



Número: **0858591-24.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **12/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JANIERISON SILVA DA CUNHA (AUTOR)	THAISE NELLIGANE DA SILVA FERREIRA (ADVOGADO) NADJA KELLY DOS SANTOS (ADVOGADO)
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
64950 369	01/02/2021 16:24	<u>2781040_CONTESTACAO_Anexo_03</u>

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, 27 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190396499 **Vítima: JANIERISON SILVA DA CUNHA**

Data do Acidente: 05/01/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: TACIO EWERTON DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JANIERISON SILVA DA CUNHA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14496776

Pag. 00707/00708 - 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, 16 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190396499 **Vítima: JANIERISON SILVA DA CUNHA**

Data do Acidente: 05/01/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: TACIO EWERTON DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JANIERISON SILVA DA CUNHA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de ambos os membros inferiores 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: JANIERISON SILVA DA CUNHA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000033

Conta: 0000025957-6

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, retorno 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



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, 20 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190396499 **Vítima: JANIERISON SILVA DA CUNHA**

Data do Acidente: 05/01/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: TACIO EWERTON DA SILVA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JANIERISON SILVA DA CUNHA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 20/09/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

00080968
Pag. 01935/01936 - carta_09 - INVALIDEZ

Carta nº 14782089



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 01/02/2021 16:24:36
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020116243634800000062211680>
Número do documento: 21020116243634800000062211680

Num. 64950369 - Pág. 3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 086.879.359-13 4 - Nome completo da vítima: Anderson Silveira da Costa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 449/2012

5 - Nome completo: Anderson Silveira da Costa 6 - CPF: 086.879.359-13
 7 - Profissão: 8 - Endereço: 118050-000 9 - Número: 59 10 - Complemento:
 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59014-227
 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (84) 98883-1857

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DA 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:

REUSO 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 PÔUPANÇA (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) AGÊNCIA: CONTA: (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 o dano, 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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.

Pelo motivo assinalado, solicito prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no civil) Divorciado Separado (oficialmente) Viúvo 24 - Data de óbito da Vítima:

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

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiros? Sim Não 31 - Vítima 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 devidamente, 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 - 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 39 - 40 - Local e Data, 25/06/19 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 102/2019 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Assinatura da testemunha 45 - Assinatura da testemunha 46 - Assinatura da testemunha 47 - Assinatura da testemunha 48 - Assinatura da testemunha 49 - Assinatura da testemunha 50 - Assinatura da testemunha 51 - Assinatura da testemunha 52 - Assinatura da testemunha 53 - Assinatura da testemunha 54 - Assinatura da testemunha 55 - Assinatura da testemunha 56 - Assinatura da testemunha 57 - Assinatura da testemunha 58 - Assinatura da testemunha 59 - Assinatura da testemunha 60 - Assinatura da testemunha 61 - Assinatura da testemunha 62 - Assinatura da testemunha 63 - Assinatura da testemunha 64 - Assinatura da testemunha 65 - Assinatura da testemunha 66 - Assinatura da testemunha 67 - Assinatura da testemunha 68 - Assinatura da testemunha 69 - Assinatura da testemunha 70 - Assinatura da testemunha 71 - Assinatura da testemunha 72 - Assinatura da testemunha 73 - Assinatura da testemunha 74 - Assinatura da testemunha 75 - Assinatura da testemunha 76 - Assinatura da testemunha 77 - Assinatura da testemunha 78 - Assinatura da testemunha 79 - Assinatura da testemunha 80 - Assinatura da testemunha 81 - Assinatura da testemunha 82 - Assinatura da testemunha 83 - Assinatura da testemunha 84 - Assinatura da testemunha 85 - Assinatura da testemunha 86 - Assinatura da testemunha 87 - Assinatura da testemunha 88 - Assinatura da testemunha 89 - Assinatura da testemunha 90 - Assinatura da testemunha 91 - Assinatura da testemunha 92 - Assinatura da testemunha 93 - Assinatura da testemunha 94 - Assinatura da testemunha 95 - Assinatura da testemunha 96 - Assinatura da testemunha 97 - Assinatura da testemunha 98 - Assinatura da testemunha 99 - Assinatura da testemunha 100 - Assinatura da testemunha 101 - Assinatura da testemunha 102 - Assinatura da testemunha 103 - Assinatura da testemunha 104 - Assinatura da testemunha 105 - Assinatura da testemunha 106 - Assinatura da testemunha 107 - Assinatura da testemunha 108 - Assinatura da testemunha 109 - Assinatura da testemunha 110 - Assinatura da testemunha 111 - Assinatura da testemunha 112 - Assinatura da testemunha 113 - Assinatura da testemunha 114 - Assinatura da testemunha 115 - Assinatura da testemunha 116 - Assinatura da testemunha 117 - Assinatura da testemunha 118 - Assinatura da testemunha 119 - Assinatura da testemunha 120 - Assinatura da testemunha 121 - Assinatura da testemunha 122 - Assinatura da testemunha 123 - Assinatura da testemunha 124 - Assinatura da testemunha 125 - Assinatura da testemunha 126 - Assinatura da testemunha 127 - Assinatura da testemunha 128 - Assinatura da testemunha 129 - Assinatura da testemunha 130 - Assinatura da testemunha 131 - Assinatura da testemunha 132 - Assinatura da testemunha 133 - Assinatura da testemunha 134 - Assinatura da testemunha 135 - Assinatura da testemunha 136 - Assinatura da testemunha 137 - Assinatura da testemunha 138 - Assinatura da testemunha 139 - Assinatura da testemunha 140 - Assinatura da testemunha 141 - Assinatura da testemunha 142 - Assinatura da testemunha 143 - Assinatura da testemunha 144 - Assinatura da testemunha 145 - Assinatura da testemunha 146 - Assinatura da testemunha 147 - Assinatura da testemunha 148 - Assinatura da testemunha 149 - Assinatura da testemunha 150 - Assinatura da testemunha 151 - Assinatura da testemunha 152 - Assinatura da testemunha 153 - Assinatura da testemunha 154 - Assinatura da testemunha 155 - Assinatura da testemunha 156 - Assinatura da testemunha 157 - Assinatura da testemunha 158 - Assinatura da testemunha 159 - Assinatura da testemunha 160 - Assinatura da testemunha 161 - Assinatura da testemunha 162 - Assinatura da testemunha 163 - Assinatura da testemunha 164 - Assinatura da testemunha 165 - Assinatura da testemunha 166 - Assinatura da testemunha 167 - Assinatura da testemunha 168 - Assinatura da testemunha 169 - Assinatura da testemunha 170 - Assinatura da testemunha 171 - Assinatura da testemunha 172 - Assinatura da testemunha 173 - Assinatura da testemunha 174 - Assinatura da testemunha 175 - Assinatura da testemunha 176 - Assinatura da testemunha 177 - Assinatura da testemunha 178 - Assinatura da testemunha 179 - Assinatura da testemunha 180 - Assinatura da testemunha 181 - Assinatura da testemunha 182 - Assinatura da testemunha 183 - Assinatura da testemunha 184 - Assinatura da testemunha 185 - Assinatura da testemunha 186 - Assinatura da testemunha 187 - Assinatura da testemunha 188 - Assinatura da testemunha 189 - Assinatura da testemunha 190 - Assinatura da testemunha 191 - Assinatura da testemunha 192 - Assinatura da testemunha 193 - Assinatura da testemunha 194 - Assinatura da testemunha 195 - Assinatura da testemunha 196 - Assinatura da testemunha 197 - Assinatura da testemunha 198 - Assinatura da testemunha 199 - Assinatura da testemunha 200 - Assinatura da testemunha 201 - Assinatura da testemunha 202 - Assinatura da testemunha 203 - Assinatura da testemunha 204 - Assinatura da testemunha 205 - Assinatura da testemunha 206 - Assinatura da testemunha 207 - Assinatura da testemunha 208 - Assinatura da testemunha 209 - Assinatura da testemunha 210 - Assinatura da testemunha 211 - Assinatura da testemunha 212 - Assinatura da testemunha 213 - Assinatura da testemunha 214 - Assinatura da testemunha 215 - Assinatura da testemunha 216 - Assinatura da testemunha 217 - Assinatura da testemunha 218 - Assinatura da testemunha 219 - Assinatura da testemunha 220 - Assinatura da testemunha 221 - Assinatura da testemunha 222 - Assinatura da testemunha 223 - Assinatura da testemunha 224 - Assinatura da testemunha 225 - Assinatura da testemunha 226 - Assinatura da testemunha 227 - Assinatura da testemunha 228 - Assinatura da testemunha 229 - Assinatura da testemunha 230 - Assinatura da testemunha 231 - Assinatura da testemunha 232 - Assinatura da testemunha 233 - Assinatura da testemunha 234 - Assinatura da testemunha 235 - Assinatura da testemunha 236 - Assinatura da testemunha 237 - Assinatura da testemunha 238 - Assinatura da testemunha 239 - Assinatura da testemunha 240 - Assinatura da testemunha 241 - Assinatura da testemunha 242 - Assinatura da testemunha 243 - Assinatura da testemunha 244 - Assinatura da testemunha 245 - Assinatura da testemunha 246 - Assinatura da testemunha 247 - Assinatura da testemunha 248 - Assinatura da testemunha 249 - Assinatura da testemunha 250 - Assinatura da testemunha 251 - Assinatura da testemunha 252 - Assinatura da testemunha 253 - Assinatura da testemunha 254 - Assinatura da testemunha 255 - Assinatura da testemunha 256 - Assinatura da testemunha 257 - Assinatura da testemunha 258 - Assinatura da testemunha 259 - Assinatura da testemunha 260 - Assinatura da testemunha 261 - Assinatura da testemunha 262 - Assinatura da testemunha 263 - Assinatura da testemunha 264 - Assinatura da testemunha 265 - Assinatura da testemunha 266 - Assinatura da testemunha 267 - Assinatura da testemunha 268 - Assinatura da testemunha 269 - Assinatura da testemunha 270 - Assinatura da testemunha 271 - Assinatura da testemunha 272 - Assinatura da testemunha 273 - Assinatura da testemunha 274 - Assinatura da testemunha 275 - Assinatura da testemunha 276 - Assinatura da testemunha 277 - Assinatura da testemunha 278 - Assinatura da testemunha 279 - Assinatura da testemunha 280 - Assinatura da testemunha 281 - Assinatura da testemunha 282 - Assinatura da testemunha 283 - Assinatura da testemunha 284 - Assinatura da testemunha 285 - Assinatura da testemunha 286 - Assinatura da testemunha 287 - Assinatura da testemunha 288 - Assinatura da testemunha 289 - Assinatura da testemunha 290 - Assinatura da testemunha 291 - Assinatura da testemunha 292 - Assinatura da testemunha 293 - Assinatura da testemunha 294 - Assinatura da testemunha 295 - Assinatura da testemunha 296 - Assinatura da testemunha 297 - Assinatura da testemunha 298 - Assinatura da testemunha 299 - Assinatura da testemunha 300 - Assinatura da testemunha 301 - Assinatura da testemunha 302 - Assinatura da testemunha 303 - Assinatura da testemunha 304 - Assinatura da testemunha 305 - Assinatura da testemunha 306 - Assinatura da testemunha 307 - Assinatura da testemunha 308 - Assinatura da testemunha 309 - Assinatura da testemunha 310 - Assinatura da testemunha 311 - Assinatura da testemunha 312 - Assinatura da testemunha 313 - Assinatura da testemunha 314 - Assinatura da testemunha 315 - Assinatura da testemunha 316 - Assinatura da testemunha 317 - Assinatura da testemunha 318 - Assinatura da testemunha 319 - Assinatura da testemunha 320 - Assinatura da testemunha 321 - Assinatura da testemunha 322 - Assinatura da testemunha 323 - Assinatura da testemunha 324 - Assinatura da testemunha 325 - Assinatura da testemunha 326 - Assinatura da testemunha 327 - Assinatura da testemunha 328 - Assinatura da testemunha 329 - Assinatura da testemunha 330 - Assinatura da testemunha 331 - Assinatura da testemunha 332 - Assinatura da testemunha 333 - Assinatura da testemunha 334 - Assinatura da testemunha 335 - Assinatura da testemunha 336 - Assinatura da testemunha 337 - Assinatura da testemunha 338 - Assinatura da testemunha 339 - Assinatura da testemunha 340 - Assinatura da testemunha 341 - Assinatura da testemunha 342 - Assinatura da testemunha 343 - Assinatura da testemunha 344 - Assinatura da testemunha 345 - Assinatura da testemunha 346 - Assinatura da testemunha 347 - Assinatura da testemunha 348 - Assinatura da testemunha 349 - Assinatura da testemunha 350 - Assinatura da testemunha 351 - Assinatura da testemunha 352 - Assinatura da testemunha 353 - Assinatura da testemunha 354 - Assinatura da testemunha 355 - Assinatura da testemunha 356 - Assinatura da testemunha 357 - Assinatura da testemunha 358 - Assinatura da testemunha 359 - Assinatura da testemunha 360 - Assinatura da testemunha 361 - Assinatura da testemunha 362 - Assinatura da testemunha 363 - Assinatura da testemunha 364 - Assinatura da testemunha 365 - Assinatura da testemunha 366 - Assinatura da testemunha 367 - Assinatura da testemunha 368 - Assinatura da testemunha 369 - Assinatura da testemunha 370 - Assinatura da testemunha 371 - Assinatura da testemunha 372 - Assinatura da testemunha 373 - Assinatura da testemunha 374 - Assinatura da testemunha 375 - Assinatura da testemunha 376 - Assinatura da testemunha 377 - Assinatura da testemunha 378 - Assinatura da testemunha 379 - Assinatura da testemunha 380 - Assinatura da testemunha 381 - Assinatura da testemunha 382 - Assinatura da testemunha 383 - Assinatura da testemunha 384 - Assinatura da testemunha 385 - Assinatura da testemunha 386 - Assinatura da testemunha 387 - Assinatura da testemunha 388 - Assinatura da testemunha 389 - Assinatura da testemunha 390 - Assinatura da testemunha 391 - Assinatura da testemunha 392 - Assinatura da testemunha 393 - Assinatura da testemunha 394 - Assinatura da testemunha 395 - Assinatura da testemunha 396 - Assinatura da testemunha 397 - Assinatura da testemunha 398 - Assinatura da testemunha 399 - Assinatura da testemunha 400 - Assinatura da testemunha 401 - Assinatura da testemunha 402 - Assinatura da testemunha 403 - Assinatura da testemunha 404 - Assinatura da testemunha 405 - Assinatura da testemunha 406 - Assinatura da testemunha 407 - Assinatura da testemunha 408 - Assinatura da testemunha 409 - Assinatura da testemunha 410 - Assinatura da testemunha 411 - Assinatura da testemunha 412 - Assinatura da testemunha 413 - Assinatura da testemunha 414 - Assinatura da testemunha 415 - Assinatura da testemunha 416 - Assinatura da testemunha 417 - Assinatura da testemunha 418 - Assinatura da testemunha 419 - Assinatura da testemunha 420 - Assinatura da testemunha 421 - Assinatura da testemunha 422 - Assinatura da testemunha 423 - Assinatura da testemunha 424 - Assinatura da testemunha 425 - Assinatura da testemunha 426 - Assinatura da testemunha 427 - Assinatura da testemunha 428 - Assinatura da testemunha 429 - Assinatura da testemunha 430 - Assinatura da testemunha 431 - Assinatura da testemunha 432 - Assinatura da testemunha 433 - Assinatura da testemunha 434 - Assinatura da testemunha 435 - Assinatura da testemunha 436 - Assinatura da testemunha 437 - Assinatura da testemunha 438 - Assinatura da testemunha 439 - Assinatura da testemunha 440 - Assinatura da testemunha 441 - Assinatura da testemunha 442 - Assinatura da testemunha 443 - Assinatura da testemunha 444 - Assinatura da testemunha 445 - Assinatura da testemunha 446 - Assinatura da testemunha 447 - Assinatura da testemunha 448 - Assinatura da testemunha 449 - Assinatura da testemunha 450 - Assinatura da testemunha 451 - Assinatura da testemunha 452 - Assinatura da testemunha 453 - Assinatura da testemunha 454 - Assinatura da testemunha 455 - Assinatura da testemunha 456 - Assinatura da testemunha 457 - Assinatura da testemunha 458 - Assinatura da testemunha 459 - Assinatura da testemunha 460 - Assinatura da testemunha 461 - Assinatura da testemunha 462 - Assinatura da testemunha 463 - Assinatura da testemunha 464 - Assinatura da testemunha 465 - Assinatura da testemunha 466 - Assinatura da testemunha 467 - Assinatura da testemunha 468 - Assinatura da testemunha 469 - Assinatura da testemunha 470 - Assinatura da testemunha 471 - Assinatura da testemunha 472 - Assinatura da testemunha 473 - Assinatura da testemunha 474 - Assinatura da testemunha 475 - Assinatura da testemunha 476 - Assinatura da testemunha 477 - Assinatura da testemunha 478 - Assinatura da testemunha 479 - Assinatura da testemunha 480 - Assinatura da testemunha 481 - Assinatura da testemunha 482 - Assinatura da testemunha <input type



AUTO-ATENDIMENTO - AG. RIBEIRA/RN
DATA: 24/06/2019 HORA: 15:20:51
TERMINAL: 00331263 CONTROLE: 003312630116

AGÊNCIA: 0033 - RIBEIRA
CONTA : 001.00025957-6
CLIENTE: JANIERISON SILVA DA CUNHA

SALDO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

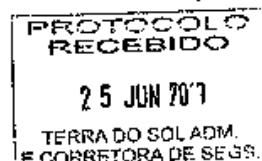
RESUMO

SALDO
SALDO TOTAL
SALDO COM LIMITE



"Pense antes de imprimir, conserve o meio ambiente! Consulte o saldo em tela!"

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Dúvidas da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS

Endereço: Complexo da Delegacias Especializadas, Av. Ayrton Senna, 3134, NEÓPOLIS, NATAL, FONE/FAX: 32321565

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019031000301

1.2 Data de Expedição: 22/04/2019 10:45:28

1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 05/01/2019 22:41:00

2.2 Autoria: Desconhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Melo(s) empregad(s): Veículo

2.7 Logradouro: AVENIDA TRAIRI

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.9 CEP:

2.8 Número:

2.11 Ponto de Referência:

2.10 Complemento: esquina com prudente de mares

2.13 Cidade: NATAL

2.12 Bairro: PETRÓPOLIS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JANIERISON SILVA DA CUNHA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: JOAO DA CUNHA

3.5 Etnia: Parda

3.6 Mãe: MARIA FRANCISCA SILVA DA CUNHA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 09687935413

3.10 Identidade do Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 08/01/1984

3.13 Profissão: PINTOR

3.14 RG: 1964389 - Itep/RN

3.15 Telefone(s): 84 987873654

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 59

3.18 Naturalidade: NATAL - RN

3.19 Bairro: MÃE LUIZA

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: RUA DA SOLIDARIEDADE

3.23 Cidade: NATAL

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS VÍTIMAS)

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: LHJXCBLA0EB401890

7.1.4 Renavam:

7.1.5 Placa:

7.1.6 Estado:

7.1.7 Marca: BASHAN

7.1.8 Modelo: JONNY MEET 50CC

7.1.9 Ano do Modelo: 0

7.1.10 Ano de Fabricação:

7.1.11 Cor do veículo: PRATA

7.1.12 Tipo do veículo: CICLOMOTOR

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: ELVIS MARCON DE LIMA SILVA

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor: O COMUNICANTE

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE COMPARCEU NESTA UNIDADE ESPECIALIZADA, PARA INFORMAR QUE NA DATA, HORÁRIO E LOCAL SUPRA, ESTAVA CONDUZIDO A MOTONETA RELACIONADA, OCASIÃO NA QUIL SE ENVOLVEU EM UMA COLISÃO COM UM AUTOMÓVEL, QUE LESIONADO APÓS O ACIDENTE, FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARBINHO, CONFORME DECLARAÇÃO E ATENDIMENTO ANEXOS. NADA MAIS INFORMOU.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 22/04/2019 10:45:28

Policial

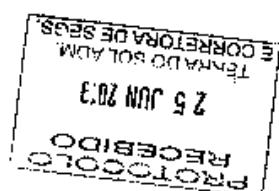
Interessado

Polegar direito

Atendimento: 1573748 - RAYMOND RAUSLY DA COSTA CABRAL

Impresso por: 1573748 - RAYMOND RAUSLY DA COSTA CABRAL em 22/04/2019 10:45:34

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Este documento é de uso exclusivo da Delegacia de Acidentes de Veículos. Sua circulação é vedada.

Página 11

Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 01/02/2021 16:24:36

<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020116243634800000062211680>

Número do documento: 21020116243634800000062211680

Num. 64950369 - Pág. 6



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 096.879.354-13 4 - Nome completo da vítima: JONELSON SILVA DA CURA

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

5 - Nome completo: JONELSON SILVA DA CURA 6 - CPF: 096.879.354-13
 7 - Profissão: 8 - Endereço: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (84) 98883-1857

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:

RECUZO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$1.501,00 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)

CÓNTA PÔUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CÓNTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA

AGÊNCIA: CONTA: 6 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/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, por invalidade permanente, uma vez que: (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme L.6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (varão): 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 Lider 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 gerará a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

PROTÓCOLO RECEBIDO

34 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1^a | Nome: 25 JUN 2019
 CPF:

ASSINATURA DA TESTEMUNHA
 IFRAFADO SOLARIS CORRETORA DE SEGUROS

39 - 2^a | Nome:
 CPF:

ASSINATURA DA TESTEMUNHA

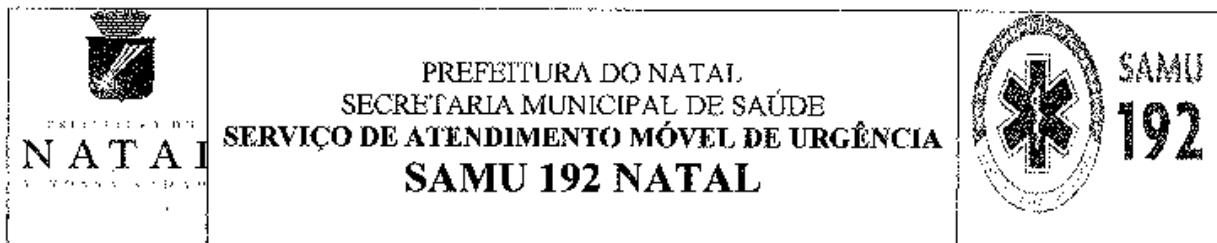
40 - Local e Data: 25/06/19 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

0002/2019





DECLARAÇÃO

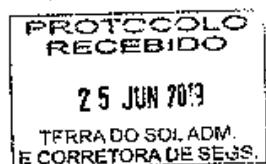
Declaramos para os devidos fins que **JANIERISON SILVA DA CUNHA**, foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 05/01/2019, aproximadamente às 22h41min, na Avenida Trairi com a Prudente de Moraes, Petrópolis, nesta Cidade, Sob nº de Ocorrência 238730/2, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 04 de fevereiro de 2019.

CLAUDIO AUGUSTO CAMARA DE MACEDO

Coord. Geral do Serviço de Transporte Sanitário Municipal e SAMU 192 Natal
Matrícula 72.468-1


MST. 46888-6



FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 238730/2

Data: 05/01/2019

CHAMADO

TARM: EZEQUIEL POLEM ALBERTO BARROS

Médico Regulação: LOUISE CHRISTINE SEABRA DE MELO

Rádio Operador: CLAUDIO ADRIANO RODRIGUES ZACARIAS

Médico Cena: ADRIANO DE SOUSA COSTA

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USA DS (BASE DESCENTRALIZADA LEIDE MORAIS)

Equipe VTR: SHAYNE BRENNAND DE CARVALHO - CONDUTOR DE VEÍCULO DE
EMERGÊNCIA
MARIANA CONSULIN S. MELO - ENFERMEIRO
MICHELLE CLARA BONIFÁCIO - MÉDICO

REGULAÇÃO MEDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: VITOR

Telefone: (84) 99697-1343

Nome do Paciente:

DAO DA CUNHA

Idade: *

30 ANO(S)

Sexo: *

ASCULINO

Endereço não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: -5.7850988 Longitude: -35.2002206

Endereço: TRAJRI COM A PRUDENTE

Nº: VP

Bairro: PETRÓPOLIS

Outro Bairro:

Referência/Complemento: PX DA PRAÇA CÍVICA

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Queixa Primária: ACIDENTE ONIBUS X MOTO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

05/01/2019 22:44:37 - Dr(a): ALESSANDRO TAVARES

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: VITIMA DE COLISÃO CARRO X MOTO, SOLICITANTE NÃO ENCONTRA-SE AO LADO DO PACIENTE

AÇÃO SEM INTERVENÇÃO: Orientação

DESCRIÇÃO: SOLICITANTE ORIENTADO A RETORNAR A LIGAÇÃO AO LADO DO PACIENTE

APOIO:

05/01/2019 22:53:17 - Dr(a), LOUISE CHRISTINE SEABRA DE MELO

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: COLISÃO CARRO X MOTO, CONDUTOR DA MOTO ESTÁ SEM CAPACETE, INCONSCIENTE, COM DIFÍCILDADE PARA RESPIRAR, HÁ SUSPEITA DE FRATURAS MÚLTIPLAS PELAS DEFORMIDADES EM OMBRO, QUADRIL E Perna, HÁ SANGRAMENTO FACIAL.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USA

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

POSSUI CONVÉNTO MÉDICO: NÃO

Apoio:

OBSERVAÇÕES

Data: 05/01/2019 22:50:27 Usuário: (TARM) MARIA MADALENA DA SILVA

Observação: VICTOR 84988110348

HORÁRIO DO CHAMADO

Chamado:
05/01/2019
22:41:41

Regulação Médica:
05/01/2019
22:53:17

Solicitação VTR:
05/01/2019
22:53:42

Saída VTR:
05/01/2019
22:56:52

Chegada Local:
05/01/2019
23:02:23

Saída Local:
05/01/2019
00:09:50

Chegada Destino:
05/01/2019
00:09:51

Liberação Destino:
05/01/2019
00:09:53

Liberação VTR:
05/01/2019
00:09:54



Observação do Apoio:

CONVÉNIO MÉDICO PARTICIPANTE

Paciente possui convênio médico particular?*
Sim Não Não informado

CONDUTA

* Remoção

Conduta Médico Regulador:

06/01/2019 00:33:28 - ADRIANO DE SOUSA COSTA
VITIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO, COM SINAIS DE EMBRIAGUE NA ABORDAGEM. NÃO PORTAVA CAPACETE. ENCONTRADO EM DECUBITO LATERAL.
APRESENTAVA FRATURA FECHADA DE COXA DIREITA, NA ABORDAGEM DA USA, APRESENTAVA AP COM ESTERTOR BOLHOSO + SIBILOS; FRATURA EM
NARIZ E TCC EM MENTO, DEMais SEM ALTERAÇÕES. SEGURU AO QTG DO POLITRAUMA DO HMWG, RECEBIDO POR DR SAMUEL.

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL WALFREDO GURGEL

P:

Recebido por:

Número do conselho:

Número da ficha de Remoção:

Vaga Negada

Motivo da entrada:

Ass:

Vaga Negada - Motivo:

SELEÇÃO

H. ligação ao serv prop.:

00:34

PERTENÇAS

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANIERISON SILVA DA CUNHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00033

CONTA: 000000025957-6

Nr. da Autenticação DC038A8169289F3D



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 01/02/2021 16:24:36
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020116243634800000062211680>
Número do documento: 21020116243634800000062211680

Num. 64950369 - Pág. 11



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, 3º and. CEP 68015-000
CNPJ: 08.334.355/0001-95 | INSC. ESTADUAL: 20055.426-3
Admin. Central (84) 3223-4322 / Ovídeo: (84) 3223-4562

Electrode 00000000000000000000000000000000

CONTA DE CONSUMO DE AGUA ESGOTO - SEP/2015
IMPRESSO EM 03/09/2016 A 09:21:14

PROTÓCOLO
RECEBIDO
25 JUN 2013
TERRADO SOLADM.
CORRETORA DE SEGUROS



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: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, 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 COAF.

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, TÉM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS Ocorrências SUSPEITAS DE ATIVIDADES IUCÍTAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Tací Gómez da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 072.543.536-83, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jamiongor Silva da Cunha inscrito (a) no CPF sob o Nº 096.879.351-3,

da sinistro de DPVAT cobertura Taunay, 362 da Vítima Jamiongor Silva da Cunha

inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.879.354-13, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

Recuso informar

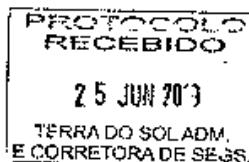
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299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

Endereço	Número:	Complemento:
<u>Rua Antônio Gómez da Silva, 247</u>	<u>247</u>	<u>-</u>

Bairro: TAUNAY PARTS Cidade: Morais Estado: RN CEP: 59.014-120
E-mail: Tel. (DDD):

Local e Data: Porto Alegre 25/06/19

Tací Gómez da Silva
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, ELVIS MAICON DE LIMA SILVA

RG nº 007.964.515, data de expedição 15/10/2013
Órgão SSP, portador do CPF nº 095.032.834-00, com
domicílio na cidade de NATAL, no Estado de RN, com
residência na RUA DA SOLIDARIEDADE, nº 59
complemento EM FRONTE AO FAROL DE MÄEZU, declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vítima

JANIERSON SILVA DA CUNHA cujo o condutor
era JANIERSON SILVA DA CUNHA

Veículo: JOHNY MOTOR

Ano: 2013

Modelo: JOHNY MEET 50CC

Placa: _____

Chassi: UHJXBLA0B401890

Data do Acidente: 05/03/2019

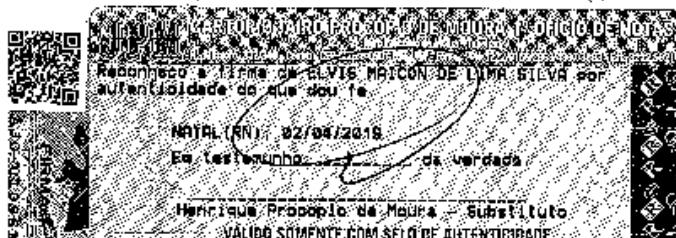
Local e Data: AVENIDA TRAJIRI COM A PRUDENTE DE MORAIS
(PETRÓPOLIS)

Elvis maicon de lima Silva

Assinatura do Declarante

Janierison Silva da Cunha

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro, que não a vítima do acidente)





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



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 964 /2019
Admissão: 05/01/2019 23:38:20

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

Paciente: **109143 - JANIERISON SILVA DA CUNHA** (25 a 25 d)

Nascimento: 06/01/1994 Natural: NATAL, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 703407235026710 CPF: 09687935413

Prof: PINTOR

Mãe: MARIA FRANCISCA SILVA DA CUNHA

Pai:

Logradouro: SOLIDARIEDADE, 59

CEP: 59014223 Bairro: MÃE LUIZA

Cidade: NATAL

Telefone: 84 988692729

Compl:

Motivo: MOTO X CARRO - COLISÃO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

*Empresa:

Fluxograma:	Discriminador:								
OBS:	Classificação: 05/01/2019 23:38:05								
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

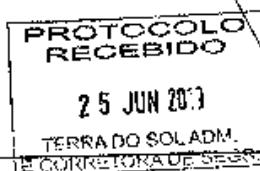
HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISAO CARRO MOTO/ TCE MODERADO+ALCOLIZADO

Hora: _____

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)									
A									
B									
C									
D									
E									

OUTRAS OBSERVAÇÕES:



CONFIRME COM ORIGINAL
NATAL, 31/01/2019
MAT. N° 15112626
SAME
NATURA

Saída: 06/01/2019 03:09:12 - INTERNADO

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS. Impresso em 31 de Janeiro de 2019.



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 01/02/2021 16:24:36

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020116243634800000062211680>

Número do documento: 21020116243634800000062211680

Num. 64950369 - Pág. 16



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 964 /2019
Admissão: 05/01/2019 23:38:20

CIRURGIA GERAL - AMARELO

acidente: **109143 - JOAO DA CUNHA (30 a 4 d)**

ascimento: 01/01/1989 Natural: NATAL-BRASIL

NS:

CPF:

Pai:

Sexo: M Cor: PARDA

Prof:

Maria

Endereço: TRAIRI, 1

EP: 59020150

Bairro: PETRÓPOLIS

Cidade: NATAL

Telefone: 84 32327500

Compl: ENDERECO ACIMA LOCAL DA OCORRÊNCIA

otivo: MOTO X CARRO - COLISÃO

rigem: AMBUL. SAMU NATAL

Tipo: REFERENCIADO 06/01/19 15:02

*Empresa:

luxograma:

Discriminador:

(Exame):

Carro

Obs:

Classificação: 05/01/2019 23:38:05

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

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISAO CARRO MOTO/ TCE MODERADO+ALCOLIZADO

Fora:

Parante suíteira de colisão moto x carro (não respeita a prioridade). Encontra-se confuso (provavelmente alcoolizado) no momento da admissão. Provável TCE e trauma de face. Apresenta dor em membro inferior direito e em tórax. Suspeita de frx de fêmur (0).

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

1 VAS: a leve cal estéril d/ Calor.

3 MVD bilateral, d/ provável estenose biliar. SpO2: 99%.

5 Hemad. estéril.

DECG: 10.

Exames em face e membro direito rodado lateralmente

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

RAIOS-X

Realizado em 06/01/2019 Hora:
10:19

Agende (data):

Saída:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Gerado via SX por SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS, Impresso em 05 de Janeiro de 2019.

CONFIRA COM ORIGINAL
NATAL 31/12/2019
MAR 10/12/2019
LICENCIAMENTO
NATURA

06/01/2019 00:53
Pacel 16
Com face + Fr



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 01/02/2021 16:24:36

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020116243634800000062211680>

Número do documento: 21020116243634800000062211680



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

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

RELATÓRIO DE
HISTÓRIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICONome João da Cunha

Leito:

Idade:

Nº Registro: 19612019

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data: 06/01/19

Hora:

XORTO PEDIATRICO

Paciente com história do colisão
motociclistas.

Dor e deformidade da coxa
direita. Sem exposição óssea.

HO: fratura fechada do fêmur (D)

Internação para tratamento cirúrgico.

*Dr. Hugo Pimenta da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 00651 / EOT 15517*

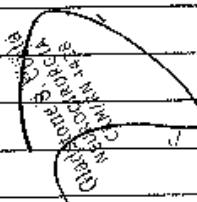
*CONFERENCIA ORIGINAL
NATAL 31/12/2019
MAT. N. 154328 SAME
ASSINATURA*

06/01/19 - NCR - 9:30h

Porte e peso 12
reco 110

Aquele de 7c vero conto

cat. Desenvolvida



Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agudas ou de causa extremas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 01/02/2021 16:24:36

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020116243634800000062211680>

Número do documento: 21020116243634800000062211680

Num. 64950369 - Pág. 19

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)			
A			
B			
C			
D			
E			
A (ALERGIAS)			
M (MEDICAÇÃO EM USO)			
P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)			
L (LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)			
A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)			
V (PASSADO VACINAL)			
EXAMES COMPLEMENTARES (RADILOGIA E IMAGEM)		LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	
Rx de tórax AP Rx de Coxas R, perna R { perfil			
		OUTROS	
CONDUTA PRIMÁRIA / MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
Rx de tórax sem evidências de fraturas, hemotórax ou pneumotórax. AR: MUR cimétricos, sem RA Abdome: plena, flácido, indolor a palpação. Alt. da Cintura: Geral.		Dr. Carlos	
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL		ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE			
ESPECIALISTA 1 NCR	HORA: 23:40	DATA: 05/01/2019.	
ESPECIALISTA 2 BMF	HORA: 23:40	DATA: 05/01/2019.	
ESPECIALISTA 3 Ortopédia	HORA: 23:40	DATA: 05/01/2019.	
DESTINO DO PACIENTE:			
INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:	DATA / /	HORA / /	
SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:			
ÓBITO: DATA / / HORA / /			
ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP			





Name _____

João da Cunha

Editor

Idade:

Nº Registro: FA 196/2019

105000 // NC
Nota: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos com situação de emergências clínicas, drásticas, agraves ou crónicas extremas, em especial a morte, de acordo com as melhores práticas.

Dr. M. Schmidlin, Dr. med. Dietrich Melchior
Kinderärzte und Kinderärztin
Gesamtklinik St. Gallen

14 APR 1975 HETZ
R. MCGINNIS
C. MURRAY
C. MUNN 101-287

Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 01/02/2021 16:24:36

Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTIANA LON ENRIKES | 07/02/2022 | 10:24:38
<https://pie1q.tirn.ius.br:443/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2120101162436380000062211680>

Número do documento: 21020116243634800000062211680

Num. 64950369 - Pág. 21

Identificação	
Enfermaria:	Ditebólio
Data de admissão:	Lelio: 451
Nome:	Janerison Silea de Búlio
Idade:	25 anos
RG:	1964389537RN
Filiação: Pai:	Waldemar da Paixão
Mãe:	Francisca Silea de Paixão
Endereço:	Rua Solidariedade nº 59 mae Paixão
Telefone:	98859-2729 Sis (mãe)
CPF:	096.879.351-13
Composição familiar:	Reside com Williana moralis +1 filho +
Outras informações:	Faz uso de () Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos Gestante 3 mês
Cidade: Natal (RN)	
() Residencial () Trabalho () Recado	
() Telefones: SUS 703.4072.3509.6710	

Sítução Ocupacional e Vinculação Previdenciária	
Atividade desenvolvida:	pintor de parede
() Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado	Trabalho c/ vínculo empregatício () Não () Sim
Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPs () SAD	
Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim	Nome da Empresa
Forma de Acesso ao Serviço	
() Sozinho - procurou atendimento	() Trazido por familiares
() Socorrido em via pública	() Outros meios
() Encaminhado: Hospital de origem:	
Criterios para Acompanhante	
Possui reumatismos? () Não () Sim	Qual o motivo?
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental	
Responsável pelo paciente:	Williana moralis bairros bairros
Parentesco:	Companheira de fato
Endereço do Responsável:	acima

Evolução

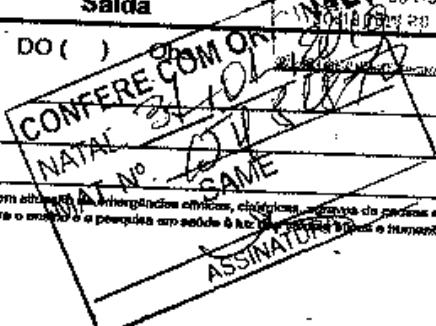
(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

Janerison de 25 anos de idade, sofreu acidente de moto. Bem acompanhada, não identificámos paciente com anamnese perior. de documentação.

Saída

Óbito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Alta hospitalar () Transferência () Destino:

Orientações/Encaminhamentos:



Máscara: Oferecer, no ambiente hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situações de interações clínicas, científicas, orientação de pessoas externas, em especial a comunidade, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em sede à vez, sempre éticas e humanizadoras.



ANALISE

Paciente vítima de reacidente automóvel

21/01/20

EXAME FÍSICO: TGB, EUPNEIA, VIDA, SILENCIOSO, TURCOS CORAL
HUMIDIFICADO, PERITONITIS EM TELHOSE

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

TRAUMA DE FACE

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

(2) Sobrelobo da Face (Sangrando)

Kerlson Paulino de Oliveira

Crurário Bucal-Maxilo-Facial

CRO/RN - 2273

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

(Mopulose)

Acidentado automóvel

Com lesão corporal

Ex. 4 dia mês ano

No dia des. Ano

Co. Internado

CRM/RN 75697-EO/15239 Assinatura e Cartório do Responsável

Ortopedia e Traumatologia

Dr. Ombro e Cervical

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

SAÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica

À Revélia

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado

S.V.O.

I.T.E.P.

Médico (Cartório)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

SAÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica

À Revélia

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

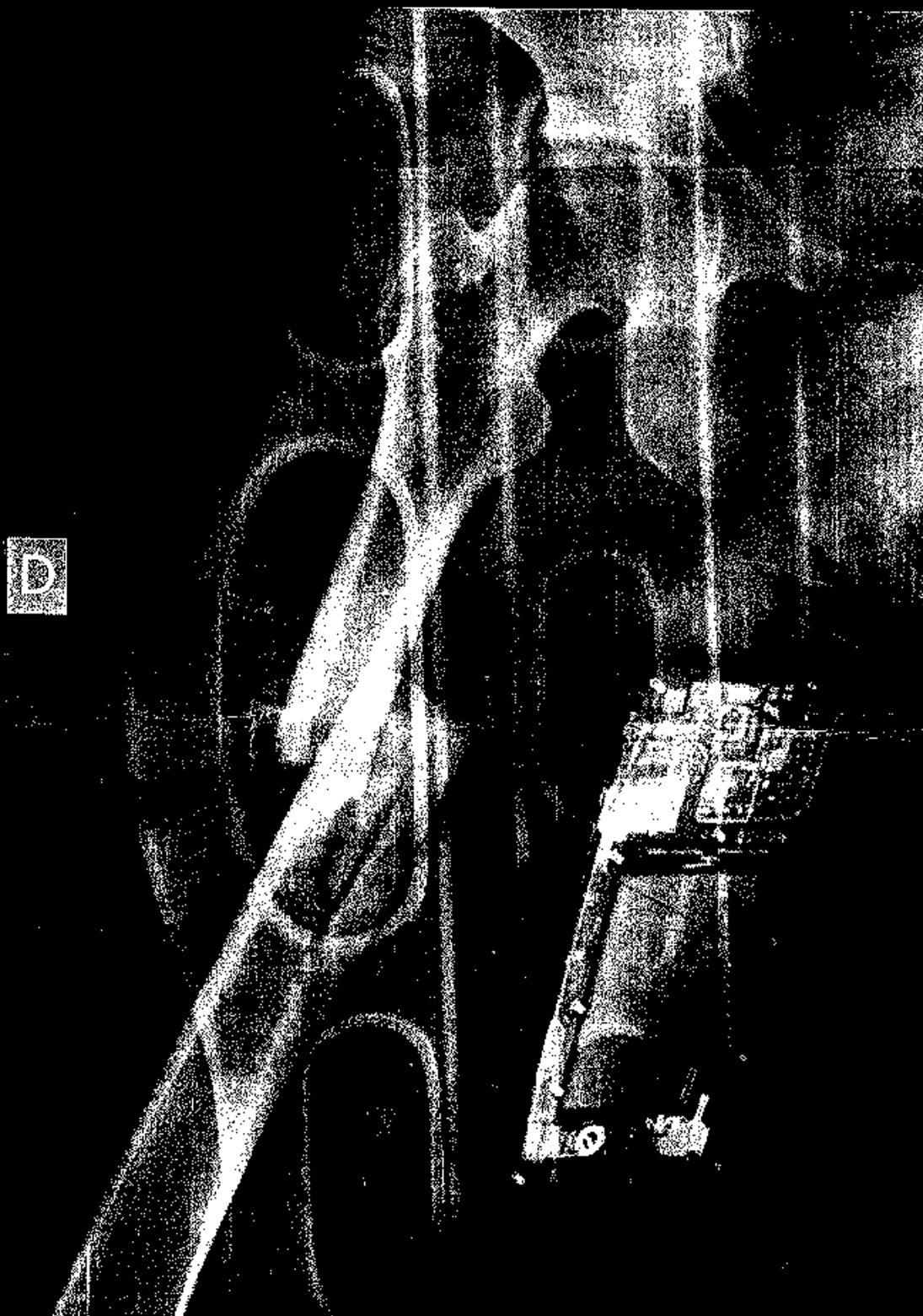
Entregue à família

com Atestado

S.V.O.

I.T.E.P.





d. Paciente: 964

Data Exame: 06/01/2019 01:04:57

Técnico: RAQUEL

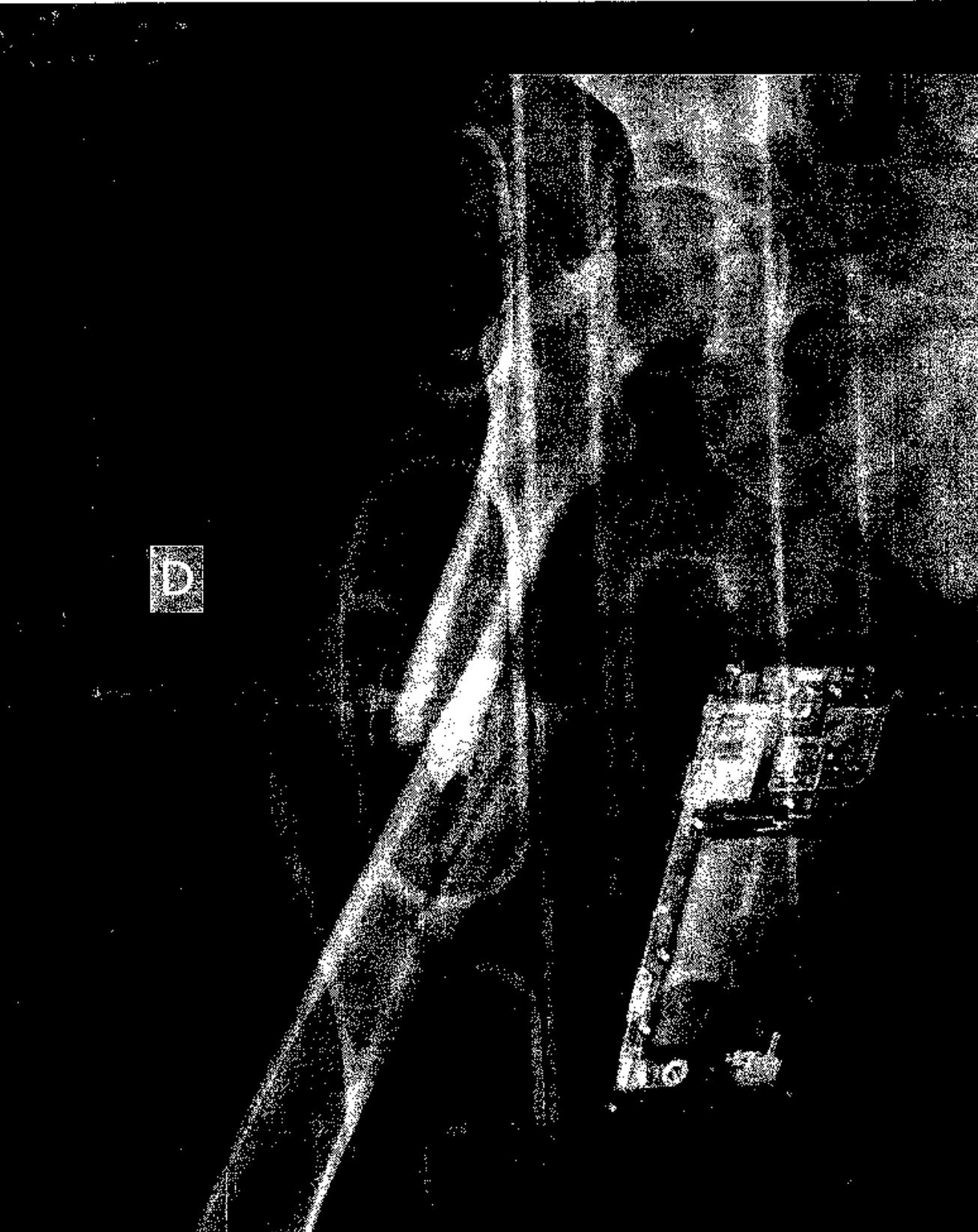
Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Idade: 30 ano(s) FEMUR AP
54,1 %



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 01/02/2021 16:24:36
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020116243634800000062211680>
Número do documento: 21020116243634800000062211680

Num. 64950369 - Pág. 25



D

Paciente: 964
paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA
OSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

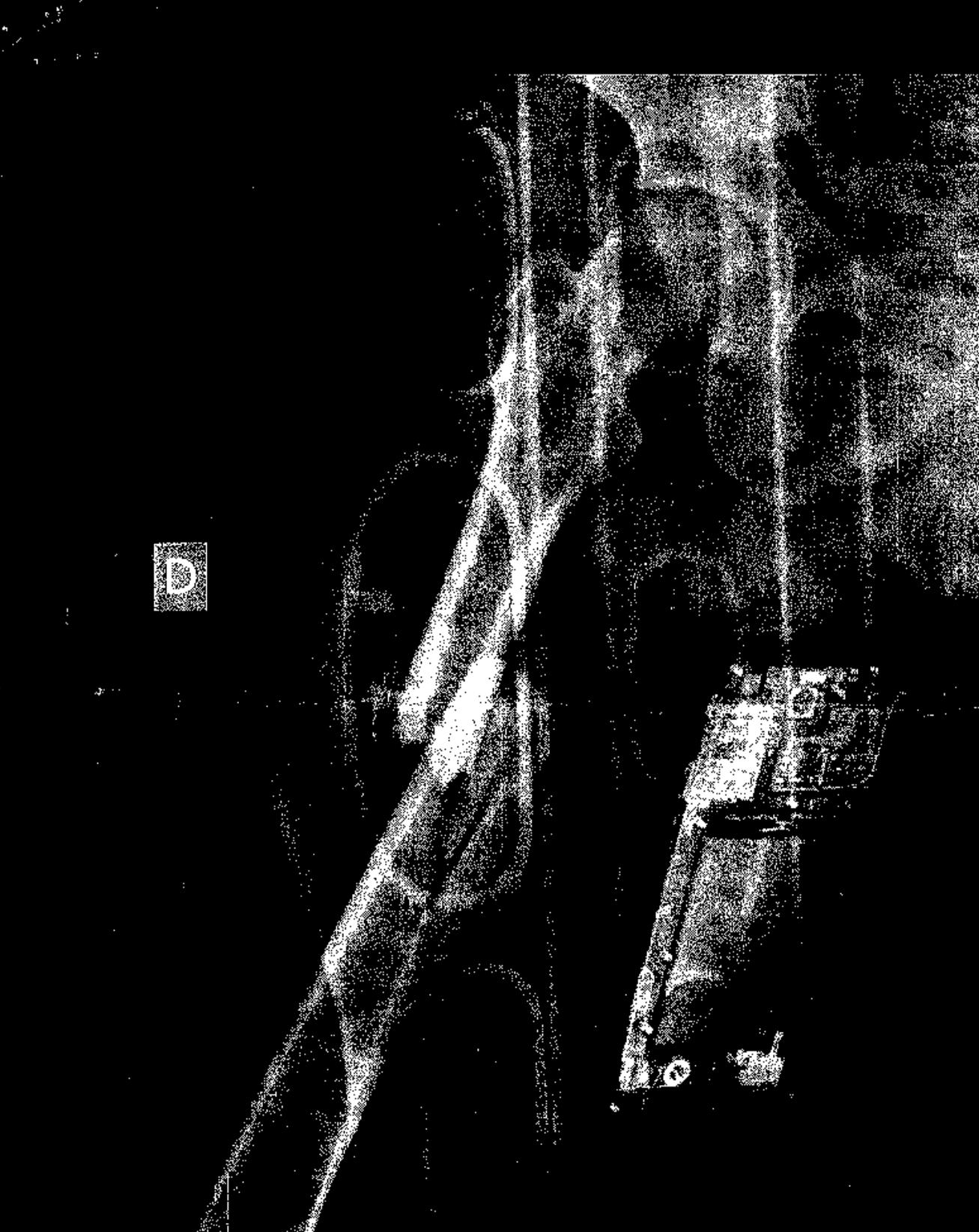
Data Exame: 06/01/2019 01:04:57

Técnico: RAQUEL
idade: 30 ano(s)
FEMUR AP
54,1 %



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 01/02/2021 16:24:36
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020116243634800000062211680>
Número do documento: 21020116243634800000062211680

Num. 64950369 - Pág. 26



D

Paciente: 964
paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA
OSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Data Exame: 06/01/2019 01:04:57

Técnico: RAQUEL
Idade: 30 ano(s)
FEMUR AP
54,1 %



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 01/02/2021 16:24:36
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020116243634800000062211680>
Número do documento: 21020116243634800000062211680

Num. 64950369 - Pág. 27

Hospital Memorial
Sao Francisco

Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3132-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 12/01/2019 10:37

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA Registro: 50781
Num. RG: 001964389 CPF: 090.879.35.-13 Nascimento: 06/01/1994 25 anos Sexo: Feminino Est. Civil: Solteiro(a)
Endereço: DA SOLIDARIEDADE N: 59 Bairro: MAE LUIZA
Cidade: NATAL UF: RN CEP: 59014000 Fone: 8488592729
Profissão: PINTOR (RETOQUES) Mês: MARIA FRANCISCA SILVA DA CUNHA

Dados do Internamento

Num. Internamento: Entrada: 12/01/2019 10:36 Previsão saida: 14/01/2019 11:00 Atendente: JAISIAK
Convênio: SUS MUNICIPAL Matrícula/CNS: 703407235026710
Médico: Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUN CRM: 6619 ENFERMARIA 301B

Dados do Responsável

Responsável: CPF: RG:

Parentesco: (e.g.,

Termo de Responsabilidade

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

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

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

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

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

Assinatura: Paciente Responsável

X

Observações:

PACIENTE COM 2 RX - MÉDICO CIENTE:

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979
Tf: (84) 313-4200 (ext. 111)
Cadastra este endereço
Em: 01/02/2019
Assinatura:

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 12/01/2019 10:37

Dados do Paciente

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA

Registro: 50781

Num. RG: 001964389 CPF: 096.879.354-13 Nascimento: 06/01/1994 26 a/106 Sexo: Feminino Est.Civil: Solteiro(a)

Endereço: DA SOLIDARIEDADE

N: 59

Bairro: MAE LUIZA

Cidade: NATAL

UF: RN

CEP: 59014000 Fone: 8488592729

Profissão: PINTOR (RETOQUES)

Mãe: MARIA FRANCISCA SILVA DA CUNHA

Dados do Internamento

Num. Internamento: 3

Entrada: 12/01/2019 10:36 Previsão saída: 14/01/2019 11:00 Atendente: JAISIAK

Convênio: SUS MUNICIPAL

Matrícula/CNS: 703407235026710

Médico: Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUN. CRM: 8819

ENFERMARIA 301B

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____

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

Doc. Apresentado: _____ Diagnóstico Definitivo: _____

Procedência: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatório sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratórios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurológico: _____

Ap. Urinário e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____

Dados do Paciente

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA Registro: 50781
Num. RG: 001964389 CPF: 086.878.354-13 Nascimento: 06/01/1984 25 anos Sexo: Feminino Est. Civil: Solteiro(a)
Endereço: DA SOLIDARIEDADE N.: 59 Bairro: MAE LUIZA
Cidade : NATAL UF: RN CEP: 59014000 Fone: 8488692729
Profissão: PINTOR (RETOQUES) Mae: MARIA FRANCISCA SILVA DA CUNHA

Dados do Internamento

Num. Internamento: 3 Entrada: 12/01/2019 10:30 Previsão saída: 14/01/2019 11:00 Atendente: JAISIAK
Convênio: SUS MUNICIPAL Medo/Un/CNS: 703407236026710
Médico: Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUN CRM 8619

ENFERMARIA 301B

Dados do Responsável

Responsável: Dr. Thiago José Gurgel Camara Araruna CPF: _____ RG: _____
Parentesco: _____

**TERMO DE CIÉNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO
PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS**

- 1 - Autorizo o(a) **Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA** a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: **98458 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA GIAFISE DO FEMUR**
2. - O(A) **Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA** expõe-me claramente a proposta do tratamento, procedimento e qual será submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
3. - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

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

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

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

Assumo a responsabilidade pelo pronunciamento o que será submetido.

Dr. 94162-666 Natal / RN

Certifico para registrar

Urg. []

Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA - C

Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3162-1228
tmemorial@veloxmail.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 12/01/2019 10:37

Dados do Paciente

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA Registro: 50781
Num. RG: 001964389 CPF: 096.879.354-13 Nascimento: 06/01/1994 - 26 anos Sexo: Feminino Est. Civil: Solteiro(a)
Endereço: DA SOLIDARIEDADE N.: 59 Bairro: MAE LUZA
Cidade: NATAL UF: RN CEP: 59014000 Fone: 8488592729
Profissão: PINTOR (RETOQUES) Mãe: MARIA FRANCISCA SILVA DA CUNHA

Dados do Internamento

Num. Internamento: 3 Entrada: 12/01/2019 10:38 Previsão saída: 14/01/2019 11:00 Atendente: JAISIAK
Convênio: SUS MUNICIPAL Matrícula/CNS: 701407235026710
Médico: Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARAUJO CRM: 6619

ENFERMARIA 301B

Dados do Responsável

Responsável: CPF: RG:
Parentesco:

TERMO DE RESPONSABILIDADE PATRIMONIAL

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

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

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

X

12/01/2019

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979

Enseada - Natal - RN

Devolução: Atestamos que o bem foi devolvido em _____

nas seguintes condições: Em perfeito estado

Apresentando defeito

Chave(s) em falta

Faltando Equipamentos/Acessórios

Assinatura do responsável

Código Solicitação: 271264504

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante

HOSPITAL MONSENHOR WILFREDO GURGEL

Unidade Executante:

HOSPITAL MEMORIAL

Logradouro, Endereço, N°, Complemento, Bairro
AV JUVENTAL LAMARTINE - 979 - TIROL

CNPJ:

2653923

CNPJ:

2406252

Município Executante

NATAL

Central Reguladora

NATAL

Data de Solicitação

12/01/2019 - 10:16:23

Data de Autorização

12/01/2019 - 10:26:22

Data de Reserv.

12/01/2019

Data de Internação

12/01/2019

Data Prevista de Alta

19/01/2019

Operador

09713738468RENIELI

Operador

03432553404ANA

Operador

ROSA/NAFREIRE

DADOS DO PACIENTE

CNS:

703407239026710

Nome do Paciente

JANIEIRSON SILVA DA CUNHA

Nome da Mãe

MARIA FRANCISCA SILVA DA CUNHA

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

06/01/1998 (23 anos)

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

426

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(21) 2105-0000 (Clique para Ligar)

Nome social/Apelido:

...

Residuidade:

NATAL - RN

Bairro:

AMARELA

Tipo Sanguíneo:

...

Ingresso:

JOAO XXIII

Salão:

MÁF LUIZA

Município de Residência:

NATAL - RN

Complemento:

...

CEP:

59014-000

UF:

RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

CPF do Médico Executante:

06754777435

Diagnóstico Inicial - CID:

5723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

Caráter:

II - Urgência

Clínica:

ESPEC - CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRÍATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

Nome do Médico Solicitante:

CLAUDIO JOSE PAOLY GUZZO

Status da Solicitação:

APROVADA

Nome do Médico Executante:

VASSO ALACON PEREIRA DE ARAUJO DANTAS

Classificação do Risco:

Prioridade 0 - Emergência, necessidade de atendimento imediato

Clínica Comprimida:

Nenhuma

Código:

0408050519

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTENÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

FRATURA FECHADA DO FÉMUR DIÁFISE

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

EXAME FÍSICO +R

Condições que Justificam a Internação:

RISCO DE MORTE

PARÊTER:

Notas de Impedimento do Regulador:

HOSPITAL MONSENHOR

WILFREDO GURGEL, 979

CEP: 59014-000 NATAL/RN

Cidade: Natal/RN

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data da Solicitação:

12/01/2019 - 10:16:23

Data da Extração dos Dados: 12/01/2019 11:24:00



HOSPITAL MEMORIAL		BLOCO CIRÚRGICO BOLETIM DE SALA									
Reg	NOME										
Cirurgia Realizada:		ATO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FÉMUR + RETIRADA DE TRAÇÃO + DESBRIDAMENTO + ENXERTO ÓSSEO									
DATA:	INICIO:	16h	HS:	MIN:	TÉRMINO:	19h	HS:	MIN:			
EQUIPE	NOME	CIC/MF.			CRM	CIRURGIA					
Cirurgião	DR THIAGO ARARUNA	6619				Pequena					
1 Auxiliar		Dr. THIAGO ARARUNA				Média					
2 Auxiliar		Médico: Anestesiologista				Grande					
Anestesiologista	Thiago CARVALHO	Assistente: Enfermeiro				Múltipla					
Instrumentador		Enfermeiro: Enfermeiro									
Atp:											
<p>1. Paciente em DDI sob raquitanestesia 2. Retirada de tração de perna Dir + desbridamento de ferimento desvitalizado em perna dir. 3. Assepsia + antisepsia 4. Incisão e face lateral na crvxa + Divisão romba por planos 5. Tratamento cirúrgico da fratura com sintese e colocação de 01 haste intramedular de fêmur bloqueada por enxerto ósseo. Sutura por BIASTRA cirúrgico</p>											
CÓD.	DESCRICAÇÃO	UNID	QUANT	COD.	DESCRICAÇÃO	UNID	QUANT	COD.	DESCRICAÇÃO	UNID	QUANT
MATERIAL MÉDICO											
028956	Águas Bacteriostática	AMP	080320	Vidry 4-0 (250ml)	ENV	061654	Malha Tubular 12mm	ROL			
060325	Águas Bacteriostática 10ml	AMP	080372	Vidry 5-0 (Incolor)	ENV	060868	Malha Tubular 15mm	ROL			
028968	Águas Bacteriostática 10ml	AMP	080225	Vidry 6-0	ENV	062283	Massana Descartável	UND			
000057	Chlorfenicol 1g	AMP	080313	Vidry 7-0	ENV	063926	Pctol 2 vials	UND			
000196	Desodron amig. 10ml	AMP				064794	Povidone Disperante 1 ml	ML			
000713	Glicose 25% 10ml	AMP				064787	Povidone Topico 0,9 ml	ML			
004283	Glicose 50% 10ml	AMP				065667	Sabão Líquido	ML			
004703	Hipopotas 50%	FRS				060733	Sapatinha Descartável	UND			
000049	Inseto Pomada 1%	1/4				060223	Seringa Desc. 0,5cc c/Agulha	UND			
015111	Ketof Nefito 1%	CDM				062449	Seringa Desc. 0,5cc c/Agulha	UND			
000667	Limpeza 2ml/ml	AMP				062475	Seringa Desc. 0,5cc c/Agulha	UND			
007493	Pratend 100mg. Inj.	AMP				063209	Seringa Desc. 10cc c/Agulha	UND			
008628	Solução Ringer Lactato	FRS				063216	Seringa Desc. 0,5cc c/Agulha	UND			
008469	Solução Ringer Síntetica	FRS									
028125	Soro Fisiológico 10ml	FRS	061650	Abdominal-T Plus N° 14	UND	063120	Sonda Uretra 10	UND			
008719	Soro Fisiológico 9% 500ml	FRS	061616	Abdominal-T Plus N° 16	UND	063144	Sonda Uretra 12	UND			
008740	Soro Glicosado 5% off 500	TB	061626	Abdominal-T Plus N° 16	UND	063161	Sonda Uretra 14	UND			
009995	Xylocaina 2% c/ly	AMP	061932	Abdominal-T Plus N° 20	UND	067169	Sonda Uretra 16	UND			
010026	Xylocaina Gelada 2%	REG	060982	Agulha Descartável 12 x 4,5	UND	063183	Sonda Uretra 18	UND			
			060992	Agulha Descartável 25 x 7	UND	060550	Sonda Uretra 20	UND			
			060416	Agulha Descartável 10 x 12	UND						
			060575	Abdômen	ML						
			060592	Atadura Crepe 10cm	ROL						
			060930	Atadura Crepe 12cm	ROL						
			060590	Atadura Crepe 15cm	ROL						
			060608	Atadura Crepe 20cm	ROL						
			060701	Atadura Gessada 10cm	ROL						
			060819	Atadura Gessada 12cm	ROL						
			060820	Atadura Ortópedica 10cm	ROL						
			065609	Atadura Ortópedica 15cm	ROL						
			061670	Atadura Ortópedica 15cm	ROL						
			060360	Atadura Ortópedica 20cm	ROL						
			060317	Algodoão 0 (s/Agulha)	ENV	065618	Banho Péraltural	UND			
			050585	Algodoão 2-0 (s/Agulha)	ENV	061545	Banho Pápuu	UND			
			050044	Algodoão 3-0 (s/Agulha)	ENV	060948	Butterly 18g	UND	061736	Algodinol	
			050162	Cromado 1.0	ENV	062935	Butterly 21g	UND	092407	Aspirador Vácuo	
			050130	Cromado 2.0	ENV	062135	Butterly 23g	UND	090324	Bomba de Infusão	
			050122	Cromado 4.0	ENV	061142	Butterly 25g	UND	080331	Catéter	
			050259	Kit Cirúrgia	ENV	061205	Camada Ossicular	UND	090363	Cromophore	
			050588	Mônonylon 0 PRETO	ENV	061244	Campanha Cetim	UND	093395	Colírio Adm	
			050814	Mônonylon 2.0 PRETO	ENV	061909	Eletrôdo Descartável	UND	092447	Endoscópico de Imagem	
			050621	Mônonylon 1,5 PRETO	ENV	065949	Envelope 500ml	UND	090493	Endoscópico	
			050539	Mônonylon 4,0 PRETO	ENV	062074	Esparadrapo 10 x 45	CM	090711	Oralgin Sob Pressão	
			050646	Mônonylon 5,0 PRETO	ENV	062031	Ela Sulfite 14	ML	090552	Oralinho	
			050853	Mônonylon 6,0 PRETO	ENV	062285	Ela Sulfite 14	ML	093988	Óculos	
			057882	Venavilon 8,0 PRETO	ENV	062230	Gato Flutuante	UND	092708	Respirador a Pressão	
			050542	Venavilon 10,0 PRETO	ENV	062304	Gato Descartável	UND	090578	Respirador a Volume	
			050202	Prolene 2-0	ENV	062103	Irtrafix Ar II 2,4%	UND	091836	Této de Mynex	
			050463	Proline 4-0	ENV	061079	Intrafix	UND			
			050449	Proline 5-0	ENV	062253	Intrafix Pápuu	UND	094128	Této de Fáixa Cíca	
			060431	Proline 8-0	ENV	062260	Lâmina Biológico N° 11	UND			
			060510	Sáda 2-0	ENV	060149	Lâmina Biológico N° 15	UND			
			060550	Sáda 3-0	ENV	062332	Lâmina Descartável N° 20	UND			
			060660	Sáda 6-0	ENV	062640	Lâmina Descartável N° 15	UND			
			050193	Simples 5-0 (s/Agulha)	ENV	062429	Lâmina Descartável N° 20	UND			
			050360	Vidry 4-0 (incolor)	ENV	062411	Malha tubular 10cm	ROL			
CIRURGIAO:				Dr THIAGO ARARUNA				CIRCULARIZAR			

21/01/2019

SISREG III - Servidor de Produção

Código Solicitação: 271264504

Número AIH: 241910003558-3

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:	HOSPITAL MONSENHOR WILFREDO GURGEL	CNES:	2653933
Unidade Executante:	HOSPITAL MEMORIAL	CNES:	2408253
Lugradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro	AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL	Município Executante	NATAL
Central Reguladora	NATAL	Operador	03713/384088ENIEL
Data de Solicitação	12/01/2019 - 10:16:23	Operador	03432553404MNA
Data de Autorização	12/01/2019 - 10:26:22	Operador	ROSANAFREIRE
Data de Reserva	12/01/2019	Operador	33391521449FRANCISCA
Data de Internação	12/01/2019		
Data Prevista de Alta	19/01/2019		
Data de Alta	21/01/2019 - 12:09:05		
Motivo da Alta	12 ALTA MELHORADO		

DADOS DO PACIENTE

CNS:	702407735020710	Nome Social/Apelido:	
Nome do Paciente:	JANERSON SILVA DA CUNHA	Naturalidade:	NATAL - RN
Nome da Mãe:	MARIA FRANCISCA SILVA DA CUNHA	Rece:	AMARELA
Sexo:	MASCULINO	Tipo Sanguíneo:	
Data de Nascimento:	06/01/1993 (25 anos)	Logradouro:	Complemento:
Tipo Logradouro:	RUA	JOAO XXIII	
Número:	126	Bairro:	MÃE LUIZA
País de Residência:	BRASIL	Município de Residência:	NATAL
Telefone(s):	(21) 2395-3600 (Excluir lista de alto)	CEP:	59014-000

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:	CLAUDIO JOSE PULEY GUZZO	Status da Solicitação:	APROVADA
CPF do Médico Executante:	06751777438		
Diagnóstico Inicial - CID:	S72.3 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR		
Caráter:	11 - Urgência		
Clínica:	ESPEC - CIRÚRGICO - ORTOFEDIA/TRAUMATOLOGIA	Classificação de Risco:	
Procedimento Solicitado:	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR	Prioridade C - Emergência, necessidade de atendimento imediato	
		Clínica Complementar:	
		Nenhuma	
		Código:	0408050519

TRANSFERÊNCIA ENTRE CLÍNICAS

Clínica:
 PSPEC - CLÍNICO - CLÍNICA GERAL
 PSPEC - CIRÚRGICO - ORTOFEDIA/TRAUMATOLOGIA

Dt. Transferência:
 18/01/2019
 21/01/2019

HOSPITAL MEMORIAL
 AV. JUVENAL LAMARTINE - 979
 TIROL - N
 Operador
 33391521449FRANCISCA
 Tiro: 33391521449FRANCISCA

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

FRATURA FECHADA DO FEMUR DIÁFISE.

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

EXAME FÍSICO + RX

Condições que Justificam a Internação:

RISCO DE MORTE

PARECER

Motivo de Impedimento da Regulação:

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

CRMF:

Data de Solicitação:

<http://sisreg3.sudec.gov.br/on-bi/invest/>

1/2



RELATÓRIO ANESTESIA

I.S.D.A.

Paciente com Fratura do Femur Direito

PRÉ-ANESTÉSICO:

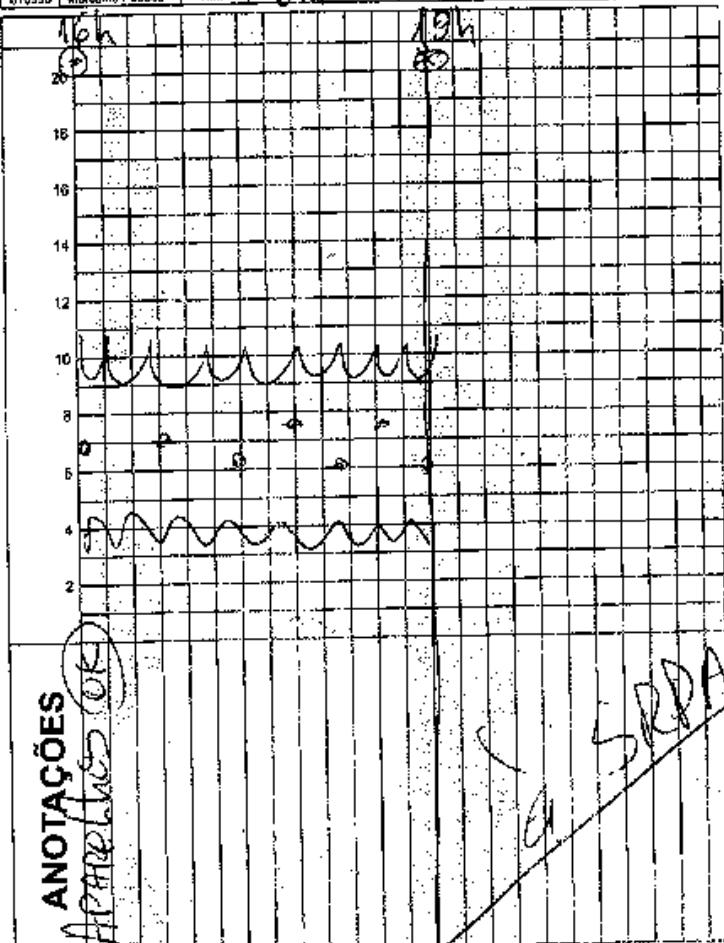
DROGAS:

TÉCNICA ANESTÉSICA:

Narco Simples + Sedação EU

DROGAS USADAS NA ANESTESIA

CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID	QUANT.
000153	Adrenalin	AMP		006518	Neosan	AMP					
028358	Água Bicarbonato	AMP		007627	Plastil 10mg	AMP					
000342	Atropina 25	AMP		007556	Pratigmine	AMP					
002850	Clorato de Potássio	AMP		015322	Ketalar	AMP					
031460	Clorato de Sódio	AMP		003745	Glucagon 100mg	AMP					
016920	Dimorf	AMP		006040	Quetamina 500mg	AMP					
002115	Dypivan	AMP		003543	Rapitrem	AMP					
002853	Dolantina	AMP		000974	Ser. Seringa	ML					
000360	Dormonal 15mg	AMP		006428	Ser. Seringa Simples	FNS					
017075	Dormonal 5mg	AMP		026125	Ser. Fisiológico	FNS					
030071	Elorin	AMP		006740	Ser. Glicosado	FNS					
033511	Eptazol 2nd	AMP		006829	Ser. Hinger Lactato	FNS					
000780	Expare	ML		006062	Thiopental	FNS					
017938	Halcialan	ML		003013	Tráctum	AMP					
004669	Hipnoterapêutico	AMP		009727	Vatort	AMP					
024487	Izozal	AMP		001475	Xilocaina 1%	AMP					
010588	Lagoret	AMP		006945	Xilocaina 2% s/a	AMP					
025987	Mecagnina 0,6 C/A	AMP		010023	Xilocaina 2% s/a	AMP					
005894	Mecagnina 0,6 C/A	AMP		010033	Xilocaina Pesada	AMP					
010588	Mecagnina Pesada	AMP									



Intercorrências

Φ

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
Oxímetro	5 m
Cardioscópio	5 m
Capnógrafo	
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
Oxigênio Líquido	500 ml
Protóxido Líquido	500 ml

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

INÍCIO ANESTESIA:	INÍCIO AURIC:	DATA:	16/01/2019
FINAL AURIC:	FINAL ANEST:	ANESTESIOLOGISTA:	CRM:



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

Registro Internamento: 50781 -3

Leito Nº ENFERMARIA 301B

Médico CRM - 6619 - THIAGO JOSE GURGEL CAMAR

LAUDO MÉDICO PARA SITUAÇÕES ESPECIAIS

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- Mudança de Procedimento
- Diária de U.T.I.
- Diária de Acompanhante
- Vacina Anti RH
- Parecer CCIH

- Uso de Prótese, Ortese
- Uso de Fatores de Coagulação
- Uso de Oxigenadores
- Nutrição Parenteral

HOSPITAL
10.867.687/0001-10 Hospital Memorial de Natal

PACIENTE
50781 -3 - JANIERISON SILVA DA CUNHA

PROCEDIMENTO ANTERIOR	PROCEDIMENTO SOLICITADO	MÉDICO SOLICITANTE	CRM	CPF
		THIAGO JOSE GURGEL CAMAR	6619	049.768.334-29

JUSTIFICATIVA

1 HASTE ANTERÓGRADA DE FÉMUR
2 PARAFUSOS DE BLOQUEIOS
1 TAMPÃO

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juarez Leme 379
Tijolão - RN - 59.110-000
CNPJ: 04.320.000/0001-17

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE	Dr. Thiago José G. C. Araújo Ortopedia / Traumatologia CRM-RN/6619 / COT 14815	CRM	DATA
		6619	16/01/2019 18:50:09

AUTORIZAÇÃO

AUDITOR	CRM	DATA



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

Registro-Internamento: 50781 -3

Leito Nº: ENFERMARIA 301B

Médico CRM - 6619 - THIAGO JOSE GURGEL CAMAR

LAUDO MÉDICO PARA SITUAÇÕES ESPECIAIS

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

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

HOSPITAL
10.867.687/0001-10 Hospital Memorial de Natal

PACIENTE
50781 -3 - JANIERISON SILVA DA CUNHA

PROCEDIMENTO ANTERIOR	PROCEDIMENTO SOLICITADO	MÉDICO SOLICITANTE	CRM	CPF
		THIAGO JOSE GURGEL CAMAR	6619	049.768.334-29

JUSTIFICATIVA

PACIENTE COM FRATURA DE FÉMUR DIREITO COMINUIDA COM TRACÃO EM Perna DIR + FERIMENTO ESVITALIADO, NECESSITANDO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA COM ENXERTO + DESBIDAMENTO DE FERIMENTO + RETIRADA DE TRACÃO

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Thiago Jose Gurgel Araruna
CRM-RN 6619 / EOT 14813

CRM	DATA
6619	16/01/2019 18:48:09

AUTORIZAÇÃO

AUDITOR	CRM	DATA



PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: 50781 IH: 3 Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA
Nascimento: 06/01/1994 26 anos Internação: 12/01/2019 10:36:02 Leito: ENFERMARIA 301B

ANTES DO ÁTO CIRÚRGICO

16/01/2019 14:55:40 Técnico(a): COREN - 940754 - MOISES GUTEMBERG DA SILVA

Observações

CLIENTE ADMITIDO(A) NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FEMU EM MID, ACOMPANHADO DO MAQUEIRO, CONSCIENTE, ORIENTADO(A), RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, FOI PUNCIONADO(A) EM SALA VIABILIZANDO SF0,8% E SEGUO OS CUIDADOS DA EQUIPE.

Doença pré-existente:

Há reserva sanguínea: NÃO Prótese: NÃO Jóias: NÃO Membro e lado da cirurgia: MID

Exame Laboratorial: SIM Risco Cirúrgico: SIM Raio X: PRÉ: SIM-QTD: 1

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): NÃO

Assinatura Responsável

Outros Exames:

SRPA 16/01/2019 14:55:40 Técnico(a): COREN - 940754 - MOISES GUTEMBERG DA SILVA

Nível consciência: CONSCIENTE Oxigenoterapia: AMBIENTE

Acesso venoso: SIM Círculo: NÃO Acidotico: NÃO Pálido: NÃO Sudorese: NÃO Tremores: NÃO

Hipotensão: NÃO Raio X de Controle:

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE DE POI, CONSCIENTE, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, NA HVP, VIABILIZANDO SF0,8%, COM CURATIVO IMPÓ E OCLUSIVO, DIURESE ESPONTÂNEA, COM RX DE CONTROLE, ANEXO AO PRONTUÁRIO EXAMES, SEGUO ACOMPANHADO ATÉ O LEITO DO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM.

VERIFICADO SSV: PA=120X80 MMHG, FC=72 BPM, T= 36,5°C, SPO2=96 %

Assinatura Responsável

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvêncio Lamartine, 870
Tel: (84) 3133-4200 / RN





Hospital Memorial de Natal

Av. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Phone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1278 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Data: 21/01/2019 14:20

Dados do Paciente

Registro: 50781 IH: 3 Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA
Nascimento: 06/01/1994 25 anos Internação: 12/01/2019 10:36:02 Leito: ENFERMARIA 301B

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: RAQUIANESTESIA Anestesiologista: DR. TIAGO CARVALHO

Tipo: HASTE BLOQUEADA DE FEMUR DIREITO Cirurgião: DR. THIAGO ARARUNA

Instrumentador: FELIPE Circulante: NAYARA

Tipo curativo: OCLUSIVO

Tem material para biópsia/cultura: NAO

Inf sanguínea: NAO Monitoração correta: SIM Placa de bisturi: SIM

Antibiótico profilático?: CEFAZOLINA 2G

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

PACTE CONSCIENTE E ORIENTADO EM O² AMBIENTE PARA SUBMETER A PROCEDIMENTO DE FRATURA DE FEMUR DIAFISARIA DIREITO, O MESMO NEGA DOENÇAS E ALERGIA MEDICAMENTOSA, APRESENTA COM SUTURA NO LABIO SUPERIOR E EDÉMACIADO, NA HVP EM MSD VIAB SF 0.9%, MID NA FERULA ESQUELETICA. PROCEDIMENTO REALIZADO COM EXITO FOI ENCAMINHADO AO SRPA ORIENTADO EM O² AMBIENTE SEM QUEIXAS DE DOR NO MOMENTO, FERIDA OPERATORIA LIMPA E DCLUIDA, SEM MAS ALTERACOES SEGUO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTAO.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Potencial de Contaminação: Limpa

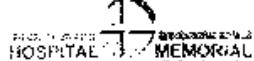
Nayara Soares

NAYARA SOARES DE OLIVEIRA
Técnico(a) COREN - 706919

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvêncio Lamartine, 979
Tfno: (84) 3133-4200 / 3102-1278
Centro de Saúde



Prescrição Médica / Evolução Clínica



Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA Idade: 25 anos
Convênio: SUS MUNICIPAL Rég. 50781 Prontuário:
Unidade: UNIDADE III
Leito: ENFERMARIA 3018
Admissão: 12/01/19 10:36 0 dia(s) de internação
Diag: S723 - Fratura da diáfise do fêmur

12/01/2019 16:10	Horários de Aplicação	8476
1: B. BTA LIVRE DRENANTE, Uma vez ao dia	DD (SND)	
2: TRAMADOL 50mg Comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas A critério médico. ATÉ 6/6 HORAS, SE DOR REFRATÁRIA A DIPIRONA	DD (SND)	
3: DIMEGRONATO 86 COM (DRAMIND) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas A critério médico. SE NÁUSEAS OU VÔMITOS	DD (SND)	
4: RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.	DD 120	
5: DIPIRONA 500mg/ML 40gotas FLT Uso: 1 flaconete, via oral, A critério médico A critério médico. ATÉ 6/6 HORAS, SE DOR OU FEBRE	DD (SND)	
6: OMEPRAZOL 20mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Pela manhã.	DD 06:00	
7: SINAIS VITais, PESSOAL E COGG), 05 em 06 horas	DD 00:00 09:00, 06:00,	
8: CABEÇA ELEVADA 45°, Contínuo DURANTE A ADMINISTRAÇÃO DA DIETA	DD INTENÇÃO	

DR. WENDEL FERREIRA COSTA
CRM - 6476

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Presidente Getúlio Vargas, 910
Bairro: Centro - CEP: 63030-000
Fone: (65) 3222-3000 / 3222-3001



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **JANIERISON SILVA DA CUNHA** Idade: **25 anos**
 Convênio: **SUS MUNICIPAL** Reg.: **50781** Prontuário:
 Unidade: **UNIDADE III**
 Leito: **ENFERMARIA 301B**
 Admissão: **12/01/19 10:38** **1 dia(s) de internação**
 Diag.: **S723 - Fratura da diáfise do fêmur**

13/01/2019 19:00	Solic. (Estoque): 119.6608	Horários de Aplicação	6619
1) DIETA LIVRE LAXANTE, Uma vez ao dia		DI (SND)	
2) TRAMADOL 50mg Comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas A critério médico. SE DOR REFRATÁRIA A DIPIRONA		DI (SK)	
3) DIMEKETORINATO 36 COM (DRAMIN) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas A critério médico. SE NÁUSEAS OU VÔMITOS		DI (SN)	
4) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.		DI (10)	
5) DIPIRONA 500mg/ml 40gotas FLS Uso: 1 flaconete, via oral, A critério médico A critério médico. ATE 6/6 HORAS, SE DOR OU FEBRE		DI (SN)	
6) OMEPRAZOL 20mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Pela manhã.		DI :06:00	
7) SINAIS VITais (SSVV + CCGG), 06 em 06 horas		DI 00:00 -06:00, 12:00	
8) CABECEIRA ELEVADA 45°, Contínuo DURANTE A ADMINISTRAÇÃO DA DIETA		DI (INTENÇÃO)	



Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA
CRM - 6619

HOSPITAL MEMORIAL
 Rua Antônio Lacerda, 979
 Centro, São Francisco - RN
 Fone: (84) 3222-1111
 Fax: (84) 3222-1111



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: JANIERSON SILVA DA CUNHA Idade: 25 anos
 Convênio: SUS MUNICIPAL Reg.: 50781 Prontuário:
 Unidade: UNIDADE II
 Leito: ENFERMARIA 301B
 Admissão: 12/01/19 10:36 2 dia(s) de internação
 Diag.: S723 - Fratura da diáfise do fêmur

	Solic. (Estoque): 119.7122	Horários de Aplicação	5619
14/01/2019 19:00			
1) DIETA LIVRE LAXANTE, Uma vez ao dia		D2 (SND)	
2) TRAMADOL 50mg Comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas A critério médico. SE DOR REFRATÁRIA A DIPIRONA		D2 (SN)	
3) DIMENTORINATO 86 COM (DRAMIN) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas A critério médico. SE NÁUSEAS OU VÓMITOS		D2 (SN)	
4) RIVAROKABANA 16mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.		D2 10:00	
5) DIPETRONA 500mg/mL 40gotas FLT Uso: 1 flaconete, via oral, A critério médico A critério médico. ATE 5/6 HORAS, SE DOR OU FEBRE		D2 00:00	
6) OMEPRAZOL 20mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Pela manhã.		D2 00:00	
7) SINAIS VITAIS : SSSV + COGG 1, 06 em 06 horas		D2 00:00 06:00	
8) CABEÇEIRA ELEVADA 45°, Contínuo. DURANTE A ADMINISTRAÇÃO DA DIETA		D2 (ANTENÇÃO)	

Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA
CRM - 6619

Página: 1 / 1

Pixon - 14/01/2019 14:40 (U507/ASSIST.6.0) / (DWO:89)





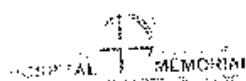
Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA Idade: 26 anos
Convênio: SUS MUNICIPAL Reg.: 50781 Prontuário:
Unidade: UNIDADE III
Leito: ENFERMARIA 3013
Admissão: 12/01/19 10:36 3 dia(s) de internação
Diag.: S723 - Fratura da diáfise do fêmur

15/01/2019 19:00	Solic. (Estoque): 119.7676	Horários de Aplicação	6619
1) DIETA LIVRE LAXANTE, Uma vez ao dia		D3 (SNO)	
2) TRAMADOL 50mg Comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas A critério médico.		D3 (SN)	
3) SE DOR REFRATÁRIA A DIPIRONA			
4) DIMENEDRINATO 96 COM (DRAMIN) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas A critério médico. SE NÁUSEAS OU VÓMITOS		D3 (SNO)	
5) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.		D2 (10:00)	<i>liverpool 16/01</i>
6) DIPIRONA 500mg/mL 40gotas - FLT Uso: 1 flaconete, via oral, A critério médico A critério médico. ATÉ 6/6 HORAS, SE DOR OU FEBRE		D3 (SN)	
7) OMEFRAZOL 20mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Pela manhã.		D3 (08:00)	
8) SINAS VITais (SSVV + CCGG). 06 em 06 horas		D3 00:00, 06:00, 12:00, 18:00	
9) CABECEIRA ELEVADA 45°, Contínuo DURANTE A ADMINISTRAÇÃO DA DIETA		D3 (ANTENÇÃO)	

Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA
CRM - 8619





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: JANIERSON SILVA DA CUNHA Idade: 25 anos
Convênio: SUS MUNICIPAL Reg.: 50781
Unidade: UNIDADE III
Leito: ENFERMARIA 301B
Admissão: 12/01/19 10:36 4 dia(s) de internação
Diag.: S723 - Fratura da diáfise do fêmur

	Horários de Aplicação	6619
16/01/2019 18:47	(SNC)	
17/01/2019	22:00	
18/01/2019	06:00	
19/01/2019	12:00	
20/01/2019	06:00	
21/01/2019	12:00	
22/01/2019	06:00	
23/01/2019	12:00	
24/01/2019	06:00	
25/01/2019	12:00	
26/01/2019	06:00	
27/01/2019	12:00	
28/01/2019	06:00	
29/01/2019	12:00	
30/01/2019	06:00	
31/01/2019	12:00	
01/02/2019	06:00	
02/02/2019	12:00	
03/02/2019	06:00	
04/02/2019	12:00	
05/02/2019	06:00	
06/02/2019	12:00	
07/02/2019	06:00	
08/02/2019	12:00	
09/02/2019	06:00	
10/02/2019	12:00	
11/02/2019	06:00	
12/02/2019	12:00	
13/02/2019	06:00	
14/02/2019	12:00	
15/02/2019	06:00	
16/02/2019	12:00	
17/02/2019	06:00	
18/02/2019	12:00	
19/02/2019	06:00	
20/02/2019	12:00	
21/02/2019	06:00	
22/02/2019	12:00	
23/02/2019	06:00	
24/02/2019	12:00	
25/02/2019	06:00	
26/02/2019	12:00	
27/02/2019	06:00	
28/02/2019	12:00	
29/02/2019	06:00	
30/02/2019	12:00	
01/03/2019	06:00	
02/03/2019	12:00	
03/03/2019	06:00	
04/03/2019	12:00	
05/03/2019	06:00	
06/03/2019	12:00	
07/03/2019	06:00	
08/03/2019	12:00	
09/03/2019	06:00	
10/03/2019	12:00	
11/03/2019	06:00	
12/03/2019	12:00	
13/03/2019	06:00	
14/03/2019	12:00	
15/03/2019	06:00	
16/03/2019	12:00	
17/03/2019	06:00	
18/03/2019	12:00	
19/03/2019	06:00	
20/03/2019	12:00	
21/03/2019	06:00	
22/03/2019	12:00	
23/03/2019	06:00	
24/03/2019	12:00	
25/03/2019	06:00	
26/03/2019	12:00	
27/03/2019	06:00	
28/03/2019	12:00	
29/03/2019	06:00	
30/03/2019	12:00	
31/03/2019	06:00	
01/04/2019	12:00	
02/04/2019	06:00	
03/04/2019	12:00	
04/04/2019	06:00	
05/04/2019	12:00	
06/04/2019	06:00	
07/04/2019	12:00	
08/04/2019	06:00	
09/04/2019	12:00	
10/04/2019	06:00	
11/04/2019	12:00	
12/04/2019	06:00	
13/04/2019	12:00	
14/04/2019	06:00	
15/04/2019	12:00	
16/04/2019	06:00	
17/04/2019	12:00	
18/04/2019	06:00	
19/04/2019	12:00	
20/04/2019	06:00	
21/04/2019	12:00	
22/04/2019	06:00	
23/04/2019	12:00	
24/04/2019	06:00	
25/04/2019	12:00	
26/04/2019	06:00	
27/04/2019	12:00	
28/04/2019	06:00	
29/04/2019	12:00	
30/04/2019	06:00	
31/04/2019	12:00	
01/05/2019	06:00	
02/05/2019	12:00	
03/05/2019	06:00	
04/05/2019	12:00	
05/05/2019	06:00	
06/05/2019	12:00	
07/05/2019	06:00	
08/05/2019	12:00	
09/05/2019	06:00	
10/05/2019	12:00	
11/05/2019	06:00	
12/05/2019	12:00	
13/05/2019	06:00	
14/05/2019	12:00	
15/05/2019	06:00	
16/05/2019	12:00	
17/05/2019	06:00	
18/05/2019	12:00	
19/05/2019	06:00	
20/05/2019	12:00	
21/05/2019	06:00	
22/05/2019	12:00	
23/05/2019	06:00	
24/05/2019	12:00	
25/05/2019	06:00	
26/05/2019	12:00	
27/05/2019	06:00	
28/05/2019	12:00	
29/05/2019	06:00	
30/05/2019	12:00	
31/05/2019	06:00	
01/06/2019	12:00	
02/06/2019	06:00	
03/06/2019	12:00	
04/06/2019	06:00	
05/06/2019	12:00	
06/06/2019	06:00	
07/06/2019	12:00	
08/06/2019	06:00	
09/06/2019	12:00	
10/06/2019	06:00	
11/06/2019	12:00	
12/06/2019	06:00	
13/06/2019	12:00	
14/06/2019	06:00	
15/06/2019	12:00	
16/06/2019	06:00	
17/06/2019	12:00	
18/06/2019	06:00	
19/06/2019	12:00	
20/06/2019	06:00	
21/06/2019	12:00	
22/06/2019	06:00	
23/06/2019	12:00	
24/06/2019	06:00	
25/06/2019	12:00	
26/06/2019	06:00	
27/06/2019	12:00	
28/06/2019	06:00	
29/06/2019	12:00	
30/06/2019	06:00	
31/06/2019	12:00	
01/07/2019	06:00	
02/07/2019	12:00	
03/07/2019	06:00	
04/07/2019	12:00	
05/07/2019	06:00	
06/07/2019	12:00	
07/07/2019	06:00	
08/07/2019	12:00	
09/07/2019	06:00	
10/07/2019	12:00	
11/07/2019	06:00	
12/07/2019	12:00	
13/07/2019	06:00	
14/07/2019	12:00	
15/07/2019	06:00	
16/07/2019	12:00	
17/07/2019	06:00	
18/07/2019	12:00	
19/07/2019	06:00	
20/07/2019	12:00	
21/07/2019	06:00	
22/07/2019	12:00	
23/07/2019	06:00	
24/07/2019	12:00	
25/07/2019	06:00	
26/07/2019	12:00	
27/07/2019	06:00	
28/07/2019	12:00	
29/07/2019	06:00	
30/07/2019	12:00	
31/07/2019	06:00	
01/08/2019	12:00	
02/08/2019	06:00	
03/08/2019	12:00	
04/08/2019	06:00	
05/08/2019	12:00	
06/08/2019	06:00	
07/08/2019	12:00	
08/08/2019	06:00	
09/08/2019	12:00	
10/08/2019	06:00	
11/08/2019	12:00	
12/08/2019	06:00	
13/08/2019	12:00	
14/08/2019	06:00	
15/08/2019	12:00	
16/08/2019	06:00	
17/08/2019	12:00	
18/08/2019	06:00	
19/08/2019	12:00	
20/08/2019	06:00	
21/08/2019	12:00	
22/08/2019	06:00	
23/08/2019	12:00	
24/08/2019	06:00	
25/08/2019	12:00	
26/08/2019	06:00	
27/08/2019	12:00	
28/08/2019	06:00	
29/08/2019	12:00	
30/08/2019	06:00	
31/08/2019	12:00	
01/09/2019	06:00	
02/09/2019	12:00	
03/09/2019	06:00	
04/09/2019	12:00	
05/09/2019	06:00	
06/09/2019	12:00	
07/09/2019	06:00	
08/09/2019	12:00	
09/09/2019	06:00	
10/09/2019	12:00	
11/09/2019	06:00	
12/09/2019	12:00	
13/09/2019	06:00	
14/09/2019	12:00	
15/09/2019	06:00	
16/09/2019	12:00	
17/09/2019	06:00	
18/09/2019	12:00	
19/09/2019	06:00	
20/09/2019	12:00	
21/09/2019	06:00	
22/09/2019	12:00	
23/09/2019	06:00	
24/09/2019	12:00	
25/09/2019	06:00	
26/09/2019	12:00	
27/09/2019	06:00	
28/09/2019	12:00	
29/09/2019	06:00	
30/09/2019	12:00	
31/09/2019	06:00	
01/10/2019	12:00	
02/10/2019	06:00	
03/10/2019	12:00	
04/10/2019	06:00	
05/10/2019	12:00	
06/10/2019	06:00	
07/10/2019	12:00	
08/10/2019	06:00	
09/10/2019	12:00	
10/10/2019	06:00	
11/10/2019	12:00	
12/10/2019	06:00	
13/10/2019	12:00	
14/10/2019	06:00	
15/10/2019	12:00	
16/10/2019	06:00	
17/10/2019	12:00	
18/10/2019	06:00	
19/10/2019	12:00	
20/10/2019	06:00	
21/10/2019	12:00	
22/10/2019	06:00	
23/10/2019	12:00	
24/10/2019	06:00	
25/10/2019	12:00	
26/10/2019	06:00	
27/10/2019	12:00	
28/10/2019	06:00	
29/10/2019	12:00	
30/10/2019	06:00	
31/10/2019	12:00	
01/11/2019	06:00	
02/11/2019	12:00	
03/11/2019	06:00	
04/11/2019	12:00	
05/11/2019	06:00	
06/11/2019	12:00	
07/11/2019	06:00	
08/11/2019	12:00	
09/11/2019	06:00	
10/11/2019	12:00	
11/11/2019	06:00	
12/11/2019	12:00	
13/11/2019	06:00	
14/11/2019	12:00	
15/11/2019	06:00	
16/11/2019	12:00	
17/11/2019	06:00	
18/11/2019	12:00	
19/11/2019	06:00	
20/11/2019	12:00	
21/11/2019	06:00	
22/11/2019	12:00	
23/11/2019	06:00	
24/11/2019	12:00	
25/11/2019	06:00	
26/11/2019	12:00	
27/11/2019	06:00	
28/11/2019	12:00	
29/11/2019	06:00</td	

Prescrição Médica / Evolução Clínica

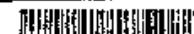
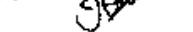
Paciente: **JANIÉRISON SILVA DA CUNHA** Idade: **25 anos**
 Convênio: **SUS MUNICIPAL** Rég.: **50781**
 Unidade: **UNIDADE II**
 Leito: **ENFERMARIA 301B**
 Admissão: **12/01/19 10:36** Período: **5 dia(s) de Internação**
 Diag.: **8723 - Fratura da diáfise do fêmur**

	Solic. (Estoque): 119.6784	Horários de Aplicação	3619
17/01/2019 19:00		D1 (SND)	
1. SÉTA LIVRE		D1 22:00	
2. SORO GLICOSADO 5% 500ML		D1 00:00	
Uso: 1 unidade, via endovenosa, 24 em 24 horas.			
3. SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML		D1 00:00	
Uso: 1 frasco, via endovenosa, 12 em 12 horas.			
4. CIPROTRONA 500mg/ml ampola		D1 00:00	
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.			
DILUIR EM 8 ML DE AGD		18:00	
5. CEFAROLINA SÓDICA 1g frasco ampola		D1 00:00	
Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.			
SEGU. 10ML			
6. TRAMADOL 100mg (50mg/ml) ampola		D1 22:00	
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.			
DILUIR EM 100ML DE AGD 0,9%			
7. SORO ALBÁTROZ 100ML ampola 2ML		D1 (SND)	
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.			
S/N			
8. CAPTOPRIL 25mg comprimido		D1 06:00	
Uso: 1 comprimido, via oral, 06 em 08 horas.			
SE FRS > 160 OU PAD > 100 MMHG			
9. CINNATRIZINA 40mg frasco ampola		D1 06:00	
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas.			
SE JUN.			
10. RIVAROXABANA 15MG comprimido		D1 06:00	
Uso: 1 comprimido, via oral, Dose Única.			
SE APÓS CIRURGIA.			
11. COMPRESA DE GELO		D1	
Uso: 1, copo, 06 em 06 horas.			
NA ZONA DIREITA, OPERADA			
12. SONÍAL VESICAL DE ALIVIO (SVA),	06 em 06 horas	D1 (SND)	
S/N			
13. MIRALGICO, 12 em 24 horas		D1 06:00	
DIÁ BRONQUITE			
14. SINALS VÍTAIS (JSVV + CCGG),	06 em 06 horas	D1 (ATENÇÃO)	



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA Idade: 25 anos
Convênio: SUS MUNICIPAL Reg.: 40781 Prontuário:
Unidade: UNIDADE III
Leito: ENFERMARIA 301B
Admissão: 12/01/19 10:36 5 dia(s) de internação
Diag.: S723 - Fratura da diáfise do fêmur

17/01/2019 19:00	Solic. (Estoque): 119.8784	Horários de Aplicação	6619
16. CONCENTRADO DE HEMÁCEAS	2, No momento	00	
2 BOLSAS - IV - AGOSA		JAS	0124190112119 HORÓSCOPO
		10 34:20	
<hr/> Dr. THIAGO JOSÉ GURGEL CAMARA ARARUNA CRM - 6619		0124190112139 HORÓSCOPO	

Dienstag, 17/01/2018, 17:25 (8/381/ASSIST.6.0) / (DWO:69)

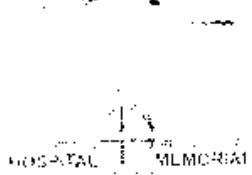
Página: 1 / 2



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA Idade: 25 anos
Convênio: SUS MUNICIPAL Reg.: 50781 Protnário:
Unidade: UNIDADE III
Leito: ENFERMARIA 301B
Admissão: 12/01/19 10:36 6 dia(s) de Internação
Diagn.: S723 - Fratura da diáfise do fêmur



**Prescrição Médica / Evolução Clínica**

Paciente: **JANIERISON SILVA DA CUNHA** Idade: **25 anos**
Convênio: **SUS MUNICIPAL** Reg.: **50781** Prontuário:
Unidade: **UNIDADE III**
Leito: **ENFERMARIA 301B**
Admissão: **12/01/19 10:36** 6 dia(s) de Internação
Diag.: **S723 - Fratura da diáfise do fêmur**

18/01/2019 10:49

Horários de Aplicação
(ATENÇÃO)**6619**

PRÁTICAS VITais / SSVV + CCGG), 06 em 06 horas

Dr. THIAGO JOSÉ GURGEL CAMARA ARARUMA
CRM - 6619

HOSPITAL MUNICIPAL
Av. Presidente Dutra, 379
Cidade Industrial
Centro
E-mail: _____



**Prescrição Médica / Evolução Clínica**

Paciente: **JANIERISON SILVA DA CUNHA** Idade: **26 anos**
Convênio: **SUS MUNICIPAL** Reg.: **50781** Prontuário:
Unidade: **UNIDADE III**
Leito: **ENFERMARIA 301B**
Admissão: **12/01/19 10:36** 6 dia(s) de Internação
Diag.: **S723 - Fratura da diáfise do fêmur**

10/01/2019 19:00	Solic. (Estoque): 119.9326	Horários de Aplicação	38/12
1. SISTEMA LÍQUIDO		D2 15:00	<i>Amifex</i>
SORO GLICOSADO 5% 500mL		D2 22:00	
Uso: 1 unidade, via endovenosa, 24 em 24 horas.			
DEXAMETASONA 4mg/mL 2,5mL ampola		D0 14:00	
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas.			
Diluente 100mL de SF 0,9% ou SG/SE			
2. TRAMADOL 120mg (30mg/mL) ampola		D0 20:00, 02:00, 04:00	<i>Amifex</i>
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.			
Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%			
3. SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL		D2 09:00, 17:00	<i>Amifex</i>
Uso: 1 frasco, via endovenosa, 12 em 12 horas.			
4. DIFERONDA 500mg/mL ampola		D2 08:00, 16:00	<i>Amifex</i>
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.			
DILUITR 50mL DE RBD			<i>Amifex</i>
5. CEFAZOLINA 3000CA 1g frasco ampola		D2 06:00, 09:00	<i>Amifex</i>
Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.			
ARC. 10mL			
6. METOCLOPRAMIDA 0,1mg/mL ampola 2mL		D2 (8N)	
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.			
7. APTOPRIL 0,5mg comprimido		D2 (8N)	
Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.			
SE PAS > 160 OU PAS > 100 MMHG			<i>Amifex</i>
8. OMEPRAZOL 40mg frasco ampola		D2 06:00	
Uso: 1 ampola			
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas.			
9. RINAROXABANA 15MG comprimido		D2 06:00	<i>Amifex</i>
Uso: 1 comprimido			
Uso: 1 comprimido, via oral, Dose Única.			
10. APÓS CIRURGIA.			
11. COMPRESSA DE GELO		01	
Uso: 1 / tópico, 06 em 06 horas.			
NA ZONA CIRÚRGICA, OPERADA			
12. MOCICA VESICAL DE ACTIVIO (SVA), 06 em 06 horas		D0 (8N)	
13. CURATIVO, 24 em 24 horas		D2 08:00	<i>Amifex</i>
14. DIA SEGUINTE			



**Prescrição Médica / Evolução Clínica**

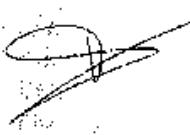
Paciente: JANIERSON SILVA DA CUNHA Idade: 25 anos
Convênio: SUS MUNICIPAL Reg.: 50781 Prontuário:
Unidade: UNIDADE III
Leito: ENFERMARIA 301B
Admissão: 12/01/19 10:36 6 dia(s) de Internação
Diag.: S723 - Fratura da diáfise do fêmur

18/01/2019 19:00

Solic. (Estoque): 119.8326

Horários de Aplicação

15) SINAIS VITais (SSVV + CCGG) 06 em 06 horas 02 (ACENÇOES) 6618


Dr. THIAGO JOSÉ GURGEL CAMARA ARARUNA
CRM - 6619

HOSPITAL MEMORIAL
Av. das Américas, 0791
Tel: 11 3030 0000 / 0001
Centro de Saúde
Est. 1



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA Idade: 25 anos
 Convênio: SUS-MUNICIPAL Reg.: 50781 Prontuário:
 Unidade: UNIDADE III
 Leito: ENFERMARIA 301B
 Admissão: 12/01/19 10:36 7 dia(s) de Internação
 Diag.: S723 - Fratura da diáfise do fêmur

19/01/2019 19:00

		Horários de Aplicação	
1	BITTER LOUVE	03 (SND)	
2	SORO GLICOSADO 5% 500mL	03 22:00	
	Uso: 1 unidade, via endovenosa, 24 em 24 horas.		
3	DEXAMETASONA 4mg/mL 2,5mL ampola	01 14:00	
	Uso: 1/2 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas.		
	500mL de SF 0,9 ou SG 1.		
4	TRAMADOL 100mg 50mg/mL ampola	01 20:00 / 14:00	
	Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.		
	500mL de Soro fisiológico 0,9.		
5	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500mL	03 00:00 / 12:00	
	Uso: 1 frasco, via endovenosa, 12 em 12 horas.		
6	DIPIRONA 500mg/mL ampola	03 00:00 / 06:00 / 12:00	
	Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.		
	500mL de SF 0,9 ou SG 1.		
7	CEFALOTINA 1g frasco ampola	03 00:00 / 06:00 / 12:00	
	Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.		
	ABD 100mL		
8	METOCLOPRAMIDA 3mg/mL ampola 2mL	03 (SND)	
	Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.		
	ABD		
9	NAFTROPRIL 20mg comprimido	02 (SND)	
	Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.		
	SF 1000 / 160 OU SAD / 100 MMHG		
10	OMPTIBAT 0,4mg frasco ampola	03 10:00	
	Uso: 1/4 ampola		
	Uso: 1 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas.		
	PELEMA		
11	ROXAPENICILINA 1500 comprimido	03 10:00	
	Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única.		
	DEPOIS CIRURGIA		
12	COMPRESA DE GELC	02	
	Uso: 1, tópico, 06 em 06 horas.		
	SA FRENTE DIREITA, OPERADA		
13	SUNNA VESICAL DE ALIVIO (SVA)	06 em 06 horas	
	ABD		
14	OBSTETICO, 24 em 24 horas	03 10:00	
	DATA SEGUINTE		

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Laranjal Laranjeiras, 370
Tel. 3212-2200 Nelsinho
Conselho de Medicina
CEP: 35000-000

Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **JANIERISON SILVA DA CUNHA** Idade: **25 anos**
Convênio: **SUS MUNICIPAL** Reg.: **50781** Frontuário:
Unidade: **UNIDADE III**
Leito: **ENFERMARIA 301B**
Admissão: **12/01/19 10:36** 7 dia(s) de internação
Diag.: **S723 - Fratura da diáfise do fêmur**

19/01/2019 19:00

Horários de Aplicação

66

7.000,00 mg (880 - 0000) , 06 en. de 800 mg

L3 (ATENÇÃO)



Dr. THIAGO JOSÉ GURGEL CAMARA ARARUNA
CRM - 6619

7.000,00 mg (880 - 0000) , 06 en. de 800 mg
L3 (ATENÇÃO)



REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA

Nascimento: 06/01/1994 25 anos Data Internação: 12/01/2019 10:36:02

Registro: 50781 IH: 3

Turno: Diurno

Antecedentes: NEGA COMORBIDADES

Hipótese Diagnóstica: PRÉ DE FÉMUR + TRAÇÃO

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorada

Alergias Medicamentosas: DESCONHECE

Sinais Vitais

Temperatura: 36,8 °C Saturação O2: 98% Respiração: 20 RPM

Pressão Arterial: 110x80

Frequência Cardíaca: 31

Acesso Venoso

Dieta

Dissecção

VO

ACEITANDO

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Oxigênioterapia

EM O2 Ambiente

CONFORTAVEL

Eliminações Fisiológicas

Diurese: SVD

Obs.:

Intestinais: PRESENTE

Aspectos:

Drelos:

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:
SEM PRESCRIÇÃO

Intercorrência:

ÀS 13:00 RECEBO PACIENTE PROVENIENTE DO WALFREDO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EM O2 AMBIENTE, EM PRÉ DE FÉMUR DIREITO + TRAÇÃO, NEGA HAS+DM+ALERGIAS, ANEXO AO FRONTRARIO RIO X DE PRÉ E DOCUMENTO, SEGUO NO LEITO AOS CUIDADOSO DA EQUIPE, AGUARDANDO VISITA MÉDICA.

HOSPITAL MEMORIAL

Av. Juvenal Lamartine, 979

CEP: 59030-000 Natal / RN

Centro de Saúde

CEP: 59011-000

COREN: 1266381 - JAINA DANIELE PAIVA DE BESSA

12/01/2019 13:00:18

Página 1 / 1



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 01/02/2021 16:24:36

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020116243634800000062211680>

Número do documento: 21020116243634800000062211680

Num. 64950369 - Pág. 55

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA
Nascimento: 06/01/1994 25 anos Data Internação: 12/01/2019 10:36:02 Registro: 50781 IH: 3
Lito: ENFERMARIA 301B

Turmo: Noturno Antecedentes: NEGA COMORBIDADES

Hipótese Diagnóstica: PRE-DE FEMUR + TRACÃO

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Nonmecorado

Isolamento de contato: Não

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Alergias Medicamentosas: DESCONHECE

Sinais Vitais

Temperatura: 36°C Saturação O2: 95% Respiração: 20 RPM

Oxigênioterapia

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial: 110x80

Frequência Cardíaca: 61

CONFORTAVEL

Acesso Venoso

Dieta

Eliminações Fisiológicas

VO

Diurese: ESPONTÂNEA

ACEITANDO

Obs:

HGT

Intestinais: AUSENTE

Aspectos:

Correção:

Correção:

Drenos

Correção:

Correção:

Data:

Correção:

Correção:

Local:

Curativo:

Aspecto:

Obs:

Medicações:

ADMINISTRADO MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRITO

Dr. FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
CRM: 518481 - ANA LÍDIA BARACHO
TURMA: 2019/2020
Cadeira: 041/042
LBR: 1/1

COREN: 518481 - ANA LÍDIA BARACHO
12/01/2019 22:49:56

Página 1/1



REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA
Nascimento: 06/01/1994 25 anos Data Internação: 12/01/2019 10:36:02 Registro: 50781 IH: 3
Leito: ENFERMARIA 301B

Turno: Manhã Antecedentes: NEGA COMORBIDADES

Hipótese Diagnóstica: PRÉ OPERATÓRIO DE FRATURA DO FÉMUR (D)

Estado Geral: Bom Coloração da Pele: Normocorado
Alergias Medicamentosas: DESCONHECE

Sinais Vitais

Temperatura: 36,1°C Saturação O2: 98% Respiração: 19 RPM

Pressão Arterial: 129x80 Frequência Cardíaca: 87

Acesso Venoso
Central

Dista

V0

ACEITA BEM

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Oxigênioterapia

Em O2 Ambiente

Eliminações Fisiológicas

Durese: ESPONTÂNEA

Obs:

Intestinal: AUSENTE

Aspectos:

Drenos

Data:

Tipos:

Local:

Aspecto:

Obs:

Curativo:

LIMPO E OCLUIDO.

Medicações:

AUM. CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

Intercorrências:

- REALIZADO HIGIENE PESSOAL POR MEIO DE BNHO NO LEITO + TROCA DE RONIPÉ DE CAMA + FRALDA + MASSAGEM CONFORTO.
SEGUE SEM QUEIXAS AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juventin Lamartine, 979
Tfno: (84) 3133-4200 (Natal / RN)
Cadastra nova cidadã
Em: 11



COREN: 1080671 - ITAMAR SCARES DA SILVA
13/01/2019 09:23:30

Página 1 / 1



REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA

Registro: 60781 IH: 3

Nascimento: 06/01/1994 25 anos Data Internação: 12/01/2019 10:36:02 Leito: ENFERMARIA 301B

Turno: Tarde Antecedentes: NEGA COMORBIDADES

Hipótese Diagnóstica: TTT CIRÚRGICO PRÉ DE FRATURA DE FEMUR COM TRACÔDES Isolamento de contato:

Estado Geral: Bom Coloração da Pele: Normocoredo Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Alergias Medicamentosas: DESCONHECE

Sinais Vitais

Temperatura: 37 °C Saturação O2: 98% Respiração: 19 RPM

Oxigêniooterapia

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial: 110x80

Frequência Cardíaca: 60

CONFORTAVEL

Acesso Venoso

Dieta

Eliminações Fisiológicas

VO

Diurese: ESPONTÂNEA

ACEITA

Obs.:

HGT

Intestinais: AUSENTE

Correção:

Aspectos:

Correção:

Drenos:

Correção:

Data:

Correção:

Tipo:

Correção:

Local:

Correção:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

Intercorrência:

PACIENTE SEGUE AOS CUIDADOS EM REPOSO NO LEITO.

HOSPITAL MEMORIAL
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979
TIROF - NATAL/RN
CEP 59010-000
Rn, 111

Repose absoluta 7/7/2019

COREN: 437772 - REJANE DA SILVA GOMES
13/01/2019 15:16:44

Página 1 / 1



REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA

Registro: 50781

IR: 3

Nascimento: 06/01/1994 25 anos Data Internação: 12/01/2019 10:36:02

Leito: ENFERMARIA 301B

Turno: Tarde Antecedentes: NEGA COMORBIDADES

Isolamento de contato:

Hipótese Diagnóstica: PRÉ DE FRATURA DE FEMUR

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Estado Geral: Bom

Coloção da Pele: Normocorado

Alergias Medicamentosas: DESCONHECE

Oxigêniooterapia

Sinais Vitais

Temperatura: 36,8 °C Saturação O2: 99% Respiração: 20 BPM

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial: 120x70

Frequência Cardíaca: 88

Eliminações Fisiológicas

Acesso Venoso

Dieta

Diurese: ESPONTÂNEA

Periférico

VO

Obs.:

PHV:

HGT:

Intestinais: AUSENTE

Correção:

Correção:

Aspectos:

Correção:

Correção:

Drenos

Correção:

Correção:

Data:

Curativo:

Tipo:

Medicações:

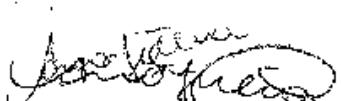
Local:

Aspecto:

Obs.:

Intercorrência:

PACIENTE JOVEM, 25 ANOS, EM PRÉ OPERATORIO DE FRATURA DE FEMUR + TRAÇÃO ESQUELETICA, VERIFICADO/SSVV SEM ANORMALIDADES, SEGUO NO LEITOS SEM QUEIXAS AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.



COREN: 1320233 - ANA JULIA DE JESUS AVELINO

14/01/2019 15:51:03

Página 1 / 1



REGISTRO DOS TÉCNICOS
Dados do Paciente

Paciente: **JANIERISON SILVA DA CUNHA**

Registro: **50781**

IH: 3

Nascimento: **06/01/1994** 25 anos Data Internação: **12/01/2018 10:36:02**

Leito: **ENFERMARIA 301B**

Turno: **Noturno** Antecedentes: **NEGA COMORBIDADES**

Isolamento de contato:

Hipótese Diagnóstica: **PRE DE FRATURA FEMUR+TRAÇÃO TRANSESQUELETICA**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorada**

Alergias Medicamentosas: **DESCONHECE**

Oxigênioterapia

Em O2 Ambiente

Sinais Vitais

Temperatura: **36,7 °C** Saturação O2: **99%** Respiração: **19 RPM**

Pressão Arterial: **120x80**

Frequência Cardíaca: **69**

Acesso Vénoso
Central

Díta
VQ

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.:

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

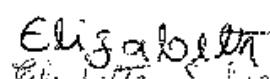
Medicações:

ADM. MEDICAÇÃO DE HORARIO PRESCRITA.

Intercorrência:

PACIENTE SEGUE BEM NO LEITO, SEM FAMC E AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

12/01/2018 10:36:02
 AV. JUVENAL LAMARTINE, 979
 TIRUL - NACIONAL/RN
 08431334200
 08431021228


COREN: 435465 - MARIA ELIZABETH DA SILVA

14/01/2019 20:43:46



REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA | Registro: 50784 | II: 3
Nascimento: 06/01/1994 | 25 anos | Data Internação: 12/01/2019 10:26:02 | Leito: ENFERMARIA 301B

Turno: Diurno | Antecedentes: NEGA COMORBIDADES

Hipótese Diagnóstica: PTE DE FRATURA FEMUR+TRACAO TRANSSESQUELETICA.

Estado Geral: Bem | Coletação da Pele: Normocorada

Alergias Medicamentosas: DESCONHECE

Sinais Vitais:

Temperatura: 36,2 °C | Saturação O2: % | Respiração: 20 RPM

Pressão Arterial: 120x80 | Frequência Cardíaca: 69

Acesso Venoso Central: V0

HGT

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Curativo:

Medicações:

REALIZADO MEDICAÇÕES DE HORARIO

Intercorrência:

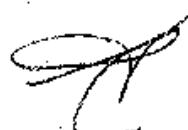
PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, EM O² AMBIENTE, DIETA VO, DIURESE PRESENTE, VERIFICADO SSVV, REALIZADO BANHO NO LEITO, HIGIENE ORAL, TROCA DE LENCOS DE CAMA+VESTE+MASSAGEM DE CONFORTO, SEQUE EM REPOUSO NO LEITO AOS CIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM, CO.CIRURGIA MARCADA PARA A MANHA.

A. A. L. - Enfermeira, DTB

Tit: Enfermeira / EN

Conselho: 00000000000000000000000000000000

En: / /



COREN: 166056 - ALEXANDRE CESARIO RIBEIRO FERREIRA
15/01/2019 11:03:76

Página 1/1



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 01/02/2021 16:24:36

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020116243634800000062211680>

Número do documento: 21020116243634800000062211680

Num. 64950369 - Pág. 61

Hospital Memorial de Natal

Av. JUVENTIN LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL - RN
Fone: (84)3183-4200 / Fax: (84)3102-1226
hmemorial@yahoocom.br

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA Registro: 50781 IH: 3
Nascimento: 06/01/1984 25 anos Data Internação: 12/01/2019 10:36:02 Leito: ENFERMARIA 301B

Turno: Noturno Antecedentes: NEGA COMORBIDADES

Hipótese Diagnóstica: PREF DE FEMUR DIREITO

Estado Geral: Bom Coloração da Pele: Normocorado

Alergias Medicamentosas: DESCONHECE

Sinais Vitais

Temperatura: 36,6 °C Saturação O2: 98 Respiração: 20 RPM

Pressão Arterial: 120x80 Frequência Cardíaca: 68

Acesso Venoso

Central

Dieta

VO

Isolamento de contágio:

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Oxigêniooterapia

Em O2 Ambiente

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.:

Intestinais: AUSENTE

Aspectos:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

NAO TEM CURATIVO.

Medicações:

ADMINISTRADO MEDICAÇÕES PRESCRITA.

Intercorrência:

PACIENTE NO PREF OPERATORIO POR FRACTURA DE FEMUR DIREITO, COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA AMANHA A PARTIR DAS 24:00H
DIETA ZERO. MANTEM TRAÇÃO ESQUELETICA E QUE NOS CUIDADOS.

Katia Vasconcelos

COREN: 240476 - KATIA MARIA VASCONCELOS TORRES DO NASCIM
16/01/2019 21:09:19

Página 1 / 1

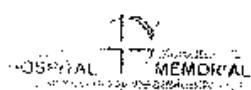


Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 01/02/2021 16:24:36

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020116243634800000062211680>

Número do documento: 21020116243634800000062211680

Num. 64950369 - Pág. 62



Hospital Memorial de Natal

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

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM - UNIDADE ENFE

Dados do Paciente

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA

Registro: 50781 Nº Internação: 3

Nascimento: 06/01/1994 25 anos Data Internação: 12/01/2019 10:36:02 Leito: ENFERMARIA 301B

OBSERVAÇÕES GERAIS

14:26 - PACIENTE ENCAMINHADO AO CC, COM 1 PELICULA RX + EXAMES LABORATORIAL

Ana Kariny

16/01/2019
COREN - 478670
ANA KARINY COSTA PINHEIRO

*Atendida com anamnese
Anamnese: URGENTE
Tensão: 130/80 mmHg
Cardíaca: 80 bpm
SRR: 12 l/min*



REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA

Registro: 50781 IH: 3

Nascimento: 06/01/1994 25 anos Data Internação: 12/01/2019 10:36:08

Leito: ENFERMARIA 301B

Turno: Noturno Antecedentes: NEGA COMORBIDADES

Isolamento de contato: Não

Histórico Clínico: PODE DE FRATURA DE FÉMUR DIREITO

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Non-nocendo

Oxigenoterapia

A origem Medicamentosa: Desconhecido

Em O2 Ambiente

Sinais Vitais

Temperatura: 36,0 °C Saturação O2: 99% Respiração: 20 RPM

Eliminações Fisiológicas:

Pressão Arterial: 123x80 Frequência Cardíaca: 89

Diurese: ESPONTÂNEA

Acesso Venoso

Central

Dieta

VQ

Obs.: Aguardando

HGT

Intestinais: AUSENTE

Aspectos: No momento

Correção:

Correção:

Drenos:

Correção:

Correção:

Datas:

Correção:

Correção:

Tipos:

Correção:

Correção:

Local:

Correção:

Correção:

Aspecto:

Correção:

Obs.:

Contínuo:

FO Celuloso

Medicações:
De horário cpm.

Intercorrência:

EVOL ENF ADM CCIRU:

PAUTE JOVEM, EM POLE DE FRATURA DE FÉMUR DIREITO, APRESENTA SUTURA NO LÁBIO SUPERIOR E EDEMIACIADO, MANTEM NA HVP EM MSD POR GRAVIDADE VIAB SE 0,9% + REALIZAÇÃO DE MEDICAÇÕES CPM, COMUNICADO SETOR DA NUTRIÇÃO, JA POSSUI RX DE CONTROLE, SEGUINTE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

*At. ... 06/01/2019 10:36:08
Tel. ... 84-3139-4200/4201/4202
Cadastra para ...*

Em: ...

Oliveira

GERENTE DE TECNICO

COREN: 159311 - OI AVO FALCONER DE ALMEIDA
16/01/2019 20:22:24

Página 1/1



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVFNA, 1 AMARTINE, 879 - TIROL - NATAU/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
e-mail: enviome@yandexmail.com.br

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA

Registro: 5078

Nascimento: 06/01/1994 25 anos Data Internação: 12/01/2019 10:36:02

Leito: ENFERMARIA 301E

Turno: Diumo Antecedentes: NEGA COMORBIDADES

Isolamento de contato:

Hipótese Diagnóstica: POI DE FRATURA DE FÉMUR DIREITONível de Consciência: Consciente/OrientadoEstado Geral: Bom Coloração da Pele: Normodigrado

Oxigênio terapia

Alergias Medicamentosas: DesconheceEm O2 AmbienteSintomas Vitais: Temperatura: 36,6°C Saturação O2: 99% Respiração: 20 RPM

Eliminações Fisiológicas

Pressão Arterial: 120x80 Freqüência Cardíaca: 88Diurese: ESPONTÂNEAAcesso Venoso Central: VOObs.: Aguardando

ICU:

Intestinais: AUSENTE

Correção:

Aspectos: No momento

Correção:

Drenos

Correção:

Data:

Curativo:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Medicações:

ADMINISTRADO MEDICAÇÕES DE HORÁRIO CPM

Intervenções:

PACIENTE JOVEM, EM POI DE FRATURA DE FÉMUR DIREITO, APRESENTA SUTURA NO LÁBIO SUPERIOR E EDÉMICO, MANTÉM NA HYP. EM MSD POR GRAVIDADE VIABILIZANDO SE 0,9%, REALIZADO BANHO NO LEITO+ HIGIENIZAÇÃO DO LEITO+ TROCA DE LENCOS DE CAMA, AFERIDO SSSV SEM ANORMALIDADES, SEGUE SEM QUEIXAS, AOS CUIDADOS D EQUIPE DE ENFERMAGEM, AGUARDANDO TRANSFUSÃO DE SANGUE.

Cravado 12/01/2019
EM: _____

COREN: 036252 - ALANA SAYONARA ALVES DA SILVA

17/01/2019 11:41:22

Página 1/1



REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA

Nascimento: 06/01/1994 25 anos Data Internação: 12/01/2018 10:36:02

Registro: 50781

IR: 3

Turno: Noite

Antecedentes: NEGA COMORBIDADES

Leito: **ENFERMARIA 301B**

Hipótese Diagnóstica: POS DE FRATURA DE FÉMUR DIREITO

Isolamento de contato:

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorada

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Alergias Medicamentosas: Desconhece

Doenças Virais

Oxigêniooterapia

Temperatura: 36,2°C

Saturação O2: 99%

Respiração: 20 RPM

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial: 110x70

Frequência Cardíaca: 62

Eliminações Fisiológicas

Acesso Venoso

Diurese: ESPONTÂNEA

Periférico

Obs.:

MSD: 16/01

Intestinais: AUSENTE

HGT

Aspectos: No momento

Correção

Drenos

Correção

Data:

Correção

Tipos:

Correção

Local:

Correção

Aspecto:

Curativo

Obs.:

Medicações:

ADM: MEDICAÇÕES DE HONORÁRIO CRM

Interconsulta:

PACIENTE REFERIDOR SOU MEDICADO CONFORME PRESCRITO.

Larissa Regina

COREN: 619233 - LARISSA REGINA RODRIGUES FERREIRA DA SILVA
11/01/2019 23:44:38

Página 1/1



REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA

Registro: 5G7B1

Nascimento: 06/01/1994 25 anos Data Internação: 12/01/2019 10:36:02

Leito: ENFERMARIA 301B

Jurso: Manhã

Antecedentes: NEGACOMORBIDADES

Isolamento de contato:

Hipótese Diagnóstica: PÓS DE FRATURA DE FÉMUR DIREITO

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Estado Geral: Bom

Coroação da Pele: Normocorado

Oxigêniooterapia

Alergias Medicamentosas: Desconhece

Em O2 Ambiente

Sinais Vitais

Temperatura: 36,2 °C Saturação O2: 98% Respiração: 20 RPM

Pressão Arterial:

110x70

Frequência Cardíaca: 62

Eliminações Fisiológicas

Acesso Venoso

Dieta

Diurese: ESPONTÂNEA

Periférico

V.O

Obs:

MSD

Intestino: AUSENTE

HGT

Aspectos: No momento

Correção:

Correção:

Drenos

Correção:

Correção:

Data:

Correção:

Correção:

Tipo:

Curativo:

Lugar:

Aspecto:

Obs:

REALIZADO PELA EQUIPE DE CURATIVO.

Medicações:

ADM. MEDICACAO DE HORARIO CPNI

- 11:20HRS INSTALADO 1° CONCENTRADO DE HEMACIAS DE N° 01241901131119 H.V. EPI MSD (CPNI) AFERIDO SSVV: PA:120X60 T: 36,7

Intercorrência:

PCT JOVEM, CONCIENTE, ORIENTADO, EM O2 AMBIENTE, DIETA V.O. DIURESE PRESENTE, COM AVP EM MSD POR GRAVIDADE, AFEI, SSVV SEM ANORMALIDADES, REALIZADO BANHO NO LEITO POR ACOMPANHANTE, SEGUO AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Iohanna Araujo

COREN: 13574486 - JOHANNA ARAUJO DA SILVEIRA

16/01/2019 12:07:52

Pág: 1



REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA

Registro: 60781

HH: 3

Nascimento: 06/01/1994 25 anos Data Internação: 12/01/2019 10:36:02 Leito: ENFERMARIA 301B

Turno: Noite

Antecedentes: NEGA COMORBIDADES

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Hipótese Diagnóstica: PÓS-FRACTURA DO FÉMUR DIREITO

Estado Geral: Bom Coloração da Pele: Normocorada

Alergias Medicamentosas: Desconhecida

Oxigênioterapia

Com O2 Ambiente

Sinais Vitais:

Temperatura: 36,8°C Saturação O2: 98% Respiração: 20 RPM

Pressão Arterial: 119x70 Frequência Cardíaca: 78

Eliminações Fisiológicas

Defecação: ESPONTÂNEA

Obs.: Presente

Intestinal: AUSENTE

Aspectos: No momento

Acesso Venoso:

Periférico: Y9

MSD: BOA ACEITAÇÃO

Drenes

Data:

Tipo:

Local:

Aspectos:

Obs.:

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Curativo:

Medicações:

FOI MEDICADO DE ACORDO COM A PRESCRIÇÃO MÉDICA.

Intercorrência:

SEM INTERCORRENCIAS.

COREN: 431727 - EDMILSON BASILIO DO NASCIMENTO

18/01/2019 21:01:27

Página: 1



REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA

Registro: 50761

IR: 3

Nascimento: 06/01/1994 25 anos Data Internação: 12/01/2019 10:36:02

Leito: ENFERMARIA 301B

Turno: Diurno Antecedentes: NEGA COMORBIDADES

Isolamento de contato:

Hipótese Diagnóstica: PÓS DE FRATURA DO FÉMUR DIREITO

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Estado Geral: Bom Coloração da Pele: Normal/corado

Alergias Medicamentosas: Desconhece

Oxigênioterapia

Sinais Vitais

Em O2 Ambiente

Temperatura: 36,8 °C Saturação O2: 98% Respiração: 20 RPM

Eliminações Fisiológicas

Pressão Arterial: 110x70 Frequência Cardíaca: 78

Diurese: ESPONTÂNEA

Acesso Venoso

Obs.: Presente

Periférico: V.O

Intestinais: AUSENTE

MSE

Aspectos: No momento

HOT

Drenos

Correção:

Data:

Uterográfo:

Tipos:

Correção:

Local:

Correção:

Aspectos:

Obs.:

Curativo:

REALIZADO PELA EQUIPE

Medicações:

ADM CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA

Intercorrência:

PCT JOVEM, CONCIENTE, ORIENTADO, EM O2 AMBIENTE, DIETA V.O, DIURESE PRESENTE, COM AVP EM MSE POR GRAVIDADE, AFRIDO, SSVV SEM ANORMALIDADES, REALIZADO BANHO NO LEITO POR ACOMPANHANTE, PACIENTE FOI PULSIONADO JELCO DUAS VEZ A PRIMEIRA COM 20 NAO DEU CERTO, EM MSE COM 22 O Q FICOU TRACADO EQUIPO E POLIFIX-E, SEGUÍ AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

COREN: 1096252 - ALANA SAYONARA ALVES DA SILVA

13/01/2019 10:51:38

Página 1/1



REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Registro: 50781

IR:

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA

Leito: ENFERMARIA 301B

Nascimento: 06/01/1994 25 anos Data Internação: 12/01/2019 10:36:02

Turno: Noturno Antecedentes: NEGA COMORBIDADES

Isolamento de contato:

Hipótese Diagnóstica: PÓS DE FRATURA DO FÉMUR DIREITO.

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Estado Geral: Bom Coloração da Pele: Normocorada

Oxigêniooterapia

Alergias Medicamentosas: Desconhece

Em O2 Ambiente

Sinais Vitais

Temperatura: 36,2 °C Saturação O2: 98% Respiração: 20 RPM

Eliminações Fisiológicas

Pressão Arterial: 120x80

Diurese: ESPONTÂNEA

Acesso Vênoso

Obs.: Presente

Periférico

Intestinais: AUSENTE

MSD

Aspectos: No momento.

HGF

Drenos

Correção:

Data:

Correção:

Tipo:

Correção:

Local:

Correção:

Aspecto:

Correção:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

FOI MEDICADO DE ACORDO COM PRESCRIÇÃO MÉDICA.

Intercorrência:
SEM INTERCORRENCIAS.

COREN: 43/665 - MARIA ELIZABETH DA SILVA

18/01/2019 21:13:24

Pág:



EVOLUÇÃO DIÁRIA DE CURATIVO

Dados do Paciente

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA

Registro: 50781 N° internação: 3

Nascimento: 06/01/1994 26 anos Data Internação: 12/01/2019 10:36:02 Leito: ENFERMARIA 301B

Limpeza: SF 09% + GAZES + MICROPORE + LUVA EST + LU

Tipo de Ferida: FERIDA OPERATÓRIA.

Localização: FRATURA DE FÉMUR DIREITO.

Condições da Pele: LIMPA E SECA SEM PRESENÇA DE SECREÇÃO.

EXSUDATO DA FERIDA

Seroso Purulento

Sanguinolento

Serossanguinolento

Piosanguinolento

Sem Exudato

PERÍFIA - PERILESIONAL

Integra Escorvada

Sinais Flogísticos

Descamada

Alérgica/Dematite

Macerada

Quando da: Selecionar uma opção Ordem: Selecionar uma opção

BORDAS

Distintas

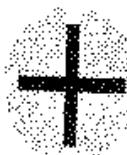
Regulares

Irregulares

OBSERVAÇÕES GERAIS

17/01/2019 14:59:01
Técnico(a) COREN - RN
OLAVO FALCOMERIO ALMEIDA





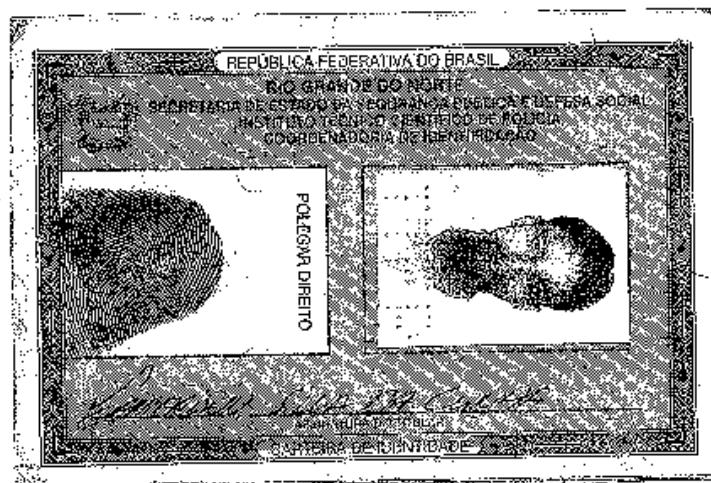
Hospital Memorial São Francisco

ASSUNO MÉDICO

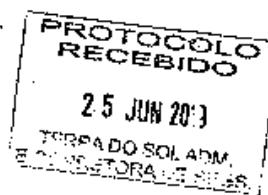
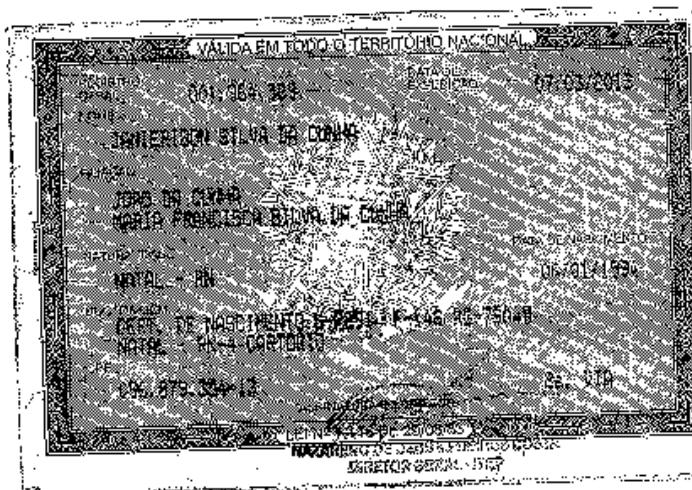
Paciente Janiverson sobre de
acordo foi submetido a tratamento
cirúrgico de grave fratura de
perna direita no dia 8/09/2018.
No Rx de corte de rete fratura
com rótulos de consolidação.
Sugro apartamento de uso
alugado trabalhador por
no momento, 180 (cento e oitenta)
dias, sobrelo avaliacão da mae
máe.

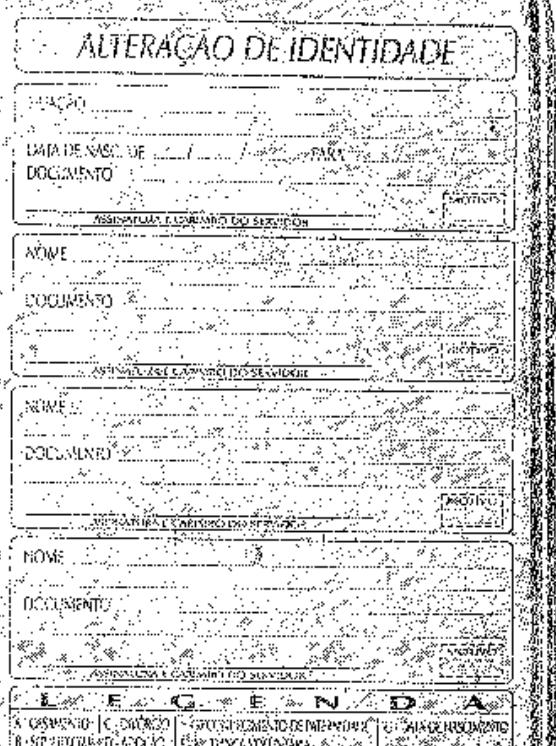
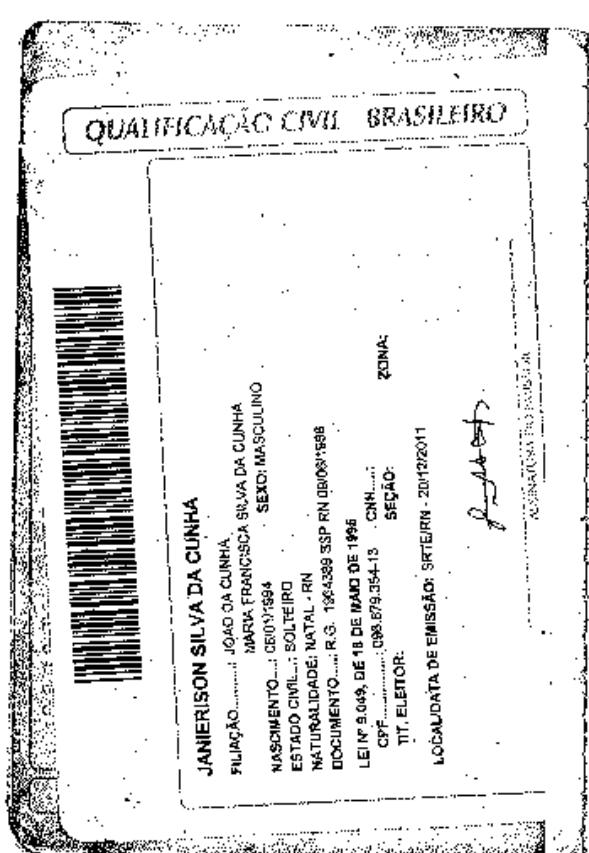
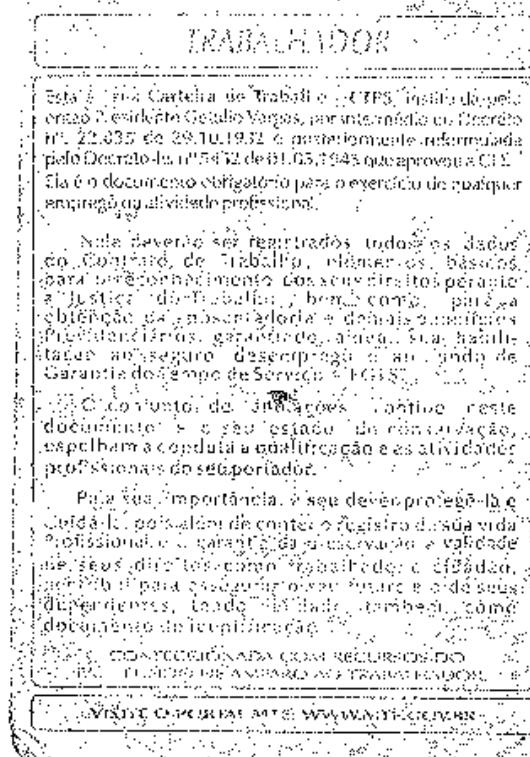
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Fone: (84) 3133-4200 - 0800-59022-020 - Tirol - Natal/RN

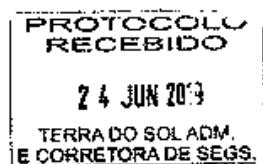
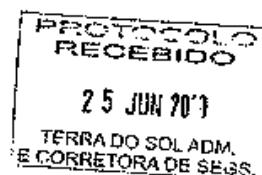




V 141 M 1









PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190396499 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANIERISON SILVA DA CUNHA **Data do acidente:** 05/01/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIO K E TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

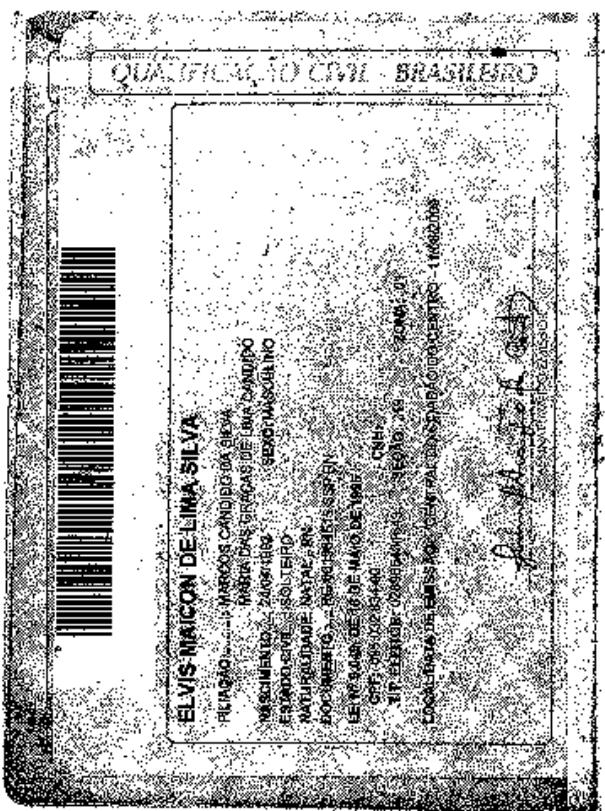
Observações:

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 ambos os membros inferiores	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00



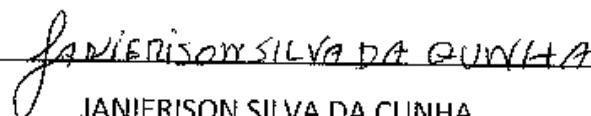


SOLICITAÇÃO DE REANALISE.

Eu JANIERISON SILVA DA CUNHA de CPF: 096.879.354-13 não estou de acordo com a negativa do meu processo, fiquei realmente com sequela para comprovar estou enviado novo laudo informando a sequela definitivas.

A minha nova documentação medica está sendo enviada com data atualizada e com as sequelas existentes.

Não tenho mais nenhuma outra documentação medica então sendo assim, venho por meio desta solicitar que marque uma **perícia** com o médico da seguradora.



JANIERISON SILVA DA CUNHA

CPF: 096.879.354-13

Natal/Rn 18/09/2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190396499 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANIERISON SILVA DA CUNHA **Data do acidente:** 05/01/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA COMINUTIVA DA DIÁFISE DO FÉMUR DIREITO. P4/10/24(ANEXO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM HASTE E PARAFUSOS E ENXERTO. P7/23/24(ANEXO) ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JANIELSON SILVA DA CUNHA, brasileiro(a),
estado civil: SOLTEIRO, Profissão: PORTERIO, Data do Acidente _____
Cobertura VALINAS, portador(a) do RG 1964389, órgão expedidor
ITEP e do CPF: 096.879.354-13 residente no(a)
RUA DA SOLIDARIEDADE nº 60,
bairro: MAC LUIZA, município: NATAL, RN.

OUTORGADO:

Nome: TACIO EWERTON DA SILVA, brasileiro(a) estado civil: SOLTEIRO Profissão: CORRETOR,
portador(a) do RG 002369633, órgão expedidor ITEP e do CPF: 072.543.534-83, residente
no(a) RUA ENFERMEIRO JOÃO CORREIA DA SILVA nº 247, bairro: AREIA PRETA, município:
NATAL /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.



ratuel, 25/06/2019

Local e Data

Janielson Silva da Cunha

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



PROTOCOLO
RECEBIDO

25 JUN 2019

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGUROS



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0214074/19

Vítima: JANIERISON SILVA DA CUNHA

CPF: 096.879.354-13

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 05/01/2019

CPF de: Próprio
Titular do CPF: JANIERISON SILVA DA CUNHA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

TACIO EWERTON DA SILVA : 072.543.534-83

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

JANIERISON SILVA DA CUNHA : 096.879.354-13

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/06/2019
Nome: TACIO EWERTON DA SILVA
CPF: 072.543.534-83

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/06/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

TACIO EWERTON DA SILVA

GERCIA LOURENCO DA SILVA



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 01/02/2021 16:24:36
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020116243634800000062211680>
Número do documento: 21020116243634800000062211680

Num. 64950369 - Pág. 85

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0214074/19

Número do Sinistro: 3190396499

Vítima: JANIERISON SILVA DA CUNHA

CPF: 096.879.354-13

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 05/01/2019

Titular do CPF: JANIERISON SILVA DA CUNHA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/09/2019
Nome: TACIO EWERTON DA SILVA
CPF: 072.543.534-83

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2019
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

TACIO EWERTON DA SILVA

THIARA VIRGINIA DA HORA

