

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: 26/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02010

CONTA: 000000125187-4

Nr. da Autenticação E658B5DE64AE49B8

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200363252 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO **Data do acidente:** 12/05/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO. P1,7,8,9,123

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

**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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 59015-000
CNPJ: 09.354.209/0001-38 / INSC. Estadual: 20055428-3
Admin. Central (94) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4582

SECRETARIA DE ATENDIMENTO

DEPARTAMENTO DE ATENDIMENTO
FONE: 3232-4432
115
115

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 18/06/2020 AS 09:04:59

MATRÍCULA:

MÊS/ANO

DADOS DO CLIENTE

4306454

06/2020

TELMA VICENTE DA SILVA
RUA NOVO ORIENTE, N. 226 - NOSSA SENHORA DA
APRESENTAÇÃO NATAL RN 59114-247

INSCRIÇÃO	ROTA	NOVA ROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIA		
209.068.400.0314.000	8	1757	RESIDENCIAL	COMERCIAL	PÚBLICO
HIDRÔMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA		SITUAÇÃO ESGOTO		
SEM MEDIDOR	LIGADO		POTENCIAL		

CONSUMO ÁGUA (H3): 10

DATA LEITURA:

LEIT. ATUAL:

LEIT. ANT.:

DIAS CONSUMO:

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MÉDIA
05/2020	10	03/2020	10	01/2020	10	10
04/2020	10	02/2020	10	12/2019	10	

DESCRIÇÃO
ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

RES ENTRE 5,0 E 100M 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

10 H3 39,99

MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2020

0,80

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	39,99	1,65	0,66
COFINS	39,99	7,6	3,04

VENCIMENTO: 25/06/2020

TOTAL A PAGAR:

40,79

INFORMO QUE JÁ ESTÁ DISPONIBILIZADO O RELATÓRIO ANUAL DE QUALIDADE DE ÁGUA 2020, REFERENTE A 2019, NO SITE DA CAERN/AGÊNCIA VIRTUAL/DECLARAMOS NÃO EXISTIR DÉBITOS DE FATURAS COM VENCIMENTO EM 2019

MONITORAMENTO DE QUALIDADE DA ÁGUA					
Parâmetros	Turbidez	PH	Cond. Total	Cloro Total	Meta (norma N)
VMP e Recomendação	≤ 5,0 uT	6,5 a 9,5	% de Amostra	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L
Valores Obtidos	1,87	6,69	100,0 %	1,3	0,66

Comptabilis Energies du Rio Grande do Norte
Rua Manoel - 962, Jooz, Natal - RN, CEP 51125-350
CNPJ: 06.154.196/0001-01 | Ins. Est. 20025138-01 | www.comptabilis.com.br

DADES DEL CLIENTE:
ANTONIO ANTONIO DE FREITAS

CDR 057 103 144-24

RESIDENCIAL
Montesol

APRESENTAÇÃO	Nº DE SUJEITOS	Nº DE REJEIÇÕES
24/05/2020	1000/1000	sem577

UNIVERSIDADE UNIOESTE - CAMPUS MARACÁ
RUA TROVADOR GUMERCINO SARRIVA
TOLEVADE DAS TRÊS

FALCÃO, R. A. L. S. 2014.
NATAL, RN
51123-740.

DATA DI VERIFICATA	DATA PRESENTAZIONE LETTERA
31/08/2020	23/09/2020

TOTAL A INDAK (202)	140.83
---------------------	--------

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Água (Voto T152)	177,0000000	0,36942853	65,39
Consumo Água (Voto TE)	177,0000000	0,33176015	58,81
Contribuição Pública Municipal			12,70
Multa por atraso NF 044214079 - 23/06/09			2,34
Juros por atraso NF 044214079 - 23/06/09			0,83
Atualização Cálculo NF 044214079 - 23/06/09			1,66

TOTAL DA FATURA

1419-1629

LÍTERO	TIPO DA FUNDAC.	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (M³)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
Mes008	FUNDAC. CAT.	24/07/2020	12.179,00	24/08/2020	12.706,00	33	1,00000		177 (L)

The screenshot displays a report titled 'COMERCIO AUTOCOMSUMO'. On the left, a bar chart shows monthly sales from August 2017 to August 2018. The bars are black, and the values are displayed to the right of each bar. On the right, a table titled 'INFORMACION DETALLADA' provides a breakdown of sales by product category. The table has columns for 'BASE DE CALCULO', '%', and 'VALOR DEDIMPOS'. Below the table, there is a section for 'DISTRIBUCION POR PRODUCTO' with a sub-table showing sales for various products.

INFORMACION DETALLADA		
BASE DE CALCULO	%	VALOR DEDIMPOS
SCMS	121.24	10.00
PTS	122.24	1.04
COMPET	122.24	0.98

DISTRIBUCION POR PRODUCTO		
Producto	Valor	%
Geleja de la Tierra	97.28	27.78
Tramontana	9.98	4.52
Distribución (C) (C) (C)	30.00	28.00
Perfume de la Tierra	9.75	8.50
Almuerzo Saboroso	9.82	9.00
Almuerzo	9.90	24.00
Total	352.58	100.00

[illegible]

Dati generali					
Indirizzo		Cognome		Nome	
Indirizzo	Indirizzo	Cognome	Cognome	Nome	Nome
Indirizzo	Indirizzo	Cognome	Cognome	Nome	Nome

	POTÊNCIA TENSÃO	TENSÃO				TENSÃO NOMINAL DO CABO	LIMITE DE TENSÃO (N)
		VALOR APLICADO	LIMITE VALOR	LIMITE PROPOSTO	LIMITE VALOR		
ENC	0,00	0,00	0,00	0,00	19,00		
ENC	0,00	0,00	0,00	0,00	19,00		
ENC	0,00	0,00	0,00	0,00	19,00		

Limite de Tensão: 19,00 N/mm²

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu ANTONIO DE FREITAS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 008347644 / 07, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FRANCISCO CANINO HERMINO DE ARAUJO inscrito (a) no CPF sob o Nº 904055524 / 91

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDOZ da Vítima FRANCISCO CANINO HERMINO DE ARAUJO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 904055524 / 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>RUA FLOREANA GOMES GOMES SARDIVA</u>	Número:	<u>701</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>PAZUCANA</u>	Cidade:	<u>NATAL</u>	Estado:	<u>RN</u>
E-mail:	<u></u>			CEP:	<u>59.122-790</u>
				Tel.(DDD):	<u>(84)98833-6586</u>

Local e Data: NATAL RN 08 DE OUTUBRO DE 2020

Antonio de Freitas

Assinatura do Declarante



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 24/05/2020 00:05

Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO**

Registro: **147185**

Num. RG: **1438379**

CPF: **904.055.524-91** Nascimento: **24/05/1974** 46 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **COUTO MAGALHÃES**

N.: **1505**

Bairro: **NOSSA SENHORA DA APRESENTA**

Cidade : **NATAL**

UF: **RN**

CEP: **59114211**

Fone: **84987154305**

Profissão: **MAÏCENEIRO**

Mãe: **MARIA JOSE DE ARAUJO**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1**

Entrada: **23/05/2020 18:56** Previsão saída: **25/05/2020 17:00** Atendente: **FRANCILENE**

Convênio: **SUS MUNICIPAL**

Matricula/CNS: **898003711228927**

Médico : **Dr. GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA**

CRM: **7794**

ENFERMARIA 308B

Dados do Responsável

Responsável: **ERIVALDO HERMINIO DE ARAUJO**

CPF: **971.432.274-04**

RG: **1441163**

Parentesco: **IRMAO**

Termo de Responsabilidade

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

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

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

Autorizo a liberação da documentação do meu caso médico, através de fotografia, ou de exames gráficos ou de imagens, bem como o seu arquivamento por meio digital, papéis, fotografias ou quaisquer meios para os seguintes fins:

- a. Diagnóstico;
- b. Planejamento e Terapêutico;
- c. Ensino e Pesquisa.

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

Observações

COM AIH, SISREG, PRESCRICAO, EVOLUCAO, DOCS PESSOAIS E QUINZE COPIAS DE RX+ UMA PELICULA. MEDICO NAO CIENTE.

MedicWare

HOSPITAL MEMORIAL

SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, 05 / 10 / 20



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228

hmemorial@uol.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 24/05/2020 00:05

Dados do Paciente

Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO**

Registro: **147185**

Num. RG: **1438379**

CPF: **904.055.524-91**

Nascimento: **24/05/1974** 46 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **COUTO MAGALHÃES**

N.: **1505**

Bairro: **NOSSA SENHORA DA APRESENT.**

Cidade : **NATAL**

UF: **RN**

CEP: **59114211**

Fone: **84987154305**

Profissão: **MARCENEIRO**

Mãe: **MARIA JOSE DE ARAUJO**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1**

Entrada: **23/05/2020 18:56** Previsão saída: **25/05/2020 17:00** Atendente: **FRANCILENE**

Convênio: **SUS MUNICIPAL**

Matrícula/CNS: **898003711228927**

Médico : **Dr. GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA**

CRM: **7794**

ENFERMARIA 308B

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____

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

Doc. Apresentado: _____ Diagnostico Definitivo: _____

Procedencia:: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatorio sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratorios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurológico: _____

Ap. Urinario e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

Data: 24/05/2020 00:05

Dados do Paciente

Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO** Registro: **147185**
Num. RG: **1438379** CPF: **904.055.524-91** Nascimento: **24/05/1974** 46 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **COUTO MAGALHÃES** N.: **1505** Bairro: **NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO**
Cidade : **NATAL** UF: **RN** CEP: **59114211** Fone: **84987154305**
Profissão: **MARCENEIRO** Mãe: **MARIA JOSE DE ARAUJO**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **23/05/2020 18:56** Previsão saída: **25/05/2020 17:00** Atendente: **FRANCILENE**
Convênio: **SUS MUNICIPAL** Matrícula/CNS: **898003711228927**
Médico : **Dr. GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA** CRM: **7794** **ENFERMARIA 308B**

Dados do Responsável

Responsável: **ERIVALDO HERMINIO DE ARAUJO** CPF: **971.432.274-04** RG: **1441163**
Parentesco: **IRMAO**

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

1. - Autorizo o(a) **Dr. GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA**, a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: **S8156 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL**
2. - O(A) **Dr. GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA**, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
3. - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

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

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

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

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA - CRM



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 24/05/2020 00:05

Dados do Paciente

Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO** Registro: **147185**
Num. RG: **1438379** CPF: **904.055.524-91** Nascimento: **24/05/1974** 46 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **COUTO MAGALHÃES** N.: **1505** Bairro: **NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO**
Cidade : **NATAL** UF: **RN** CEP: **59114211** Fone: **84987154305**
Profissão: **MARCENEIRO** Mãe: **MARIA JOSE DE ARAUJO**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **23/05/2020 18:56** Previsão saída: **25/05/2020 17:00** Atendente: **FRANCILENE**
Convênio: **SUS MUNICIPAL** Matrícula/CNS: **898003711228927**
Médico : **Dr. GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA** CRM: **7794**

ENFERMARIA 308B

Dados do Responsável

Responsável: **ERIVALDO HERMINIO DE ARAUJO** CPF: **971.432.274-04** RG: **1441163**
Parentesco: **IRMAO**

TERMO DE RESPONSABILIDADE PATRIMONIAL

Declaro que estou ciente da minha responsabilidade, à título de usufruto, para meu uso exclusivo, sobre os equipamentos/ materiais especificados neste termo de responsabilidade, comprometendo-me a mantê-los em perfeito estado de conservação, ficando ciente que:

- 1- Se o equipamento for danificado ou inutilizado por emprego inadequado, mau uso, negligência ou extravio, o Hospital Memorial cobrará um equipamento da mesma marca ou o ressarcimento do valor equivalente.
- 2- Em caso de dano, inutilização ou extravio do equipamento deverei comunicar imediatamente ao setor competente.
- 3- Terminando os serviços, devolverei o equipamento completo e em perfeito estado de conservação, considerando-se o tempo de uso do mesmo, ao setor competente.
- 4- Estarei sujeito a inspeções sem prévio aviso.
- 5- Segue a lista de itens inclusos no apartamento: Conjunto de armários de sete portas, Lavatório, Torneira do lavatório, Dispensadores de álcool, de sabonete, de papel toalha, Ar-condicionado, Cama, Colchão, Enxoval hospitalar, Criado-mudo, Cadeira/Poltrona, Televisão LCD, Pannel para televisão LCD, Suporte de soro, Lixeira, Pannel de gases, Frigorífico, Cortinas, Campainha. E os itens inclusos no banheiro do apartamento: Armário de duas portas, Lavatório, Torneira do lavatório, Dispensadores de sabonete, de papel toalha, de papel higiênico, Lixeira, Espelho, Vaso sanitário, Assento de vaso sanitário, Acionador de descarga, ducha higiênica, Chuveiro, ducha de banho, Registro, Suporte de toalha, Barras de apoio, Assento para banho, Balde de roupa e Campainha de emergência.

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

Devolução: Atestamos que o bem foi devolvido em ____/____/____, nas seguintes condições:

- [] Em perfeito estado
[] Apresentando defeito
[] Faltando Equipamentos/Acessórios

Assinatura do responsável

Código Solicitação: 333803299

Número AIH: 242010040841-8

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE**Unidade Solicitante:**

HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

Unidade Executante:

HOSPITAL MEMORIAL

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL**Central Reguladora**

NATAL

Data de Solicitação

23.05.2020 - 13:25:02

Data de Autorização

23/05/2020 - 14:19:46

Data de Reserva

24.05.2020

Data de Internação

25.05.2020

Data Prevista de Alta

30.05.2020

Data de Alta

04/06/2020 - 14:38:22

Motivo da Alta

1.2 ALTA MELHORADO

CNES:

2653923

CNES:

2408252

Município Executante

NATAL

Operador

24278530463ALUIZIO

Operador

08978830714DUNLEY

Operador

18129862204LUCIMAR

Operador

18129862204LUCIMAR

DADOS DO PACIENTE**CNS:**

708207183052042

Nome do Paciente

FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO

Nome da Mãe

MARIA JOSE DE ARAUJO

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

24/05/1974 (46 anos)

Tipo Logradouro:

AVENIDA

Número:**País de Residência:**

BRASIL

Telefone(s):

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:

BARAUNA - RN

Raça:

SEM INFORMACAO

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:

MIGUEL DE CERVANTES

Bairro:

LAGOA AZUL

Município de Residência:

NATAL

Complemento:

LT ALIANCA

CEP:

59114-735

UF:

RN

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

98230158568

CPF do Médico Executante:

06169335416

Diagnóstico Inicial - CID:

S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA

Caráter

11 - Urgencia

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

Nome do Médico Solicitante:

ANTONIO BARBOSA DE ARAUJO FILHO

Nome do Médico Executante:

GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA

Status da Solicitação:

APROVADA

Classificação de Risco

Prioridade 0 - Emergência, necessidade de atendimento imediato

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408050551

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

DOR + LIMITAÇÃO FUNCIONAL/td>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

EXAME FÍSICO + RX

Condições que Justificam a Internação:

PROCEDIMENTO CIRURGICO

PARECER**Motivo de Impedimento do Regulador:**

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

23.05.2020 - 13:25:02

Data da Extração dos Dados: 08/06/2020 09:39:47

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou

CNES: 2653923
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **173499 FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO**

CNS: 708207183052042

Nascimento: 24/05/1974

Sexo: Masculino

Prontuário: 1196830

Cor: PARDA

Mãe: MARIA JOSE DE ARAUJO

Pai:

Endereço: RUA COUTO MAGALHAES, 15 - NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO - NATAL

Fone: 987154305 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE:

240810 UF: RN

CEP: 59114-211

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 18337 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

PACIENTE COM FRATURA DE PLANALTO TIBIAL EVOLUINDO COM SINDROME COMPARTIMENTAL, REALIZANDO FASCIOTOMIA NA CHEGADA SOMENTE MEDIAL PELA VASCULAR. EVOLUI BEM, E FECHAMENTO DA FASCIOTOMIA, SEM NENHUM ASPECTO INFECCIOSO APOS 4 DIAS.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
TRATAMENTO CIRURGICO DEFINITIVO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
ANAMNESE + EXAME FISICO + RX

Igor Leonardo C. de Sousa
Ortopedia do Joelho
Traumatologia de Membro Inferior
CRM RN 7372 TEOT 15.841

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.1 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA*408050551. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

PLATO TIBIAL, FX;1

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão ☒ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

IGOR LEONARDO CARDOSO DE SOUSA

CRM: 7372 / RN

Data da Solicitação 23/05/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____

Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____

CBOR: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Orgão Emissor: _____

Número da Autorização:

Data da Autorização: / / Assinatura/Carimbo: _____

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO**

Data do Procedimento: **27/05/2020**

Registro: **147185**

IH: **1**

Diagnóstico pré operatório: **S821**

Código do procedimento

0408060360 **728**
0415040035 **555**
0408060158 **285**

Cirurgia realizada

RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO

DESRIDAMENTO

MANIPULACAO ARTICULAR

Equipe cirúrgica:

Cirurgião: **GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA**

CRM

7794

Anestesiologista: **TIAGO VICTO ANDRADE DE CARVALHO**

7134

Grau de Contaminação: **Limpo**

Profilaxia Antimicrobiana:

Anatomopatológico: **Não**

Exame: **Não se aplica**

Descrição dos materiais especiais utilizados:

Não utilizado

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados:

Descrição da cirurgia:

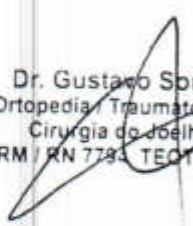
paciente em ddh sob sedação

realizado antissepsia do mie + aposição de campos estereis

realizado retirada de fixador externo transarticular de joelho esq + manipulação articular

realizado debridamento em orificios de trajeto de pino de shunz

curativo


Dr. Gustavo Souza
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia de Joelho
CRM / RN 7794 / TEO 16198

CRM: 7794 - GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA

27/05/2020 08:23:16

BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO

Dados do Paciente

FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO

Cirurgia Realizada:

RETIRADA FIXADOR EXTERNO PERNA ESQUERDA+DESBRIDAMENTO+MANIPULACAO ARTICULAR SOB ANESTESIA

Cirurgião

GUSTAVO SOUZA

1° Auxiliar

2° Auxiliar

Anestesiologistas
TIAGO CARVALHO

Data

27/05/2020

HORA

Fentanil

100mcg

PUP

O2

ECG

PANI

PVC

Diurese

SpO2

ETCO2

V P. Sist.

A P. Diast.

F.C.

X PAM

Exames Laboratoriais

pH	
PaCO2	
HCO3	
CO	
EB2	
PaO2	
ShbO2	
Hb	
Hc	
Na	
K	
Ca	
Glicose	

TÉCNICA ANESTÉSICA: LOCAL E SEDACAO EV

BLOQUEIO:

LOCAL DA PUNÇÃO:

NÍVEL ANESTESIA:

BLOQUEIO MOTOR: 0

POSICÃO: Antes: DDH

APARELHO: MINDRAY

TÉCNICA: ABERTO

INTUBAÇÃO/OXIGENAÇÃO: CATETER NASAL

TRAUMÁTICA NAO

SONDA:

CUFF:

INDUÇÃO:

MANUTENÇÃO:

CONDIÇÃO FINAL: OK

AGULHA:

TIPO:

LATÊNCIA:

LIQUOR:

Depois: DDH

N°

V.T.:

F.R.:

V.M.:

P.T.T.:

REFLEXOS: OK

CONSCIÊNCIA: OK

BALANÇO

OBSERVAÇÕES

SEM INTERCORRENCIAS

Dr. Tiago Vitor A. Carvalho
Médico - Anestesiologista
CRM/RN - 7134

DURAÇÃO: 30 MINUTOS

INÍCIO:

08 H

FINAL:

08:30 H



SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELICIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE 10867687000110 Hospital Memorial de Natal	2 - CNES 2408252
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE 10867687000110 Hospital Memorial de Natal	4 - CNES 2408252

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO		6 - Nº DO PROTOJÚRIO Registro: 147185 Internação 1	
7 - CARTÃO NACIONAL/SUS 898003711228927	8 - DATA DE NASCIMENTO 24/05/1974 00:0 46 anos	9 - SEXO M	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA JOSE DE ARAUJO
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº) COUTO MAGALHÃES1505		12 - TELEFONE DE CONTATO 84987154305	
13 - MUNICÍPIO NATAL	14 - BAIRRO NOSSA SENHORA DA APRE	15 - UF RN	16 - CEP 59114211

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO FRATURA GRAVE DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO NECESSIDADE DE TTO CIRURGICO	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) RADIOGRAFIAS	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DE PLANALTO TIBIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL S821
22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
23 - CAUSAS ASSOCIADAS	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TTO CIRURG. FX DE PLANALTO - 0408050551 OSTEOTOMIA DA PELVE - 0408040157 RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRARTICULAR DE JOELHO - 0408050152	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	26 - LEITO/CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA
29 - DATA SOLICITAÇÃO 03/06/2020 11:33:07				30 - CNS / CPF CNS 3801217 CPF 061.693.354-16 CRM 7794
31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO) Dr. Gustavo Souza Ortopedia / Traumatologia CRM / RN 7794 TEO 16198				

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38	40
38 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
40 - () CID 10 PRINCIPAL	DESCRIÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL		
42 - () CID 10 SECUNDÁRIO	43 - ()	44 - () GRAVE	45 - () GRAVISSIMA

AUTORIZAÇÃO

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



DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO

Data do Procedimento: 03/06/2020

Registro: 147185

IH: 1

Diagnóstico pré operatório:

S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA | CABEÇA ?<? | CÔNDILOS ?#? DA TÍBIA, COM OU S

Código do procedimento

0408050551
0408040157
0408050152
0408060476

Cirurgia realizada

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL
OSTEOTOMIA DA PELVE
RECONSTRUCAO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR DO JOELHO
TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDAO UNICO

Equipe cirúrgica:

Cirurgião: GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA

Dr. Gustavo Souza
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM / RN 7794 TEOT 16198 7794

CRM

Anestesiologista: TIAGO VICTO ANDRADE DE CARVALHO

7134

Grau de Contaminação: Limpo

Profilaxia Antimicrobiana: Cefazolina

Anatomopatológico: Não

Exame: Não se aplica

Descrição dos materiais especiais utilizados:

02 PLACAS DE SUSTENTACAO TIBIAL 4.5MM
01 PLACA FIM T 4.5MM
03 PARAFUSOS CORTICAIS
04 PARAFUSOS ESPONJOSOS
02 PARAFUSOS CANULADOS 7.0MM

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados:

Descrição da cirurgia:

PCT EM DDH SOB RAQUIANESTESIA + ANTISSEPSE DO MIE
APOSICAO DE CAMPOS ESTEREIS + PASSAGEM DE GARROTE ESTERIL
INCISAO ANTERO LATERAL E POSTERO MEDIAL + DIVULSAO POR PLANOS
TENOPLASTIA DOS TENDONES FLEXORES (PATA DE GANSO) + REPARO DO LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL
REDUÇÃO CRUENTA SOB ESCOPIA + APOSICAO DE 01 PLACA POSTERIOR COM 03 PARAFUSOS CORTICAIS + 01 PLACA MEDIAL DE
SUSTENTACAO TIBIAL COM 02 PARAFUSOS ESPONJOSOS E 02 PARAFUSOS CORTICAIS + 02 PARAFUSOS CANULADOS 7.0 FECHANDO A
ARTICULACAO + 01 PLACA LATERAL COM 02 PARAFUSOS ESPONJOSOS E 03 PARAFUSOS CORTICAIS
LIMPEZA COM SF0.9% + REVISAO DA HEMOSTASIA
FECHAMENTO POR PLANOS + RETIRADA DE GARROTE
CURATIVO
BOA PERFUSAO DISTAL DO MIE

Dr. Gustavo Souza
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM / RN 7794 TEOT 16198

CRM: 7794 - GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA
03/06/2020 11:18:49



Hospital Memorial
São Francisco

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

BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

Dados do Paciente

Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO

FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO

Cirurgia Realizada

TRATAMENTO FRATURA PLATO TIBIAL+RECONSTRUCAO LIGAMENTAR+TENOPLASTIA+OSTEOTOMIA DA PELVE

Data
03/06/2020

Cirurgião

GUSTAVO SOUZA

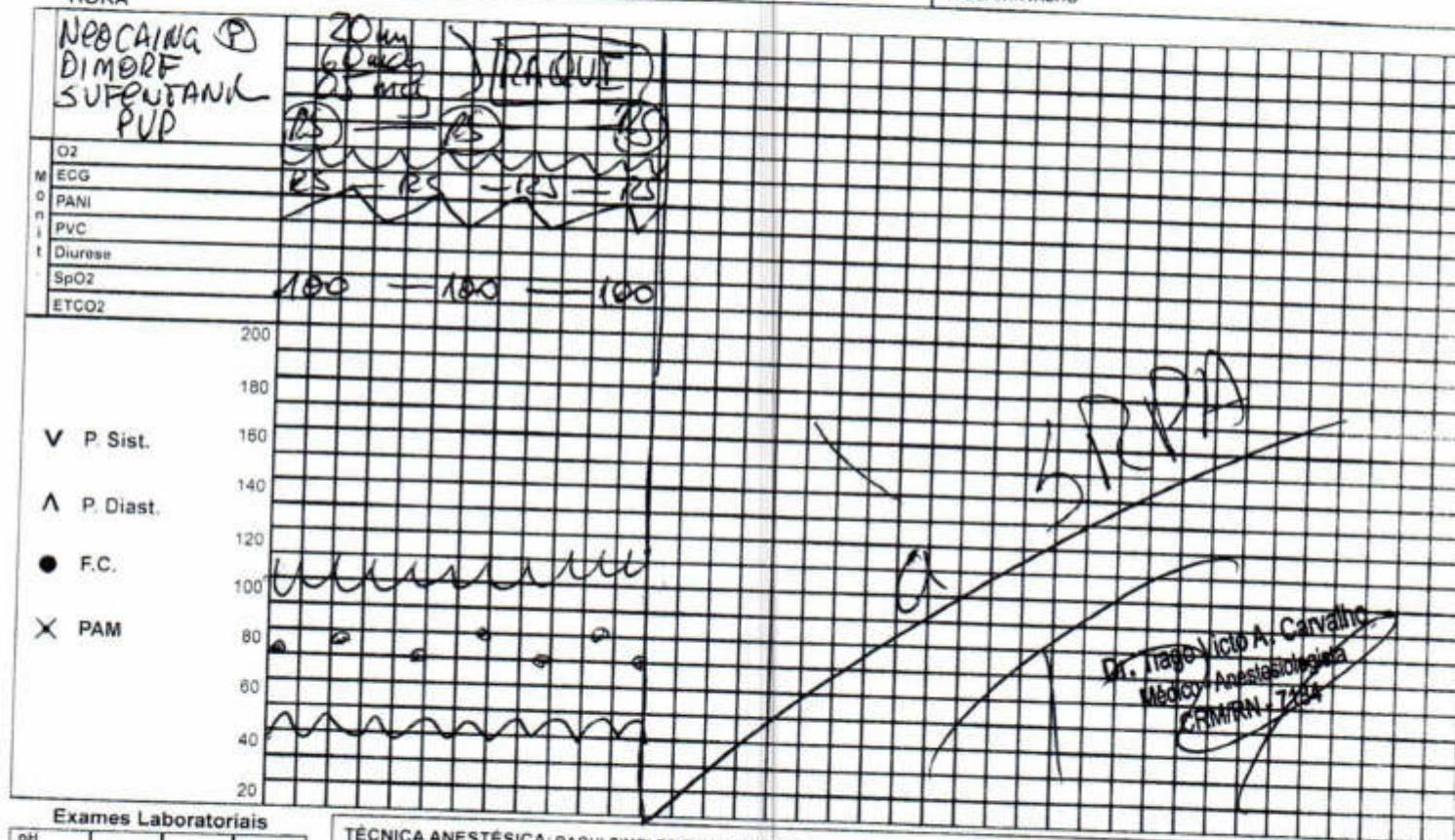
1º Auxiliar

2º Auxiliar

Anestesiologistas

TIAGO CARVALHO

HORA



Exames Laboratoriais

pH		
PaCO2		
HCO3		
CO		
EB2		
PaO2		
ShbO2		
Hb		
Hc		
Na		
K		
Ca		
Glicose		

DRUGAS		
FENTANIL	500MG	01
MIDAZOLAN	15MG	01
NEOCAINA	0,5%	01
DIMORF	0,2MG	01
SUFENTANIL	10MCG	01
ROCURONIO	50MG	
ATRACURIO	25MG	
PROPOVAN	1%	
EFEDRINA	50MG	01
ARAMIN	10MG	
CEFZOLINA	1G	02
DIPIRONA	1G	
DRAMIN	3MG	01
DEXAMETASONA	10MG	01
RANITIDINA	50MG	
ONDASETRONA	8MG	
NEOCAINA	0,5%	
ISOBARICA	0,5X	
CETOPROFENO	100mg	
DIPIRONA	1G	02
RINGUER S	500 ML	04
TENOXICAM	40 MG	01

TÉCNICA ANESTÉSICA: RAQUI SIMPLES E SEDACAO EV

BLOQUEIO:

LOCAL DA PUNÇÃO:

NÍVEL ANESTESIA:

BLOQUEIO MOTOR: 3

POSICÃO: Antes: DDH

APARELHO: MINDRAY

TÉCNICA: ABERTO

INTUBAÇÃO/OXIGENAÇÃO: CATETER NASAL

TRAUMÁTICA: NAO

SONDA:

CUFF:

INDUÇÃO:

MANUTENÇÃO:

CONDIÇÃO FINAL: OK

AGULHA:

Depois: DDH

TIPO:

LATÊNCIA:

LIQUOR:

Nº

V.T.

FR.

V.M.

P.L.T.

REFLEXOS: OK

CONSCIÊNCIA: OK

BALANÇO

OBSERVAÇÕES

SEM INTERCORRENCIAS

Dr. Tiago Victor A. Carvalho
Médico - Anestesiologista
CRM/RN - 7134

DURAÇÃO: 03 H

INÍCIO:

08 H

FINAL:

11 H



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228

hmemorial@veloxmail.com.br

BOLETIM DE SALA

Dados do paciente

Data: 08/06/2020 11:38

Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARA**

Convênio: SUS MUNICIPAL

Local : SALA 003

Registro: **147185**

Nº: 120.162451

Início: 03/06/2020 08:00 Fim: 03/06/2020 11:00

Cirurgia: **OSTEOTOMIA DA PELVE**

TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDAO UNICO

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

RECONSTRUCAO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR DO JOELHO

Cirurgia Principal

Equipe:

Cirurgião

Anestesiista

Instrumentador

Circulante

GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA

TIAGO VICTO ANDRADE DE CARVALHO

BERENISE DE OLIVEIRA BRITO OLINTO

NAYARA SOARES DE OLIVEIRA

CRM

Especialidade

CPF

7794

ORTOPEDIA TRAUMATOLO

06169335416

7134

ANESTESIOLOGIA

07984886466

1008022

TECNICO ENFERMAGEM

02569534496

706919

TECNICO ENFERMAGEM

08933825401

MATERIAL

Código	Descrição	QTD	UND
60392	AGULHA DESCARTAVEL 25X7	1	UND
208953	AGULHA DESCARTAVEL 25X8	2	UND
60418	AGULHA DESCARTAVEL 40X12	2	UND
64010	AGULHA PARA RAQUE 25G	1	UND
64486	BARBEADOR DESCARTAVEL	4	UND
65227	CAMPO OPERATORIO 25X28CM ESTÉRIL	7	UND
61473	CATETER P/OXIGENIO TIPO OCULOS	1	UND
51465	CATGUT CROMADO 1 C/AG 4CM	4	UND
61989	ELETRODO DESCARTAVEL	5	UND
65037	ESPARADRAPO 10CM X 4,5	60	CM
62278	GAZE EST 11 FIOS 7,5X7,5 ESTÉRIL	14	PCT
62364	GORRO DESCARTAVEL	5	UND
60149	LAMINA DE BISTURI N.20	2	UND
62332	LUVA CIR DESC EST 7,0	2	PAR
62640	LUVA CIR DESC EST 7,5	3	PAR
62429	LUVA CIR DESC EST 8,0	2	PAR
61133	MICROPORE 10 CM X 10 M	90	CM
61172	MICROPORE 5,0CM X 10 METROS	30	CM
50621	MONONYLON PRETO 3-0 C/AG 3CM	6	UND
57269	PARAFUSO CANULADO 7,0 MM	2	
105210	PARAFUSO CORTICAL 4,5MM	12	UND
57296	PLACA DE SUPORTE DE PLATEAU TIBIAL 4,5 MM	2	
57304	PLACA EM T 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	1	
60733	SAPATILHA DESCARTAVEL	8	UND
63209	SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM AGULHA	2	UND
63216	SERINGA DESCARTAVEL 20ML SEM AGULHA	1	UND
62475	SERINGA DESCARTAVEL 5ML SEM AGULHA	2	UND
207309	TRANSOFIX	2	UND

Código	Descrição	QTD	UND
208421	SUFENTANIL 5,0MCG/ML - 2ML AMPOLA	1	AMP

MEDICAMENTOS

Código	Descrição	QTD	UND
326	AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA	2	AMP
3987	BUPIVACAINA ISOBARICA 5MG/ML - NEOCAINA	1	AMP
10595	BUPIVACAINA PESADA 5MG/ML (NEOCAINA)	1	AMP
8148	CEFAZOLINA SODICA 1G FRASCO AMPOLA	2	UND
12764	CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5%	350	ML
11669	DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5ML AMPOLA	1	AMP
6943	DIMENIDRINATO B6 INJ 10ML (DRAMIN)	1	AMP
11067	DIPIRONA 500MG/ML AMPOLA	2	AMP
3060	MIDAZOLAM 15MG (5MG/ML) AMPOLA	1	AMP
16820	MORFINA 0,2MG/ML (DIMORF)	1	AMP
8718	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML	1	UND
8449	SORO RINGER SIMPLIS 500ML	1	FRS
12567	SULFATO DE EFEDRINA 1ML AMPOLA	1	UND
9046	TENOXICAM 40MG FRASCO AMPOLA	1	UND

TAXAS

Código	Descrição
90711	TAXA OXIGENIO SOB PRESSAO 1/4
91856	TAXA MONITOR DE PRESSAO
91752	TAXA DE SALA CIRURGICA PORTE ANESTESICO
92328	TAXA RECUP POS-ANEST PORTE-00

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: **147185** IH: **1** Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO**
Nascimento: **24/05/1974** **46** anos Internação: **23/05/2020 18:56:02** Leito: **ENFERMARIA 308B**

ANTES DO ATO CIRÚRGICO

03/06/2020 07:28:09 COREN - 468075 - PATRICIA SANTOS BERTO

Observações:

CLIENTE ADMITIDO(A) NO C.C PROVENIENTE DO LEITO DE MACA CONSCIENTE, ORIENTADA(O), AR AMBIENTE, EUPNEICO, PARA SUBMETER-SE AO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TIBIA ESQUERDA, NA HVP VIAB. SF 0.9% MSD JELCO DE N. 18 PUNCIONADO(A) NO SRPA PELA TÊC. DEYSIANE SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Doença pré-existente: NÃO

Há reserva sanguínea: NÃO

Prótese: NÃO

Jóias: NÃO

Membro e lado da cirurgia: MIE

Exame Laboratorial: SIM

Risco Cirúrgico: SIM

Raio X: PRÉ: SIM-QTD: 19

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): NÃO

Assinatura Responsável

Outros Exames: ECG

SRPA

Nível consciência: Orientado

COREN - 468075 - PATRICIA SANTOS BERTO

Acesso venoso: SIM

Diurese: NÃO

Acianótico: NÃO

Oxigenoterapia: O² AMBIENTE

Hipotensão: NÃO

Raio X de Controle: SIM-QTD: 01

Pálido: NÃO

Sudorese: NÃO

Tremores: NÃO

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE DE PQI, CONSCIENTE, ORIENTADA (O), RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, NA HVP VIABILIZANDO SF0.9%, COM CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO, ANEXO AO PRONTUÁRIO EXAMES E RX PRÉ, PRECISA REALIZAR RX PÓS - CIRÚRGICO, SEGUE ATÉ O LEITO ACOMPANHADO DO MAQUEIRO E TÉCNICO DE ENFERMAGEM, VERIFICADO SSVV: PA= 120X100 MMHG, FC= 73 BPM, SPO2= 98%.

Assinatura Responsável

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital Memorial de Natal

Registro-Internamento: **147185 -1**

Leito Nº **ENFERMARIA 308B**

Médico **CRM - 7794 - GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA D**

LAUDO MÉDICO PARA SITUAÇÕES ESPECIAIS

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Mudança de Procedimento | <input type="checkbox"/> Uso de Prótese, Ortese |
| <input type="checkbox"/> Diária de U.T.I. | <input type="checkbox"/> Uso de Fatores de Coagulação |
| <input type="checkbox"/> Diária de Acompanhante | <input type="checkbox"/> Uso de Oxigenadores |
| <input type="checkbox"/> Vacina Anti RH | <input type="checkbox"/> Nutrição Parenteral |
| <input type="checkbox"/> Parecer CCIH | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

HOSPITAL

10.867.687/0001-10 Hospital Memorial de Natal

PACIENTE

147185 -1 - FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO

PROCEDIMENTO ANTERIOR

PROCEDIMENTO SOLICITADO

MÉDICO SOLICITANTE

CRM

CPF

GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA D

7794

061.693.354-16

JUSTIFICATIVA

**REALIZADO PROCEDIMENTOS DE FRATURA DE PLANALTO TIBIAL + OSTEOTOMIA DA PELVE +
RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRARTICULAR DE JOELHO + TENOPLASTIA**

Dr. Gustavo Souza
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM / RN 7794 TEOT 16198

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

CRM

DATA

7794

03/06/2020 11:32:08

AUTORIZAÇÃO

AUDITOR

CRM

DATA



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Data: 03/06/2020 11:

Dados do Paciente

Registro: 147185 IH: 1

Nascimento: 24/05/1974

46 anos

Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO

Interação: 23/05/2020 18:56:02 Leito: ENFERMARIA 308B

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: RAQUI + SEDAÇÃO

Anestesiologista: DRº TIAGO CARVALHO

Tipo: TTT CIRURGICO DE PLATÔ TIBIAL E

Cirurgião: DR GUSTAVO

Instrumentador: LUCAS + FELIPE

Circulante: MARIA

Tipo curativo: LIMPO

Tem material para biópsia/cultura: NAO

Inf. sanguínea: NÃO

Monitoração correta: SIM

Placa de bisturi: SIM

Antibiótico profilático?: CEFAZOLINA 2G

Início da cirurgia: 07:30

Fim da cirurgia: 09:00

Tempo de cirurgia:

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

CLIENTE ENCAMINHADO A SALA DE CIRURGIA CONSCIENTE ORIENTADO EM O2 AMBIENTE PARA DAR INICIO AO PROCEDIMENTO CIRURGICO DE PLATÔ TIBIAL E .HVP EM MSD , O MESMO NEGA ALERGIAS E PATOLOGIAS .APÓS PROCEDIMENTO CIRURGICO REALIZADO COM EXITO SEM INTERCORRENCIAS CLIENTE ENCAMINHADO ASRPA .SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

FICHA DE CONTROLE DE INFECCÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECCÃO EM CIRURGIA

Pontencial de Contaminação: Limpa

BERENISE DE OLIVEIRA BRITO OLINTO
Técnico(a) COREN - 1008022

MCI

CAIXA PLACAS ESPECIAIS CAIXA LILAS .

ITEM	CODIGO	LOTE	QUANT.	UND
PLACA EM "T" 05 FUROS	4608/03			
PLACA EM "T" 08 FUROS	4608/05			
PLACA EM "T" 03 FUROS	4619/01			
PLACA EM "T" 04 FUROS	4619/02	208001301	01 /	
PLACA EM "T" 05 FUROS	4619/03	20D002000	01X	01
PLACA "Y" DIREITA 03 FUROS	4615/01	R20185	01 /	
PLACA "Y" ESQUERDA 03 FUROS	4615/03	4859J14	01 /	
PLACA "Y" DIREITA 05 FUROS	4615/02	0996L14	01 /	
PLACA "Y" ESQUERDA 05 FUROS	4615/04	3313E16	01 /	
PLACA "L" 04 FUROS ESQUERDO	4627			
PLACA SUSTENTAÇÃO ESQUERDA 07 FUROS	4629/01	3188G14	01 /	
PLACA SUSTENTAÇÃO ESQUERDA 09 FUROS	4629/02	1773F15	01 /	
PLACA SUSTENTACAO DIREITA 07 FUROS	4628/01	0406G15	01 /	
PLACA SUSTENTAÇÃO DIREITA 09 FUROS	4628/02	0401G15	01 /	
PLACA SUSTENTAÇÃO TIBIAL DIREITA 05 FUROS	4635/01			
PLACA SUSTENTAÇÃO TIBIAL DIREITA 08 FUROS	4635/02	18D003053	01X	01
PLACA SUSTENTAÇÃO TIBIAL DIREITA 09 FUROS	4635/03			
PLACA SUSTENTAÇÃO TIBIAL DIREITA 11 FUROS	4635/04			
PLACA SUSTENTAÇÃO TIBIAL DIREITA 13 FUROS	4635/05			
PLACA SUSTENTAÇÃO TIBIAL ESQUERDA 05 FUROS	4635/07			
PLACA SUSTENTAÇÃO TIBIAL ESQUERDA 08 FUROS	4635/08	18D003541	01X	01
PLACA DE SUSTENTAÇÃO TIBIAL ESQUERDO 09 FUROS	4635/09			
PLACA DE SUSTENTAÇÃO TIBIAL ESQUERDO 11 FUROS	4635/10	2883C16	01 /	
PLACA DE SUSTENTAÇÃO TIBIAL ESQUERDO 13 FUROS	4635/11	19J004550	01 /	
PLACA PONTE ESTREITA 175X70	3120/05	2612F15	01 /	
PLACA PONTE ESTREITA 185X80	3120/06	2613F15	01 /	
PLACA PONTE LARGA 145X40	3119/02	S10671	01 /	
PLACA PONTE LARGA 155X50	3119/03	T10336	01 /	

HOSPITAL: Memorial

PACIENTE: Francisco Camindell H. Araujo.

Nº PRONT.: 147185

DATA DA CIRURGIA: 03.06.20

CONVÊNIO:

CIRURGIÃO: Dr. Gustavo

CIRCULANTE(S): Maria

INSTRUMENTADOR: Lucas + Felipe

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO**

Registro: **147185** IH: **1**

Nascimento: **24/05/1974** 46 anos Data Internação: **23/05/2020 18:56:02**

Leito: **ENFERMARIA 308B**

Turno: **Noturno**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **PRÉ OP. DE TIBIA (E) + FIXADOR EXTERNO**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Alergias Medicamentosas: **NEGA ALERGIA**

Sinais Vitais

Temperatura: **35,7 °C** Saturação O2: **96%** Respiração: **20 RPM**

Pressão Arterial: **130x80** Frequência Cardíaca: **98**

Acesso Venoso

Dieta

VO

ACEITOU BEM SUA DIETA

Isolamento de contato: **Não**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **COLETOR**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **NO MOMENTO**

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

Intercorrência:

AS 19:00 RECEBO O PACIENTE ADULTO DE 46 ANOS CONSCIENTE E ORIENTADO RESPIRANDO EM O2 AMBIENTE EM PRÉ OP. DE TIBIA (E) + FIXADOR EXTERNO FOI AFERIDO OS SSVV DO MESMO SEGUE ESTAVEL SEM ANORMALIDADE ATE O MOMENTO PCT SEM ACESSO EM USO DE MEDICAÇÃO POR VIA ORAL SEGUE SEM QUEIXAS DE DORES SEGUE EM OBSERVAÇÃO EM USO DE DIURESE POR COLETOR. SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. AS 06:00 FOI AFERIDO OS SSVV DO MESMO SEGUE ESTAVEL SEM ANORMALIDADE ASEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Selvo Junior Barboza dos Santos
COREN-RN 1392960-TE



COREN: 1392960 - SELVO JUNIOR BARBOZA DOS SANTOS

24/05/2020 19:37:58



REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO**

Registro: **147185**

IH: **1**

Nascimento: **24/05/1974** **46 anos** Data Internação: **23/05/2020 18:56:02**

Leito: **ENFERMARIA 308B**

Turno: **Noturno**

Antecedentes: **DESCONHECE**

Hipótese Diagnóstica: **POS DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + PRE OPERATORIO** Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **DESCONHECE**

Sinais Vitais:

Temperatura: **36 °C** Saturação O2: **99%%** Respiração: **18 RPM**

Pressão Arterial: **120x80** Frequência Cardíaca: **81**

Acesso Venoso

Periférico

MSE

Dieta

VO

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **COLETOR**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **NO MOMENTO**

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

- ADMINISTRADO MEDICAÇÕES DO HORARIO

Intercorrência:

19H00 RECEBO PACIENTE EM POS DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + PRE OPERATORIO DE TIBIA (E) + TALA GESSADA. CONCIENTE ORIENTADO EM O2 AMBIENTE , DIETA V.O , NA HV EM MSE , VIABILIZANDO SORO RINGER SIMPLES 500ML , ADMINISTRADO MEDICAÇÕES DO HORARIO , VERIFICADO SSVV , DIURESE ESPONTANIA . SEGUE AOS CUIDADOS.

COREN: 1160379 - GLEDSTONY SILVA E SALES

04/06/2020 00:49:26



REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO**

Registro: **147185**

IH: **1**

Nascimento: **24/05/1974** **46 anos** Data Internação: **23/05/2020 18:56:02**

Leito: **ENFERMARIA 308B**

Turno: **Noturno**

Antecedentes: **DESCONHECE.**

Hipótese Diagnóstica: **POS DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + PRE OPERATORIO**

Isolamento de contato: **Não**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Alergias Medicamentosas: **DESCONHECE.**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Sinais Vitais

Temperatura: **35,7 °C**

Saturação O2: **98%**

Respiração: **18 RPM**

Pressão Arterial: **140x90**

Frequência Cardíaca: **90**

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Acesso Venoso

Periférico

MSE 31/05

Dieta

VO

EM JEJUM

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **COLETOR**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **NO MOMENTO.**

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

Intercorrência:

AS 19:00 RECEBO O PACIENTE ADULTO DE 46 ANOS CONSCIENTE E ORIENTADO RESPIRANDO EM O2 AMBIENTE EM POS. DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + PRE OPERATORIO DE TIBIA (E) + TALA GESSADA FOI AFERIDO OS SSVV DO MESMO SEGUE ESTAVEL SEM ANORMALIDADE ATE O MOMENTO PCT SE ENCONTRA COM ACESSO MSE DO DIA 31/05 NA HIDRAT POR GRAVIDADE + MEDICAÇÃO DE HORARIO O MESMO REALIZARA CIRURGIA DIA 03/06 AS 07:00 HORAS PCT FOI ORIENTADO SOBRE JEJUM E ORIENTAÇÕES EM PRE OPERATORIO PCT ACEITOU BEM SUA DIETA COM ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICA POR PAPAGAIO + APARADIERA SEGUE SEM QUEIXAS E FICA EM OBSERVAÇÃO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.
AS 06:00 FOI AFERIDO OS SSVV DO MESMO SEGUE ESTAVEL SEM ANORMALIDADE ATE O MOMENTO SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.
AS 06:10 REALIZADO HIGIENIZAÇÃO DO MESMO + TROCA DE LENÇOL DE CAMA + ENCAMINHO PCT EM POS. DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + PRE OPERATORIO DE TIBIA (E) + TALA GESSADA PARA CC ACOMPANHADO DO MAQUEIRO LEVANDO CONSIGO PRONTUARIO

Selvo Junior Barboza dos Santos
COREN-RN 1392960-TE

COREN: 1392960 - SELVO JUNIOR BARBOZA DOS SANTOS

02/06/2020 20:45:05

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO**

Nascimento: **24/05/1974** 46 anos Data Internação: **23/05/2020 18:56:02**

Registro: **147185**

IH: 1

Leito: **ENFERMARIA 308B**

Turno: **Manhã**

Antecedentes: **DESCONHECE**

Hipótese Diagnóstica: **6º DPO DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DA PERNA(E) + T/** Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Alergias Medicamentosas: **DESCONHECE**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Sinais Vitais

Temperatura: **36 °C**

Saturação O2: **96%%**

Respiração: **18 RPM**

Pressão Arterial: **130x80**

Frequência Cardíaca: **71**

Acesso Venoso

Periférico

MSE

Dieta

VO

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **COLETOR**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **NO MOMENTO**

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Curativo:

TALA GESSADA

Medicações:

ADMINISTRADO MEDICAÇÕES DE HORARIO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

Drenos

Data:

Tipo:


Local:

Aspecto:

Obs.:

Intercorrência:

AS 07:00 RECEBO PACIENTE 46 ANOS, CONCIENTE E ORIENTADO, EM AR AMBIENTE, NA HVP EM MSE, ACEITA DIETA OFERTADA, SONO PRESERVADO, AFERIDO SINAIS VITAIS SEM ANORMALIDADES, ADMINISTRADO MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA, ALIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES, HIGIENIZADO EM WC, TROCA DOUPE DE CAMA E PESSOAL, SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO, INTALADO 1 EQUIPO MACRO PARA DEXAMETASONA.


COREN: 1421966 - ROZANA RAFAELA DA SILVA BEZERRA
02/06/2020 07:20:09



REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO**

Registro: **147185**

IH: **1**

Nascimento: **24/05/1974** **46 anos** Data Internação: **23/05/2020 18:56:02**

Leito: **ENFERMARIA 308B**

Turno: Diurno

Antecedentes: DESCONHECE

Hipótese Diagnóstica: 5º DPO DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DA PERNA(E) + T/ Isolamento de contato: Não

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorado

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Alergias Medicamentosas: DESCONHECE

Sinais Vitais

Temperatura: 36,6 °C Saturação O2: 95% Respiração: 22 RPM

Pressão Arterial: 130x70 Frequência Cardíaca: 78

Acesso Venoso

Periférico

EM MSE

Dieta

VO

DIETA VIA ORAL

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

EM AR AMBIENTE

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.: COLETOR

Intestinais: AUSENTE

Aspectos: NO MOMENTO

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

ADMINISTRADO MEDICAÇÃO PRESCRITA

Intercorrência:

AS 07:00 HORAS RECEBO PACIENTE DE 46 ANOS CONSCIENTE E ORIENTADO RESPIRANDO SOB O2 AMBIENTE, AFERIDO SINAIS VITAIS SEM ANORMALIDADES, ACEITOU DIETA OFERECIDA, NA HIDRATAÇÃO VENOSA PERIFÉRICA EM MSE VIABILIZANDO SORO FISIOLÓGICO + EM USO DE ANTIBIÓTICO(KEFAZOL) 1 FRASCO DE 1 GRAMA DE 8/8 HORAS, ADMINISTRADO MEDICAÇÃO PRESCRITA, HIGIENIZADO TROCADO ROUPA DE CAMA E PESSOAL, MASSAGEM DE CONFORTO, MUDANÇA DE DECÚBITO, SEGUE NO LEITO AGUARDANDO PROXIMO PROCEDIMENTO CIRURGICO PROGRAMADO PARA O DIA 02/06/2020.

Azenilda S. Santos

COREN: 1135751 - AZENILDA SANTOS DO NASCIMENTO

01/06/2020 10:57:29



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO**

Nascimento: **24/05/1974** 46 anos Data Internação: **23/05/2020 18:56:02**

Registro: **147185**

IH: **1**

Leito: **ENFERMARIA 308B**

Turno: **Tarde**

Antecedentes: **DESCONHECE**

Hipótese Diagnóstica: **POS DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + TALA GESSADA**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Alergias Medicamentosas: **DESCONHECE**

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Sinais Vitais

Temperatura: **34.5 °C**

Saturação O2: **97%**

Respiração: **20 RPM**

Pressão Arterial:

130x80

Frequência Cardíaca: **76**

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

AR AMBIENTE

Acesso Venoso

Periférico

MSE 30/05

Dieta

VO

BEM ACEITA

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **COLETOR**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos:

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

ADM.MEDICACOES CPM.

AS 18HS PACIENTE PERDEU ACESSO REPUNÇIONADO EM MSE COM JELCO 20 COM EXODO SEGUE COM HV.

Intercorrência:

AS 13HS RECEBO PLANTAO COM PACIENTE EM AR AMBIENTE EM POS OPERATORIO DE RETIRADA DE FIXADOR DIETA VO BEM ACEITA SSVV ESTAVEIS HVP EM MSE FLUINDO BEM HV SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Maria da Conceição de Jesus

Maria da Conceição de Jesus

COREN: 954371 - MARIA DA CONCEICAO DE JESUS

31/05/2020 15:12:21



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228

hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO**

Registro: **147185**

IH: **1**

Nascimento: **24/05/1974** **46 anos** Data Internação: **23/05/2020 18:56:02**

Leito: **ENFERMARIA 308B**

Turno: **Noturno**

Antecedentes: **DESCONHECE**

Hipótese Diagnóstica: **POS DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + TALA GESSADA**

Isolamento de contato: **Não**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **DESCONHECE**

Sinais Vitais

Temperatura: **36 °C** Saturação O2: **98%** Respiração: **20 RPM**

Pressão Arterial: **120x80** Frequência Cardíaca: **91**

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Acesso Venoso

Periférico

Dieta

VO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **COLETOR**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **NO MOMENTO**

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

ADM MEDICAÇÃO CONF PRESCRITO.

22:00 ADM CEFZOLINA 01 FRASCO + ABD IV.

06:00 ADM CEFZOLINA 01 FRASCO + ABD IV.

Intercorrência:

PACIENTE CONCIENTE, ORIENTADO NA H.VENOSA PERIFERICA ACEITA DIETA VO SSVV MANTIDOS SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

COREN: 288203 - WILLIANE NASCIMENTO COSTA

30/05/2020 19:48:43

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO**

Registro: **147185**

IH: **1**

Nascimento: **24/05/1974** **46 anos** Data Internação: **23/05/2020 18:56:02**

Leito: **ENFERMARIA 308B**

Turno: **Noturno**

Antecedentes: **DESCONHECE.**

Hipótese Diagnóstica: **PÓS RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE PERNA E+ TALA GE:** Isolamento de contato: **Não**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **DESCONHECE.**

Sinais Vitais

Temperatura: **36,5 °C**

Saturação O2:

Respiração: **20 RPM**

Pressão Arterial:

140x80

Frequência Cardíaca: **92**

Acesso Venoso

Periférico

MSE

Dieta

VO

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **COLETOR**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **NO MOMENTO.**

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

22HS- ADM 1AMP TRAMADOL 100MG+SF0,9% EV. 1FA CEFAZOLINA 1G+ABD EV. 1AMP BROMOPRIDA 5MG+ABD EV.

24HS- ADM 2AMP DIPIRONA 500MG+ABD EV. 1AMP DEXAMETASONA 4MG+SF0,9% EV. INSTALADO RINGER SIMPLES-500ML EV.

06HS- ADM 1AMP BROMOPRIDA +ABD EV. 1FA CEFAZOLINA 1G+ABD EV. 1AMP TRAMADOL 100MG+SF0,9% EV. 2AMP DIPIRONA 500MG+ABD EV.

Intercorrência:

19HS- RECEBI PACIENTE EM PÓS OPERATORIO. CONSCIENTE, ORIENTADO, O2 AMBIENTE, NA HVP EM MSE, DIETA VO. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES, COM ACOMPANHANTE. 24:40HS- REPUNÇIONADO ACESSO COM JELCO Nº20 EM MSE E TROCADO EQUIPOS. 06HS- PACIENTE O2 AMBIENTE, NA HVP, SONO PRESERVADO, VERIFICADO SSVV, SEGUE AOS CUIDADOS.


COREN: 139216 - MARIA LUCINETE DE OLIVEIRA SOUZA

29/05/2020 21:18:10

EVOLUÇÃO DIÁRIA DE CURATIVO

Dados do Paciente

Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO** Registro: **147185** Nº Internação: **1**
Nascimento: **24/05/1974 46 anos** Data Internação: **23/05/2020 18:56:02** Leito: **ENFERMARIA 308B**

Limpeza: Tipo de Ferida: **HÁ ESCLARECER**
Localização: **FIXADOR EM FEMUR** Condições do Leito: **SEM PRESENÇA DE EXSUDATO**

EXSUDATO DA FERIDA
☐ Seroso ☐ Purulento ☐ Sanguinolento ☐ Serossanguinolento ☐ Piosanguinolento ☒ Sem Exudato

PELE - PERILESIONAL
☐ Inteira ☐ Escoriada ☐ Sinal Flogísticos ☐ Descamada ☐ Alergica/Dermatite ☐ Macerada

Quantidade: Selecione uma opc Odor: Selecione uma opc
 BORDAS
☐ Distintas ☐ Regulares ☐ Irregulares

OBSERVAÇÕES GERAIS

LIMPEZA: CLOREXIDINA, LUVA DE PROCEDIMENTO, GAZE, ATADURA E MICROPORE.
ORIFICIOS DE FIXADORES COM PEQUENO EXSUDATO SEROSSANGUINOLENTO

24/05/2020 08:10:00

Técnico(a) COREN - 1320233

ANA JULIA DE JESUS AVELINO

147185 - 1 - FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO

Limpeza: Tipo de Ferida: **HÁ ESCLARECER**
Localização: **FIXADOR FEMUR + TIBIA** Condições do Leito: **EXSUDATO EM GAZE**

EXSUDATO DA FERIDA
☐ Seroso ☐ Purulento ☒ Sanguinolento ☐ Serossanguinolento ☐ Piosanguinolento ☐ Sem Exudato

PELE - PERILESIONAL
☒ Inteira ☐ Escoriada ☐ Sinal Flogísticos ☐ Descamada ☐ Alergica/Dermatite ☐ Macerada

Quantidade: **Médio** Odor: Selecione uma opc
 BORDAS
☐ Distintas ☒ Regulares ☐ Irregulares

OBSERVAÇÕES GERAIS

LIMPEZA: CLOREXIDINA, LUVA DE PROCEDIMENTO, LUVA ESTERIL, OLEO DE GIRASSOL, E ATADURA.
REALIZADA LIMPEZA DE FIXADOR EXTERNO COM CLOREXIDINA ALCOOLICA

25/05/2020 10:58:34

Técnico(a) COREN - 1320233

ANA JULIA DE JESUS AVELINO

147185 - 1 - FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO

Limpeza: Tipo de Ferida: **LIMPA**
Localização: **TIBIA** Condições do Leito: **COM PRESENÇA DE EXSUDATO**

EXSUDATO DA FERIDA
☐ Seroso ☐ Purulento ☒ Sanguinolento ☐ Serossanguinolento ☐ Piosanguinolento ☐ Sem Exudato

PELE - PERILESIONAL
☒ Inteira ☐ Escoriada ☐ Sinal Flogísticos ☐ Descamada ☐ Alergica/Dermatite ☐ Macerada

Quantidade: **Grande** Odor: Selecione uma opc
 BORDAS
☐ Distintas ☒ Regulares ☐ Irregulares

OBSERVAÇÕES GERAIS

LIMPEZA: CLOREXIDINA, LUVA DE PROCEDIMENTO, LUVA ESTERIL, GAZE, CAMPO, ATADURA E MICROPORE

FO PELE INTEGRA, PEQUENO EXSUDATO SANGUINOLENTO EM MEDIA QUANTIDADE

04/06/2020 11:50:11

Técnico(a) COREN - 13

ANA JULIA DE JESUS AVELINO

EVOLUÇÃO DIÁRIA DE CURATIVO

Dados do Paciente

Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO**

Registro: **147185**

Nº Internação: **1**

Nascimento: **24/05/1974 46 anos** Data Internação: **23/05/2020 18:56:02** Leito: **ENFERMARIA 308B**

Limpeza:

Tipo de Ferida: LIMPA

Localização: TIBIA

Condições do Leito: SEM PRESENÇA DE EXSUDATO

EXSUDATO DA FERIDA

☐ Seroso ☐ Purulento ☐ Sanguinolento ☐ Serossanguinolento ☐ Piosanguinolento ☒ Sem Exudato

PELE - PERILESIONAL

☒ Integra ☐ Escoriada ☐ Sinal Flogísticos ☐ Descamada ☐ Alergica/Dermatite ☐ Macerada

Quantidade: Selecione uma opc Odor: Selecione uma opc

BORDAS

☐ Distintas ☒ Regulares ☐ Irregulares

OBSERVAÇÕES GERAIS

LIMPEZA: CLOREXIDINA, LUVA DE PROCEDIMENTO, LUVA ESTERIL, GAZE, ATADURA E MICROPORE.

FO PELE INTEGRAL, SEM PRESENÇA DE EXSUDATO

05/06/2020 11:32:59

Técnico(a) COREN - 1320273

ANA JULIA DE JESUS AVELINO



Hospital Memorial
São Francisco

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

REGISTRO DE ENFERMAGEM - UNIDADE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO**

Registro: **147185** Nº Internação: **1**

Nascimento: **24/05/1974 46 anos** Data Internação: **23/05/2020 18:56:02** Leito: **ENFERMARIA 308B**

OBSERVAÇÕES GERAIS

AS 06H ENCAMINHO PCT PARA CC EM PRE OP DE FRATURA DE TÍBIA ACOMPANHADO DO
MAQUEIRO LEVANDO CONSIGO SEU PRONTUÁRIO + ANEXOS

Selvo Junior Barboza dos Santos
Enfermeiro
CORRENTE 1392960-7E

27/05/2020

COREN - 1392960

SELVO JUNIOR BARBOZA DOS SANTOS



Hospital Memorial
São Francisco

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - UNIDADE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO

Registro: 147185 Nº Internação: 1

Nascimento: 24/05/1974 46 anos Data Internação: 23/05/2020 18:56:02 Leito: ENFERMARIA 308B

OBSERVAÇÕES GERAIS

PACIENTE EM PRE OP DE FRATURA DE TIBIA , SEQUE EM ANEXO : ECG + RX + RISCO + EXAMES

LABORATORIAL

Ano - Kariny

27/05/2020
COREN 6670

ANA KARINY COSTA PINHEIRO



EVOLUÇÃO AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA

Data: 24/05/2020 13:18

Dados do Paciente

Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO

Registro: 147185 Num.Internação: 1

Nascimento: 24/05/1974 46 anos

Data Internação: 23/05/2020 18:56:02



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA

ANAMNESE

Antecedentes Hereditários

Sim Não

☐☒

Coronariopatia

☐☒

D. Melito

☐☒

Probl. Anestésicos

☒☐

Outros HAS

Cardiorespiratório/Nefro

Sim Não

☐☒

HAS

☐☒

IAM Prévio

☐☒

ICo

☐☒

Disritmias

☐☒

ICC

☐☒

DPOC

☐☒

Broncoespasmo

☐☒

Tabagismo

☐☒

Ins. Renal

Gastro / Endócrino / Neuro

Sim Não

☐☒

Tireoidismo

☐☒

Hepatites Virais

☐☒

Etilismo

☐☒

D. Melito

☐☒

Dislipidemia

☐☒

Obesidade

☐☒

Convulsões

☐☒

AVC Prévio

☐☒

Alergias

☒☐

Ansiedade / S. Pânico

OBSERVAÇÕES

AO EXAME FÍSICO

Ausculta Pulmonar

☒ Normal

Alterado

Ausculta Cardíaca

☒ Normal

Alterado

PA 132 X 84 mmHg

FCm 72 bpm

ECG

☐ Normal

Alterado

BRD

Outros

Classe Funcional (NYHA) I

Dr. Miranda, Carlos A. A. S.
Cardiologista - CRM-RN 2278

CARLOS ALBERTO ALVES DA SILVA MIRANDA
CRM - 2278



Hospital Memorial
São Francisco

EXAMES COMPLEMENTARES

Nº Reg.

Nome: Francisco Canindo Hermirico Idade: 45 Apto: 308B

FRANCIS

308B

24/05

3008

Nome: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO
Médico: GUSTAVO SOUZA
Local do Atendimento: DNA SÃO LUCAS (HOSPITAL)
Convênio: HOSPITAL MEMORIAL
Origem: 46-HOSPITAL MEMORIAL

Idade: 46 anos
Data de Atendimento: 24/05/2020
Data de Impressão: 24/05/2020 10:49:24
Protocolo: 168081-08
Setor: MEMORIAL Leito:

CREATININA:

RESULTADO: 0,80 mg/dL

VALORES DE REFERÊNCIA:

MASCULINO:

0,66 a 1,25 mg/dL

FEMININO:

0,52 a 1,04 mg/dL

Material: SORO

Data coleta : 24/05/2020 09:45:00

Método: Química Seca

TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR ESTIMADA(CKD-EPI):

RESULTADO: 107,15 mL/min/1,73m²

VALOR DE REFERÊNCIA:

1 SEMANA: 41 +/- 15 mL/min/1,73m²

02 A 08 SEMANAS: 66 +/- 25 mL/min/1,73m²

08 SEMANAS A 2 ANOS: 96 +/- 22 mL/min/1,73m²

> 2 ANOS: ACIMA 60 mL/min/1,73m²

Nota: Uso de dipirona pode apresentar valores de creatinina mais baixo do que o real.

Liberado por: Sistema automatizado

Data liberação: 24/05/2020 10:06

GLICOSE:

RESULTADO: 91 mg/dL

VALORES DE REFERÊNCIA:

70 a 99 mg/dL

Material: SORO

Data coleta : 24/05/2020 09:45:00

Método: Química Seca

Liberado por: Sistema automatizado

Data liberação: 24/05/2020 10:07


Andrea Ludiana A.C. Fernandes, PhD
CRF-RN 1521

Os exames laboratoriais sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos. Só seu clínico tem condições de interpretar corretamente os resultados. E caso necessário, sugere-se a critério médico, repetir o exame.

(84) 4007-2595 | 9.9997-0341
WWW.DNACENTER.COM.BR

Nome: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO
Médico: GUSTAVO SOUZA
Local do Atendimento: DNA SÃO LUCAS (HOSPITAL)
Convênio: HOSPITAL MEMORIAL
Origem: 46-HOSPITAL MEMORIAL

Idade: 46 anos
Data de Atendimento: 24/05/2020
Data de Impressão: 24/05/2020 10:49:24
Protocolo: 168081-08
Setor: MEMORIAL Leito:

HEMOGRAMA COMPLETO:

Material: Sangue total com EDTA
Coleta.: 24/05/2020 09:45:00
Método.: Automatizado - ADVIA 2120i Citometria de fluxo peroxidase

ERITROGRAMA

VALORES DE REFERÊNCIA

Hemácias.....	3,64	milhões/mm ³	4,5 a 6,0	milhões/mm ³
Hemoglobina.....	11	g/dL	13,5 a 18,0	g/dL
Hematócrito.....	32,7	%	40,0 a 54,0	%
Volume Corpuscular Médio - VCM.....	89,8	fL	80,0 a 100,0	fL
HGB Corpuscular Média - HCM.....	30,2	pg	26,0 a 34,0	pg
Conc. de HGB Corpuscular Média - CHCM:	33,6	g/dL	32,0 a 36,0	g/dL
RDW - Índice de Anisocitose.....	14,3	%	11,0 a 15,0	%

OBS: Normocíticas e normocrômicas

LEUCOGRAMA

VALORES DE REFERÊNCIA

Leucócitos	7.700	/mm ³	4000 a 11000/mm ³
Bastões	1	% 77 /mm ³	40 a 550/mm ³
Segmentados	72	% 5544 /mm ³	2000 a 7150/mm ³
Eosinófilos	4	% 308 /mm ³	40 a 550/mm ³
Basófilos	0	% 0 /mm ³	0 a 110/mm ³
Linfócitos	18	% 1386 /mm ³	800 a 4400/mm ³
Monócitos	5	% 385 /mm ³	80 a 1100/mm ³

OBS:
Morfologia conservada

CONTAGEM DE PLAQUETAS: 468.000 /mm³ 150.000 a 450.000/mm³

OBS: Aparentemente normal em aspecto

NOTA: Análise hematológica automatizada utilizando-se impedância e citometria de fluxo, por meio da coloração com peroxidase. Os procedimentos de confirmação da contagens e análise de morfologia são realizados pela técnica de microscopia, quando aplicável.

Liberado por: Sarah Cabral Barroso - CRBM 6657

Data liberação: 24/05/2020 10:48


Andrea Luciana A.C. Fernandes, PhD
CRF-RN 1521

Os exames laboratoriais sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos. Só seu clínico tem condições de interpretar corretamente os resultados. E caso necessário, sugere-se a critério médico, repetir o exame.

(84) 4007-2595 | 9.9997-0341
WWW.DNACENTER.COM.BR

Nome: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO
Médico: GUSTAVO SOUZA
Local do Atendimento: DNA SÃO LUCAS (HOSPITAL)
Convênio: HOSPITAL MEMORIAL
Origem: 46-HOSPITAL MEMORIAL

Idade: 46 anos
Data de Atendimento: 24/05/2020
Data de Impressão: 24/05/2020 10:49:24
Protocolo: 168081-08
Setor: MEMORIAL Leito:

POTÁSSIO:

RESULTADO: **3,5** mmol/L

VALORES DE REFERÊNCIA:
3,5 a 5,1 mmol/L

Material: SORO
Data coleta : 24/05/2020 09:45:00
Método: Química Seca

Liberado por: Sistema automatizado

Data liberação: 24/05/2020 10:03

SÓDIO, DOSAGEM:

RESULTADO: **142** mmol/L

VALORES DE REFERÊNCIA:
137 a 145 mmol/L

Material: SORO
Data coleta : 24/05/2020 09:45:00
Método: Química Seca

Liberado por: Sistema automatizado

Data liberação: 24/05/2020 10:03


Andrea Luciana A.C. Fernandes, PhD
CRP-RN 1521

Os exames laboratoriais sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos. Só seu clínico tem condições de interpretar corretamente os resultados. E caso necessário, sugere-se a critério médico, repetir o exame.

(84) 4007-2595 | 9.9997-0341 
WWW.DNACENTER.COM.BR

Nome: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO
Médico: GUSTAVO SOUZA
Local do Atendimento: DNA SÃO LUCAS (HOSPITAL)
Convênio: HOSPITAL MEMORIAL
Origem: 46-HOSPITAL MEMORIAL

Idade: 46 anos
Data de Atendimento: 24/05/2020
Data de Impressão: 24/05/2020 10:49:24
Protocolo: 168081-08
Setor: MEMORIAL Leito:

TEMPO DE PROTROMBINA, DETERMINAÇÃO:

TEMPO PACIENTE.....: **11,60 s**
TEMPO CONTROLE....: **11,6 s**
ATIVIDADE ENZIMÁTICA: **100 %**
INR.....: **1,00**

VALORES DE REFERÊNCIA:
Atividade enzimática: Superior ou Igual a 70%
INR: 0,80 a 1,20

Material: PLASMA CITRATADO
Data coleta : 24/05/2020 09:45:00
Método: Nefelometria

Laboratorialmente, a terapia anticoagulante é monitorada pelo tempo de Protrombina (TAP/INR) indicado para o uso de anticoagulante oral.

Nota:
O INR-alvo para a maioria das condições clínicas é de 2,5 com uma faixa aceitável entre 2,0 e 3,0. Em outras condições trombóticas (por exemplo, válvula mitral mecânica) recomenda-se metas de 3,0 com intervalo entre 2,5 e 3,5. O manejo da terapia de anticoagulação é um ato médico e com alvos de INR individualizados caso a caso, conforme estado clínico e comorbidades do paciente.

REF.: ICSI - Health Care Guideline - Antithrombotic Therapy Supplement - Eighth Edition/april 2010

Faranoff and Martin's neonatal-perinatal medicine: diseases of the fetus and infant. Volume 2, 2011. Elsevier. Tabela: Andrew M et al: The development of the human coagulation system in the healthy premature infant. Blood 70: 165, 1987.

Liberado por: Sarah Cabral Barroso - CRBM 6657

Data liberação: 24/05/2020 10:23


Andreia Luciana A.C. Fernandes, PhD
CRF-RN 1521

Os exames laboratoriais sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos. Só seu clínico tem condições de interpretar corretamente os resultados. E caso necessário, sugere-se a critério médico, repetir o exame.

(84) 4007-2595 | 9.9997-0341
WWW.DNACENTER.COM.BR

Nome: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO
Médico: GUSTAVO SOUZA
Local do Atendimento: DNA SÃO LUCAS (HOSPITAL)
Convênio: HOSPITAL MEMORIAL
Origem: 46-HOSPITAL MEMORIAL

Idade: 46 anos
Data de Atendimento: 24/05/2020
Data de Impressão: 24/05/2020 10:49:24
Protocolo: 168081-08
Setor: MEMORIAL Leito:

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA:

TEMPO DO PACIENTE.....: **29,80 s**

TEMPO CONTROLE.....: **29,80 s**

RELAÇÃO PACIENTE/CONTROLE:..**1,00**

VALORES DE REFERÊNCIA:

Relação até 1,20

Material: PLASMA CITRATADO

Data coleta : 24/05/2020 09:45:00

Método: Nefelometria

Nota:

O valor satisfatório para os pacientes em uso de heparina, antitrombóticos e anticoagulante orais, deve ser de 1,5 a 2,5 (ratio) do valor de relação paciente/controle, da mesma forma o uso de antitrombóticos como o Bivalirudina e do Argatroban deve ser controlado através de valores de TTPA entre 1,5 e 2,5.

A relação paciente/normal do Tempo de Tromboplastina Parcial Ativado (TTPA) de paciente em uso de heparina não fracionada compreende o seguinte intervalo:

- intervalo terapêutico de heparina não fracionada (1 UI/ml a 7 UI/ml): relação paciente/normal = 1,31 a 2,34.
- dose profilática de heparina não fracionada (1 UI/ml a 3 UI/ml): relação paciente/normal = 1,24 a 2,07.

Ref.:

- Faranoff and Martin's neonatal-perinatal medicine: diseases of the fetus and infant. Volume 2, 2011. Elsevier. Tabela: Andrew M et al: The development of the human coagulation system in the healthy premature infant. Blood 72: 1651, 1998.

- Faranoff and Martin's neonatal-perinatal medicine: diseases of the fetus and infant. Volume 2, 2011. Elsevier. Tabela: Andrew M et al: The development of the human coagulation system in the healthy premature infant. Blood 70: 165, 1987.

Liberado por: Sarah Cabral Barroso - CRBM 6657

Data liberação: 24/05/2020 10:23


Andrea Luciana A.C. Fernandes, PhD
CRF-RN 1521

Os exames laboratoriais sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos. Só seu clínico tem condições de interpretar corretamente os resultados. E caso necessário, sugere-se a critério médico, repetir o exame.

Nome: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO
Médico: GUSTAVO SOUZA
Local do Atendimento: DNA SÃO LUCAS (HOSPITAL)
Convênio: HOSPITAL MEMORIAL
Origem: 46-HOSPITAL MEMORIAL

Idade: 46 anos
Data de Atendimento: 24/05/2020
Data de Impressão: 24/05/2020 10:49:24
Protocolo: 168081-08
Setor: MEMORIAL Leito:

URÉIA:

RESULTADO: **33,0** mg/dL

VALORES DE REFERÊNCIA:

AMBOS OS SEXOS:

1 dia a 3 anos: 10,77 a 35,90 mg/dL
3 anos a 6 anos: 14,90 a 35,90 mg/dL
6 anos a 9 anos: 14,90 a 35,90 mg/dL
9 anos a 11 anos: 20,90 a 35,90 mg/dL
11 anos a 13 anos: 14,90 a 35,90 mg/dL
13 anos a 15 anos: 17,40 a 44,90 mg/dL
15 anos a 19 anos: 17,40 a 44,90 mg/dL

MASCULINO:

> 19 anos: 19,0 a 43 mg/dL

FEMININO:

> 19 anos: 15,0 a 36 mg/dL

Material: SORO

Data coleta : 24/05/2020 09:45:00

Método: Química Seca

Liberado por: Sistema automatizado

Data liberação: 24/05/2020 10:06


Andrea Luciana A.C. Fernandes, PhD
CRF-RN 1521

Os exames laboratoriais sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos. Só seu clínico tem condições de interpretar corretamente os resultados. E caso necessário, sugere-se a critério médico, repetir o exame.

[84] 4007-2595 | 9.9997-0341
WWW.DNACENTER.COM.BR



Id. Paciente: 21895/2020 Data Exame: 12/05/2020 21:21:59 Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO Hospital: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: PAZ SILVA/TONY Idade: 45 ano(s) PERNAP 57,2 %

D



Id. Paciente: 21895/2020 Data Exame: 12/05/2020 21:21:59
Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO
HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

Técnico: PAZ SILVATONY
Idade: 45 ano(s) PE AP
79,4 %



Id. Paciente: 241

Data Exame: 14/05/2020 17:35:56

Técnico: AFRAUSIO

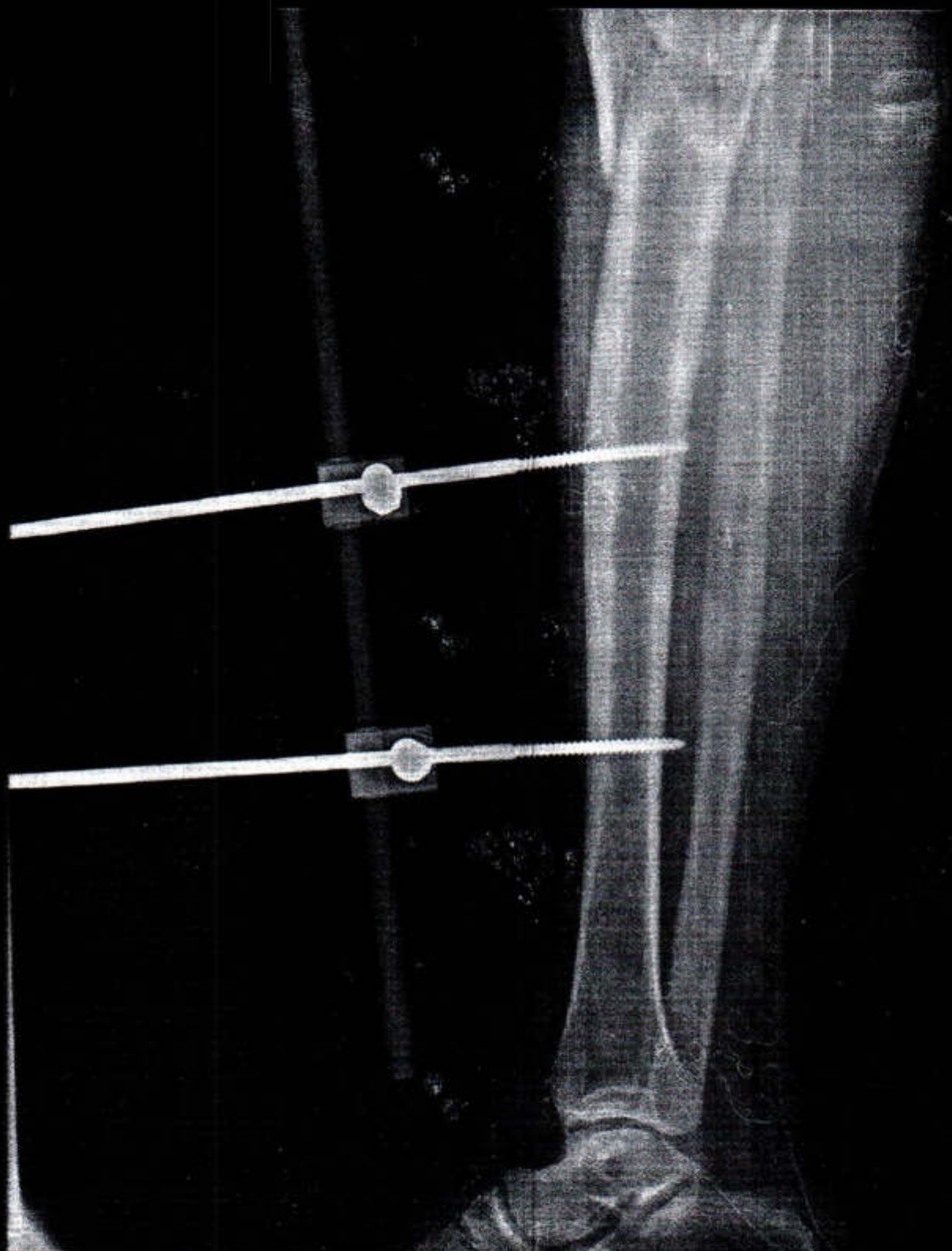
Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINIO

Idade: 0 ano(s)

PERNA AP

HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

54,4 %



Id. Paciente: 241

Data Exame: 14/05/2020 17:35:56

Técnico: AFRAUSIO

Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINIO

Idade: 0 ano(s)

PERNA LAT

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

54,4 %

Id. Paciente: 241
Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINIO
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Data Exame: 14/05/2020 17:35:56

Técnico: AFRAUSIO
Idade: 0 ano(s)
PE AP
59,7 %



E



Id. Paciente: 241

Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINIO
HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

Data Exame: 14/05/2020 17:35:56

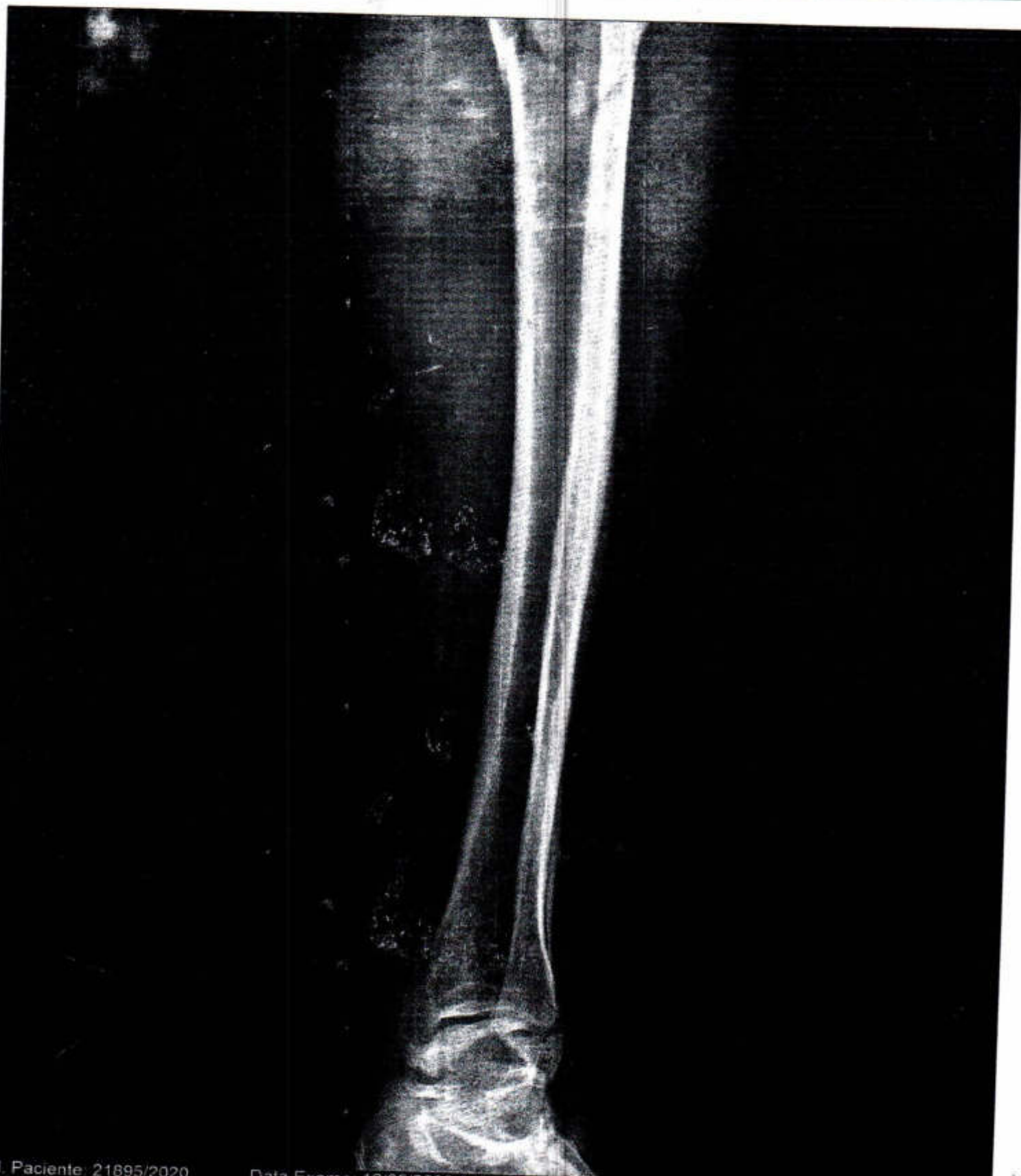
Técnico: AFRAUSIO
Idade: 0 ano(s)

JOELHO AP
55,2 %

E

Id. Paciente: 241
Data Exame: 14/05/2020 17:35:56
Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINIO
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: AFRAUSIO
Idade: 0 ano(s)
JOELHO LAT
81,2 %



Id. Paciente: 21895/2020 Data Exame: 12/05/2020 21:21:59
Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: PAZ SILVA/TONY
Idade: 45 ano(s) PERNÁ AP
57.7 %

E

Id. Paciente: 21695/2020 Data Exame: 12/05/2020 21:21:59
Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: PAZ SILVA/TONY
Idade: 45 ano(s) ANTEBRAÇO AF
57,7 %



Id. Paciente: 21895/2020 Data Exame: 12/05/2020 21:21:59
Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: PAZ SILVA/TONY
Idade: 45 ano(s) JOELHO AP
54,4 %



Id. Paciente: 21895/2020 Data Exame: 12/05/2020 21:21:59
Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: PAZ SILVA/TONY
Idade: 45 ano(s) PERNÁ LAT
57,7 %



Id. Paciente: 21895/2020 Data Exame: 12/05/2020 21:21:59
Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: PAZ SILVA/TONY
Idade: 45 ano(s) JOELHO AP
57,7 %

E

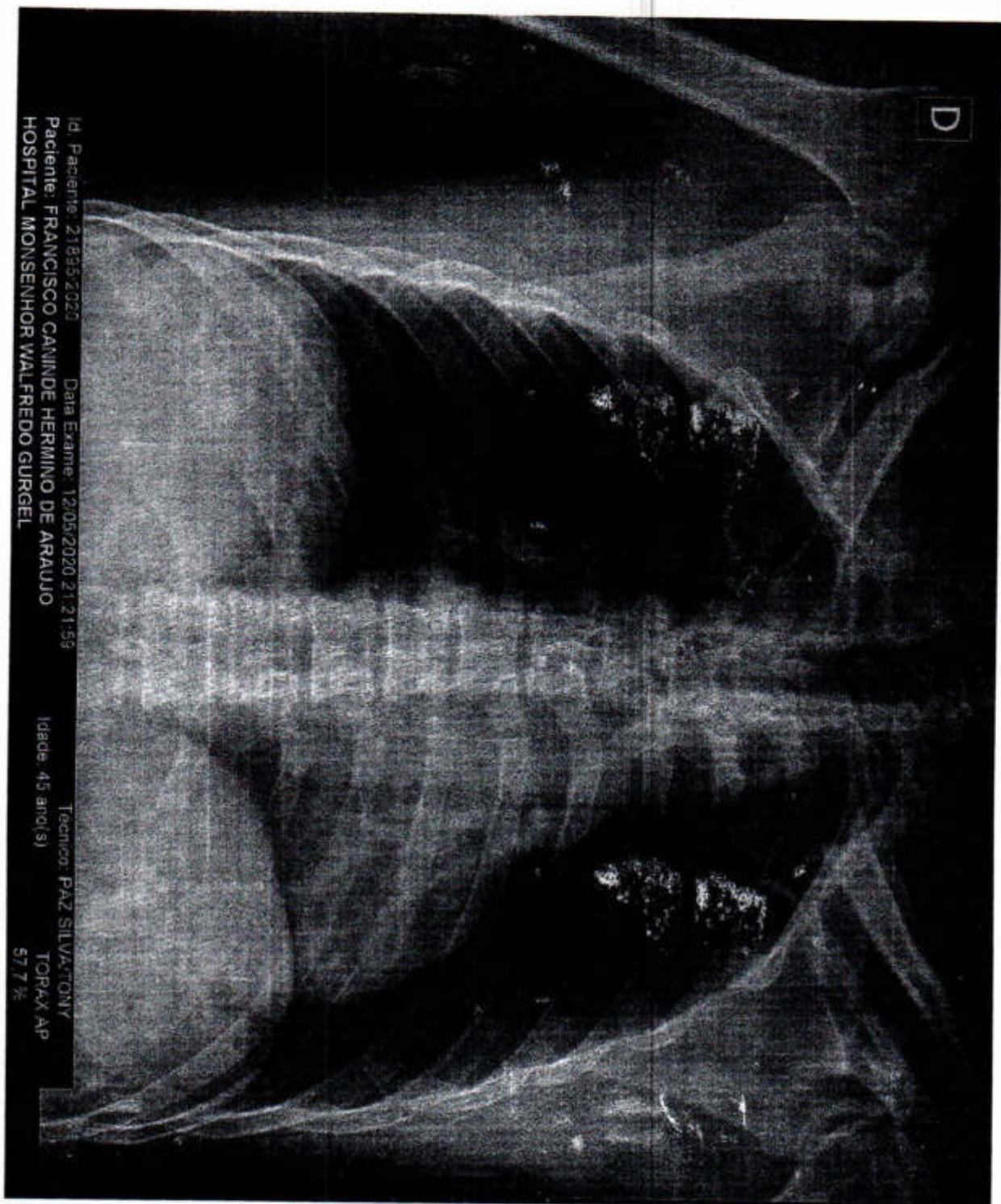
Id. Paciente: 21895/2020
Data Exame: 12/05/2020 21:21:59
Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: PAZ SILVA/TONY
Idade: 45 ano(s)
FEMUR AP
57,7 %

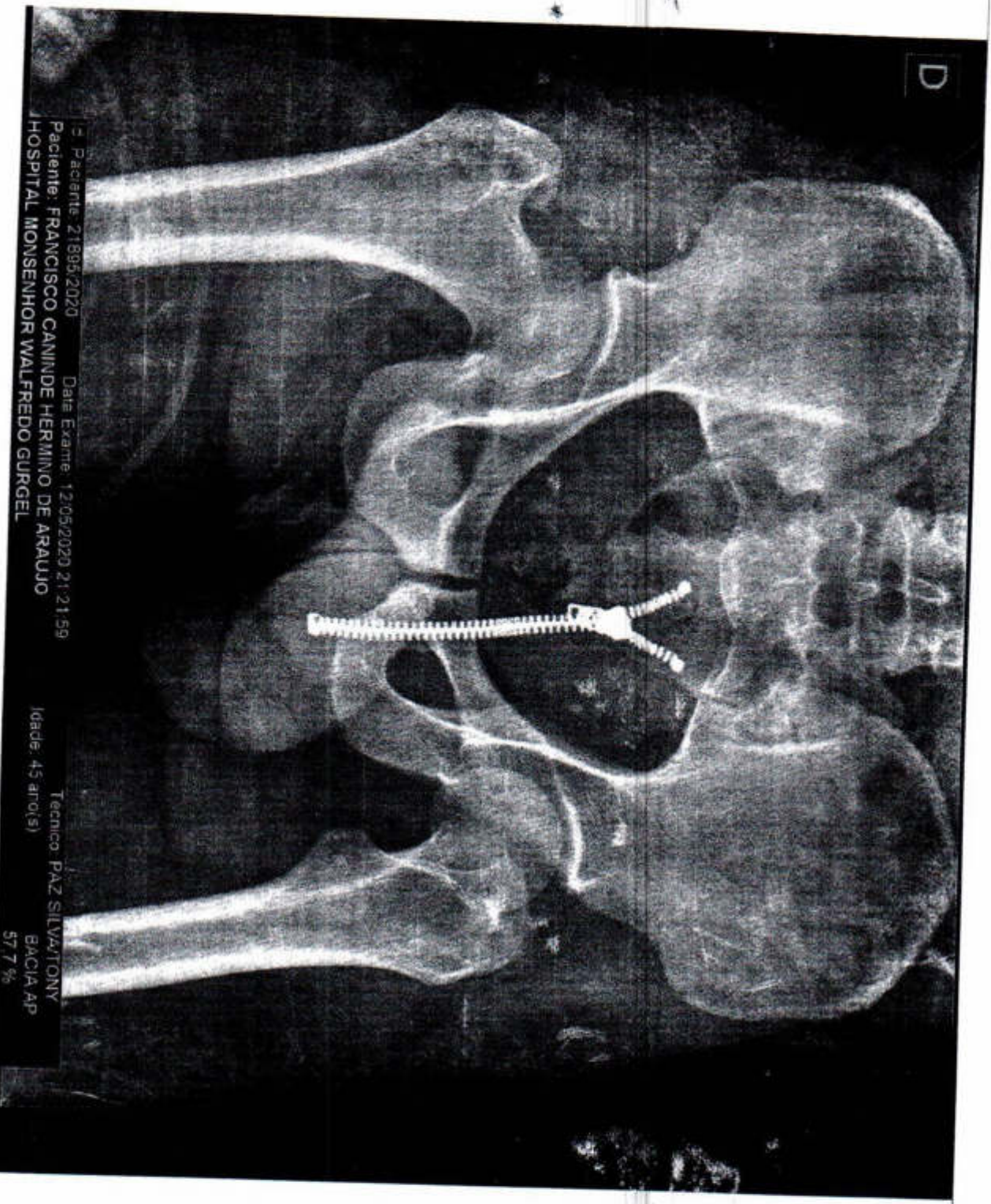
D

Id. Paciente: 21895/2020
Data Exame: 12/05/2020 21:21:59
Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: PAZ SILVA/TOMY
Idade: 45 ano(s)
TORAX AP
57.7%



D



Paciente: 21895/2020
Data Exame: 12/05/2020 21:21:59
Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: PAZ SILVA/TONY
Idade: 45 ano(s)
BACIA AP
57.7 %



CLÍNICA

OTAVA ROSADO

Lauda Rêdoes

Rio Condé Barro de Arap - 4600

Data do acidente: 12/05/20

Paciente sofreu acidente motociclístico que resultou em politrauma e qrs ciliunore com fratura de feto tibia esquerda. Amado grave e complexo.

Atuehinto refre dor, edema e sequela de manunio com perda de 50% de flexão no joelho esquerdo.

TR2 e SB2

08/10/2020

Dr(a):

Dr. André Rodrigues

Ortopedia e Traumatologia

CREMESP 6224

MOSSORO:

Rua Juvenal Lamartine, 119

Centro

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

☎ 9.8866-6069

PARANÁ:

Rua Expedito Alves, S/N

Centro

SERRA DO MEL:

R. Col. Severiano Lima da Costa, 2214

Vila Brasília

Fone: (84) 9.8782-0474

ASSU:

Av. Senador João Câmara, 1304

Centro

PARNAMIRIM

Av. Bella Parnamirim, 880

Vila Nova

NATAL:

Av. Presidente Medice, 256

Igapo - Zona Norte



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

Henri do Rêgo Alves

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Henri do Rêgo Alves

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

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Cap CC

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

Dr. Antônio Araújo

I.T.E.P. ☐

Dr. Antônio Araújo
Otorrinolaringologista
Cirurgião de Nariz e Garganta
Cirurgião de Reconstrução
CRM 10.859

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

Dr. Antônio Araújo

I.T.E.P. ☐



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

EVOLUÇÃO
MULTIDISCIPLINAR

Nome:

Nº Registro:

Idade:

Sexo:

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

DATA

13/05/2020

Prontidão
resposta
sem intercorrências

est. físico ótimo
DAV - 20 U. vascular

37000 Muritz L. Borges
Hepeda/Traumatologia
5907-5912



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

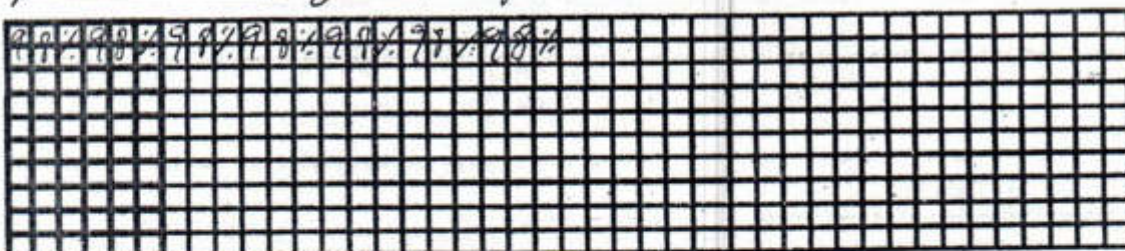
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

FICHA DE ANESTESIA

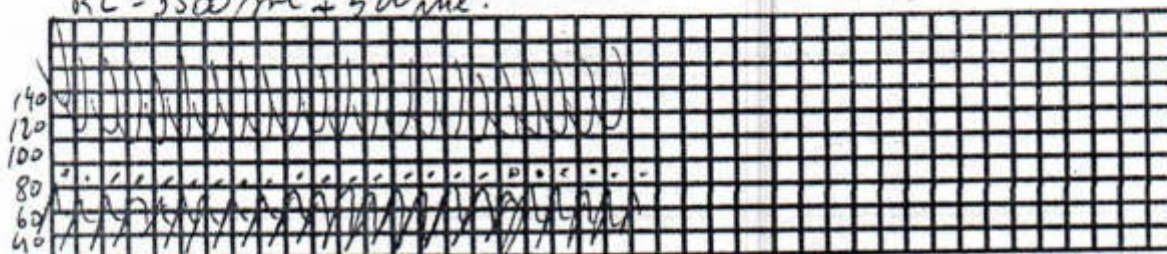
Paciente: Fco. Cordeiro Marinho de Araújo ASA: IE
Idade: 45a Sexo: _____ Registro: _____
Diagnóstico: Frat. de ploto fibril Esq. Data: 13/05/2020
Cirurgia Realizada: LMC + fixada externa
Cirurgião: Bruno Borges Auxiliar: _____
Anestesiologista: João Carlos Enfermagem: _____
História Clínica Admissional: Estável, eufórico, fibril, LORE, colaborativo.
Nego Alugras.

Técnica Anestésica: MCLT + OP + PNJ. Revistas de venodilator.
Raqui: Então Antimigra: campo estereis: punção única
L3-L4 para mediana; LCR claro; 32,5mg de Bupivacaína
prada + 0,06mg de Morfina.

OBS: as OS h,
a Vascular para
abordar o pct
Sindr. coronari.



RL = 3500 ml + 500 ml.



Início: ⊗ 04:00 ⊙ 04:15

Término: ⊗ 04:50 ⊙ 04:45

Anestésicos Utilizados:

1. Morfinizocor + Revistas Venodilator
2. Fentamil 100mcg EV
3. Raquicameteria:
4. Diazepam 3,0mg EV
5. Dipriona 2g + Plasil 30mg EV
6. Bromoprida 10mg + Dexa metasona 10mg
7. Ceftazidima 2g EV
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____

Encaminhamento: A SRPA. Aldate 9. Sem intercorrência.
Somnolência pequena.

Assinatura do Anestesiologista - CRM

João Carlos L. Rebouças
CRM/RN: 6896
Anestesiologista

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



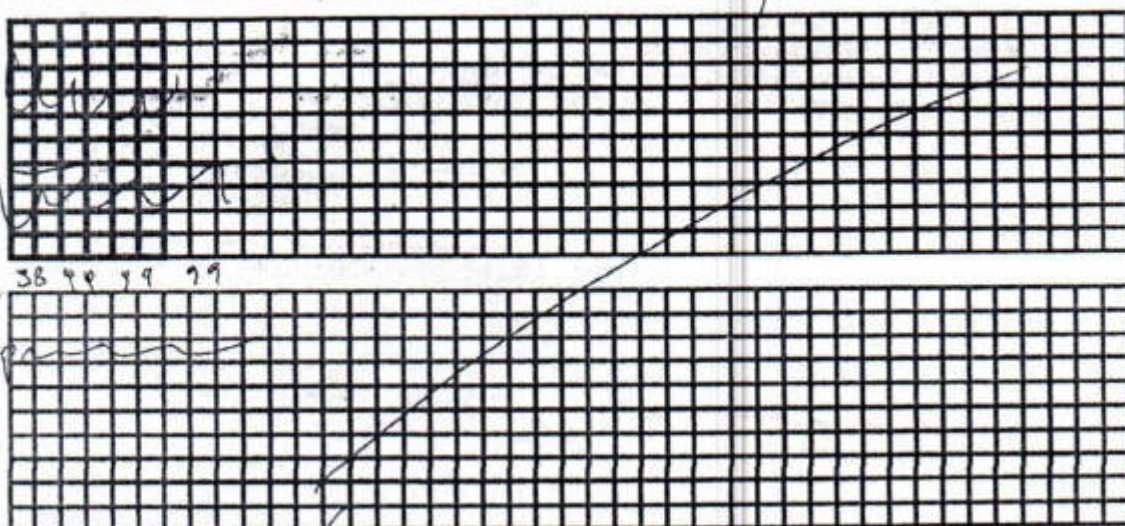
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

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

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Felipe Camilo H. de Araújo ASA: IE
Idade: 45a Sexo: M Registro: _____
Diagnóstico: PO Fractura de Fr. MIE Data: 17/05/2020
Cirurgia Realizada: _____
Cirurgião: Igor Leonardo Auxiliar: _____
Anestesiologista: Luan de Assis Almeida Enfermagem: _____
História Clínica Admissional: Jejum > 8h
P = 70 kg.

Técnica Anestésica: DDH. Mantida Sedação Sentida
Anticomp. 1ml. bolus. 12mg. 1mg. 1mg. (Agulha 27G)
DDH. Ene. 20 cc no bloq. motor 1/19/11.



Início: 8:20 / 8:30 Término: 09:00 / 09:10
Anestésicos Utilizados:
1. Bupiv. P 10mg 2. Midazol. 3mg.
3. Fentanyl 10mcg 4. _____
5. Morfin. 10mg 6. _____
7. Lid. 5. V 3ml > bolus 8. _____
9. _____ 9. _____
10. _____ 10. _____
11. _____ 11. _____
12. _____ 12. _____
13. _____ 13. _____

Encaminhamento: 20 cc

Dr. Luan de Assis Almeida
Médico
CRM/RN 7747

Assinatura do Anestesiologista - CRM

INICIO DE CIRURGIA: 04:10 / 04:50
CIRURGIÃO: Drº Bruno Mutz-Borges / Drº Iran Jose
1º AUXILIAR:
2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:
TIPO DE CIRURGIA: Cirurgico de fratura de Placa tibial (E
com fixador externo
2º Procedimento: Fasciotomia

TÉRMINO DE CIRURGIA: 04:40 / 05:50h

SONDAGEM VESICAL: SIM () NÃO (X) N° DA SONDA:
SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (X) N° DA SONDA:
EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (X) RX: SIM () NÃO ()
RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO (X) TIPO:

RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO (X) TIPO:

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO (X) FEITO FICHA: SIM () NÃO (X)

MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO (X) ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO SIM () NÃO (X)

FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM () NÃO (X)

DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO (X)

COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM (X) NÃO () QUANTIDADE: 30

GAZES CONFERIDAS: SIM (X) NÃO () QUANTIDADE: 80 + 10

CAIXA CIRÚRGICA: P.C.

COMPLETA: SIM (X) NÃO () OBS.:

ÓBITO: SIM () NÃO (X) HORA: REALIZADO RCP: SIM () NÃO (X)

RESPONSÁVEL PELA RCP:

PACIENTE ENCAMINHADO: CRO (X) UTI () ALTA ()

EM AR AMBIENTE: SIM (X) NÃO () TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO (X)

ENTUBADO: SIM () NÃO (X)

PREENCHIDO AIH: SIM (X) NÃO ()

FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM (X) NÃO ()

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

OBSERVAÇÕES: Paciente admitido na S.O. consciente, Orientado

em O2 ambiente. Proveniente da ortopedia para

submeter-se um procedimento cirurgico aos cui

dado da ortopedia.

Monitorizado ECG, oximetros de pulso, PNI

PA 110x73 mmHg FC 80 bpm SpO2 99%.

Procedimento realizado sem intercorrência

06:00 Paciente encaminhado para SRPA com vent

Quintado em O2 ambiente HVP. Utilizando HU

Segue o 6º de equipe.

Assinatura do (a) Enfermeiro(a)

Fátima Duarte
Assinatura do Circulante

Rafael
Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 4683 /2020

Prontuário: 1196830

Paciente: 173499 - FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO

Cartão SUS: 898003711228927

CPF: 90405552491

Dt Nasc: 24/05/1974

Idade: 45 anos 11 meses 19 dias Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA JOSE DE ARAUJO

Nome do pai:

Rua/Av: COUTO MAGALHAES

Complemento: CASA C

Nº: 15

Bairro: NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO

CEP: 59114211

Cidade: NATAL

Telefone: 84 987154305 84 987154305

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1004

Responsável: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO -

Usuário: FRANCISCO BEZERRA DE MACEDO

Transf. p/ H. Memorial.

Admissão: 12/05/2020 22:18:18

Alta: 23.05.20

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.7 - FRATURAS MULTIPLAS DA PERNA

408050551 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

NATAL, 12 de Maio de 2020.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CF



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SESAP - SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL/CLOVIS SARINHO
DIREÇÃO DE ENFERMAGEM
COORDENAÇÃO BLOCO CIRÚRGICO

MATERIAL ESPECIAL - OPME

PACIENTE: Francisco Caninde H. de Araújo DN: 24/05/1974
REG: 173499 FIA: 4683 DATA: 13/05/2026 SALA: _____

DIAGNÓSTICO: Fratura de Platô tibial (E)

PROCEDIMENTO REALIZADO: _____

CÓDIGO	DESCRIÇÃO MATERIAL	QUANTIDADE	ETIQUETA
04213	Fixador Externo	01	Lote: 042133 Código: F08 3 200 SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA SARTORI - LINEFIX FEMUR/BACIA T 400 - ESTERIL Fab.: 15/04/2020 Val.: 04/2025 Registro Anvisa Nº 80083650094 Material ACO INOX/ALUMÍNIO Lula Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro /SP
	400 mm		

Imagem RX

Assinaturas e carimbos

Bruno Muniz L. Borges
Ortopedia/Traumatologia
CRM 5975 - SBOT 13842

() SIM

() NÃO

CIRURGIÃO RESPONSÁVEL

Rogério Silva
INSTRUMENTADOR

Renata Cristina Monteiro Carvalho dos Santos Marques

Coren-RN-142.317- ENR

ENFERMEIRO CENTRO CIRÚRGICO

Fátima Duarte
CIRCULANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 SECRETARIA NACIONAL DE DEFESA SOCIAL
 SECRETARIA NACIONAL DE DEFESA SOCIAL

ANTONIO DE FREITAS

1682962766

1625711 ITP-RN

008.347.646-07 DATA NASCIMENTO 14/12/1979

ANTONIO ANTONIO DE FREITAS
 PATIMA PEREIRA DE FREITAS

02686435172

30/09/2023

27/12/1997

OBSERVAÇÕES

Antonio de Freitas

LOCAL NATAL, RN

DATA EMISSÃO 01/10/2018

Luiz Edgard Machado Pereira
 Diretor Geral - Detran/RN

57481051048
 RN704302157

RIO GRANDE DO NORTE

18 ABR 2019

PROT

A3

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TÉCNICO IDENTIFICAD DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGO DIREITO

Francisco Caninde Hermindo de Araújo
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 001.438.379 DATA DE EMISSÃO 24/09/2001

NOME FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO

PAI MANOEL JOSE DE ARAUJO

MÃE MARIA JOSE DE ARAUJO

NACIONALIDADE BARAUNA RN DATA DE NASCIMENTO 24/05/1974

DOC. CIVIL NASCIM L0007 F-100 RG-001003

BARAUNA RN CARTÓRIO

CNPJ 904.055.524-91

2 VIA 131100 9

Hannelore Grace Clark

Assinado em 20-06-93

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - RN 12407 // 00423 Nº 015158291636
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 01138988755 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2020

NOME

HENRIQUE MAURICIO DE SOUZA LIRA

CPF / CNPJ

113.520.314-85

PLACA

QGT5890

PLACA ANT. / UF

QGT5890/RN

CHASSI

9C2MD4100HR023222

ESPECIE TIPO

PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/MAO. AUTOM. ALCOOL CARC.

COMBUSTÍVEL

MARCA / MODELO

HONDA/XRE 190

ANO FAB.

2017

ANO MOD.

2017

CAP. / POT. / CIL

OCV/184 CILINDRADAS

CATEGORIA

PARTICULAR

CCR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

R\$ 0.00

VENG. COTA ÚNICA

13/02/2020

VENG. COTAS

1º PAGO

FAIXA I.P.V.A.

003508 3x

PARCELAMENTO / COTAS

R\$ 48.15

2º PAGO

3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

*** TAXAS DETRAN: PAGO ***

DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES

ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 03.634.220/0001-65

BANCO HONDA S/A

MOTOR: ND41E0R023277

NATAL/RN



Carlos Silvestre de Silva
 Coordenador de Registro de Veículos
 DETRAN-RN

DATA

13/02/2020

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 015158291636 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

2020

DATA EMISSÃO

13/02/2020

VIA

1

CPF / CNPJ

113.520.314-85

PLACA

QGT5890

RENAVAM

01138988755

MARCA / MODELO

HONDA/XRE 190

ANO FAB.

2017

CAT. TAR.

9

Nº CHASSI

9C2MD4100HR023222

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL PRÊMIO DO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO

☐ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE CITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.000/0001-04

PROCURAÇÃO

Outorgante:

FRANCISCO CANINO DE HERMINO DE ARAUJO, brasileiro (a), estado civil SOLTEIRO,
profissão AUTONOMO, residente e domiciliado à Rua NOVO ORIENTE,
Nº 226, Bairro N.S. APRESENTAÇÃO, Município de NATAL, Estado de (o)
RIO GRANDE NORTE CEP 59.114-247, portador (a) do RG nº 001.438.379,
SSP/ RN e CPF nº 904055524-91.

Outorgado:

ANTONIO NE DE FREITAS, brasileiro(a), estado civil
SOLTEIRO, profissão NÃO EXERCITA, residente e domiciliado à Rua
ADU. GUARACINDO SADAIM, Nº 701, Bairro PAUÇARA, Município de
NATAL, Estado de (o) RIO GRANDE NORTE CEP 59.122-790, portador (a) do RG
nº 02686435172, SSP/ RN e CPF nº 008.352688-07.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio de Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr. (a) FRANCISCO CANINO DE HERMINO DE ARAUJO ocorrido em 12/05/2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

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



NATAL RN, em 04 de Setembro de 20 20

Francisco Canino de Hermino de Araújo

Outorgante

CPF Nº 904055524-91

OBS: Reconhecer firma em cartório por autenticidade verdadeira.

1º Ofício de São Gonçalo do Amarante
PRIMEIRO OFÍCIO DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE
Rua do Largo, 11 | Amarante | CEP: 59.200-017 | São Gonçalo do Amarante | RN
Fone: (54) 3614-0167 | e-mail: cartorio1sga2@gmail.com
Auto Protocolado em 04/09/2020

Reconheço AUTÊNTICA a firma
de FRANCISCO CANINO DE HERMINO DE ARAUJO, Dou fé.
Selo Digital: RN20200063230020559INW
Confira a autenticidade em: <http://selodigital.tjm.ju.br>
São Gonçalo, 4 de Setembro de 2020 12:51:40.
Em testemunho _____ da verdade.

ESCREVENTE AUTORIZADO
Cod: 15992DNA34530834 Usuário: Jailton

Jefferson Santos
Escrevente

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0286879/20

Vítima: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAI

CPF: 904.055.524-91

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 12/05/2020

Titular do CPF: FRANCISCO CANINDE
HERMINO DE ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIONE DE FREITAS : 008.347.644-07

Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO : 904.055.524-91

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: 09/10/2020
Nome: ANTONIONE DE FREITAS
CPF: 008.347.644-07

ANTONIONE DE FREITAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2020
Nome: BRENO SANTANA DE ANDRADE
CPF: 106.762.784-77

BRENO SANTANA DE ANDRADE

Rio de Janeiro, 13 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200363252 Vítima: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO

Data do Acidente: 12/05/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIONE DE FREITAS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

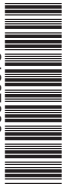
Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência do procurador do requerente do Seguro DPVAT, pois não foi entregue.
---------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200363252

Vítima: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO

Data do Acidente: 12/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIONE DE FREITAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO

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 joelho 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: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002010

Conta: 00000125187-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, NATAL RN 08 DE OUTUBRO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CPF: 001.10002/2010



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00041186/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/07/2020 10:49:01 Data/Hora Fim: 09/07/2020 10:49:01
Delegado de Polícia: Alzira Veiga de Medeiros

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos

Data/Hora do Fato: 12/05/2020 19:55

Local do Fato

Município: Natal (RN)
Bairro: Nossa Senhora da Apresentação
Logradouro: rua couro Magalhães
Ponto de Referência: Colégio Frazão
Tipo do Local: Via Pública

Nº: sn

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 24/05/1974 Idade 46
Profissão: Marceneiro Escolaridade: Ensino Médio Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: MARIA JOSE DE ARAUJO Nome do Pai: MANOEL JOSE DE ARAUJO

Documento(s)

RG: 1438379
CPF: 904.055.524-91

Endereço

Município: Natal - RN
Logradouro: AV MIGUEL DE CEVANTES
Complemento: LT ALIANCA
Bairro: N S APRESENTACAO
Telefone: (84) 9927-4572 (Celular)

Nº: 510

CEP: 59.114-735

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição moto	CPF/CNPJ do Proprietário 113.520.314-85
Placa QGT5890	Renavam 01138988755
Número do Motor MD41E0H023277	Número do Chassi 9C2MD4100HR023222
Ano/Modelo Fabricação 2017/2017	Cor PRETA
UF Veículo RN	Município Veículo Natal/RN
Marca/Modelo HONDA/XRE 190	Veículo Adulterado? Não
Situação Envolvido, Meio Empregado	Última Atualização Denatran 26/03/2020
Situação do Veículo	



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL****DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN****BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 00041186/2020

ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS

Nome Envolvido**Envolvimentos**

FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO informa que conduzia a motocicleta (dados acima), no local, horário e data (acima mencionados, quando perdeu o controle do referido veículo, "depois de derrapar" na pista molhada". Diz que a "pista", estava molhada em razão das fortes chuvas que caíram em nossa cidade na hora do fato..

DOCUMENTOS APRESENTADOS:

- 1- Boletim de atendimento nº 21895
- 2- CNH
- 3- Documentos do veículo envolvido
- 4- comprovante de residência
- 5- Documento do SAMU nº 330439/1

ASSINATURAS

Alvaro Alves de Souza Bezerra
agente de polícia
Matrícula 1701860
Responsável pelo Atendimento

FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO
Comunicante, Vítima

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 2010 CONTA: 00025187 4 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data: NATAL RN 08 DE OUTUBRO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)