

BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

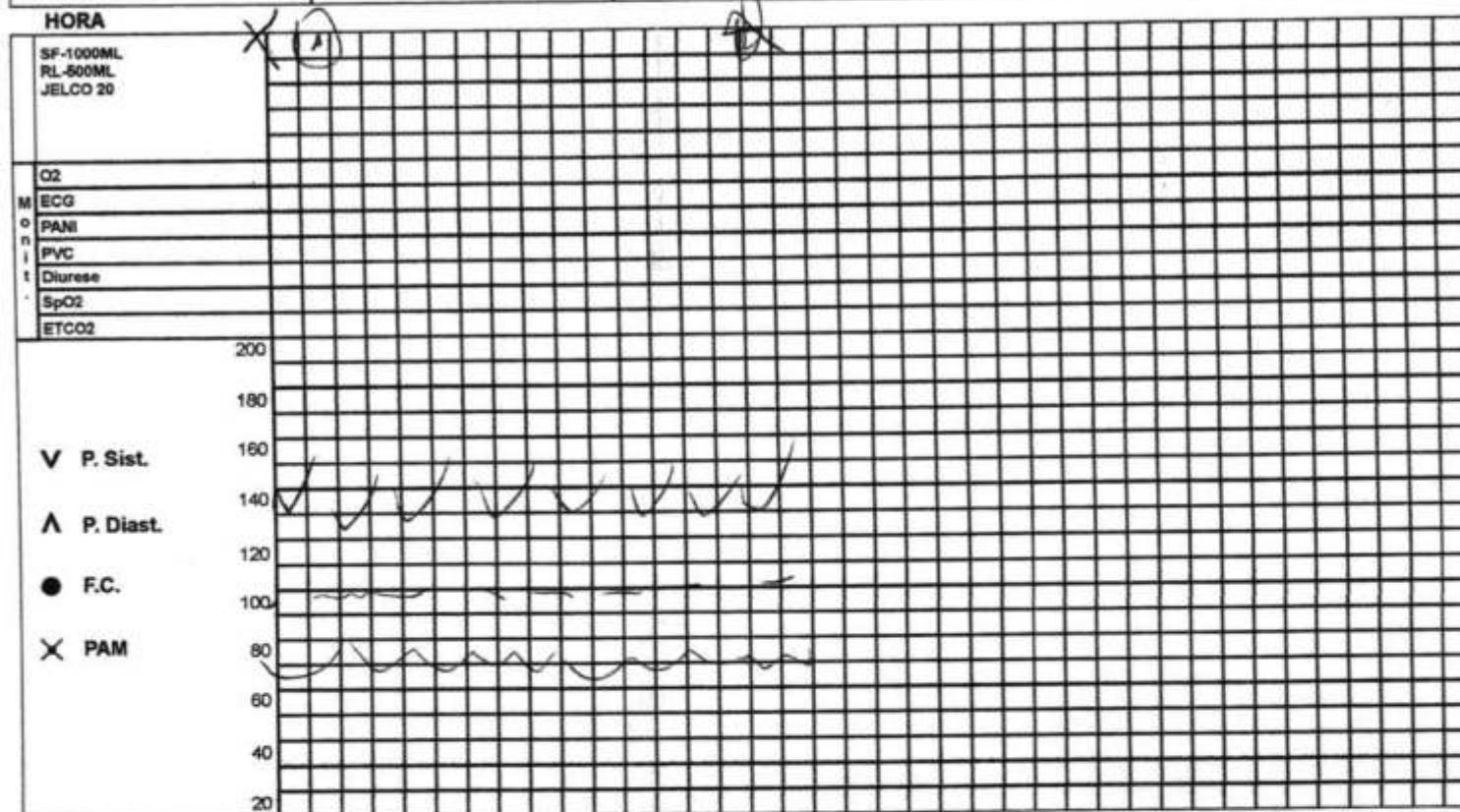
Dados do Paciente

Paciente: **ABINOAN DE CARVALHO**

ABINOAN DE CARVALHO 58072

IH: 5

Cirurgia Realizada RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR+MENISCORRAFIA+OSTEOCONDROPLASTIA+SINOVECTOMIA DO JOELHO DIREITO			Data 14/10/2020
Cirurgião DR. MARCIO REGO	1º Auxiliar	2º Auxiliar	Anestesiologistas GILVAN DE CARVALHO



Exames Laboratoriais

pH		
P _a CO ₂		
HCO ₃		
CO		
EB2		
P _a O ₂		
SHbO ₂		
Hb		
Hc		
Na		
K		
Ca		
Glicose		
DROGAS		
FENTANIL	500MG	01
MIDAZOLAN	15MG	01
NEOCAINA	0,5%	01
DIMORF	0,2MG	01
SUFENTANIL	10MCG	01
ROCURONIO	50MG	
ATRACURIO	25MG	
PROPOVAN	1%	
EFEDRINA	50MG	01
ARAMIN	10MG	
CEFAZOLINA	1G	01
DIPIRONA	1G	02
DRAMIN	3MG	01
DEXAMETASONA	10MG	01
RANITIDINA	50MG	01
ONDASETRONA	8MG	
NEOCAINA	0,5%	
ISOBÁRICA	0,5X	
CETOPROFENO	100mg	
TRAMAL 100		01
TILATIL 40		01
ABD		01

TÉCNICA ANESTÉSICA: RAQUIANESTESIA

BLOQUEIO: ESPINHAL

TIPO: RAQUI

LOCAL DA PUNÇÃO: L3-L4

LATÊNCIA: 5 MIN

NÍVEL ANESTESIA: T8

AGULHA: 25

LIQUOR: CLARO

BLOQUEIO MOTOR: 3

POSIÇÃO: Antes: DDH

Depois: DDH

APARELHO:

TÉCNICA: ABERTO

INTUBAÇÃO/OXIGENAÇÃO: CATETER NASAL

TRAUMÁTICA: NAO

SONDA:

N°

V.T.:

F.R.:

CUFF:

V.M.:

P.L.T.:

INDUÇÃO:

MANUTENÇÃO:

CONDIÇÃO FINAL:

REFLEXOS:

CONSCIÊNCIA:

BALANÇO	OBSERVAÇÕES
	OXIMETRO ECG PNI O2/L/MIN
	<i>Gilvan de Carvalho</i> Anestesiologista CRM/RN 1904

DURAÇÃO: 01:30

INÍCIO: 09:30

FINAL: 10:00

BOLETIM DE SALA
Dados do paciente

Paciente: **ABINOAN DE CARVALHO**

Registro: **58072**

Convênio: SUS ESTADUAL

Nº: 120.316185

Local : SALA 002

Início: 14/10/2020 09:30 Fim: 14/10/2020 10:00

Cirurgia: TRATAMENTO DAS LESOES OSTEO-CONDRAIS POR FIXACAO OU MOSAÍ RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZAD TRATAMENTO CIRURGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENI EXPLORACAO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE MEDIAS / GRÁND

Cirurgia Principal

Equipe:

Cirurgião: MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO
Anestesiista: GILVAN DE CARVALHO
Instrumentador: FELIPE MORAIS DE MOURA
Circulante: JOSIVALDO GOMES DA SILVA

CRM	Especialidade	CPF
6574	ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA	05544048428
1904	ANESTESIOLOGIA	15707172491
528240	TECNICO ENFERMAGEM	08446352435
1415241	AUXILIAR ENFERMAGEM	07515338407

MATERIAL

Código	Descrição	QTD	UND
206953	AGULHA DESCARTAVEL 25X8	3	UND
80418	AGULHA DESCARTAVEL 40X12	2	UND
64010	AGULHA PARA RAQUE 25G	1	UND
61670	ATADURA AG ORTOP 15CMX1.8M	6	UND
80590	ATADURA DE CREPOM 15CMX1.8M	6	UND
64486	BARBEADOR DESCARTAVEL	2	UND
65227	CAMPO OPERATORIO 25X28CM ESTÉRIL	7	UND
64493	CAPA P/ VIDEOCIRURGIA	2	UND
61473	CATETER P/OXIGENIO TIPO OCULOS	1	UND
61989	ELETRODO DESCARTAVEL	5	UND
90131	EQUIPO MACROGOTAS C/INJ.FLEXIVEL	1	UND
206947	ESCOVA PARA ASSEPSIA	3	UND
65037	ESPARADRAPO 10CM X 4,5	100	CM
51583	ETHIBOND 5	2	UND
62278	GAZE EST 11 FIOS 7,5X7,5 ESTÉRIL	10	PCT
62364	GORRO DESCARTAVEL	3	UND
206904	LAMINA DE BISTURI N.11	1	UND
60149	LAMINA DE BISTURI N.20	1	UND
62332	LUVA CIR DESC EST 7,0	2	PAR
62640	LUVA CIR DESC EST 7,5	5	PAR
62429	LUVA CIR DESC EST 8,0	1	PAR
208342	LUVA PROCEDIMENTO TAM.XP KIT 4 PARES	1	UND
62783	MASCARA DESC C/ ELASTICO	2	UND
65306	MASCARA DESC C/ TIRAS	4	UND
61133	MICROPORE 10 CM X 10 M	50	CM
61172	MICROPORE 5,0CM X 10 METROS	50	CM
50621	MONONYLON PRETO 3-0 C/AG 3CM	1	UND
67276	PARAFUSO DE INTERFERENCIA DE TITANIO	2	UND
60930	POLIFIX 2 VIAS	1	UND
60733	SAPATILHA DESCARTAVEL	16	UND
63209	SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM AGULHA	2	UND
62475	SERINGA DESCARTAVEL 5ML SEM AGULHA	2	UND
65313	TOUCA CIRURGICA DESCARTAVEL	3	UND
207309	TRANSOFIX	1	UND
51308	VICRYL FECH.G.OB/GIN.VIOLETA 1 70CM AG.4C/	2	UND

Código	Descrição	QTD	UND
200755	CLOREXIDINA DEGERMANTE 2%	300	ML
208421	SUFENTANIL 5,0MCG/ML - 2ML AMPOLA	1	AMP

MEDICAMENTOS

Código	Descrição	QTD	UND
207363	ACIDO TRANEXAMICO 50MG/ML (TRANSAMIM)	3	AMP
326	AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA	2	AMP
10595	BUPIVACAINA PESADA 5MG/ML (NEOCAINA)	1	AMP
8148	CEFAZOLINA SODICA 1G FRASCO AMPOLA	2	UND
12764	CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5%	250	ML
6294	FENTANILA,CITRATO 10ML FRASCO AMPOLA	1	ML
16920	MORFINA 0,2MG/ML (DIMORF)	1	AMP
641	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML	4	UND
8718	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML	5	UND
8829	SORO RINGER LACTATO 500ML	1	UND
8449	SORO RINGER SIMPLES 500ML	1	FRS
12567	SULFATO DE EFEDRINA 1ML AMPOLA	1	UND

TAXAS

Código	Descrição
90711	TAXA OXIGENIO SOB PRESSAO 1/4
90553	TAXA OXIMETRO
91856	TAXA MONITOR DE PRESSAO
91752	TAXA DE SALA CIRURGICA PORTE ANESTESICO I
92328	TAXA RECUP POS-ANEST PORTE-00

ENFERMEIRO

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: 58072 IH: 5 Paciente: ABINOAN DE CARVALHO
Nascimento: 10/05/1979 (41 anos Internação: 14/10/2020 07:49:27 Leito: LEITO RESERVA 07

ANTES DO ATO CIRÚRGICO 14/10/2020 09:19: COREN - 830653 - CRISTIANE SANTIAGO DA SILVA

Observações:

CLIENTE ADMITIDO (A) NO C.C PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO DE RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, CONSCIENTE, ORIENTADO(A), PUNCIONADO (A) COM JELCO Nº 20 EM MSE. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

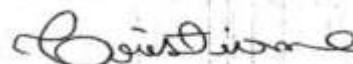
Doença pré-existente NÃO

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

Exame Laboratorial: SIM Risco Cirúrgico: SIM Raio X: PRÉ:

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo) NÃO

Assinatura Responsável



Outros Exames LAUDO RNM

SRPA COREN - 662098 - MARIA ELIZABETE B PEREIRA

Nível consciência CONSCIENTE E ORIENTADO. Oxigenoterapia O² AMBIENTE

Acesso venoso SIM Diurese: NÃO Acianótico NÃO Pálido: NÃO Sudorese: NÃO Tremores: NÃO

Hipotensão NÃO Raio X de Controle NÃO

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE DE POI DE LIGAMENTO JOELHO DIREITO, CONSCIENTE E ORIENTADO EM O² AMBIENTE, NA HVP. VIABILIZANDO SF0,9%, COM CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO, ANEXO AO PRONTUARIO EXAMES, SEGUE ACOMPANHADO ATÉ ~~ATÉ~~ DO MAQUEIRO E ENFERMEIRA DO CC.

VERIFICADO SSVV: PA= 120X80 MMHG, FC= 88 BPM, SPO2= 100 %

Assinatura Responsável



DURANTE



Hospital Memorial
São Francisco

Comprovante de Alto Custo () Comprovante de Material Estéril (X)

Paciente: ADRIANA DE CARVALHO Nº Reg.: 58072

Cirurgião: Dr. Marcelo Data: 14.10.20

Procedimento: RECONSTRUÇÃO DE LCA (2) Leito: _____

CAIXA: LAP CC
QUANTIDADE: 09
DATA: 13/10/20
MEDICO: H. M.
LOTIAUT: CISA 213
Resp.Preparo: PRONTO
Resp.Téc.: Enfª Andresa Kaline
Processo Esterilização à Vapor saturado

Validade: 09/04/21

MEMORIAL

CAIXA: BOJIM
QUANTIDADE: AZUL 05
DATA: 13/10/20
MEDICO: HMSAOFRANCISCO
LOTIAUT: CISA233
Resp.Preparo: PATRICIA
Resp.Téc.: Enfª Andresa Kaline
Processo Esterilização à Vapor saturado

Validade: 11/04/21

MEMORIAL

CAIXA: LIGAMENTO 2
QUANTIDADE: 14 LARANJA
DATA: 13/10/20
MEDICO: HM SÃO FRANCISCO
LOTIAUT: 229 CISA
Resp.Preparo: NEUCILENE
Resp.Téc.: Enfª Andresa Kaline
Processo Esterilização à Vapor saturado

Validade: 11/04/21

MEMORIAL

CAIXA: BASICA
QUANTIDADE: 29
DATA: 13/10/20
MEDICO: H M SÃO FRANCISCO
LOTIAUT: 243/ BAUMER
Resp.Preparo: NEUCILENE
Resp.Téc.: Enfª Andresa Kaline
Processo Esterilização à Vapor saturado

Validade: 11/04/21

MEMORIAL

CAIXA: MENISCO 03
QUANTIDADE: 15
DATA: 13/10/20
MEDICO: D. MARCELO
LOTIAUT: 242/ BAUMER
Resp.Preparo: JANE
Resp.Téc.: Enfª Andresa Kaline
Processo Esterilização à Vapor saturado

Validade: 11/04/21

MEMORIAL

CAIXA: LAP CC
QUANTIDADE: 09
DATA: 13/10/20
MEDICO: HM SÃO FRANCISCO
LOTIAUT: BAUMER245
Resp.Preparo: PRONTO
Resp.Téc.: Enfª Andresa Kaline
Processo Esterilização à Vapor saturado

Validade: 11/04/21

MEMORIAL

CAIXA: LIGAMENTO
QUANTIDADE: 17 VERDE
DATA: 13/10/20
MEDICO: DR. RICARDO
LOTIAUT: 229 CISA
Resp.Preparo: NEUCILENE
Resp.Téc.: Enfª Andresa Kaline
Processo Esterilização à Vapor saturado

Validade: 11/04/21

MEMORIAL

Enfermeiro(a) e/ou Téc. Enf.: _____

Carimbo e Assinatura


AVALIAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR

 NOME: Abiraman de Carvalho

 IDADE: 41 ANOS

SEXO: (X)M ()F

 DATA 14 / 01 / 2016

 CIRURGIA PROPOSTA: Reconstrução ligamento LCO na perna direita.
INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO

ASSINTOMÁTICO DO PONTO DE VISTA CARDIOLÓGICO:

- Sim (X) Não ()

SINTOMÁTICO DO PONTO DE VISTA CARDIOLÓGICO:

- TOSSE SECA - Sim () Não (X)
- HEMOPTISE - Sim () Não (X)
- LIPOTÍMIA - Sim () Não (X)
- DPN - Sim () Não (X)
- DISPNEIA - Sim () Não (X)
- ORTOPNEIA - Sim () Não (X)
- DOR PRECORDIAL - Sim () Não (X)
- CLAUDICAÇÃO - Sim () Não (X)
- SÍNCOPE - Sim () Não (X)
- EDEMA DE MMII - Sim () Não (X)
- TONTURAS - Sim () Não (X)
- CIANOSE - Sim () Não (X)
- PALPITAÇÕES - Sim () Não (X)

ANTECEDENTES PESSOAIS

- CIRURGIAS PRÉVIAS: Sim, intercorrência.
- ALERGIAS: neg.
- DOENÇA RENAL: Sim () Não (X)
- DISLIPIDEMIAS: Sim () Não (X)
- AVC: Sim () Não (X)
- TABAGISMO: Sim () Não (X)
- ETILISMO: Sim () Não (X)
- OBESIDADE: Sim () Não (X)
- ARRITMIAS: Sim () Não (X)
- HAS: Sim () Não (X)
- DM: Sim () Não (X)
- ICC: Sim () Não (X)
- IAM: Sim () Não (X)
- CHAGAS: Sim () Não (X)

CAPACIDADE FUNCIONAL:

(X) BOA () MODERADA () RUIM

HISTÓRIA FAMILIAR

- () História de DAC precoce neg.
- () Morte súbita neg.
- () Arritmias neg.
- () Outros mãe com IC.

 MEDICAMENTOS CARDIOLÓGICOS EM USO neg.
EXAME FÍSICO
AUSCULTA PULMONAR

- (X) Normal R/F simétrico sem r
- () Anormal

AUSCULTA CARDÍACA

- (X) Normal R/C, 2T, BNF em apno.
- () Anormal

ABDOME

- () Hepatomegalia ausente
- () Refluxo Hepato-Jugular ausente

EXTREMIDADES:

- () Edema MMII ausente
- () Varizes ausente

SINAIS VITAIS

 PA: 130 x 80 mmHg FC: 63 bpm

EXAMES
ELETCARDIOGRAMA

- () Normal sinusal regular eix normal, FC: 63
- (X) Anormal Progressão lenta "R" V1-V6

Outros
CONCLUSÃO

Paciente baixo risco cardiovascular, perispécico de acordo com algoritmo (ausente) para procedimento intermédio risco.

CONDUTA

custódia habitual de procedimento.



CLÍNICA SIM - SERVIÇOS DE IMAGENS MÉDICAS

MATRIZ - Rua Coronel Joaquim Manoel, 615, Sl 04, Harmony Medical Center

FILIAL I - Rua Coronel Joaquim Manoel, 654, Anexo Hospital Médico Cirúrgico

Petrópolis | 59012-330 | Natal/RN | Brasil

+55 (84) 3646-0000

Paciente: ABINOAN DE CARVALHO

Código Paciente: 253026 SAS JOELHO DIREITO

Data Nascimento: 10/05/1979 - 40 ano(s)

Data do exame: 16/11/2019

Procedimento: JOELHO ROTINA

Medico Solicitante: -

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

Técnica:

Exame realizado pela técnica de fast spin echo com imagens obtidas predominantemente em T1, T2 e DP, em aquisições multiplanares.

Análise:

Sinais de ruptura completa do ligamento cruzado anterior.

Irregularidades superficiais do revestimento condral do vértice e facetas da patela, compatível com condropatia grau I.

Pequeno derrame articular suprapatelar livre.

Lesão degenerativa do corno posterior do menisco lateral que apresenta aspecto macerado e se encontra parcialmente extruso em relação ao espaço articular.

Degeneração mucóide do corno posterior do menisco medial.

Espessamento e alteração do sinal da inserção do tendão quadrícipital no pólo superior da patela, compatível com tendinopatia.

Estruturas ósseas com morfologia e sinal medular conservados.

Demais superfícies condrais regulares, sem fissuras ou erosões evidentes.

Ligamentos cruzado posterior e colaterais com continuidade, espessura e sinal conservados.

Tendões patelar, bíceps femoral distal, trato ilio-tibial e tendões da pata de ganso sem particularidades.

Distensão líquida da bursa do semimembranoso-gastrocnêmio medial, com formação de pequeno cisto poplíteo.

Conclusão:

✱ Sinais de ruptura completa do ligamento cruzado anterior.

Irregularidades superficiais do revestimento condral do vértice e facetas da patela, compatível com condropatia grau I.

Laudado Por:

DR. Juliano C.D. Oliveira

CRM-RN 6737 / RADIOLOGISTA

Validação



RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ABERTA | MAMOGRAFIA DIGITAL DE ALTA RESOLUÇÃO |
DENSITOMETRIA ÓSSEA | RAIOS-X DIGITAL | ULTRASSONOGRRAFIA GERAL E ESPECIALIZADA
EM DOPPLER VENOSO E ARTERIAL PUNÇÕES E MARCAÇÕES CIRÚRGICAS



CLÍNICA SIM - SERVIÇOS DE IMAGENS MÉDICAS

MATRIZ - Rua Coronel Joaquim Manoel, 615, SI 04, Harmony Medical Center

FILIAL I - Rua Coronel Joaquim Manoel, 654, Anexo Hospital Médico Cirúrgico

Petrópolis | 59012-330 | Natal/RN | Brasil

+55 (84) 3646-0000

Paciente: ABINOAN DE CARVALHO

Código Paciente: 253026 SAS JOELHO DIREITO

Data Nascimento: 10/05/1979 - 40 ano(s)

Data do exame: 16/11/2019

Procedimento: JOELHO ROTINA

Medico Solicitante: -

Pequeno derrame articular suprapatelar livre.

Lesão degenerativa do corno posterior do menisco lateral que apresenta aspecto macerado e se encontra parcialmente extruso em relação ao espaço articular.

Degeneração mucóide do corno posterior do menisco medial.

Espessamento e alteração do sinal da inserção do tendão quadricipital no pólo superior da patela, compatível com tendinopatia.

Laudado gerado: 22/11/2019 10:46. Para baixar uma cópia, acesse <https://validar.wbrad.com.br/>, utilize data/hora e a chave: **XsIEGJgY**.

Laudado Por:

DR. Juliano C.D. Oliveira

CRM-RN 6737 / RADIOLOGISTA

Validação



RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ABERTA | MAMOGRAFIA DIGITAL DE ALTA RESOLUÇÃO |
DENSITOMETRIA ÓSSEA | RAIOS-X DIGITAL | ULTRASSONOGRAFIA GERAL E ESPECIALIZADA
EM DOPPLER VENOSO E ARTERIAL PUNÇÕES E MARCAÇÕES CIRÚRGICAS

Agende seu exame - +55 (84) 3646-0000

██████████

ABINOAN DE CARVALHO

- USAR MULETAS – DEVE PISAR COM A PERNA OPERADA
- CURATIVO DIARIO
- DOBRAR O JOELHO
- NÃO COLOCAR TRAVESSEIRO OU LENCOL POR BAIXO DO JOELHO QUANDO FOR DEITAR
- COMPRESSA DE GELO 5X/DIA POR 15 MINUTOS
- RETIRADA DE PONTOS – 02-11

10H ANEXO MEMORIAL


DR MÂRCIO RÉGO
Cirurgia do Joelho
CRM 6574 TEOT 12506

dia: 09/11 - Segunda
hora: 10hs



LAUDO FISIOTERAPÊUTICO

PACIENTE ABINOAM DE CARVALHO, CPF: 025.416.504-42, PRÉVIO DIAGNÓSTICO MÉDICO: PO DE LCA E MENISCO (D), HÁ QUATRO MESES. NA AVALIAÇÃO (MID), PACIENTE APRESENTA LIMITAÇÃO AO REALIZAR FLEXÃO DE JOELHO TOTAL; DEFICIT DE CONTRAÇÃO ATIVA NA MUSCULATURA DO QUADRÍCIPES; CLAUDICAÇÃO AO REALIZAR A MARCHA; INSTABILIDADE MUSCULAR NA POSIÇÃO UNIPODAL E DOR A PALPAÇÃO DE MODERADA INTENSIDADE NA REGIÃO DO MENISCO MEDIAL. PACIENTE APRESENTA LIMITAÇÕES NA SUA FUNCIONALIDADE.

À DISPOSIÇÃO PARA QUALQUER ESCLARECIMENTO.

NATAL/RN 16 / FEVEREIRO / 2021


Dr Diego Nogueira
Fisioterapeuta
CREFITO 238594-F



EMAIL: FISIOARE@GMAIL.COM
CONTATO: (84) 99691-8544 / (84) 4103-8544
AVENIDA MARIA LACERDA MONTENEGO, 860- NOVA PARNAMIRIM/RN

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

DOC. EMITIDA: 1099157
 SSP RJ

CIV: 702.851.364-53
 DATA NASCIMTO: 12/04/1969

FUNÇÃO:
 SEBASTIAO FREIRE
 GENEVIA VITAL FREIRE

PERMISSÃO: [] ACC: [] OUTROS: []

RF: 02825097480
 VALIDADE: 12/11/2018
 1ª EMISSÃO: 15/04/2003

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
 882090202

PROBANDO PLASTIFICADA
 882090202

OBSERVAÇÕES

Robinson Luis Vital Freire

LOCAL: PARNAMIRIM, RJ
 DATA EMISSÃO: 14/11/2013

78945412024
 RN701857472

DETRAN - RJ - RIO GRANDE DO NORTE

ARUANA SEGURADORA

AREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S/A
 R. dos Poiteiros, 2385 - Loja 1 - Natal, RN

AREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
 R. dos Poiteiros, 2385 - Loja 1 - Natal, RN

ARUANA SEGURADORA

23 JUL 2019

ARUANA SEGURADORA

ARUANA SEGURADORA

23 JUL 2019



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1410700033

NOME
ADILTON DE CARVALHO



DOC. EMITIDA: 000 EMISSOR: 1596380 SEP RJ

CPF: 025.416.504-42 DATA NASCIMENTO: 10/05/1979

FUNÇÃO
ADILTON DE CARVALHO
JOSELIA DE CARVALHO
SOUZA

PERMISSÃO: [] ACC: [] CAT: []

Nº RENOVADO: 03769340301 VIGÊNCIA: 31/03/2020 Vº EMISSÃO: 18/01/2006



Adilton de Carvalho

PROIBIDO PLASTIFICAR
1410700033

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: NATAL, RN

DATA EMISSÃO: 02/01/2017

83649593612
RN702535726

ABRIL 2017
RIO GRANDE DO NORTE

Rio de Janeiro, 26 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200261872

Vítima: ABINOAN DE CARVALHO

Data do Acidente: 02/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ABINOAN DE CARVALHO

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 25/03/2021, 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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) **INVALEZ PERMANENTE** MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 025.416.504-42 4 - Nome completo da vítima: ABINOMAN DE CARVALHO

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

5 - Nome completo: ABINOMAN DE CARVALHO 6 - CPF: 02541650442
7 - Profissão: AGENTE DE SAÚDE 8 - Endereço: RUA IVANDIA DE SOUZA 9 - Número: 96 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: ROSA DOS VENTOS 12 - Cidade: PARAMIRIM 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59141380
15 - E-mail: abinoman.carvalho93@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 9191293901

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR
17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

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

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

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

INVALEZ PERMANENTE

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou Civil) Divorçado 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 (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

TESTEMUNHAS

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

40 - Local e Data, NATAL RN, 04/02/2020.
Abinoman de Carvalho
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL DE PARNAMIRIM - PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 065260/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/12/2019 15:59 Data/Hora Fim: 03/12/2019 16:17
Delegado de Polícia: Luiz Gonzaga Pontes de Lucena

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial de Parnamirim

Data/Hora do Fato: 02/04/2019 19:30

Local do Fato

Município: Parnamirim (RN)

Logradouro: RUA CANDIDO MARTINS DOS SANTOS

Bairro: Rosa dos Ventos

Ponto de Referência: PRÓXIMO AO SUPERMERCADO FAVORITO

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ABINOAN DE CARVALHO (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Parnamirim

Sexo: Masculino

Nasc: 10/05/1979

Profissão: Agente de Saúde

Estado Civil: Divorciado(a)

Nome da Mãe: JOSELIA DE CARVALHO SOUZA

Nome do Pai: ADAILTON DE CARVALHO

Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 025.416.504-42

RG - Carteira de Identidade: 1596380

Endereço

Município: Parnamirim - RN

Logradouro: R Ivandir de Souza

Bairro: Rosa dos Ventos

Telefone: (84) 99129-8901 (Celular)

Nº: 46

CEP: 59.141-380

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 20

Endereço

Município: Parnamirim - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 025.416.504-42

Placa QGG9847

Renavam 01096866193

Número do Motor G3G2E-018409

Número do Chassi 9C6RG3110G0006407

Ano/Modelo Fabricação 2016/2016

Cor BRANCA

UF Veículo Rio Grande do Norte



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL DE PARNAMIRIM - PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 065260/2019

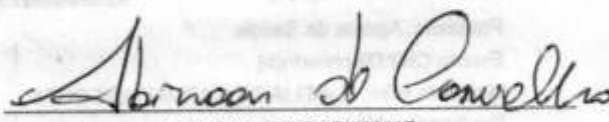
Município Veículo	Parnamirim	Marca/Modelo	YAMAHA/YBR150 FACTOR E
Modelo	YAMAHA/YBR150 FACTOR E	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran	08/09/2016	Situação do Veículo	ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvidos		
ABINOAN DE CARVALHO	Proprietário		

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE INFORMA QUE TRANSITAVA NA MOTO ACIMA, PELA RUA CÂNDIDO MARTINS DOS SANTOS, NO BAIRRO ROSA DOS VENTOS, PRÓXIMO AO SUPERMERCADO FAVORITO, NO SENTIDO VALE DO SOL; QUE O AUTOR DO FATO, SAINDO DA RUA AO LADO DO SUPERMERCADO FAVORITO, MOTO DO AUTOR DO FATO SEM NENHUMA ILUMINAÇÃO, SEM FAROL LIGADO E OUTROS, ONDE O AUTOR DO FATO COLIDIU A SUA MOTO CONTRA O PNEU DIANTEIRO DO DECLARANTE; QUE NA OCASIÃO O DECLARANTE PERDEU O CONTROLE, CAINDO LOGO EM SEGUIDA; QUE POPULARES QUE ALI ESTAVAM FIZERAM O PRIMEIRO ATENDIMENTO; QUE O DECLARANTE SOFRENDO COM DORES NO JOELHO DIREITO E VÁRIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO, SEGUIU PARA CASA, TRATANDO A DOR NA PERNA COM GELO; QUE NO DIA SEGUINTE O DECLARANTE PROCUROU A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, POSTO DE SAÚDE UBS BELA PARNAMIRIM, O QUAL APRESENTA A CÓPIA DO PRONTUÁRIO, COM RESPECTIVAS PROVIDÊNCIAS E ATENDIMENTO MÉDICO PARA O TRATAMENTO ESPECÍFICO DA TORÇÃO DO JOELHO. NADA MAIS DISSE.

ASSINATURAS


Sanderson Antunes
Agente de Polícia
Matrícula 1670522
Responsável pelo Atendimento


ABINOAN DE CARVALHO
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos artigos 299-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) **INVALEZ PERMANENTE** MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 025.416.504-42 4 - Nome completo da vítima: ABINOMAN DE CARVALHO

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

5 - Nome completo: ABINOMAN DE CARVALHO 6 - CPF: 02541650442
7 - Profissão: AGENTE DE SAÚDE 8 - Endereço: RUA IVANDIA DE SOUZA 9 - Número: 96 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: ROSA DOS VENTOS 12 - Cidade: PARAMIRIM 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59141380
15 - E-mail: abinoman.carvalho@hofmail.com 16 - Tel.(DDD): 5191292901

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR
17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA

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

AGÊNCIA: 2008 01 CONTA: 00021396 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

INVALEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

25 - 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 (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

MORTE

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, NATAL RN, 04/02/2020.
Abinoman de Carvalho
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL

Companhia Energética de Rio Grande do Norte
Rua Mariz, 192, Baldo, Natal - RN, CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 2055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SANTA MARIA 22

CPF 702 851 364-53

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

BELA PARNAMIRIM/ÁREA URBANA
PARNAMIRIM RN
59142-652

Nº DE INSCRIÇÃO	ÁREA	EMPREGO
028694988	UNICA	18/08/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DE INSTALAÇÃO
18/08/2019	3000621817	1722815

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
7004991243	08/2019	
23/08/2019	16/09/2019	131,89

DEMONSTRAÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	187,000000	2,84244758	108,45
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,55
Acrescimo Bandeira VERMELHA			4,41
Contrib. Rum. Pública Municipal			13,38
Multa por atraso-NF 025754457 - 14/08/19			2,14
Juros por atraso-NF 025754457 - 14/08/19			1,38
Atualização ICMS-NF 025754457 - 14/08/19			0,62

TOTAL DA FATURA

131,89

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
218884121	CAT	18/08/19	8 838,00	18/08/19	7 182,00	31	1,0000			187,00

METODOS DE PAGAMENTO

Mês/Ano	Valor
AGO 19	187
JUL 19	186
JUN 19	172
MAR 19	179
ABR 19	171
MAR 19	188
FEV 19	208
JAN 19	181
DEZ 19	312
NOV 19	208
OUT 19	312
SET 19	180
AGO 19	177

IMPONIBILIDADE DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	114,81	13,00
PIS	114,81	0,74
COFINS	114,81	3,42

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor	Porcentagem
Geração de Energia	R\$ 44,85	33,23%
Transmissão	R\$ 4,33	3,25%
Distribuição (Custos)	R\$ 38,80	29,39%
Perdas de Energia	R\$ 7,15	5,39%
Encargos Setoriais	R\$ 8,19	6,18%
Tributação	R\$ 25,34	19,19%
Total	R\$ 134,46	100%

Consumo Ativo (kWh) 0,0000000

Atividade do Fornecedor
AC41 515F B782 537F F70C 4A5F 808E 3E7B

REGISTRO DE SUSPENSÃO DE SERVIÇO
Fique no ponto mais perto de você... (text about service suspension)

ATENÇÃO A COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EMABERTO

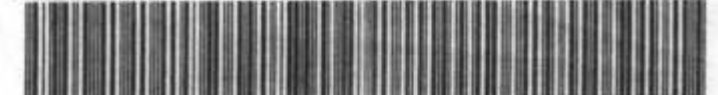
Valor	Descrição	Valor	Descrição	Valor
230719		180719		142,75

Este documento NÃO substitui... (text about document validity)

TIPO DE TENSÃO	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	207	231

CONTA CONTINUA 7004991243 08/2019 DATA DE VENCIMENTO 23/08/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 131,89

83850000001-8 31890038407-9 00499124320-2 01998726963-2



AREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
R. dos Policiais, 2385 - Loja 4 - Natal - RN

AREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S/A
R. dos Policiais, 2385 - Loja 4 - Natal - RN

AREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
R. dos Policiais, 2385 - Loja 4 - Natal - RN