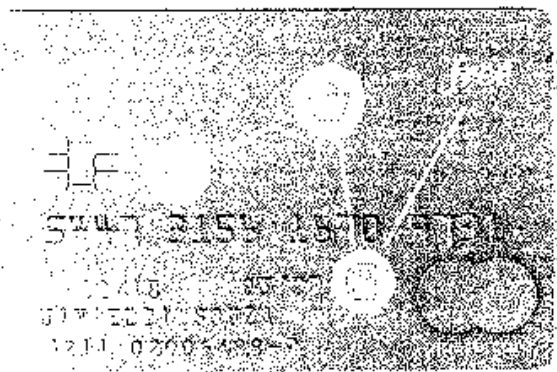
40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)







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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005937/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 17/01/2020 09:02 Data/Hora Fim: 17/01/2020 09:22
Delegado da Polícia: Ben-Hur Cirino da Medeiros

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Monte Alegre

Data/Hora do Fato: 20/12/2019 05:30

Local do Fato

Município: Monte Alegre (RN)
Bairro: SÍTIO CASTANHA
Logradouro: SÍTIO CASTANHA

Tipo do Local: Outro

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JANELDI ANSELMO DE SOUZA (VÍTIMA, COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 19/02/1989	Idade: 30 anos
Naturalidade: RN - Serrinha	Profissão: Motorboy		
Estado Civil: Casado(a)			
Nome da Mãe: Rosilene Gomes da Silva	Nome do Pai: Mariano Anselmo de Souza		

Documento(s)

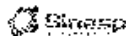
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 087.643.844-02
RG - Carteira de Identidade: 2561878

Endereço

Município: Pamamirim - RN
Logradouro: RUA ANGOLA Nº: 10B
Bairro: VIDA NOVA
Telefone: (84) 8880-1889 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 523.475.194-34	Placa QJZ9D02
Renavam: 00594631537	Número do Motor: JC41E1E109448
Número do Chassi: 9C2JC411UER109448	Ano/Modelo Fabricação: 2014/2013
Cor: PRETA	UF Veículo: Rio Grande do Norte
Município Veículo: Currais Novos	Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS
Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS	Veículo Adulterado?: Não
Quantidade: 1 Unidade	Situação: Meio Empregado
Última Atualização Denatran: 01/04/2019	Situação do Veículo: NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos



Delegado da Polícia Civil: Ben-Hur Cirino da Medeiros
Impresso por: Ricardo Wagner Constantino
Data de Impressão: 17/01/2020 09:22
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005937/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
Janieldi Anselmo de Souza	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O DECLARANTE INFORMA QUE NO DIA E LOCAL SUPRACITADO, PILOTAVA O VEÍCULO DE PLACA OJZ9D02, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA SUPRACITADA AO COCHILAR; QUE FOI AO SOLO; QUE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL LAVOISIER MAIA, EM MONTE ALEGRE/RN, CONFORME BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 80/19 DATADO DO DIA 26/12/2019. NADA MAIS DECLAROU.

ASSINATURAS


Ricardo Wagner Constantino
Servidor Público
Matrícula 928981
Responsável pelo Atendimento


JANIELDI ANSELMO DE SOUZA
Janieldi Anselmo de Souza
(Vítima / Comunicante)

*Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) (autor) responsável pelas informações acima escritas e declaro que sou o responsável pela assinatura e pelo conteúdo desta declaração que foi feita, conforme previsto nos Artigos 249-Ga-furtação, 249-Ga-furtação, 249-Ga-furtação e 249-Ga-furtação do Código Penal Brasileiro.



Delegado da Polícia Civil: Ben-Hur Cirino de Medeiros
Impresso por: Ricardo Wagner Constantino
Data de Impressão: 17/01/2020 08:22
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 087-643-644-02 4 - Nome completo da vítima: XAMELDI ANSELMO DE SOUZA

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

5 - Nome completo: XAMELDI ANSELMO DE SOUZA 6 - CPF: 087-643-644-02
7 - Profissão: Bateu 8 - Endereço: Rua Angola 9 - Número: 40-15 10 - Complemento:
11 - Bairro: Vila Nova 12 - Cidade: Taramirim 13 - Estado: RS 14 - CEP: 59147-620
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 011 9-9939-7466

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\$1.000,00 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:
(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Santander

AGÊNCIA: 3211
(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 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 (nascituros)? ☐ 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 privarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura digital ou manuscrita autenticada

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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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: 06/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANIELDI ANSELMO DE SOUZA

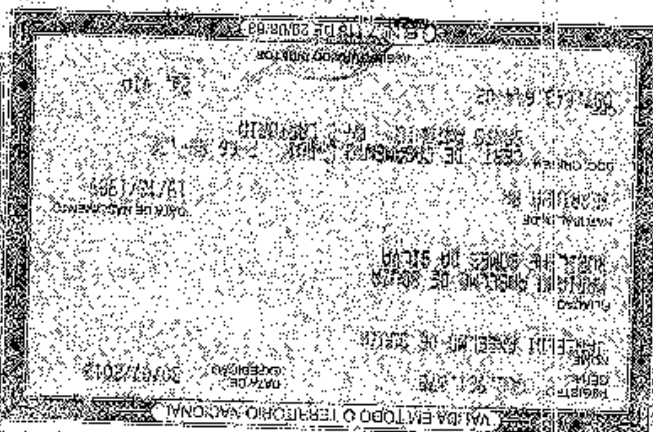
BANCO: 033

AGÊNCIA: 03211

CONTA: 000002006488-9

Nr. da Autenticação 6B52798572B88142





V. T. M. a.

MINISTERIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 087.643.644-02

Nome JANIEL ANSELMO DE SOUZA

Nascimento 19/12/1989

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICACAO

CODIGO DE CONTROLE
94AF.2725.1B7F.16FF

A autenticidade desta comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 10:53:01 do dia 30/07/2013, (hora e data de Brasília)
digito verificador: 60

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

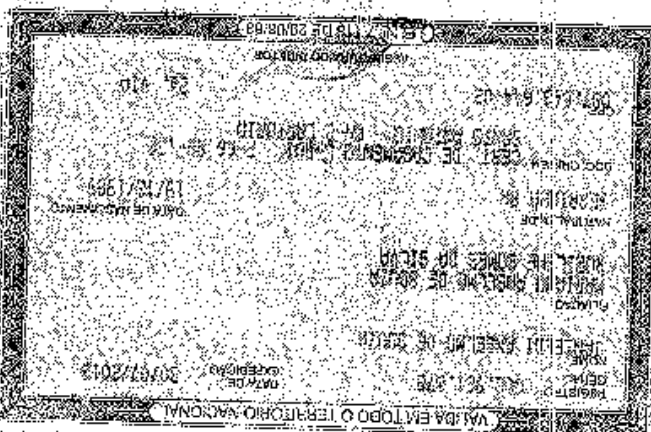
União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

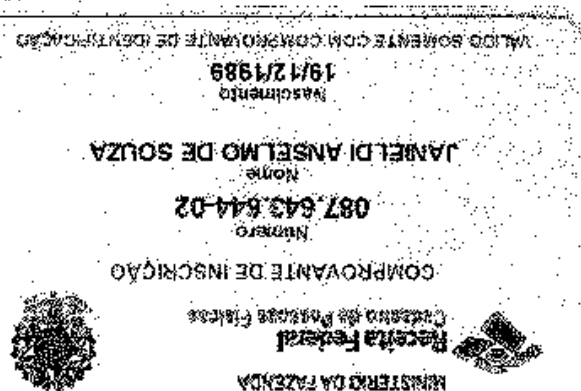
União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho

União Social de Energia Eletétrica Coisa pelo Um Trabalho de Trabalho





Vítima



CODIGO DE CONTROLE
94AF.2725.1B7F.16FF

A autenticidade deste comprovante poderá ser confirmada na internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
em 10:53:01 do dia 30/07/2013 (hora e data de Brasília)
digito verificador: 60

AUTOR		DATA	VALOR (R\$)
1	10/01/2020	10/01/2020	102,27
2	12/2019	12/2019	102,27
3	10/01/2020	10/01/2020	102,27
4	12/2019	12/2019	102,27
5	10/01/2020	10/01/2020	102,27
6	12/2019	12/2019	102,27
7	10/01/2020	10/01/2020	102,27
8	12/2019	12/2019	102,27
9	10/01/2020	10/01/2020	102,27
10	12/2019	12/2019	102,27
11	10/01/2020	10/01/2020	102,27
12	12/2019	12/2019	102,27
13	10/01/2020	10/01/2020	102,27
14	12/2019	12/2019	102,27
15	10/01/2020	10/01/2020	102,27
16	12/2019	12/2019	102,27
17	10/01/2020	10/01/2020	102,27
18	12/2019	12/2019	102,27
19	10/01/2020	10/01/2020	102,27
20	12/2019	12/2019	102,27
21	10/01/2020	10/01/2020	102,27
22	12/2019	12/2019	102,27
23	10/01/2020	10/01/2020	102,27
24	12/2019	12/2019	102,27
25	10/01/2020	10/01/2020	102,27
26	12/2019	12/2019	102,27
27	10/01/2020	10/01/2020	102,27
28	12/2019	12/2019	102,27
29	10/01/2020	10/01/2020	102,27
30	12/2019	12/2019	102,27
31	10/01/2020	10/01/2020	102,27
32	12/2019	12/2019	102,27
33	10/01/2020	10/01/2020	102,27
34	12/2019	12/2019	102,27
35	10/01/2020	10/01/2020	102,27
36	12/2019	12/2019	102,27
37	10/01/2020	10/01/2020	102,27
38	12/2019	12/2019	102,27
39	10/01/2020	10/01/2020	102,27
40	12/2019	12/2019	102,27
41	10/01/2020	10/01/2020	102,27
42	12/2019	12/2019	102,27
43	10/01/2020	10/01/2020	102,27
44	12/2019	12/2019	102,27
45	10/01/2020	10/01/2020	102,27
46	12/2019	12/2019	102,27
47	10/01/2020	10/01/2020	102,27
48	12/2019	12/2019	102,27
49	10/01/2020	10/01/2020	102,27
50	12/2019	12/2019	102,27
51	10/01/2020	10/01/2020	102,27
52	12/2019	12/2019	102,27
53	10/01/2020	10/01/2020	102,27
54	12/2019	12/2019	102,27
55	10/01/2020	10/01/2020	102,27
56	12/2019	12/2019	102,27
57	10/01/2020	10/01/2020	102,27
58	12/2019	12/2019	102,27
59	10/01/2020	10/01/2020	102,27
60	12/2019	12/2019	102,27
61	10/01/2020	10/01/2020	102,27
62	12/2019	12/2019	102,27
63	10/01/2020	10/01/2020	102,27
64	12/2019	12/2019	102,27
65	10/01/2020	10/01/2020	102,27
66	12/2019	12/2019	102,27
67	10/01/2020	10/01/2020	102,27
68	12/2019	12/2019	102,27
69	10/01/2020	10/01/2020	102,27
70	12/2019	12/2019	102,27
71	10/01/2020	10/01/2020	102,27
72	12/2019	12/2019	102,27
73	10/01/2020	10/01/2020	102,27
74	12/2019	12/2019	102,27
75	10/01/2020	10/01/2020	102,27
76	12/2019	12/2019	102,27
77	10/01/2020	10/01/2020	102,27
78	12/2019	12/2019	102,27
79	10/01/2020	10/01/2020	102,27
80	12/2019	12/2019	102,27
81	10/01/2020	10/01/2020	102,27
82	12/2019	12/2019	102,27
83	10/01/2020	10/01/2020	102,27
84	12/2019	12/2019	102,27
85	10/01/2020	10/01/2020	102,27
86	12/2019	12/2019	102,27
87	10/01/2020	10/01/2020	102,27
88	12/2019	12/2019	102,27
89	10/01/2020	10/01/2020	102,27
90	12/2019	12/2019	102,27
91	10/01/2020	10/01/2020	102,27
92	12/2019	12/2019	102,27
93	10/01/2020	10/01/2020	102,27
94	12/2019	12/2019	102,27
95	10/01/2020	10/01/2020	102,27
96	12/2019	12/2019	102,27
97	10/01/2020	10/01/2020	102,27
98	12/2019	12/2019	102,27
99	10/01/2020	10/01/2020	102,27
100	12/2019	12/2019	102,27



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 31 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, a 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, PROVIDÊNCIA 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 Renata da Silva Santos Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 109.821.074, 18 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Janeleidi Anselmo de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 087-643.644-02

do sinistro de DPVAT cobertura motocicleta da Vítima Janeleidi Anselmo de Souza

inscrito (a) no CPF sob o Nº 087-643.644, 02, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: 12 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 Imple</u>	Número: <u>10 B</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Vila Nova</u>	Cidade: <u>Pernambuco</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>59147-620</u>	Tel.(DDD): _____

Local e Data: Pernambuco 21-01-2020

Renata da Silva Santos Souza

Assinatura do Declarante

OLDRI.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 26/11/2020 14:30:42
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112614304268600000060592424>
Número do documento: 20112614304268600000060592424

Num. 63207721 - Pág. 11



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE DR. LAVOISIER MAIA
UNIDADE DE EMERGÊNCIA DE MONTE ALEGRE

Nº 60

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

NOME: Priscila de Assis da Silva RG: 5039625/200
Ox: 98 COR: M SEXO: F ESTADO CIVIL: S
NATURALIDADE: Monte Alegre PROFISSÃO: CARTÃO SUS: 5039625/200
RESIDÊNCIA: Rua: Dr. G. B. BAIRRO:
CIDADE: Monte Alegre DATA: 25/01/20 HORA ENTRADA: 15h
Q.P.:

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

() APARENTEMENTE () REGULAR () COM DISPNEIA () CHOCADO () COMATOSO
() COM HEMORRAGIA () EM CONVULSÃO () POLITRAUMATIZADO () AGITADO () OUTROS

Aluga Acidente de Trabalho: () SIM () NÃO

História -- Causa Eficiente da Lesão (Alegada):

Queda de moto

Exame Físico -- Lesão Afecções Encontradas:

Entumecimento em HTD. Possível fratura de
costelas

TA: mmHg: PULSO: RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA:

120/80

Diagnóstico Provisório:

Trauma





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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 67441 /2019
Admissão: 26/12/2019 10:52:13

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 157548 - JANIÉLDI ANSELMO DE SOUZA (30 a 26 d)

Nascimento: 19/12/1989 Natural: SERRINHA, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 201396025120003

CPF: 08764364402

Prof: MOTO BOY

Mãe: ROSILENE GOMES DA SILVA

Pai: MARIANO ANSELMO DE SOUZA

Lógradoiro: ANGOLA, 10

CEP: 59147620

Bairro: VIDA NOVA

Cidade: PARNAMIRIM

Telefone: 84 987490296

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. INTERIOR

*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 26/12/2019 10:45:17				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM DEFORMIDADE EM PUNHO DIREITO E DOR EM GUADRIL
COSTAL A D, CONSCIENTE ORIENTADO.

Hora: _____

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 14/01/20
MAT. Nº 152073
SANE
CA
ASSINATURA

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: 26/12/2019 11:47:38 - INTERNADO

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por CLAUDIA FERREIRA DE FREITAS. Impresso em 14 de Janeiro de 2020.





90101157548

Paciente: 157548 - JANIELDI ANSELMO SOUZA

FIA: 4-12422/2019

Idade: 30 ano(s) 0 mes(es) e 26 dia(s)

Prescrição Nº: 5

Hospital / Unidade: WG - OBS II

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 1192335

Peso:

Data Internação: 26/12/2019 11:47

Início Validade: 30/12/2019 19:00 até 31/12/2019 18:59

Quarto / Leito: 2 - 959

Médico Resp.: 116-GEAN GUARNIERE RODRIGUES

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

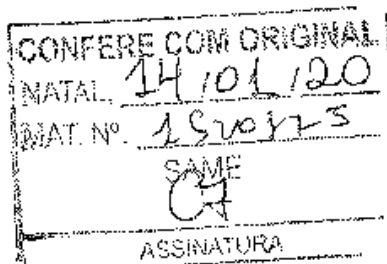
30/12/2019 17:02:48 - FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO
ESTÁVEL, DOR LEVE CONTROLADA, EUPNEICO, AFEBRIL E COM BOA PERFUSÃO EM DEDOS
AGUARDA TRANSFERÊNCIA PARA CIRURGIA PELA REGULAÇÃO SESAP.

QUEIXA DE CEFALÉIA -> SOLICITADO TC CRÂNIO E AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA.
AGUARDANDO AVALIAÇÃO.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - LIVRE						
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - DÍPIRONA, SODICA (500 MG/ML 20 ML GOTAS)	40	GTS	VO	6h/6h		
3 - TRAMADOL 50MG	1	COM	VO	12h/12h		
4 - RANITIDINA 150 MG	1	COM	VO	12h/12h		
5 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML S/N vômitos/na	1	AMP	IV	8h/8h		
CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
6 - SSVV + CCGG						

FERNANDO SERGIO DE MACEDO CALDAS
CRM-2779/RN



REGISTRO DE INTERNAMENTO

Nº AIH: _____ Nº ATENDIMENTO: 503678 DATA: 22/01/2020
TIPO DE INTERNAMENTO: _____ HORA: _____
ACOMODAÇÃO: ENFERMARIA LEITO: TERREO103 ☒ CONVENIO: SUS
MATRÍCULA: 201398025120003 VALIDADE: _____
Criado por Joyce de Lima Soares em 22/01/2020 20:23

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: JANIELDI ANSELMO DE SOUZA SEXO: Masculino
DATA DE NASCIMENTO: 19/12/1989 RG: 002961878 CPF: _____
FILIAÇÃO MÃE: ROSILENE GOMES DA SILVA
FILIAÇÃO PAI: MARIANO ANSELMO DE SOUZA
ENDEREÇO: Rua Angola Nº 10B
BAIRRO: Vida Nova CIDADE: PARNAMIRIM
TADO: RN CEP: 59147-620
FONE: (84) 98749-0226 FONE: (84) 98880-1899

SUMÁRIO DE ALTA

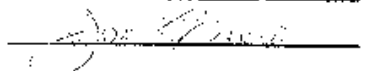
TIPO DE ALTA: () MÉDICA () ADMINISTRATIVA () A PEDIDO () EVASÃO () ÓBITO
DATA: _____ HORA: _____ ASS. RESPONSÁVEL DO SETOR: _____

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA
CNPJ: 09.417.742/0001-91

Confere com o Original

Data: 16 / 01 / 2022



CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



PACIENTE: JANIÉLDO ANSELMO DE SOUZA

REG. DO PACIENTE Nº

CONVENIO: SUS

CIRURGIA: FRATURA ANTEBRAÇO + ENXERTO + NEUROLISE ÚNICA + TENOPLASTIA

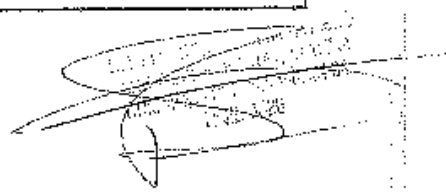
COD. PROCEDIMENTO(S): 0408020007 +
0408060530 + 0403020050 + 0408060530

EQUIPE MÉDICA		EQUIPAMENTOS / TEMPO DE USO		GASOMETRIA / TEMPO DE USO		DATA:	
CIRURGIÃO : GENTIL FERNANDES 5047		BISTURI ELÉTRICO:		GÁS CARBÔNICO:		HORA:	
1ª AUXILIAR:		CAPNÓGRAFO:		NITROGÊNIO:		TERMINO:	
2ª AUXILIAR:		INTENS. DE IMAGENS:		O² SOB CATETER:		SANGUE:	
3ª AUXILIAR:		MONITOR CARDÍACO:		O² SOB PRESSÃO:			
ANESTESISTA:		OXÍM. DE PULSO:		OXÍM. NITRÓSO:			
INSTRUMENTADOR(A):		SERRA ELÉTRICA:					
		SERVOFLORANE		ÁGUA OXIGENADA		CAPA DE VÍDEO	
CATGUT CROMADO 3.0		ATACURIO		ALCOOL 70%		TUBO S/ BALÃO 3.0	
CATGUT SIMPLES 5.0		C. PAPAVERINA 50MG/2ML		ALCOOL IODADO		TUBO C/ BALÃO 3.0	
CERA OSSEA		CLOMIDIN		DETERGENTE ENZIMÁTICO		ARRUELAS	
ETHYBOND 2.0		CLORETO DE SUXAMETÔNIO		DETERGENTE ENZIMÁTICO		ASPIRADOR	
RIO ALGODÃO C/ AGULHA		DEXAMETASONA 4MG		FORMOL		CÍDEX POR ML	
MONOCRYL 3.0		DIPIRONA		ABD 1000ML		CIMENTO ORTOPÉDICO	
NYLON 2.0 (2CM)		DIPROSPAM		ABD 10ML		DRILL ELÉTRICO	
NYLON 2.0 (4CM)		DRAMIN BSDL		FISIOLÓGICO 0.9% 1000ML		FIO DE KIRSCHNER	
POS II 1.0		EFEDRINA		FISIOLÓGICO 0.9% 500ML		FIO DE LUQUE	
PROLENE 2.0		EPINEFRINA		GLICOSADO 5% 250ML		FIO DE LUQUE	
VCRYL 0		FENERGEM 50MG 2ML		GLICOSADO 5% 500ML		FIXADOR EXTERNO	
ISOFLURANO		FUROSEMIDA		GLICOSE 50% AMPOLA		GANCHO	
LINDOCAINA 10% SPRAY		GLICOMATO DE CÁLCIO 10%		RINGER LACTATO 500ML		GEOFOAM	
LINDOCAINA 2% C/ VASO		HIDROCORTISONA 500MG		RINGER SIMPLES 800ML		GRAMPO	
LINDOCAINA 2% GEL		IPILON 1G		EPIESAN		MASTER	
LINDOCAINA 5/ VASO		IPILON 4MG		NEOMICINA		LÂMINA DE SHAVER	
NEOCAINA C/ VASO		METOCLOPRAMIDA		SULFADIAZINA DE PRATA		LIGAMENTO SINTÉTICO	
NEOCAINA 5/ VASO		NIBLUM		TROFODERMIN		PARAFUSO INTERF. TITANIO	
NOVABUPI C/ VASO		ONDASETRONA		PÉREURO CORTANTE		PARAFUSO ANCORAS	
NOVABUPI 5/ VASO		PROSTIGMINE		AGULHA DE STIMUPLEX		PARAFUSO CANULADO	
SERVO FLORANO		RANITIDINA		AGULHA		PARAFUSO CORTICAL	
XILOCAINA C/ VASO		SELOKEN 5 MG / 5ML		AGULHA P/ RAQUIN		PARAFUSO ESPONJOSO	
XILOCAINA 5/ VASO		THIATIL 40MG		AGULHAS		PARAFUSO TRANSVERSO	
		TRIBIE		JELCO		PINO	
				LÂMINA DE BISTURI		PINO DESLIZANTE	
ADRENALINA		DIMORF		SCALPS		PLACA	
AMINOFLUVA		DOLANTINA				PLAST ANEL 1.4	
AMODARONA		FENTANIL		ATADURA CREPOM		PROTESE	
ATROPINA		FLUMAZENIL		ATADURA DE ALGODÃO		SURGICEL	
BUSCOPAM SIMPLES		ISOFLORANIL		ATADURA GESSO		SONDAS	
CAFAZOLINA 1G		KETAMINA		MALHA TUBULAR		NASO LONGA 04	
CAPTOPRIL 25MG		MIDAZOLAM		SOLUÇÃO		SONDA DE FOLEY	
CEFALOTINA 1G		NARCAN		CLOREXIDINA ALCOOLICA 2%		URETRAL 4	
CEFETRIAXONA 1G		NILPERIDOL		CLOREXIDINA AQUOSA 2%		SONDA CURTA	
CLORETO DE POTÁSSIO 19%		NUBAIN		CLOREXIDINA DEGERMANTE 0.2%			
CLORETO DE SÓDIO 20%							

ASSINATURA DO EXATIMADO DO MÉDICO

SEDAÇÃO + LOCAL

N O T A C O E S		TÉCNICA ANESTÉSICA		AVALIAÇÃO PRE-ANEST		CIRCO SNAU OPERATORIO		MONITORIZAÇÃO		SEDAÇÃO + LOCAL REALIZADA		PELO CIRURGIÃO	
MIN. C/ ACRÉSCIMO	MIN S/ ACRÉSCIMO	TOTAIS											
				<div> <div>MONITORIÇÃO</div> <div> ECS - ENI - SPO2 - CAPNÓGRAFO VENÓCLUSE - JELCO 20G MEDICAÇÕES MIDAZOLAM 5 mg - 1 AMP -> 5MG FENTANIL 250 mcg - 1 AMP -> 200 CEFAZOLINA - 2FR -> 2G DEXAMETAZONA 10MG - 1 AMP -> 10MG DIPIRONA - 3AMP -> 2G BROMOPRIDA 10mg - 1 AMP -> 10mg RANITIDINA 50mg - 1AMP -> 50mg PROPOFOL 20ML AMP ETANINA 10ML AMP </div> </div>									
				<div> <div>CATETER TIPO GÜLLOS - UN</div> <div>EQUIPO - UN</div> <div>SF 0,9% 250ML</div> <div>RL 500ML - PR</div> <div>JELCO</div> <div>AGUIHA ESTIMULO PLEX</div> <div>MÁSCARA LARÍNGEA</div> <div>CANULA OROTRAQUEAL</div> </div>									
				<div> <div>INÍCIO DA ANESTESIA:</div> <div>INÍCIO DA CIRURGIA:</div> <div>TÉRMINO DA CIRURGIA:</div> <div>TÉRMINO DA ANESTESIA:</div> <div>OBSERVAÇÕES:</div> </div>									





RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Sarauld Amalino de Souza Nº REGISTRO _____
Data Nascimento 19/12/89 IDADE 30 Sexo M LEITO: 103 Data de Admissão 24/01/2020
MÉDICO: _____

ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

JEJUM COMPLETO INCLUINDO AGUA? () Não (☒) Sim x Início 22/01 PESO: 73 Kg Altura: 1,70 cm

RETIRADA DE PRÓTESES/ORTESE/ADORNOS: (☒) SIM () NÃO

ALERGIAS: (☒) NÃO () SIM: nega

DOENÇAS PREGRESSAS: () DM () HAS () TABAGISMO () HIV () Hep B () Hep C () Arritmias () DPOC () AVC ()

Marca passo () Outros: _____ Medicamentos de uso frequente: nega

Consentimento Cirúrgico Preenchido () Não (☒) Sim

Exames: (☒) Labor () Raio x () USG () TC () RNM () Risco cirúrgico Outros: _____

Encaminhado: (☒) Deambulando () Cadeira de Rodas () Maca () consciente () Inconsciente () Orientado ()

Desorientado

Anotações de Enfermagem: _____

Conferido informação acima por: Liliane Almeida da Silva Admitido na sala: 660 Hora _____
Coordenador: RA 1.431.423-TE

ETAPA I: PRÉ-INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta Pub. Intubação "B"

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO: (☒) Limpa () Contaminada () Potencialmente Contaminada () Infectada

1. Equipe completa presente (☒) Sim () Não
2. Paciente com identificação e cirurgia confirmada (☒)
3. Termo de consentimento (☒) Cirúrgico () hemoterápico () não, caso não esteja assinado contatar o médico
4. Local da intervenção marcado corretamente (☒) sim () não () não aplicável
5. Bisturi elétrico disponível e testado (☒)
6. Aparelho de Anestesia (☒)
7. Equipamento de Vídeo ()
8. Monitor Multi-Parâmetro (☒)



9. Saída de: Oxigênio ☒ Ar Comprimido ☐ Vácuo ☐
 10. Aspirador cirúrgico disponível e testado ☒
 11. Mesa cirúrgica testada ☒
 12. Hemoderivados solicitados e reservados ☐ sim ☒ Não ☐ Não aplicável
 13. Paciente tem alergia conhecida ☐ sim ☒ não
 14. Aparelho de anestesia testado ☒ sim ☐ não
 15. Esterilizações dos instrumentais com indicadores ☒ sim ☐ não

ETAPA II: PRÉ-INCISÃO

16. Confirma nome do paciente, local da intervenção e cirurgia proposta ☒
 17. Confirma preparo da pele com clorexidine Degermante e tópica ☒ Sim ☐ não
 18. Confirmar antibiótico profilático administrado ☒ sim ☐ não aplicável
 19. Paciente em posição adequada ☒ sim ☐ não

EQUIPE DE ENFERMAGEM

20. Confirmar se a disponibilidade dos materiais e equipamentos solicitados para cirurgia ☒
 20. Confirmar com a equipe médica se os exames necessários estão disponível ☒
 21. Confirma bisturi elétrico e placas instalados corretamente ☒

INTRA-OPERATORIO

Posicionamento: Dorsal ☒ Lateral direita ☐ Lateral esquerda ☐ Posição Ginecológica ☐
☐ Decúbito Proclie ☐ Decúbito Ventral

Monitorização cardíaca: ☒ sim ☐ não PNI/Manguito em: MID Placa neutra: Local: _____

Passado faixa de smarch: Não ☒ sim, em: MD Início 14:00 Término 14:30

Soluções Antissépticas Usadas no Campo Operatório: ☒ Clorex degermante ☐ Clorex aquoso
☒ Clorex Alcóolica ☐ PVPI degermante
☐ PVPI tintura ☐ _____

Infusões: SF0,9% 250 ml R.Lactato: 500 ml Simples _____ ml SG5% _____ ml

Drenos: ☐ Penrose nº _____ ☐ Porto-vac nº _____ ☐ Tórax nº _____

Sinais vitais: PA 120/80 mmHg FC: 110 bpm Sat: 95 % T: _____ °C Hora: _____

Anestesia: Início 14:00 Término 14:30 ☐ Geral Inalatório ☐ Geral Venosa ☒ Sedação ☐ Local
☐ Peridural ☐ Raqui ☒ Bloqueio: _____

IOT: ☒ Não ☐ sim -- Cânula nº _____ IOT aramado: ☒ não ☐ sim nº _____

AVP: ☐ não ☒ sim MD, Jelco nº 20 por MD hemólise

Cateter O2: ☐ não ☒ sim SNG: ☒ NÃO ☐ SIM nº _____ SVD ☒ NÃO ☐ SIM nº _____

Ferida operatória: Curativo LACTATO

Cultura: _____ Anát. Patológico: ☒ Não ☐ Sim _____ Unid _____

Material Explantado: _____

Conferido por Bruna Intercorrência C/

ETAPA III: ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

Confirmar se a contagem de compressas, instrumentais e agulhas foi realizada ☒ sim ☐ não

Caso a cirurgia realizada não tenha sido a proposta, _____

Medicações administradas (anotar horários) Paracetamol 1amp + acetaminofeno 1amp
Dipiridamida 1amp + dexametasona 2amp



OPME: () NÃO ☒ SIM, qual

01 Alaca em F 4X6
02 PE Nº 20
02 PE Nº 36 / Corb.
03 PE Nº 34

Anotações de Enfermagem e Intercorrências

S/

Início da cirurgia: 14:00 Término da cirurgia: 14:30

CIRURGIÃO Dr. Ruylo ASSISTENTE: — ANESTESIOLOGISTA Dr. Mito
INSTRUMENTADORA Thelma CIRCULANTE: Bruma ENFERMEIRA: Danila

URPA (Unidade de Recuperação pós-anestésica)

Condições de admissão do paciente:

☒ Acordado () Sonolento () agitado Ar ambiente () MV 50%

() Cateter de O2 () TQT ☒ AVP () AVC

() Hipotensão () Hipertensão () Bradicardia () Taquicardia () Tremor () Dor () Baixa Saturação

() Hemorragias () Desorientação () Agitação () Dispneia () Broncoespasmo () Outros.

Medicações Administradas na URPA (anotar horários)

Encaminhado para o andar

AVP () AVC () SNG () SVD FECHADA () DRENOS () CURATIVOS LIMPO ()

GESSO EM: MSD () MSE () MID () MIE ()

EXAMES: () Labort () Ralo x () USG () TC () RNM () RISCO CIRURGICO () OUTROS

ENCAMINHADO: () Enfermaria () UTI () Alta Hospitalar () Outros

Anotações de Enfermagem :

ENCAMINHADO POR:

HORA: 15:20





Prontoclinica Dr. Paulo Gurgel
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

MÉDICO: Dr. Gentil
LEITO: 103-B

PACIENTE: Camelia Gurgel Souza SETOR: _____ IDADE: 30
DIAGNOSTICO MÉDICO: Angina
PROCEDÊNCIA: ☒ DOMICILIAR ☐ HOSPITALAR: QUAL: _____
ALERGIAS: neg DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: neg

ASPECTO GERAL

☒ CONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☐ ALGO ORIENTADO
☐ ATIVO ☐ REATIVO ☐ HIPOATIVO
☐ HIPERTÔNICO ☐ HIPOTÔNICO
☐ COMATOSO ☐ SEDADO ☐ ANASARCA ☐ EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

☐ AVP: _____
☐ AVC: _____
☐ Jato: _____
☐ Scalp: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

☐ HV _____
☐ BI _____
☐ ATB _____

PELE

☐ HIDRATADA ☐ RESSECADA ☐ ICTÉRICA
☐ NORMOCORADA ☐ HIPOCORADA ☐ CIANOSE
☐ EXTREMIDADE FRIAS ☐ NORMOTÉRMICA
☐ HIPOTERMIA: _____
☐ HIPERTERMIA: _____
☐ DRENO Local: _____
Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

☒ EUPNEICO ☐ DISPNEICO ☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO ☐ TIRAGEM: _____
☐ RUIDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
☐ TAQUICÁRDICO ☐ NORMOCÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES:

Paciente admitida para avaliação clínica, nega sintomas de insuficiência cardíaca, (asma) em uso de tratamento com medicação.

Fernanda Christina Flor Linhares
Enfermeira
COREN/RN 000.454.607

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

ASPECTO GERAL

☒ CONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☐ ALGO ORIENTADO
☐ ATIVO ☐ REATIVO ☐ HIPOATIVO
☐ HIPERTÔNICO ☐ HIPOTÔNICO
☐ COMATOSO ☐ SEDADO ☐ ANASARCA ☐ EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

☐ AVP: _____
☐ AVC: _____
☐ Jato: _____
☐ Scalp: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

☐ HV _____
☐ BI _____
☐ ATB _____

VENTILAÇÃO

☒ O2 AMB ☐ MV _____ % ☐ HOOD: _____
☐ ENTUBADO TOT Nº _____
OBS: _____

ELIMINAÇÕES

DIURESE
☐ ESPONTÂNEA ☐ SVA A CADA: _____
☐ HEMATÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ ANÚRIA
☐ POLIÚRIA ☐ SVD _____
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

☒ ESPONTÂNEA



PELE

☒ HIDRATADA ☐ RESSECADA ☐ ICTÉRICA
☒ NORMOCORADA ☐ HIPOCORADA ☐ CIANOSE
☒ EXTREMIDADE FRIAS ☐ NORMOTÉRMICA
☐ HIPOTERMIA: _____
☐ HIPERTERMIA: _____
☐ FNO Local: _____
 Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

☒ EUPNEICO ☐ DISPNEICO ☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO ☐ TIRAGEM: _____
☐ RUIDOS ADVENTÍCIOS TIPO: _____
☐ TAQUICÁRDICO ☐ NORMOCÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES:**() TESTÍMULO:****() AUSENTE** _____ DIAS**ASPECTO/CARACTERÍSTICA:** _____**APARELHO DIGESTÓRIO****ABDOMEN**

☒ FLACIDO ☐ GLOBOSO ☐ SEMI GLOBOSO
☐ DISTENDIDO ☐ DOR A PALPAÇÃO
☐ TIMPÂNICO ☐ MACIO ☐ RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

☐ DEAMBULANDO ☐ CADEIRA DE RODAS
☒ SOBRE MACA ☐ MULETA

DIETA

☐ AO SEIO ☒ ORAL/COPINHO ☐ GTM
☐ SOG/SNG _____/_____/_____
☐ RESÍDUO GÁSTRICO: _____
☐ ZERO ☐ VÔMITO _____ vezes

ASPECTO GERAL

☒ CONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☐ ALGO ORIENTADO
☐ PASSIVO ☐ REATIVO ☐ HIPOATIVO
☐ HIPERTÔNICO ☐ HIPOTÔNICO
☐ COMATOSO ☐ SEDADO ☐ ANASARCA ☐ EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

☐ AVP: _____
☐ AVC: _____
☐ Jélico: _____
☐ Scafo: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

☐ IV _____
☐ B: _____
☐ ATB: _____

PELE

☒ HIDRATADA ☐ RESSECADA ☐ ICTÉRICA
☒ NORMOCORADA ☐ HIPOCORADA ☐ CIANOSE
☒ EXTREMIDADE FRIAS ☐ NORMOTÉRMICA
☐ HIPOTERMIA: _____
☐ HIPERTERMIA: _____
☐ DRENO Local: _____
 Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

☒ EUPNEICO ☐ DISPNEICO ☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO ☐ TIRAGEM: _____
☐ RUIDOS ADVENTÍCIOS TIPO: _____
☐ TAQUICÁRDICO ☐ NORMOCÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES:

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

VENTILAÇÃO

☒ O2 AMB ☐ IMV _____ % ☐ IMOOD: _____
☐ ENTUBADO TOT Nº _____
 OBS: _____

ELIMINAÇÕES**DIURSE**

☒ ESPONTÂNEA ☐ SVA A CADA: _____
☐ HEMATÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ ANÚRIA
☐ POLIÚRIA ☐ SVD _____/_____
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

☐ ESPONTÂNEA
☐ TESTÍMULO: _____
☒ AUSENTE _____ DIAS
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO**ABDOMEN**

☐ FLACIDO ☐ GLOBOSO ☐ SEMI GLOBOSO
☐ DISTENDIDO ☐ DOR A PALPAÇÃO
☐ TIMPÂNICO ☐ MACIO ☐ RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

☐ DEAMBULANDO ☐ CADEIRA DE RODAS
☐ SOBRE MACA ☐ MULETA

DIETA

☐ AO SEIO ☒ ORAL/COPINHO ☐ GTM
☐ SOG/SNG _____/_____/_____
☐ RESÍDUO GÁSTRICO: _____
☐ ZERO ☐ VÔMITO _____ vezes

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro



PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

RELATORIO DE ENFERMAGEM

PACIENTE Jordelair Anselmo
 APTO.: 104 B Nº REGIST. _____
 CONVEN. _____

RELATORIO DE ENFERMAGEM		DATA / H	USO DE:	DATA
USO DE:				
BOMBA DE INF.	DIL		ECG	
NEBULIZADOR	Nº		OXIG./UMIDIF.	
ASPIRADOR	DIL		BERÇO AQUECIDO	
CURATIVO			FOTOTERAPIA	
			INCUBADORA	
DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM		ASSINAT.
02.01.20	12:00	pt em tratamento de Sepsis P/ Pneumonia Administração de insulina 200 Medic. Anti-inflamatório - - -		Joana Karla Rodrigues COREN-RN 11.150.633-7
03.01.20		Pré-anestesia do C.C. em sono profundo Administração de insulina 200 Medic. Anti-inflamatório - - -		Francisca Wanderlândia dos Santos COREN-RN 802.049.511-1
03.01.20	12:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	13:30	Exame físico do C.C. em sono profundo Administração de insulina 200 Medic. Anti-inflamatório - - -		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	15:30	Pré-anestesia do C.C. em sono profundo Administração de insulina 200 Medic. Anti-inflamatório - - -		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	16:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	16:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	17:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	17:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	18:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	18:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	19:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	19:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	20:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	20:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	21:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	21:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	22:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	22:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	23:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	23:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	00:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	00:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	01:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	01:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	02:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	02:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	03:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	03:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	04:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	04:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	05:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	05:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	06:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	06:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	07:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	07:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	08:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	08:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	09:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	09:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	10:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	10:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	11:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	11:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	12:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	12:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	13:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	13:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	14:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	14:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	15:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	15:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	16:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	16:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	17:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	17:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	18:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	18:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	19:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	19:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	20:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	20:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	21:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	21:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	22:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	22:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	23:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	23:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	00:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	00:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	01:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	01:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	02:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	02:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	03:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	03:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	04:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	04:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	05:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	05:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	06:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	06:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	07:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	07:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	08:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	08:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	09:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	09:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	10:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	10:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	11:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	11:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	12:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	12:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	13:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	13:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	14:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	14:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	15:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	15:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	16:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	16:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	17:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	17:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	18:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	18:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	19:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	19:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	20:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	20:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	21:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	21:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	22:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	22:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	23:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	23:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	00:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	00:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	01:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	01:30	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15
04.01.20	02:00	Atenção "paciente" com oxigenação respiratória baixa para oxigenoterapia de 24.01.20 (extra)		Waldenice Oliveira Verdes COREN-RN 320.115-15



PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]



PACIENTE: JANI EL DI ANSELMO DE REGISTRO Nº

APTO.: _____ CONVENIO _____

MÉDICO:

Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 26/11/2020 14:30:42
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112614304268600000060592424>
 Número do documento: 20112614304268600000060592424



PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel

EVOLUÇÃO MÉDICA

Isidori Anselmo Souza
PACIENTE: _____ REGISTRO Nº _____
APTO.: *103 B* CONVENIO _____
MÉDICO: _____

DESCRIÇÃO MÉDICA

DATA / HORA

24.01.20

*paciente admitido p/ realizar cirurgia em
Punho. Logo depois a cirurgia da
Albion em site não conseguiu fazer
plano.*

Pat. Isidori Anselmo Souza
CRM 10151

--	--





PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

NOME: *ANDRÉ CARLOS JARDIM*

CONTROLE HÍDRICO E T.P.R.

APT^o

MÉDICO:

REG:

CONVÊNIO: *10416 SUS*

DIA	HORAS	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PULSO	DIETA	VÔMITO	DIURSE	EVACUAÇÃO	ASSINATURA
20/11/20	07:00	110/60	18	36,0	81	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
20/11/20	08:00	110/60	-	36,0	-	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
20/11/20	09:00	120/80	-	36,0	-	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
20/11/20	10:00	120/80	-	36,0	-	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
20/11/20	11:00	120/80	-	36,0	-	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
20/11/20	12:00	120/80	-	36,0	-	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
20/11/20	13:00	120/80	-	36,0	-	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
20/11/20	14:00	120/80	-	36,0	-	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
20/11/20	15:00	120/80	-	36,0	-	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
20/11/20	16:00	120/80	-	36,0	-	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
20/11/20	17:00	120/80	-	36,0	-	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
20/11/20	18:00	120/80	-	36,0	-	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
20/11/20	19:00	120/80	-	36,0	-	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
20/11/20	20:00	120/80	-	36,0	-	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
20/11/20	21:00	120/80	-	36,0	-	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
20/11/20	22:00	120/80	-	36,0	-	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
20/11/20	23:00	120/80	-	36,0	-	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
20/11/20	00:00	120/80	-	36,0	-	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
20/11/20	01:00	120/80	-	36,0	-	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
20/11/20	02:00	120/80	-	36,0	-	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
20/11/20	03:00	120/80	-	36,0	-	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
20/11/20	04:00	120/80	-	36,0	-	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
20/11/20	05:00	120/80	-	36,0	-	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>
20/11/20	06:00	120/80	-	36,0	-	-	-	-	-	<i>[Signature]</i>





Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou _____

CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **157548 JANIÉLDI ANSELMO SOUZA**

Prontuário: 1192335

CNS: 201396025120003

Nascimento: 19/12/1989

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: ROSILENE GOMES DA SILVA

Pai: MARIANO ANSELMO DE SOUZA

Endereço: RUA ANGOLA, 10 - VIDA NOVA - PARNAMIRIM

Fone: 987490296 /

Município: PARNAMIRIM

Código Municipal IBGE:

240325 UF: RN

CEP: 59147-620

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo Nº 38113 / 2019

NIR

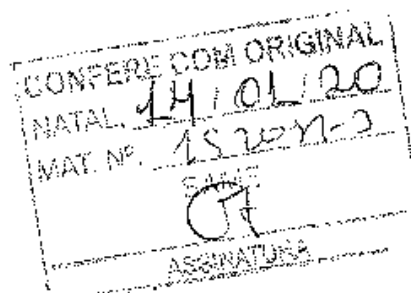
JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM PUNHO DIREITO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX E EXAME FÍSICO

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S52.6 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E DO CUBITO*408020423. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

PUNHO ARTICULAR, FX;1

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☐ Lesão por pressão

☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS

CRM: 4781 / RN

Data da Solicitação 26/12/2019

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.: _____

CBO: _____

() 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: _____



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 26/11/2020 14:30:42

<https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112614304268600000060592424>

Número do documento: 20112614304268600000060592424

NÚCLEO ESTADUAL
DE ORTOPEDIA
3209 5330

Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou

CNES: 2653923
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **157548 JANIÉLDI ANSELMO SOUZA**
CNS: 201396025120003 Nascimento: 19/12/1989 Sexo: Masculino
Mãe: ROSILENE GOMES DA SILVA Pai: MARIANO ANSELMO DE SOUZA
Endereço: RUA ANGOLA, 10 - VIDA NOVA - PARNAMIRIM
Município: PARNAMIRIM Código Municipal IBGE: 240325 UF: RN
Prontuário: 38113
Cor: PARDA
Fone: 987490296 /
CEP: 59147-620

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 38113 / 2019 NIR

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM PUNHO DIREITO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RX E EXAME FÍSICO

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S52.6 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DO CUBITO*408020423. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

PUNHO ARTICULAR, FX;1

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes ☐ Hipertensão ☐ Obesidade ☐ Faz Antibioticoterapia ☐ Lesão por pressão ☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS CRM: 4781 / RN Data da Solicitação 26/12/2019
CPF: 703.425.471-1044

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:

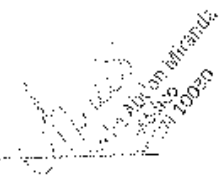


CONDUITA MÉDICA:

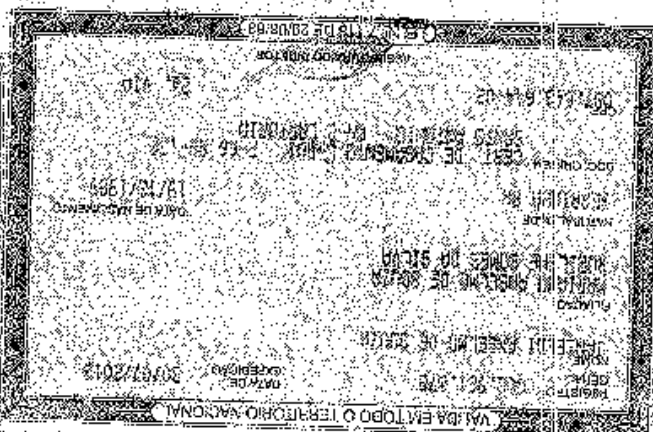
- Solicitar Rx
- Ceto profeno 50mg/ml 030mg } TAM
- Dexametasona 0.5mg 08amp }
- Paracetamol 80g VO

fs *apresenta*

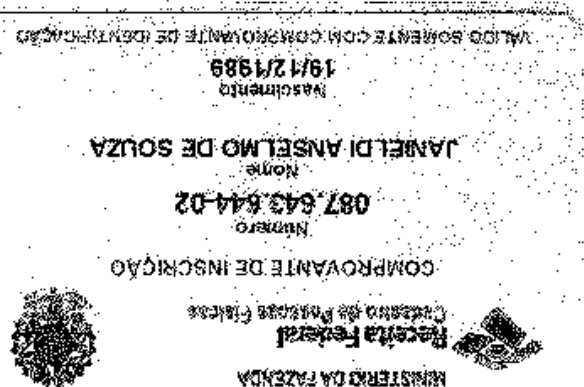
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	INTERNADO NO SERVIÇO DE _____	REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____ <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho
RETIROU-SE POR: DATA: ____/____/____	<input type="checkbox"/> DECISÃO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO AS _____ HS
ENTREGUE EM: ____/____/____	<input type="checkbox"/> A FAMÍLIA	<input type="checkbox"/> INST. MÉDICO LEGAL AS _____ HS
<p style="text-align: center;">  Médico (paralelo) </p>		





Vítima



CODIGO DE CONTROLE
94AF.2725.1B7F.16FF

A autenticidade deste comprovante poderá ser confirmada na internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
em 10:53:01 do dia 30/07/2013 (hora e data de Brasília)
digito verificador: 60

QUANTIDADE	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
1	1,40	1,40	1,40
1	1,21	1,21	1,21
1	1,23	1,23	1,23
1	11,24	11,24	11,24
1	0,46	0,46	0,46
1	1,03	1,03	1,03
1	0,95	0,95	0,95
1	3,53	3,53	3,53
1	1,14	1,14	1,14
1	0,31	0,31	0,31
1	1,72,27	1,72,27	1,72,27

DATA	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
12/2019	1,40	1,40	1,40
12/2019	1,21	1,21	1,21
12/2019	1,23	1,23	1,23
12/2019	11,24	11,24	11,24
12/2019	0,46	0,46	0,46
12/2019	1,03	1,03	1,03
12/2019	0,95	0,95	0,95
12/2019	3,53	3,53	3,53
12/2019	1,14	1,14	1,14
12/2019	0,31	0,31	0,31
12/2019	1,72,27	1,72,27	1,72,27

DATA	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
12/2019	1,40	1,40	1,40
12/2019	1,21	1,21	1,21
12/2019	1,23	1,23	1,23
12/2019	11,24	11,24	11,24
12/2019	0,46	0,46	0,46
12/2019	1,03	1,03	1,03
12/2019	0,95	0,95	0,95
12/2019	3,53	3,53	3,53
12/2019	1,14	1,14	1,14
12/2019	0,31	0,31	0,31
12/2019	1,72,27	1,72,27	1,72,27



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POÍCAR ENRETO

Renata da Silva Santos Souza

CADEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

002.008.717

DATA DE EXPIRAÇÃO 20/11/2013

RENATA DA SILVA SANTOS SOUZA

ALDENISON EUGENIO DOS SANTOS
ARARUAMA DO NASCIMENTO DA SILVA SANTOS

SANTO ANTONIO - RN 11/05/1989

CPF: 00.000.000-00-00 0-00 00-0000

SANTO ANTONIO - RN - E CARTÃO

001.021.000-10 20.918

106 DE 20/08/85

Secretaria de Segurança Pública
Diretor Geral - ITEP



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

CONTINUA

DETALHAR RN Nº 014528773200
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VALA DO REGISTRO E LICENCIAMENTO
2 00393041697 EXERCÍCIO: 2019

CARMELO MARA DO VALE

423.475.164-34

0039304 /RN

95741110ER109449

0039304

REGISTRO MOTOCICLISTA ABREVE

MOND/SC 129 CAN RS

SCV/129 CILINDRADAS PARTICULAR

GASOLINA

Novas Aventuras

ANO FAB 2014

ANO MOD 2014

CONDIÇÃO DE REGISTRO

PRETA

VEIC. DOT. ÚNICA

VENIO COLAR

R\$ 0,00

12/03/2019

RAVALVA

PAGAR ANUENTE COLAR

002844 3X

R\$ 33.333,33

PREMIO TOMPARIO (P)

PREMIO TOMPARIO (P)

100 R\$

100 R\$

*** LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO ***

DEVAL: PAGO

MOTOR JCA 1E1B109448

Chassis NOVOS

Chassis NOVOS

DESA

12/04/2019

Linha Novas Aventuras

Linha Novas Aventuras

[illegible]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200128164 **Cidade:** Monte Alegre **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANIELDI ANSELMO DE SOUZA **Data do acidente:** 26/12/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.5,6)
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR – SEGURO DPVAT

Outorgante (Vítima/Beneficiário não alfabetizado):

Nome: JANIELDI ANSELMO DE SOUZA Data do acidente: 26/12/2019
estado civil: CASADO Profissão: MOTOCY portador(a) do RG 002.961878
órgão expedidor ITEP e do CPF: 087.643.644-02 residente no(a) RUA: ANGOLA
nº 103 bairro: VILA NOVA
município: PARANAMIRIM 1 RN

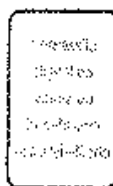
Outorgado (Procurador):

Nome: RENATA DA SILVA SANTOS SOUSA brasileiro(a),
estado civil: CASADA Profissão: PROFESSORA portador(a) do RG 002.809717
órgão expedidor ITEP e do CPF: 101.821.074-16 residente no(a) RUA: ANGOLA
nº 103 bairro: VILA NOVA
município: PARANAMIRIM 1 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.



Local e Data: Paranamirim 26/12/2019

Nome: JANIELDI ANSELMO DE SOUZA

CPF: 087.643.644-02

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X JANIELDI ANSELMO DE SOUZA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

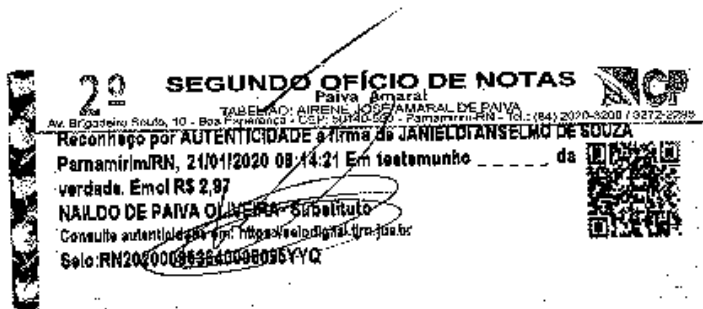
Assinatura do Procurador (se houver)

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

ATENÇÃO!!!

TODOS QUE ASSINAM O DOCUMENTO DEVEM RECONHECER A FIRMA EM CARTÓRIO, POR AUTENTICIDADE.





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0101145/20

Vítima: JANIELDI ANSELMO DE SOUZA

CPF: 087.643.644-02

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/12/2019

Titular do CPF: JANIELDI ANSELMO DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RENATA DA SILVA SANTOS SOUZA : 101.821.074-18

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

JANIELDI ANSELMO DE SOUZA : 087.643.644-02

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: 23/03/2020
Nome: RENATA DA SILVA SANTOS SOUZA
CPF: 101.821.074-18

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/03/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

RENATA DA SILVA SANTOS SOUZA

GERCIA LOURENCO DA SILVA

