



Número: **0833621-57.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **19ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **13/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SERGIO LEONI ALVES (AUTOR)		JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES (ADVOGADO)	
Porto Seguro Cia. de Seguros Gerais (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64420389	15/01/2021 14:20	2778287_CONTESTACAO_Anexo_04	Outros documentos



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

Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200192631

Vítima: SERGIO LEONI ALVES

Data do Acidente: 24/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCIO FELLIPE FELIX DE LIMA FERREIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SERGIO LEONI ALVES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15818378

Pag. 01393/01394 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200192631

Vítima: SERGIO LEONI ALVES

Data do Acidente: 24/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCIO FELLIPE FELIX DE LIMA FERREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SERGIO LEONI ALVES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: SERGIO LEONI ALVES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000002746

Conta: 0000036734-7

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 060.547.284-07 4 - Nome completo da vítima: Sergio Leoni Alves

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

5 - Nome completo: Sergio Leoni Alves 6 - CPF: 060.547.284-07
7 - Profissão: Assalariado 8 - Endereço: Sítio Fozes 9 - Número: 5N 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Lionele-Alegre 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.182-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (84) 99946-2134

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 POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (todas as opções)
Nome do BANCO: ITAU
AGÊNCIA: 2746 CONTA: 36734 7

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Gênero Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (nascidos)? ☐ 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, Lionele-Alegre 09/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





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: 060.547.284-07 4 - Nome completo da vítima: Sergio Leoni Alves

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

5 - Nome completo: Sergio Leoni Alves 6 - CPF: 060.547.284-07
7 - Profissão: Assalariado 8 - Endereço: Sítio Fozes 9 - Número: 5N 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Lionele-Alegre 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.182-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (84) 99946-2134

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 POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todas as opções)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA: 2746 CONTA: 36734 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Gênero Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (nascidos)? ☐ 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 rgo)

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Lionele-Alegre 09/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SERGIO LEONI ALVES

BANCO: 341

AGÊNCIA: 02746

CONTA: 000000036734-7

Autenticação:

D52881847DEFFA652E449A2FAB84A4EF3B84A885F29DD766940B5FE634ED0EB9



Companhia de Saneamento de Pernambuco

COSERN

Companhia de Saneamento de Pernambuco
 Rua da República, 150, Centro, Recife - PE, CEP: 50000-000
 CNPJ 20.924.105/0001-81 E-mail: atendimento@cosern.pe.gov.br

DADOS DO CLIENTE

ADILSON DE SOUZA SILVA

CPF: 058.503.374-00

CLASSIFICAÇÃO

3 - RESIDÊNCIA
 RESIDENCIAL
 VARIANTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

PO. FORTES 82

FORTES/ÁREA RURAL
 MONTE ALEGRE
 50182-000

7001344727 0342020

1.003.000 30.118.740 209.004

CONSUMO	PREÇO	VALOR
Consumo médio mensal	226,0000000	78,78
Consumo médio mensal	230,0000000	75,85
Consumo médio mensal		17,44
Consumo médio mensal		2,78
Consumo médio mensal		7,19

Consumo médio mensal (USD)
 Consumo médio mensal (USD)
 Consumo médio mensal (USD)
 Consumo médio mensal (USD)
 Consumo médio mensal (USD)

Multa por atraso: R\$ 0,15 por dia
 Juros de mora: R\$ 0,15 por dia





Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Almeida, 450, Bairro Natal - RN, CEP 55025-260
CNPJ: 08.874.195/0001-91 | Insc. Est. 20.055.193-0 | www.cnenr.com.br

JOSEPH VICENTE XAVIER

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESILIENTE
Vantagem

ESPERANZA AREA URBANA
MONTE ALICORE RN
59182-000

042508616	UNICA	200502620
200602070	3610517374	2242431

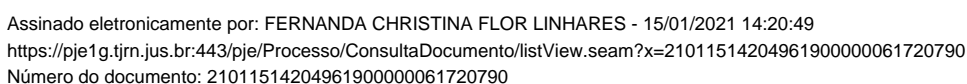
7005957138 05/2020
07/05/2020 10/06/2020
128 16

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
Consumo Alcatel (wh)-TUSD	187,0330000	0,332,3879	62,53
Consumo Alcatel (wh)-TE	187,9300000	0,3234213	54,97
Cust. Inv. Publica Municipal			17,68
Multa p/ atraso NF 05838876 - 18/06/20			2,16
Juros por atraso NF 05838876 n/ 18/06/20			1,79
Abatimento GPM NF 038388376 - 11/13/20			4,45

128,16

Nº DO MOTOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DAS	CONSTANTE	AUMENTE	CONSUMO (L/KM)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
213005244	CAI	20/04/2020	5892,30	20/05/2020	9.884,90	30	7.0000		157,30

País	0-14	15-64	65+
México	25.0	55.0	18.0
USA	12.0	65.0	12.0
Brasil	18.0	58.0	15.0
Argentina	15.0	60.0	15.0
Chile	14.0	61.0	15.0
Colômbia	16.0	59.0	15.0
Costa Rica	17.0	58.0	15.0
Guatemala	19.0	56.0	15.0
Paraguai	16.0	59.0	15.0
Peru	18.0	57.0	15.0
Venezuela	15.0	60.0	15.0





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: 4020-1896 / 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 95

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCCORIGINAL.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 LCI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu,

inscrito (a) no CPF/CNPJ 073.365.964, 37, na qualidade de Procurador (a) / Intermidiário (a) do Beneficiário

Sérgio Leoni Alves inscrito (a) no CPF sob o nº 060.547.284, 09

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidoz da Vitima Sérgio Leoni Alves

inscrito (a) no CPF sob o nº 060.547.284, 09, 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 Cornatuba</u>	Número: <u>216</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Coqueiros</u>	Cidade: <u>Monte Alegre</u>	Estado: <u>PA</u>
E-mail: _____	CEP: <u>59.182-000</u>	ISODDI: <u>31) 99446-2734</u>

Local e Data:

Monte Alegre 26/05/2020
Marcio Felipe Felix De Lima Feneima
Assinatura do Declarante

DLDR.L001.V001/2017





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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 67089 /2019

Admissão: 24/12/2019 03:34:14

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 157291 - SERGIO LEONI ALVES (25 a 4 m 30 d)

Nascimento: 25/07/1994 Natural: NATAL BRASIL

CNS: 898004107629742 CPF: 06054728407

Mãe: MARIA DE LOURDES TRAJANO ALVES Pai:

Logradouro: FORTES, 59

CEP: 59182000

Telefone: 84 996585242

Prof:

Sexo: M Cor: PARDA

Bairro: AREA RURAL

Cidade: MONTE ALEGRE

Compl: PACIENTE COLISAO MOTO/ANIMAL NO
MUNICIPIO DE TIMBAUBA

Motivo: MOTO X ANIMAL

Origem: AMBUL. SAMU RN

Tipo: REFERENCIADO

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 24/12/2019 03:30:00

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISAO MOTO-ANIMAL COM FRATURA EXPOSTA MSD E TRAUMA CONTUSO EM
HEMITORAX D

Hora:

Vítima de Colisão moto x Carro. Nega perda
consciência ou náuseas. Refere dor em HTD

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 08/01/2020
MAT. Nº. SAME

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A VAP: Nega Cervicalgia
B Taquipneia: Nega
C Estável: Nega; Ausculta: Flácida, dor leve a palpitação de Flac.
D Glasgow 15; Pupila 5x5/10
E Dor a mobilização de antebraço @.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

10406115-1
24/12/19 3:46
TONY VARRONE

Saída:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

24/12/19



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A	
B	
C	
D	
E	
A(ALERGIAS) <u>Nega</u>	
M(MEDICAÇÃO EM USO)	
P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)	
L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)	
A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)	
V (PASSADO VACINAL) <u>Desatualizado</u>	
EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
- Raio-X de Antebraço @ AP/Perfil	
	OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIAMEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
① VAT ② Dipirona - 0,5 amp + ABX EV ③ Tramal 100mg + 100mg SF 99% EV	CONFERE COM ORIGINAL NATAL 08/01/20 MAT. Nº. 54ME
- TC de Tórax sem Hemo/Pneumotórax ou Fx de Arterias Costais. TC de Abdome sem sinais de líquido livre ou lesões viscerais. Paciente segue estável, com melhora parcial dos queixos algícos. * At. - Observação da Cir. Geral.	
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE	
ESPECIALISTA 1 <u>Ortopedia</u>	HORA: 09:30 DATA: 08/01/19
ESPECIALISTA 2	HORA: DATA:
ESPECIALISTA 3	HORA: DATA:
DESTINO DO PACIENTE:	
INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:	DATA: / / HORA:
SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVILIA () TRANSFERIDO PARA:	
ÓBITO: DATA: / / HORA:	
ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP	



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALERGIAS) *Nega*

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL) *Desatualizada*

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

- Raio - X de Antebraço @ AP/Perfil

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIAMEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

④ VAT

② Diprozone - 0,5 amp + ABD EV

③ Tramal 100mg + 100mg SF 99% EV

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 05/10/19
MAT. Nº 120

- TC de Tórax sem Hemo/pneumotorax ou Ex de Arter. Costais.
TC de Abdome sem sinais de líquido livre ou fúscos visíveis.
Paciente segue estável, com melhora parcial dos quadros
*algicos. * Cd: - Observação da Cir. Geral.*

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

Ortopedia

HORA: 05:30

DATA: 04/12/19

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:

OBITO: DATA: / / HORA:

ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP





Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou _____

CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **157291 SERGIO LEONI ALVES**

Prontuário: 1192262

CNS: 898004107629742

Nascimento: 25/07/1994

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA DE LOURDES TRAJANO ALVES

Pai: _____

Endereço: SÍTIO FORTES I, 59 - AREA RURAL - MONTE ALEGRE

Fone: 996585242 /

Município: MONTE ALEGRE

Código Municipal IBGE: _____

240780 UF: RN

CEP: 59182-000

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo Nº 37880 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

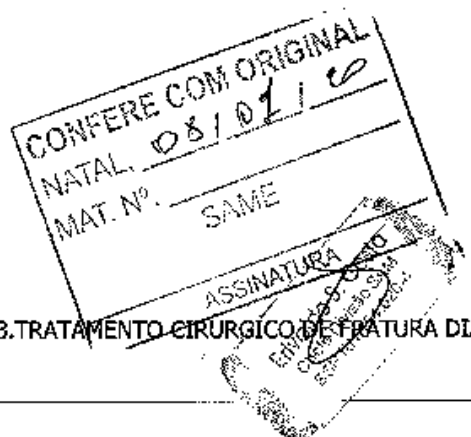
TTT CIRURGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

SEMILOGIA E RX

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S52.4 FRATURA DAS DIAFISES DO RADIO E DO CUBITO [ULNA]*408020423. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAF



Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

ANTEBRAÇO, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão

☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

ANTONIO MAXSUELTON ALVES DE SOUZA

CRM: 7569 / RN

Data da Solicitação 24/12/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____

Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____

CBOR: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto

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

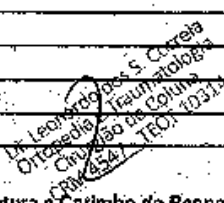
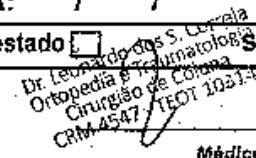
AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2: 29.12.19 07:00	
ANAMNESE ALICIA MOTO X AMOR 14 E 7h	
EXAME FÍSICO PULSO 60 BPM, 201 CM, 50 KG, 24h	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA FR. 019-117 MTO (2)	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)*** FR. 019-117 MTO (2)	LABORATÓRIO
	OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) - VIT. - CURTID. - T. Na. Axial - Ambr (2). - Exercício 1h (12 PM) ou 9 PM. - no CC.	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
Assinatura e Carimbo do Responsável 	Assinatura e Carimbo do Responsável
DESTINO DO PACIENTE	Nº do Boletim de Atendimento:
INTERNAMENTO NA CLÍNICA	DATA: / / HORA:
SAÍDA:	DATA: / / HORA:
Decisão Médica <input type="checkbox"/>	A Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:
ÓBITO:	DATA: / / HORA:
Entregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	A Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:
ÓBITO:	DATA: / / HORA:
Entregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> ITED <input type="checkbox"/>



FIA / BAA: 12342 / 2019

Paciente: SERGIO LEONI ALVES

Convênio: SUS

Categoria: GRATUITO

Unidade: 4 ANDAR

Quarto / Leito: 17 / 459E

Tipo de Cirurgia: 4

Prontuário: 1192262

Data Agendamento: 24/12/2019 15:00

Cirurgia: TTO CIR FRAT DA EXTR/METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO

Data Realização: 24/12/2019 14:00

Potencial de Contaminação:

Cirurgião: LEONARDO DOS SANTOS CORREIA

Anestesista: GILBERTO DE SOUZA OLIVEIRA FILHO

Tipo Anestesia: BLOQUEIO DE PLEXO

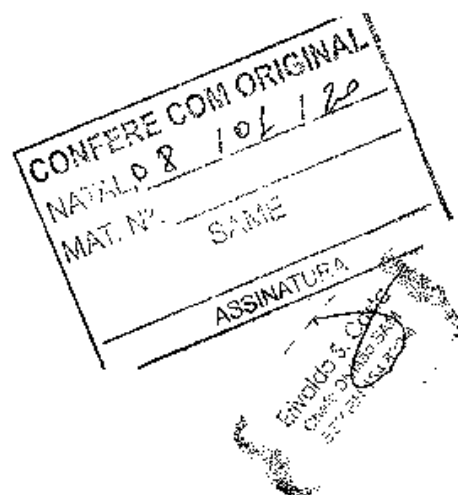
Instrumentador: FLAVIA - Hospital

Equipe:

Data do Relatório: 24/12/2019 14:31

Profissional:

Relato da Cirurgia: PCT EM D. DORSAL, SOB ANESTESIA REGIONAL, LAVAGEM EXAUSTIVA DOS FERIMENTOS NO ANTEBRAÇO D, COM SOL. FISIOL. E SABÃO, SUTURA POR PLANOS, CURATIVO, IMOB. GESSADA.



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 12342 /2019

Prontuário: 1192262

Paciente: 157291 - SERGIO LEONI ALVES

Cartão SUS: 898004107629742

CPF: 06054728407

Dt Nasc: 25/07/1994

Idade: 25 anos 4 meses 30 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA DE LOURDES TRAJANO ALVES

Nome do pai:

Rua/Av: FORTES I

Nº: 59

Complemento: PACIENTE COLISAO MOTO/ANIMAL NO MUNICIPIO DE

Bairro: AREA RURAL

TIMBAUBA

CEP: 59182000

Cidade: MONTE ALEGRE

Telefone: 84 996585242 84 996585242

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1003

Responsável: SERGIO LEONI ALVES -

Usuário: FRANCO AVELINO DE ARAUJO

Admissão: 24/12/2019 09:01:06

Alta:

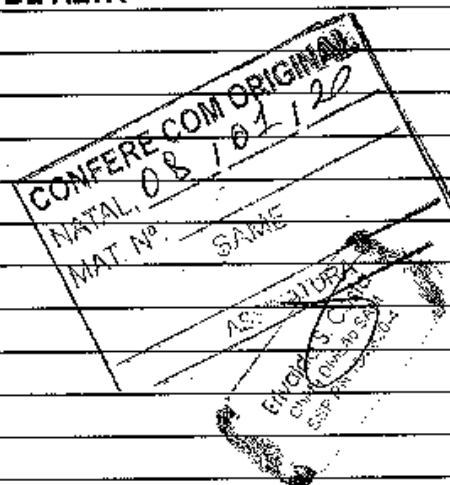
Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S52.4 - FRATURA DAS DIAFISES DO RADIO E DO CUBITO [ULNA]
408020423 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA



NATAL, 24 de Dezembro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



REGISTRO DE INTERNAMENTO

Nº AIH: _____ Nº ATENDIMENTO: 499593 DATA: 07/01/2020
TIPO DE INTERNAMENTO: _____ HORA: _____
ACOMODAÇÃO: ENFERMARIA LEITO: 1 ANDAR 202B CONVENIO: SUS
MATRÍCULA: 898004107829742 VALIDADE: _____
Criado por Joyce de Lima Soares em 07/01/2020 20:20

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: SERGIO LEONI ALVES SEXO: Masculino
DATA DE NASCIMENTO: 25/07/1994 RG: 002722710 CPF: _____
FILIAÇÃO MÃE: MARIA DE LORDES TRAJANO ALVES
FILIAÇÃO PAI: SERGIO PEREIRA ALVES
ENDEREÇO: SÍTIO FONTES Nº 59
BAIRRO: ZONA RURAL CIDADE: MONTE ALEGRE
ESTADO: RN CEP: 59182-000
FONE: (84) 99658-5242 FONE: (84) 99851-1522

SUMÁRIO DE ALTA

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

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA

CNPJ: 09.417.742/0001-91

Confere com o Original

Data: 14 / 01 / 2020

João Pereira

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

DECUBITO DORSAL SOB BLOQUEIO DE FLEXO BRAQUIAL E SEDACÃO + ANTISEPSIA E ASSEPSIA MSD

APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS + INCISÃO DORSAL PARA RÁDIO + CULÇÃO POR PLANOS.

INCISÃO PARA ACESSO PARA ULNA, DIVULSAO, NEUROLISE DO NERVO INTEROSSEO

TRANSPOSIÇÃO MUSCULAR APÓS DESINERÇÃO DOS MUSCULOS EXTENSORES ANTEBRAÇO.

REDUÇÃO DA FRATURA COM DIFICULDADE E FIXAÇÃO DA MESMA COM 2 PLACAS DCP E PARAFUSOS

CRUENTIZAÇÃO LOCAL, OSTECTOMIA, HEMOSTASIA CALHEIOSA LOCALMENTE

FECHAMENTO POR PLANOS, CURATIVOS, ENCAMINH-O PCTE AO CUPA SOB CUIDADOS DA ANESTESIA.

ASSINATURA DO CIRURGEÃO

Dr. Gentil Fernandes da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5647

BOLETIM DE ANESTESIA

SEDACÃO + LOCAL

MONITORIAÇÃO	
20	ECG + PnO ₂ + SpO ₂ + CAPNOGRÁFICO
18	VERÓCLISE - JEICO 20G
16	MIÓAZOLAM 5mg - 1 AMP -> 5MG
14	FENTANIL 250 mcg - 1 AMP -> 200
12	CEFALOTINA - 2GR -> 2G
10	DEKASOLAZONA 10mg - 1 AMP -> 10mg
8	DIPIRONA - 1AMP -> 2G
6	BROMOPRIDA 10mg - 1 AMP -> 10mg
4	PARALIDINA 50mg - 1AMP -> 50mg
2	PROPOFOL 20ML AMP
	KETAMINA 10ML - AMP
CATETER TIPO OCULOS - UN CORTICO - UN SF 0,9% 250ML - Bt 500ML - FA JSICO AGULHA ESTIMULO PLEX MASCARA LARINGEA CANULA OROTRAQUEAL	
INÍCIO DA ANESTESIA:	11:00
INÍCIO DA CIRURGIA:	11:05
TÉRMINO DA CIRURGIA:	11:40
TÉRMINO DA ANESTESIA:	11:50
OBSERVAÇÕES:	

DR. FRANCISCO DA SILVA MELO
ANESTESIOLOGISTA SBA 15714
CRM: 4538 - GPE 585.148.404-34
RQE 3526

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Sergio Lima Alves Nº REGISTRO 499593
 Data Nascimento 25/07/94 IDADE 26 Sexo M LEITO: Data de Admissão / /
 MÉDICO: Dr. Gurgel

ADMISSÃO DO CENTRO CIRURGICO

JEJUM COMPLETO INCLUINDO AGUA? () Não (x) Sim início 22:00 PESO: 72 Kg Altura: cm
 RETIRADA DE PRÓTESES/ORTESE/ADORNOS: (x) SIM () NÃO
 ALERGIAS: (x) NÃO () SIM: Nenhuma
 DOENÇAS PREGRESSAS: () DM () HAS () TABAGISMO () HIV () Hep B () Hep C () Arritmias () DPOC () AVC ()
 Marcapasso () Outros: Nenhuma Medicamentos de uso frequente: Insulina
 Consentimento Cirúrgico Preenchido () Não (x) Sim
 Exames: () Labor () Raio x () USG () TC () RNM () Risco cirúrgico Outros:
 Encaminhado: () Deambulando (x) Cadeira de Rodas () Maca (x) consciente () Inconsciente (x) Orientado ()
 Desorientado

Anotações de Enfermagem:

Conferido informação acima por: Renata Lacerda Admitido na sala: SPA Hora 12:00

ETAPA I: PRÉ-INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta ATB "B" - 15:00

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

1. Equipe completa presente (x) Sim () Não
2. Paciente com identificação e cirurgia confirmada (x)
3. Termo de consentimento (x) Cirúrgico () hemoterapico () não, caso não esteja assinado contatar o médico.
4. Local da intervenção marcado corretamente (x) sim () não () não aplicável
5. Bisturi elétrico disponível e testado (x)
6. Aparelho de Anestesia (x)
7. Equipamento de Vídeo ()
8. Monitor Multi-Parâmetro (x)
9. Saída de: Oxigênio (x) Ar Comprimido () Vácuo ()
10. Aspirador cirúrgico disponível e testado (x)



11. Mesa cirúrgica testada (x)
12. Hemoderivados solicitados e reservados () sim () Não (x) Não aplicável
13. Paciente tem alergia conhecida () sim (x) não
14. Aparelho de anestesia testado (x) sim () não
15. Esterilizações dos instrumentais com indicadores (x) sim () não

ETAPA II: PRÉ-INCISÃO

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

EQUIPE DE ENFERMAGEM

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

INTRA-OPERATORIO

Posicionamento: Dorsal (x) Lateral direita () Lateral esquerda () Posição Ginecológica ()
() Decúbito Prone () Decúbito Ventral

Monitorização cardíaca: (x) sim () não PNI/Manguito em: h3E Placa neutra: Local: _____

Passado faixa de smarch: Não (x) sim, em: h3E Início _____ Término _____

Soluções Antissépticas Usadas no Campo Operatório: (x) Clorex degermante () Clorex aquoso
(x) Clorex Alcoolica () PVPI degermante
() PVPI tintura (x) Alcool

Infusões: SFO, 9% 500 ml R. Lactato: 1000 ml Simples _____ ml SG5% _____ ml

Drenos: () Penrose nº _____ () Porto-vac nº _____ () Tórax nº _____

Sinais vitais: PA _____ mmHg FC: _____ bpm Sat: _____ % T: _____ °C Hora: 11

Anestesia: Início _____ Término _____ () Geral Inalatório () Geral Venosa (x) Sedação () Local
() Peridural () Raquí (x) Bloqueio: _____

IOT: (x) Não () sim - Cânula nº _____ IOT aramado: (x) não () sim nº _____

AVP: () não (x) sim _____, Jelco nº _____ por _____

Cateter O2: () não (x) sim SNG: (x) NÃO () SIM nº _____ SVD (x) NÃO () SIM nº _____

Perida operatória: Curativo limpa e seca

Cultura: _____ Anát. Patológico: (x) Não () Sim _____ Unid. _____

Material Explantado: _____

Conferido por Edenilda Intercorrência 311
1075839

ETAPA III: ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

Confirmar se a contagem de compressas, instrumentais e agulhas foi realizada (x) sim () não

Caso a cirurgia realizada não tenha sido a proposta, _____

Medicações administradas (anotar horários) alfr cetruaxona 1g

ceftriaxona dissódica
hemieptidatada
1000 mg

Pharmacia S.A.

VENDA SOB
PRESCRIÇÃO MÉDICA
USO HOSPITALAR
A POSFARMAS
SAB: 0800 701 8399
pa. hospitalar
Vig. San. 11/19/2011

Reg. MS 1.10372/2006



OPME: () NÃO (X) SIM, qual

01 placa DCP 09 furos	01 placa DCP 09 furos	cx 35
04 PF n° 16 > cort.	07 PF n° 18 > cort.	
02 PF n° 14	00 PF n°	
	00 PF n°	

Anotações de Enfermagem e Intercorrências Sit

➤ Início da cirurgia: _____ Término da cirurgia: _____

CIRURGIÃO <u>Dr. Gentil</u>	ASSISTENTE: _____	ANESTESIOLOGISTA <u>Dr. Melo</u>
INSTRUMENTADORA <u>Silmar</u>	CIRCULANTE: <u>Ediandro</u>	ENFERMEIRA: <u>Samela</u>

URPA (Unidade de Recuperação pós-anestésica)

Condições de admissão do paciente:

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

() Cateter de O2 () TQT () AVP () AVC

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

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

Medicações Administradas na URPA (anotar horários) Paciente apresenta por Adm.

2 Amp. de tramadol 50mg 12/12. 12/12. 12/12. 12/12.

Encaminhado para o andar

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

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

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

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

Anotações de Enfermagem: _____

ENCAMINHADO POR: _____ HORA: _____



Prontuário Dr. Paulo Gurgel

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

MÉDICO: _____

PACIENTE: Sérgio Leoni Alves SETOR: T LEITO: 2024
DIAGNOSTICO MÉDICO: Ats @ IDADE: 25 ANOS

PROCEDÊNCIA: () DOMICILIAR (X) HOSPITALAR: QUAL: Hmwe
ALERGIAS: NENHA DOENÇAS PRE-EXISTENTES: NENHA

em 07/01/20, horário: 20h

ASPECTO GERAL

(X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
() ALMO () RELATIVO () HIPOTÔNICO
() HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
() COMATOSO () ESTADO () ANASARCA () EDEMA

ACESSO VENOSO (local e data de inserção)

() AVP: _____
() AVC: _____
() JATO: _____
() SCL: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

() IV: _____
() ATB: _____

PELE

(X) EMBRATADA () EMBRATADA () ICTÉRICA
() ANOMOCORADA () ANOMOCORADA () CIANOSE
() EXTREMIDADES FRIAS (X) ANOMOCORADA
() HIPOTERMIA: _____
() HIPERTERMIA: _____
() IDADIO Local: _____
Características de lesões: _____

APARELHO CARDIORRESPIRATÓRIO

(X) EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
() BRADIPNEICO () TIAGEM: _____
() RUÍDOS ADVENTÍCIOS TIPO: _____
() TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO

VENTILAÇÃO

(X) 22 LPM () IMV: _____% () HOOD: _____
() ENTUBADO TOTM: _____
DPS: _____

ELIMINAÇÕES

DIURSE
(X) ESPONTÂNEA () SVA A CADA: _____
() HEMATURIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA
() POLÚRIA () SVO: _____
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EXERCÍCIO

(X) ESPONTÂNEA
() SENTADO: _____
() ALGENTE: _____ DIAS
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

ANOMIA
(X) GLOBO () SEMI GLOBO () GLOBO
() DISTENSO () DOL A PALPAÇÃO
() TUMÉFACAO () TIACIO () RUÍDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

(X) DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS
() ESCOMIAÇA () MULETA

DIETA

() AO SEIO () ORAL/COPINHO () GTM
() SOD/SOL: _____
() SOD GÁSTRICO: _____
() CMFO: _____ vezes

OBSERVAÇÕES: * ACIDENTE DE TRAFEGO 15.01.21
* NENHA TUA
* VENTILADO POR 01 HORAS POR RARCA + HENDRA 17.01
* A ORIENTADO QUANTO A TRAFEGO E HENDRA 17.01

22h

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 08/01/20 HORA: 09h

ASPECTO GERAL

(X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
() ALMO () RELATIVO () HIPOTÔNICO
() HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
() COMATOSO () ESTADO () ANASARCA () EDEMA

ACESSO VENOSO (local e data de inserção)

(X) AVP: _____
() AVC: _____
() JATO: _____
() SCL: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

(X) IV: _____
() ATB: _____

VENTILAÇÃO

(X) 22 LPM () IMV: _____% () HOOD: _____
() ENTUBADO TOTM: _____
DPS: _____

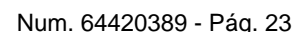
ELIMINAÇÕES

DIURSE
(X) ESPONTÂNEA () SVA A CADA: _____
() HEMATURIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA
() POLÚRIA () SVO: _____
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EXERCÍCIO

(X) ESPONTÂNEA







Prontoclinica Dr. Paulo Gurgel

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

MÉDICO: _____

PACIENTE: SOLDO LEON ALVES SETOR: _____ LEITO: _____

DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____ IDADE: _____

PROCEDÊNCIA: () DOMICILIAR () HOSPITALAR: QUAL: _____

ALERGIAS: _____ DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: _____

EVOLUÇÃO 05/01/20 HORÁRIO: 24h

ASPECTO GERAL

(X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
(X) ATIVO () REATIVO () HIPOATIVO
() HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
() COMATOSO () SEDADO () ANASARCA () EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

() AVP: _____
() AVC: _____
() Jelco: _____
() Scalp: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

() HV: _____
() BI: _____
() ATB: _____

PELE

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

APARELHO CARDIOPULMONAR

(X) EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
() BRADIPNEICO () TIRAGEM: _____
() RUÍDOS ADVENTÍCIOS TIPO: _____
() TAQUICÁRDICO (X) NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES: * Aguardar cirurgia

CONTINUA NA FOLHA

VENTILAÇÃO

(X) O2 AMB () MV _____ % () HOOD: _____
() ENTUBADO TOT Nº _____
OBS: _____

ELIMINAÇÕES

DIURESE

(X) ESPONTÂNEA () SVA A CADA: _____
() HEMATÚRIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA
() POLIÚRIA () SVD _____ / _____
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

(X) ESPONTÂNEA
() ESTÍMULO: _____
() AUSENTE _____ DIAS
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMEN

(X) FLACIDO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
() DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
() TIMPÂNICO () MACIÇO () RUÍDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

() DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS
(X) SOBRE MACA () MULETA

DIETA

() AO SEIO () ORAL/COPINHO () GTM
() SOG/SNG _____ / _____
() RESÍDUO GÁSTRICO: _____
(X) ZERO () VÔMITO _____ vezes

R

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 10/01/20 HORÁRIO: 24h

ASPECTO GERAL

() CONSCIENTE () ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
(X) ATIVO () REATIVO () HIPOATIVO
() HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
() COMATOSO () SEDADO () ANASARCA () EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

(X) AVP: _____
() AVC: _____
() Jelco: _____
() Scalp: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

(X) HV: _____
() BI: _____
() ATB: _____

VENTILAÇÃO

(X) O2 AMB () MV _____ % () HOOD: _____
() ENTUBADO TOT Nº _____
OBS: _____

ELIMINAÇÕES

DIURESE

(X) ESPONTÂNEA () SVA A CADA: _____
() HEMATÚRIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA
() POLIÚRIA () SVD _____ / _____
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

(X) ESPONTÂNEA



PELE

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

APARELHO CARDIOPULMONAR

☒ EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO () IRAGEM: _____
☐ RUIDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
☐ TAQUICÁRDICO () NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES:

Paciente sem queixas, aos cuidados e com
 tudo bem. Dura.

JESTÍMULO:

() AUSENTE _____ DIAS
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO**ABDOMEN**

☒ FLACIDO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
☐ DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
☐ TIMPÂNICO () MACIÇO () RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

() DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS
☒ SOBRE MACA () MULETA

DIETA

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

Fernanda Christina Flor Linhares

Enfermeira

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 10/01/2020

HORÁRIO:**VENTILAÇÃO**

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

ASPECTO GERAL

☒ CONSCIENTE () ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
☐ ATIVO () CREATIVO () HIPOATIVO
☐ HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
☐ COMATOSO () SEDADO () ANASARCA () EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

☒ AVP: _____
☐ AVC: _____
☐ Veio: _____
☐ Scalp: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

() HV _____
☐ BI _____
☒ ATB antimicrobianos

PELE

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

APARELHO CARDIOPULMONAR

☒ EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO () IRAGEM: _____
☐ RUIDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
☐ TAQUICÁRDICO ☒ NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES:

* R. P. S. 10/01/2020
 * S. L. B.

DIETA

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

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro



PACIENTE: STANLEY BROWN
 APO: 200 B 23 REGIST.
 CONVEN: _____

USO DE:	DATA / N	USO DE:	DATA
IBOMBA DE INF.	201	IBOM	
INERCUZADOR	102	INERCUZADOR	
ASURANDEN			
EURATIVO		POYOTERVA	
		INCUBADORA	

[illegible]

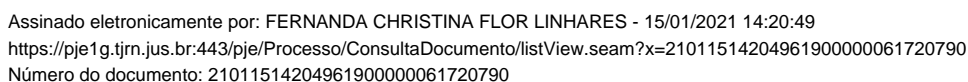




MÉDICO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

Dr. Gentil Fernandes de A. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5634



CONTROLE HÍDRICO E T.P.R.

APR 2021



PRONTO-SOLUÇÃO
Dr. PAULO AUGUSTO

MONIC: Sergio Leoni

DATA	HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PULSO	DIETA	VÔMITO	DIURESE	EVACUAÇÃO	SIGNATURA
01/01/20	22:00	120x80	—	35.5°C	—	300	—	—	—	Argente
08/01/20	06:10	110x80	—	35.1°C	—	300	—	—	—	Argente
08/01/20	10:00	110x80	—	35.2°C	—	300	—	—	—	Argente
08/01/20	17:30	120x80	—	36.0°C	—	—	—	—	—	Argente
08/01/20	20:00	120x80	—	36.2°C	—	—	—	—	—	Argente
08/01/20	22:00	120x80	—	35.1°C	—	—	—	—	—	Argente
09/01/20	12:00	120x80	96%	36.2°C	72	—	—	—	—	Argente
09/01/20	20:00	120x80	—	36.5°C	—	0	—	—	—	Argente
10/01/20	06:10	120x80	—	35.8°C	—	0	—	—	—	Argente
10/01/20	16:00	120x80	—	36.2°C	—	0	—	OK	—	Argente
10/01/20	22:00	120x80	—	36.4°C	—	—	—	—	—	Argente
11/01/20	06:10	120x80	—	36	—	—	—	—	—	Argente

19/12/15

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO

Sergio Leone Alves

CARTERA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO

CPF: 092.722.710-2
VIGENCIA: 22.09.2019

Sergio Leone Alves
Sergio Pereira Alves
Maria de Lourdes Trajano Alves
Hatal-RN
25.07.1994
Ondrade Nas. N°16.020L.V.32A Pol.39
Cart. de Jente Alegre-RN
080 547 284-07

Assinatura do titular

LEONARDE DE SANTANA



VALIA POR 10 DIAS
O IDENTIFICADORE NACIONAL
1486764539

MARCO FÉLIX FELIX DE LIMA FERREIRA

05904293470 ITMP RN

CPF: **073.355.068-17** DATA NASCIMENTO: **15/01/1983**

TIPO DE IDENTIFICAÇÃO: **MARCON AURELIO FERREIRA**

TIPO DE IDENTIFICAÇÃO: **MARIA JOSECI FELIX DE LIMA**

TIPO DE IDENTIFICAÇÃO: **AD**

Nº REGISTRO: **05904293470** VALIDADE: **05/12/2022** DATA DE EMISSÃO: **11/10/2013**

OBSERVAÇÕES:

Marco Félix de Lima Ferreira

LOCAL: **PARNAMIRIM, RN** DATA DE EMISSÃO: **07/12/2017**

1486764539

CHAMADO PLACAR: **1486764539**

RIO GRANDE DO NORTE



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Sérgio Leoni Alves, brasileiro(a),
estado civil: Solteiro Profissão: Ajudante, portador(a) do RG
002.722.710, órgão expedidor SSP/PN e do CPF: 060.547.284-07, residente
no(a) Sítio Fênix I, nº SN,
bairro: Zona Rural, município: Monte Alegre / RN.

OUTORGADO:

Nome: Marcelo Felipe Félix de Lima Fereira, brasileiro(a)
estado civil: casado Profissão: vendedor, portador(a) do RG
002.313.475, órgão expedidor SSP/PN e do CPF: 073.365.064-37, residente
no(a) Res. Esperança - Rua Comandante, nº 216,
bairro: Cacimbinhas, município: Monte Alegre / RN.

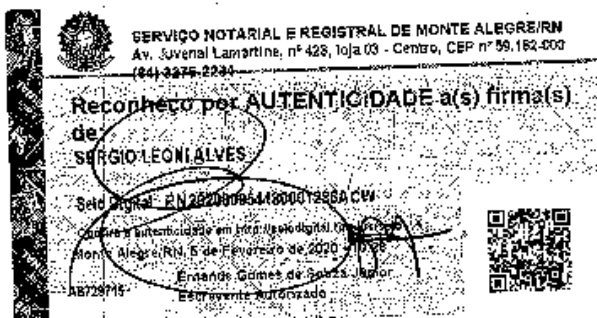
PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

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

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

Monte Alegre 04/02/2020
Local e Data

Sérgio Leoni Alves
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0149758/20

Vítima: SERGIO LEONI ALVES

CPF: 060.547.284-07

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 24/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SERGIO LEONI ALVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARCIO FELLIPE FELIX DE LIMA FERREIRA : 073.365.064-37

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

SERGIO LEONI ALVES : 060.547.284-07

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: 27/05/2020
Nome: MARCIO FELLIPE FELIX DE LIMA FERREIRA
CPF: 073.365.064-37

MARCIO FELLIPE FELIX DE LIMA FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/05/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200192631 **Cidade:** Monte Alegre **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SERGIO LEONI ALVES **Data do acidente:** 24/12/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE RÁDIO E ULNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA. (P4,5,10,12,14,20)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

