



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



Número de Controle de Emissão: 10791 de 707442

COSERN
 Companhia de Energia do Rio Grande do Norte
 Rua Rui Barbosa, 150, Bairro Nova - RJ, CEP: 59055-400
 CNPJ 20.924.065/0001-11

DADOS DO CLIENTE
 ZILÉ DE SENA FERREIRA SILVA
 CPF: 058.503.374-00

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 PO. FORTES 82
 FORTES/ÁREA RURAL
 MONTE ALEGRE/RN
 59182-000

CLASSIFICAÇÃO
 TIPO DE UNIDADE: RESIDENCIAL
 09001750

10031001 301187400 2060044

| | Valor (R\$) | Valor (R\$) | Valor (R\$) |
|---------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Consumo Mensal (Mês) TUSD | 226,000000 | 0,2155944 | 79,79 |
| Consumo Mensal (Mês) TR | 230,000000 | 0,53187958 | 75,86 |
| | | | 1744 |
| | | | 2376 |
| | | | 2,18 |

Multa por Atraso: R\$ 0,4552848 - 175,00
 Juros por Atraso: R\$ 0,4280348 - 121,219





COSERN

Companhia Energética de Pernambuco
Rua Ildefonso, 450, Boa Vista - RN, CEP 55025-260
CNPJ 08.274.193/0001-91 | Insc. Est. 20.053.193-01 | www.cosern.com.br

Título Geral de Energia Elétrica: Criado pela Lei 11048, de 26/04/02

DADOS DO CLIENTE

JOSEWNE VICENTE XAVIER

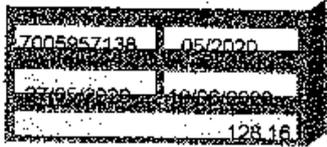
CPF: 099.514.084-24

CLASSIFICAÇÃO
BI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Venda Residencial

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA CARNAUBA 216 CO- 2 LT- 23

ESPERANÇAVARIA URPATÁ
MONTE ALEGRE RN
53182-000

| | | |
|-----------------|------------|----------|
| DATA DE EMISSÃO | UNICA | 20052620 |
| 20060220 | 3010517974 | 2342481 |



| | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|--|-------------|-------------|-------------|
| Consumo ABRIL (WAB) - TUSD | 187,9333000 | 0,33239792 | 62,53 |
| Consumo ABRIL (WAB) - TE | 187,9333000 | 0,327421128 | 61,37 |
| Contrib. Núm. Pública Municipal | | | 12,68 |
| Multa por atraso NF 035385376 - 19/03/20 | | | 2,16 |
| Juros por atraso NF 035385376 - 19/03/20 | | | 1,74 |
| Anuidade do ITRM NF 033384376 - 1/03/20 | | | 4,48 |

TOTAL DA FATURA 128,16

| Nº DO NEEDED | TIPO DA FUNÇÃO | DATA ANTERIOR | LEITURA ANTERIOR | DATA ATUAL | LEITURA ATUAL | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (KWh) |
|--------------|----------------|---------------|------------------|------------|---------------|------------|-----------|--------|---------------|
| 213805244 | CAT | 2004-2020 | 5817,00 | 20 05 2020 | 9264,00 | 30 | 7,00000 | | 167,00 |

| VALOR (R\$) | DESCRIÇÃO | VALOR (R\$) | PERCENTUAL (%) |
|-------------|--|-------------|----------------|
| 62,53 | Consumo ABRIL (WAB) - TUSD | 62,53 | 48,76% |
| 61,37 | Consumo ABRIL (WAB) - TE | 61,37 | 47,89% |
| 12,68 | Contrib. Núm. Pública Municipal | 12,68 | 9,89% |
| 2,16 | Multa por atraso NF 035385376 - 19/03/20 | 2,16 | 1,68% |
| 1,74 | Juros por atraso NF 035385376 - 19/03/20 | 1,74 | 1,36% |
| 4,48 | Anuidade do ITRM NF 033384376 - 1/03/20 | 4,48 | 3,49% |
| 128,16 | Total | 128,16 | 100% |





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/DOCCORIGINAIS.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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu,

Marcio Felipe Felix De Lima Fereira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 073.365.064, 37, na qualidade de Procurador (a) / Intermidiário (a) do Beneficiário

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

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidoz da Vitima Sergio 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 Cornélio</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> | IS(DDD): <u>(91) 99446-2734</u> |

Local e Data: Monte Alegre 26/05/2020

Marcio Felipe Felix De Lima Fereira
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 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 Sexo: M Cor: PARDA
 CNS: 898004107629742 CPF: 06054728407 Prof:
 Mãe: MARIA DE LOURDES TRAJANO ALVES Pai:
 Logradouro: FORTES, 59
 CEP: 59182000 Bairro: AREA RURAL Cidade: MONTE ALEGRE
 Telefone: 84 996585242 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 | FlO2 | 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 de consciência ou neurológica. Refere dor em HTD

CONFERE ORIGINAL
NATAL, 08/01/2020
MAT. Nº. _____
SANE

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A VAP: *Nega Cervicalgia*
- B Taquicardia: *Nega*
- C Estável hemodinamicamente: *Flácido, dor leve a palpacao de Flaco*
- D Glasgow 15 e Pupila 3/4/4
- E Dor a mobilização de antebraço

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

10406815-1
24/12/19 3:46
TONY VARRONE

*Saída: _____

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

24 12 19



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

| | |
|---|---|
| A | |
| B | |
| C | |
| D | |
| E | |
| A (ALÉRGICAS) <i>Nega</i> | |
| M (MEDICAÇÃO EM USO) | |
| P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) | |
| L (LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS) | |
| A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA) | |
| V (PASSADO VACINAL) <i>Desatualizada</i> | |
| EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM) | LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS |
| <i>- Raio X de Antebraço @ AP/Perfil</i> | |
| | OUTROS |
| CONDUÇÃO PRIMÁRIA (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) | ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM |
| ① VIT ② Diprozina - 01 amp + ABX EV ③ Tramal 100mg + 100amb SFG9 EV | CONFERE COM ORIGINAL NATAL 08/10/19 MAT. Nº. 54ME |
| - TC de Tórax sem Hemo/Pneumotórax ou f. de Atelectasias. TC de Abdome sem sinais de líquido livre ou lesões concavas. Paciente segue estável, com melhora parcial dos sintomas algicos. * At. - Observação da Cir. Local. | |
| ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL | ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL |
| <i>[Assinatura]</i> | <i>[Assinatura]</i> |
| ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE | |
| ESPECIALISTA 1 <i>Ortopedia</i> | HORA: <i>09:30</i> DATA: <i>08/12/19</i> |
| ESPECIALISTA 2 | HORA: DATA: |
| ESPECIALISTA 3 | HORA: DATA: |
| DESTINO DO PACIENTE: | |
| INTERNACÃO NA CLÍNICA: | DATA: / / HORA: |
| SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA: | |
| ÓBITO: DATA: / / HORA: | |
| ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP | |



EXAME FISICO (SEGUNDARIO)

A
B
C
D
E

A (ALÉRGICAS) 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 PRIMÁRIA, MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

- ① VIT
- ② Dexamet - 0,5 amp + ABQ EV
- ③ Tramadol 100mg + 100amb SF 99% EV

CONFERE COM ORIGINAL
 NATAL 05/01/20
 MAT. Nº
 ASSINATURA

- TC de Tórax sem Hemo/Pneumotórax ou FX de Arco Costais.
 TC de Abdome sem sinais de líquido livre ou fúscos visíveis.
 Paciente segue estável, com melhora parcial dos quadros
 algicos. * Cd: - Observações da Cir. Local.

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL
 + Dr. Eduardo Teixeira

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

| | | |
|----------------|-------------|----------------|
| ESPECIALISTA 1 | HORA: 05:30 | DATA: 21/01/19 |
| 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 CLINICOS:

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:

Faz Antibioticoterapia

Diabetes

Hipertensão

Obesidade

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: _____ Orgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

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



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

Anestesiista: GILBERTO DE SOUZA OLIVEIRA FILHO

Tipo Anestesia: BLOQUEIO DE PLEXO

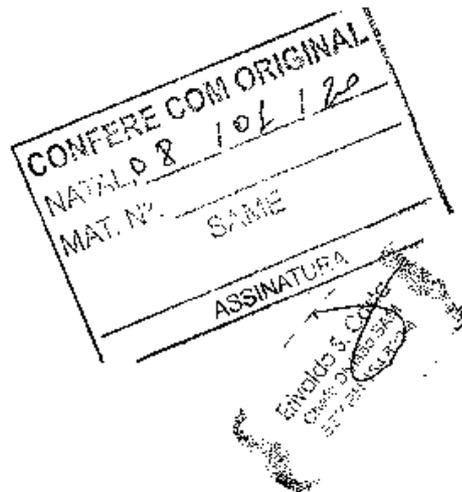
Instrumentador: FLAVIA - Hospital

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 -

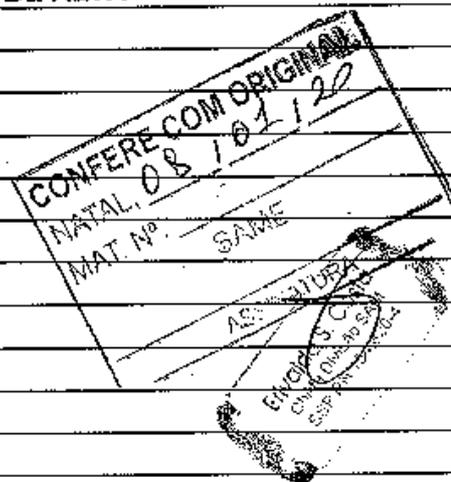
Usuário: FRANCLE AVELINO DE ARAUJO

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.

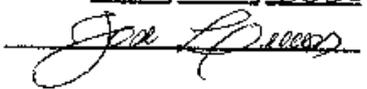
ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



| REGISTRO DE INTERNAMENTO | | |
|---|------------------------|------------------|
| Nº AIH: _____ | Nº ATENDIMENTO: 499593 | DATA: 07/01/2020 |
| TIPO DE INTERNAMENTO: _____ | | HORA: _____ |
| ACOMODÇÃO: 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 |
|---|
| <p style="text-align: right;">PRONTOCLÍNICA DA CRIANÇA LTDA CNPJ: 09.417.742/0001-91 Confere com o Original Data: 14 / 01 / 2020 </p> <p style="text-align: center;">CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO</p> |



DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

DECUBITO DORSAL SOB BLOQUEIO DE FLENO BRAQUIAL E SEDACÃO + ANTISEPSIA E ASSEPSIA IVSG
 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS + INCISÃO DORSAL PARA RÁDIO + CULSAÇÃO POR PLANOS.
 INCISÃO PARA ACESSO PARA ULNA, DIVULSAO, NEUROLISE DO NERVO INTEROSSEO
 TRANSPOSIÇÃO MUSCULAR APÓS DESINERVAÇÃO DOS MUSCULOS EXTENSORES ANTEBRAÇO.
 REDUÇÃO DA FRATURA COM DIFICULDADE E FIXAÇÃO DA MESMA COM 2 PLACAS DCP E PARAFUSOS
 ORIENTAÇÃO LOCAL, OSTECTOMIA HEMOSTASIA CALFEIOSA LOCALMENTE
 FECHAMENTO PÓS PLANOS, CURATIVOS, ENCAMINH-O PCTE AO CIPA SOB CUIDADOS DA ANESTESIA.

Dr. Genival Rodrigues da Silva Filho
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM/RN 5687

BOLETIM DE ANESTESIA
 SEDACÃO + LOCAL

| 20 | 18 | 16 | 14 | 12 | 10 | 8 | 6 | 4 | 2 |
|---|----|----|--------------------------|----|----|---------------|---|---|---|
| <p>ECG + PNI + SF O2 + CAPNOGRÁFICO VERÓCLISE - JELCO 20G MIDAZOLAM 5 mg - 1 AMP -> 5MG FENTANIL 250 mcg - 1 AMP -> 200 CEFAZOLINA - ZFR -> 2G DEKALAZOLINA 10mg - 1 AMP -> 10mg DIPIRICNA - 1AMP -> 2G BROMOPRIDA 10mg - 1 AMP -> 10mg RANITIDINA 50mg - 1AMP -> 50mg PROPOFOL 20ML AMP KETAMINA 10ML - AMP</p> | | | | | | | | | |
| <p>CATETER TIPO OCULOS - UN CORTEFO - UN SF 0,9% 250ML - Bt 500ML - FA JELCO AGULHA ESTIMULO PLEX MASCARA LARINGEA CANULA DORTOTRAQUEAL</p> | | | | | | | | | |
| <p>INICIO DA ANESTESIA: 11:45 INICIO DA CIRURGIA: 11:45 TÉRMINO DA CIRURGIA: 11:40 TÉRMINO DA ANESTESIA: 11:50 OBSERVAÇÕES:</p> | | | | | | | | | |
| <p>MIN. C/ ACRÉSCIMO</p> | | | <p>MIN. S/ ACRÉSCIMO</p> | | | <p>TOTAIS</p> | | | |

N
C
T
A
C
O
E
S

TECNICA ANESTESICA
 AVALIAÇÃO PRE ANEST
 CHECK SALA OPERATORIO
 MONITORIAÇÃO
 SEDACÃO + LOCAL REALIZADA
 PELO CIRURGIÃO

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



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Suzanna Lemos Alves Nº REGISTRO 499593
Data Nascimento 15/07/94 IDADE _____ Sexo F LEITO: _____ Data de Admissão / /
MÉDICO: Dr. Gurgel

ADMISSÃO DO CENTRO CIRURGICO

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

Anotações de Enfermagem: _____

Conferido informação acima por: Fernanda Flor Linhares Admitido na sala: SRA Hora: 12:48

ETAPA I: PRÉ-INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta ATB "B" (Nódulo - 10mm)

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

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



11. Mesa cirúrgica testada (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 disponível (x)
21. Confirma bisturi elétrico e placas instalados corretamente (x)

INTRA-OPERATORIO

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

Monitorização cardíaca: (x) sim () não PNI/Manguito em: h. i. e. Placa neutra: Local: _____

Passado faixa de smarch: Não (x) sim, em: h. i. e. Início _____ Término _____

Soluções Antissépticas Usadas no Campo Operatório: (x) Clorex degermante () Clorex aquoso
 (x) Clorex Alcóolica () 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 () Raqui (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 _____

Ferida operatória: Curativo limpa e seca

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

Material Explantado: _____

Conferido por A. Eduarda Intercorrência SI
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 cetruaxema 1g



OPME: () NÃO (X) SIM, qual

| | | |
|-----------------------|-----------------------|-------|
| 01 placa DCP 06 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: _____ Termina da cirurgia: _____

| | | |
|-------------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| CIRURGIÃO <u>Dr. Gentil</u> | ASSISTENTE: _____ | ANESTESIOLOGISTA <u>Dr. Melo</u> |
| INSTRUMENTADORA <u>Silvia</u> | CIRCULANTE: <u>Eduardo</u> | ENFERMEIRA: <u>Caroline</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.

1 Amp de tramadol 100mg 50% 12/13. Terminado

10/14/15

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: _____



PACIENTE: Sérgio Leoni Alves SETOR: T LEITO: 2024
DIAGNÓSTICO MÉDICO: ATB @ IDADE: 25 ANOS

PROCEDÊNCIA: () DOMICILIAR (X) HOSPITALAR: QUAL: HOMENS
ALERGIAS: NEGA DOENÇAS PRE-EXISTENTES: NEGA

em 07/01/20 HORÁRIO: 20h

ASPECTO GERAL

(X) CONSCIENTE () ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
(X) ALERTO () DESALERTADO
() HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
() COMATOSO () ESTADO () ANASARCA () EDEMA

ACESSO VENOSO (local e data de inserção)

() AVP
() AVC
() JVEG
() SCL

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

() IV
() SC
() ATB

FELE

(X) EMBRATADA () CLORRINADA () ICTÉRICA
(X) ANEMICIZADA () HEMOCORADA () CIANOSE
() EXTREMIDADES FRIAS (X) MUCOSAS ROSAS
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() IRRITADO Local
Características de urina: _____

APARELHO CARDIORESPIRATORIO

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

VENTILAÇÃO

(X) O2 AMB () IMV % () HOOD
() ENTUBADO TOT Nº _____
DRS: _____

ELIMINAÇÕES

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

EVOLUÇÃO

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

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMEN
(X) MOLE () SEMI GLOBO () GLOBO
(X) DISTENDIDO () DOLA PALPAÇÃO
() TUMÉFACAO () TIPO () RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

(X) DESALINHADO () CADDEIRA DE RODAS
() SCOCALMADA () MULETA

DIETA

() AO SEIO () ORAL/COPINHU () GTM
() SÓLID/O
() SÓLID/O GÁSTRICO: _____
() CMED _____ vezes

OBSERVAÇÕES: * ACIDENTE DE TRAFICANTE 15.01.21
A NEGA TUB
REMANESCEMentos DE INFLAMACAO DE PULMÃO + HEMORRAGIA
A ORIENTADO QUANTO A SAUDE E NAO ENFOCA INTERMED

22h
FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
ENFERMEIRA

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 08/01/20 HORÁRIO: 09h

ASPECTO GERAL

(X) CONSCIENTE () ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
(X) ALERTO () DESALERTADO () HIPOTÔNICO
() HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
() COMATOSO () ESTADO () ANASARCA () EDEMA

ACESSO VENOSO (local e data de inserção)

(X) AVP
() AVC
() JVEG
() SCL

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

(X) IV
() SC
() ATB

VENTILAÇÃO

(X) O2 AMB () IMV % () HOOD
() ENTUBADO TOT Nº _____
DRS: _____

ELIMINAÇÕES

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

EVOLUÇÃO

(X) ESPONTÂNEA



PRP
 HIDRATADO REDEQUILIBRADO HÍDRICO
 NORMOTÔNICO HIPOTÔNICO HIPERTÔNICO

() ANOREXIA
() HIPERTERMIA
() DRENO Local: _____
Característica no líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
() BRADIPNEICO () TRÁQUEA: _____
() RUIDOS ADVENTÍCIOS, TIPO: _____
() TAQUICARDIA () NORMOCÁRDIA () BRADICARDIA

RESPIRADO _____
SINAIS _____
SINAIS _____

APARELHO DIGESTIVO

ABDOMEN
 MACIO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
() DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
() TIMPÂNICO () MACIO () RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS
() DE MÃO () MULETA

DEBILIDADE
() TAPADO () MORAL/COPIANDO () GTM
() COGNICÃO _____
() RUMOR GÁSTRICO _____
 VÔMITO _____ vezes

OBSERVAÇÕES:

*Paciente em pré-operatório
de cirurgia.*

Haneize Azevedo do N. Neves
COREN/RN - 532.836/ENF

Carembio e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 08/01/20

HORA: 21:10

ASPECTO GERAL

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

ACIDOS VENTOSOS / Teste de Ruffini invertido

() AVP
() PAVO *PS*
() SABA

RESPOSTA CAMBOSA / MEDICAMENTAÇÃO

() SIM
() NÃO

SCM

() EXTREMIDADE DEBRAL () EXTREMIDADE DE BRANCO
() EXTREMIDADE DE BRAL () EXTREMIDADE DE BRANCO
() HIPERTERMIA
() HIPERTERMIA
() DRENO Local: _____
Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
() BRADIPNEICO () TRÁQUEA: _____
() RUIDOS ADVENTÍCIOS, TIPO: _____

RESPIRADO

() TOZ AMB () IMV _____ % () HOOD: _____
() ENTUBADO TOT Nº _____
OBS: _____

DEBILIDADE

() TAPADO () MORAL/COPIANDO
() COGNICÃO _____
() RUMOR GÁSTRICO _____
 VÔMITO _____ vezes

LOCOMOÇÃO

() ESPONTÂNEA
() MULETA
() AUSENTE _____ DIAS
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

ABDOMEN

() MACIO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
() DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
() TIMPÂNICO () MACIO () RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS
() DE MÃO () MULETA

DEBILIDADE

() TAPADO () MORAL/COPIANDO () GTM
() COGNICÃO _____
() RUMOR GÁSTRICO _____
 VÔMITO _____ vezes

OBSERVAÇÕES:

** Paciente em pré-operatório de cirurgia a partir das 08h*

*Fernanda W. S. de Souza
Enfermeira
COREN/RN - 234242*

Carembio e Assinatura do Enfermeiro





Prontoclínica Dr. Paulo Gurgel
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

MÉDICO: _____

PACIENTE: SOLDO LEONAR ALVES SETOR: _____ LEITO: _____

DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____ IDADE: _____

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

ALERGIAS: _____ DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: _____

EVOLUÇÃO 05/01/20 HORÁRIO: 23h

ASPECTO GERAL

() CONSCIENTE (X) ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
() 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

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

APARELHO CARDIOPULMONAR

() EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
() BRADIPNEICO () TRAGEM: _____
() RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
() TAQUICÁRDICO () NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES: * Aguardar evolução
coluna de febre

VENTILAÇÃO

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

ELIMINAÇÕES

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

EVACUAÇÃO

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

APARELHO DIGESTÓRIO

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

LOCOMOÇÃO

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

DIETA

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


Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 10/01/20 HORÁRIO: _____

ASPECTO GERAL

() CONSCIENTE () ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
() 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 _____

VENTILAÇÃO

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

ELIMINAÇÕES

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

EVACUAÇÃO

() ESPONTÂNEA



PELE

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

() JESTÍMULO: _____
 () AUSENTE _____ DIAS
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

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

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

OBSERVAÇÕES: Paciente sem queixas, aos cuidados e de
também bem de vida.

Maria Bezerra de O. Medeiros
 Enfermeira

(Handwritten signature)

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 10/01/20

HORÁRIO: 08:15

ASPECTO GERAL

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

VENTILAÇÃO

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

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

- AVP: _____
- () AVC: _____
- () Veio: _____
- () Scalp: _____

ELIMINAÇÕES

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

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

- () HV _____
- () BI _____
- ATB antibióticos

EVACUAÇÃO

- () ESPONTÂNEA
- () JESTÍMULO: _____
- AUSENTE _____ DIAS
- ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

PELE

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

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

OBSERVAÇÕES: * R. P. S. 10/1
* S/A

(Handwritten signature)
 Enfermeira

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro



PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gargel

PACIENTE: Sérgio Usora
 APPO: 200 B Nº REGIST.
 COVEN:

| USO DE: | DATA/H | USO DE: | DATA |
|----------------|--------|-------------|------|
| BOBINA DE INF. | 20 | ECG | |
| INSCRIÇÃO | 20 | EXAME | |
| AS. PRONTO | | PROCTERAVIA | |
| CURATIVO | | INCORADORA | |

| DATA | HORA | ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM | ASSINAT. |
|------------|--------|---|--|
| 07.01.2020 | 21:15 | Pct admissional nesta unidade para ser ligar, cumprir em AOB @ consist em: Tomo de Ampla Exame. Real. Exa Exame laboratório de urina e x Exame laboratório de urina e x | <i>[Signature]</i> Cristina Flor Linhares |
| 08.01.2020 | 11:50 | Exame laboratório de urina e x Exame laboratório de urina e x | <i>[Signature]</i> Cristina Flor Linhares |
| 09.01.2020 | 15:25 | Paciente encaminhado ao CC, Rx + Exame lab. anexo ao prontuário | <i>[Signature]</i> Cristina Flor Linhares |
| 09.01.2020 | 16:50 | pct admissional do e.c. acompanhado pelo maquero, trazendo seu prontuário e x que suplenha por exames médicos | <i>[Signature]</i> Cristina Flor Linhares |
| 10.01.2020 | 10:15 | Paciente encaminhado ao CC, Exa do seu prontuário, acompanhado do do maquero. | <i>[Signature]</i> Cristina Flor Linhares |
| 10.01.2020 | 14h | Pct admissional do e.c. com prontuário do maquero | <i>[Signature]</i> Cristina Flor Linhares |
| 10.01.2020 | 16h | Adm med. Supranom + AOB + Teno. xcom xcom + AOB em conforme presc | <i>[Signature]</i> Cristina Flor Linhares |
| 10.01.2020 | 20h | Adm med. Supranom + 10 de xcom + 9 conforme prescrição médica | <i>[Signature]</i> Cristina Flor Linhares |
| 10.01.2020 | 22h | Adm med. Supranom + 10 de xcom + 9 prescrição | <i>[Signature]</i> Cristina Flor Linhares |
| 11/01/20 | 07h | Adm med. Supranom + 10 AOB + Teno. com + 10 de AOB conforme presc | <i>[Signature]</i> Cristina Flor Linhares |
| 11/01/20 | 08:30h | Adm med. Supranom + 10 de xcom + 9 conforme prescrição médica | <i>[Signature]</i> Cristina Flor Linhares |
| 11/01/20 | 10:55h | Pct admissional do e.c. com prontuário do maquero | <i>[Signature]</i> Cristina Flor Linhares |
| 11/01/20 | 10:55h | Pct admissional do e.c. com prontuário do maquero | <i>[Signature]</i> Cristina Flor Linhares |



CONTROLE HÍDRICO E T.P.R. APYS

PRONTO-SOLUÇA
Dr. Paulo Augusto

MONIC. Sergio Leoni

| DATA | HORA | PRESSÃO ARTERIAL | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PULSO | DIETA | VÔMITO | DIURESE | EVACUAÇÃO | ASSINATURA |
|----------|-------|------------------|------------|-------------|-------|-------|--------|---------|-----------|------------|
| 07.01.20 | 22:00 | 120x80 | - | 35.5°C | - | 3x2 | - | - | - | Leoni |
| 08.01.20 | 06:30 | 110x80 | - | 35.8°C | - | 3x2 | - | - | - | Leoni |
| 09.01.20 | 10:00 | 110x70 | - | 36.0°C | - | 3x2 | - | - | - | Leoni |
| 09.01.20 | 17:30 | 120x80 | - | 36.0°C | - | - | - | - | - | Leoni |
| 09.01.20 | 20:00 | 120x80 | - | 36.2°C | - | - | - | - | - | Leoni |
| 09.01.20 | 12:00 | 120x90 | 96% | 36.2°C | 72 | - | - | - | - | Leoni |
| 09.01.20 | 20h | 130x70 | - | 36.5°C | - | 0 | - | - | - | Leoni |
| 10.01.20 | 06:30 | 130x80 | - | 35.8°C | - | 0 | - | - | - | Leoni |
| 10.01.20 | 16h | 120x90mmHg | - | 36.4°C | - | OK | - | OK | - | Leoni |
| 10.01.20 | 22:30 | 110x80 | - | 36.4°C | - | - | - | - | - | Leoni |
| 11.01.20 | 06h | 120x80 | - | 36 | - | - | - | - | - | Leoni |



Sergio

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



PAZ E LIBERTADE

Sergio Leone Alves

SECRETARIA DE IDENTIDADE

UNIAO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 Nº 052.722.710 2ª Via nº 22.05.2019

Sergio Leone Alves
 Sergio Pereira Alves
 Maria de Lourdes Trajano Alves
 Natal-RN 25.07.1994
 C.R.C. Nº 16.020/14.32A Pol.39
 C.A.T. de Monte Alegre-RN
 C.B.S. 047 284-07

ASSINADO ELETRONICAMENTE
 FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
 SECRETARIA DE IDENTIDADE



MARCO AURELIO FERREIRA



CPF
082233475 - ITEMP RN

DATA NACIMENTO
073.888.068-37 15/01/1989

PLACAO
MARCO AURELIO FERREIRA

MARIA JOSECI FERREIRA DE LIMA

REGISTRO **VALIDADEZ** **AD**

Nº REGISTRO **VALIDADEZ** **TIPO REGISTRO**

05904298478 05/12/2022 41/10/2013

OBSERVAÇÕES

Maria Joseci de Lima Ferreira

LOCAL **DATA EMISSAO**

PARANATIBE, RN 07/12/2017

Endereço
Lote 14 Maria Gelvair Bonha
Cidade de Rio Grande de Condulhas 4028225074
RUA ... 8870274422

RIO GRANDE DO NORTE

VALERIA PA PEREIRA
 O HABILITADO NACIONAL
 1486764539

CLEBERNO FLEISCHLEF
 1486764539



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 Fontes I, nº SM,
bairro: Zona Rural, município: Monte-Alegre / RN.

OUTORGADO:

Nome: Marcos 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. Encarnação - Rua Comandante, nº 216,
bairro: Cacimbinhos, município: Monte-Alegre / RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

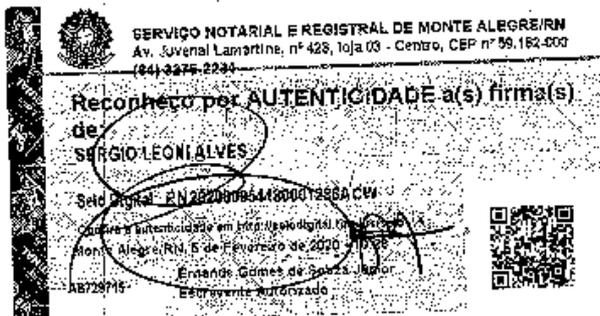
Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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 |

