



Número: **0846527-50.2018.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **23ª Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT**

Última distribuição : **18/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JULIANA SILVA DE LIMA (AUTOR)		ELAINE CRISTINA LOPES DE ANDRADE (ADVOGADO) FRANCISCO DAS CHAGAS ESTEVAM DE ANDRADE (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32221 154	18/09/2018 11:04	<a href="#">1. Procuração Juliana</a>	Procuração
32221 165	18/09/2018 11:04	<a href="#">2. Rg, CPF e compv. de residencia Juliana</a>	Documento de Identificação
32221 182	18/09/2018 11:04	<a href="#">3. BOAT Juliana Silva</a>	Documento de Comprovação
32221 193	18/09/2018 11:04	<a href="#">4. Boletim de Atendimento de Urgência Juliana</a>	Documento de Comprovação
32221 210	18/09/2018 11:04	<a href="#">4.1 Boletim de Atendimento de Urgência continuação Juliana</a>	Documento de Comprovação
32221 233	18/09/2018 11:04	<a href="#">5. Solicitação e Declaração do IML - ITEP que não realiza Exame Juliana Silva</a>	Documento de Comprovação



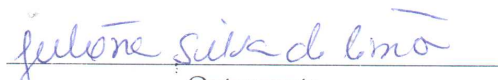
## **PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA**

**OUTORGANTES:** JULIANA SILVA DE LIMA brasileira, solteira, desempregada, portadora do CPF nº 079.498.684-65, cédula de Identidade RG nº 002.686.753 - SSP/RN, residente domiciliada na Rua Professor Coutinho, 423 - Felipe Camarão - Natal/RN - CEP. 59074-368 - telefone celular (84) 99658-6255.

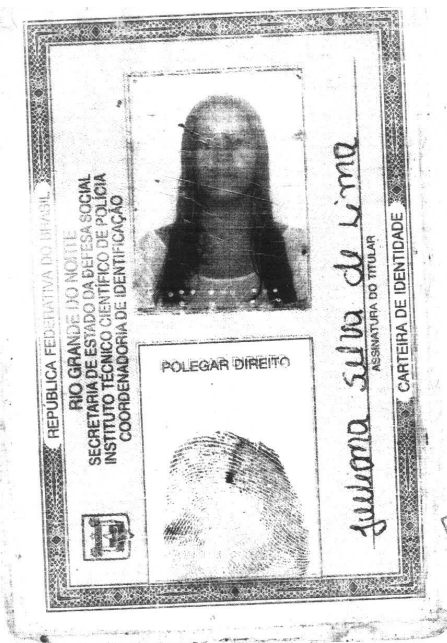
**OUTORGADO:** FRANCISCO DAS CHAGAS ESTEVAM DE ANDRADE e ELAINE CRISTINA LOPES DE ANDRADE, ele, brasileiro, casado, ela, brasileira, casada, ambos advogados, inscritos na Ordem dos Advogados do Brasil, respectivamente, sob os números 2506 e 14221, Seção do Estado do Rio Grande do Norte, com escritório profissional situado na Av. Rio Branco, 571, "Edifício Barão do Rio Branco", sala 801, Cidade Alta, Natal - Rio Grande do Norte. CEP 59025-906.

Através do presente instrumento particular de mandato, o(s) OUTORGANTE(S) nomeia(m) e constitui(em) como seu procuradores os OUTORGADOS, concedendo-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber alvará e dar quitação, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

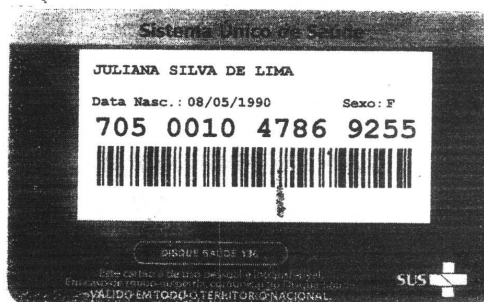
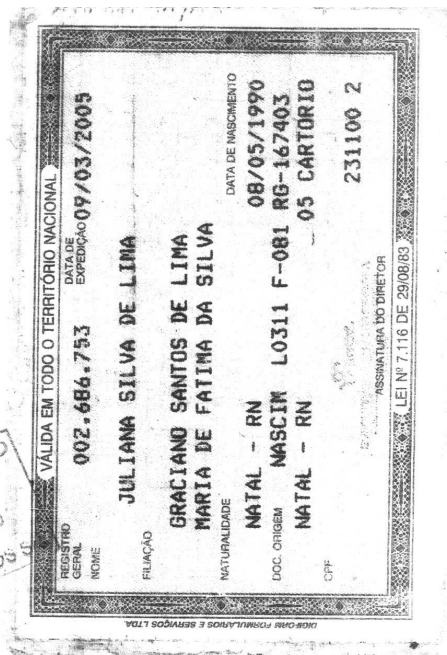
Natal (RN), 27 de agosto de 2018.

  
Outorgante

Avenida Rio Branco, 571 | Ed. Barão do Rio Branco | Sala 801  
Cidade Alta | Natal | RN | CEP 59025-906  
Tel./Fax: (84) 3222.4333 | Cel.: (84) 9383.3030 e 9112.1617  
E-mail: adv.estevam@oi.com.br | estevam@causidicus.net



PROTOCOLO  
RECEBIDO  
19 JUN. 2018  
ANEXINA SEGUROS S/A



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA  
Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
Rua Mermoz, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Ins. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE  
JULIANA SILVA DE MELO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA PROFESSOR COUTINHO 423 - A

CPF 079 498 684-65

FELIPE CAMARÁ/ÁREA URBANA  
NATAL RN  
59074-368

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7013004719	04/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA PRÓXIMA LEITURA
11/05/2018	11/05/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	108,35

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
004882495	ÚNICA	12/04/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
12/04/2018	3011357462	2710382

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL  
Consumo Ativo (kWh)  
Contribuição Iluminação Pública

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
180,0000000	0,53928525	97,07
		11,28

TOTAL DA FATURA

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
19 JUN. 2018  
ANEXINA SEGUROS S/A





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA MILITAR  
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 92269

1 - LOCAL E DATA

Local RUA: DOS PAÍCOS Bairro RUA SEPT ROSADO  
Cidade/UF NATAL - RN P. Ref. NEILSONS DURZEN  
Data 04/08/2016 Hora do acidente 21:20 Hora do registro 22:35 Dia da semana QUINTA-FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☒ - Colisão Frontal ☐ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento  
☐ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Outro(s)

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi NND - 3385 Cidade SÃO GERALDO DO AMARANTE UF RN  
Marca/Mod. GM / CELTA 4P LIFE Cor BRANCA Ano 2004 / 2000  
Proprietário ELMA MARIA DOS SANTOS N° de Ocupantes 01  
Cor / cor NIVALDO ARAÚJO SILVA Data de Nasc. 23/10/1962  
Endereço R. DOS CARLOS ANTONIO N° 37 Fone (84) 98790-9632  
Bairro PONTE DOS CARLOS ANTONIO Cidade NATAL UF RN  
CPF N° 335.953.454-53 CNH N° 02444856704 Validade 07/11/2016 Categoria "AD"  
Local de Trabalho TAXISTA Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi M2H - 4786 Cidade NATAL UF RN  
Marca/Mod. HONDA / PCP Cor BRANCA Ano 2007 / 2008  
Proprietário JULIANA SILVA DE LIMA N° de Ocupantes 01  
Condutor JULIANA SILVA DE LIMA Data de Nasc. 28/05/1990  
Endereço R. RUA CONTINENTAL N° 423 Fone 98842-5909  
Bairro POUNCE ANTONIO Cidade NATAL UF RN  
CPF N° 079.448.684-65 CNH N° \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
Proprietário \_\_\_\_\_ N° de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF N° \_\_\_\_\_ CNH N° \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

6 - VEÍCULO 04:


Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
Proprietário \_\_\_\_\_ N° de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF N° \_\_\_\_\_ CNH N° \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

Autenticação Número do Boletim: 92269 Número da Ocorrência: 279227 Data Registro: 16/08/2016 Hora Registro: 09:56:57 Número/Controle: S74695679R

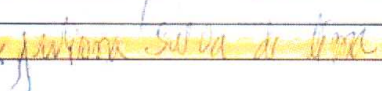


## 7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

**SOBRE V1** - Em que Rua/ Av. Transitava? RUA DOS PAÍSES  
 Em que sentido? AV. DA ESPERANÇA X DEM. PASTOR Em que faixa? ESQUERDA  
 Versão do condutor: ALCANTARA QUE TRANSITAVA NORMALMENTE NA VIA ACIMA  
ENTÃO E AO APROXIMAR-SE DO ENTROCAMENTO COM A MARCHES FALTOU  
PARAR SEU VEÍCULO E USANDO OUTRO VEÍCULO QUE VINHA NO SENTIDO  
OPORTUNO PASSAR, EM SEUS DIAS DE CONTINUIDADE A SUA MANO-  
BRAS E USANDO DE SEU A MARCHES FALTOU, FOI OBRIGADO SUBIR DE  
NO ARTE 12 NO SENTIDO OPORTUNO E ACONTECEU O IMPACTO.

Assinatura do Condutor do V1 

**SOBRE V2** - Em que Rua/ Av. Transitava? R. DOS PAÍSES  
 Em que sentido? ALCANTARA X AV. DA ESPERANÇA Em que faixa? DIRREITA  
 Versão do condutor: ALCANTARA QUE TRANSITAVA NORMALMENTE NA VIA ACIMA  
ENTÃO E AO APROX. DO MILSONS QUANTO, FOI SUBSTITUÍDO POR  
UM QUE VINHA NO SENTIDO OPORTUNO E JÁ NÃO FAZIA A CONVERSÃO  
DE ESQUERDA, FOI OBRIGADO ACONTECEU O IMPACTO.


Assinatura do Condutor do V2 

**SOBRE V3** - Em que Rua/ Av. Transitava? \_\_\_\_\_  
 Em que sentido? \_\_\_\_\_ Em que faixa? \_\_\_\_\_  
 Versão do condutor: \_\_\_\_\_

Assinatura do Condutor do V3 \_\_\_\_\_

**SOBRE V4** - Em que Rua/ Av. Transitava? \_\_\_\_\_  
 Em que sentido? \_\_\_\_\_ Em que faixa? \_\_\_\_\_  
 Versão do condutor: \_\_\_\_\_

Assinatura do Condutor do V4 \_\_\_\_\_



Autenticação Número do Boletim: 92269 Número da Ocorrência: 279227 Data Registro: 16/08/2016 Hora Registro: 09:56:57 Número/Controle: S74695679R

92269

## 8 - CONDIÇÕES DA VIA

<b>Luminosidade</b>	<b>Cond./ Tempo</b>	<b>Tipo da Pista</b>	<b>Caract./ Pista</b>	<b>Cond./ Pista</b>	<b>Sinalização</b>
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Active Ingreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input checked="" type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulina	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Active Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Ingreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente	_____	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s) _____
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. _____ KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input checked="" type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

## 9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

Bom Boston

ÁRVORE  
 ESTIGIOS  
 SEMÁFORO  
 PEDESTRE  
 BICICLETA OU MOTO  
 CARRO DE PEQUENO PORTE  
 CAMINHÃO OU ÔNIBUS  
 CARRETA

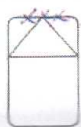
Rua Manoel Pinheiro  
 Rua dos Cascos  
 Nelsons Bungea  
 Rua Manoel Pinheiro  
 Rua dos Cascos

Rua Manoel Pinheiro  
 Rua dos Cascos

## 10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

## AVARIAS DO VEÍCULO 1

Para-choque dianteiro, eixo dianteiro mecânicos avariados.

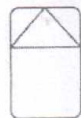


## AVARIAS DO VEÍCULO 2

Telescópio, panel, e lanternas laterais direita e esquerda, retrovisor direito, eixo com anelo dianteiro.



## AVARIAS DO VEÍCULO 3



## AVARIAS DO VEÍCULO 4



Autenticação Número do Boletim: 92269 Número da Ocorrência: 279227 Data Registro: 16/08/2016 Hora Registro: 09:56:57 Número/Controle: S74695679R



11 - ☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre  
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Cláudio Santos Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro

Nome: JULIANA SILVA DE LIMA  
RG N°: 074.498.654-65 Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 08/05/1990  
Endereço: R. Prof. Coutinho N°: 423 Fone: 98730-9632  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Versão: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

12 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre  
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: \_\_\_\_\_ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro

Nome: \_\_\_\_\_  
RG N°: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Versão: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre  
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: \_\_\_\_\_ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro

Nome: \_\_\_\_\_  
RG N°: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Versão: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre  
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: \_\_\_\_\_ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro

Nome: \_\_\_\_\_  
RG N°: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Versão: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

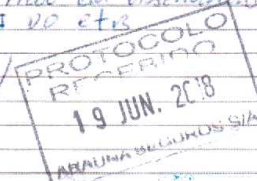
15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Local: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Marca/Modelo: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ RG N°: \_\_\_\_\_ Órgão Exp.: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

16 - IMAGENS/FOTOS ☐ SIM ☒ NÃO AUTUAÇÃO ☒ SIM ☐ NÃO AIT N° A-18.105525 Cód/DESD 5010/10

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

A motociclista - V foi encaminhada ao seu irmão o Sr. Enstênio da Silva Lima - CIVIL. 04240837547 - av. - ent. "A", na rua Padre Cícero - N° 33 - A/B - F. L. E. M. - Fone: 98745-0769 e Sr. Sílvia da Silva Lima e, a cavateira de V foi encaminhada ao Hospital, foi autuada conforme o art. 162 - I do CTB.



Nome Completo do Agente: JOSE REINALDO DA SILVA  
POSTO/GRAD.: PB PM N°: 93.261 Viatura: MC-105 Subunidade: 1820 P.M.  
Local e Data: Natal de 04 de Agosto de 2016  
Assinatura: CB. REINALDO Matrícula: 113.132-0

Autenticação Número do Boletim: 92269 Número da Ocorrência: 279227 Data Registro: 16/08/2016 Hora Registro: 09:56:57 Número/Controle: S74695679R





RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA MILITAR  
COMANDO DE POLÍCIAMENTO RODOVIÁRIO ESTADUAL  
1º DISTRITO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL  
SETOR DE TRÁFEGO

Av. Capitão-Mor Gouveia, 924, Cidade da Esperança - Natal - Rio Grande do Norte  
Fone: (84) 3232-1514 - E-mail: cpresetordetrafegeo@hotmail.com

Natal/RN, 16 de Agosto de 2016.

BOAT nº: 92269

Data: 04/08/2016

Local: Rua dos Caicôs - Dix-Sept Rosado - Natal/RN

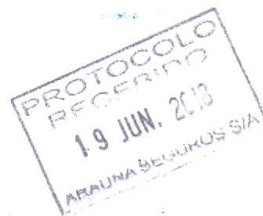
**Veículos envolvidos:**

(V-1) GM/ CELTA 4P LIFE - NND 3385

(V-2) HONDA/ POP - MZH 4786

De acordo com o Código de Trânsito Brasileiro, o Condutor de V-2 deixou de observar o que preceituam os artigos 28 e 34; Já o condutor de V-1, o artigo 26 - I c/c 309.

  
Flávio Isaias de Macedo 1º Ten. QOPM  
Mat. 194.165-8  
CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO



Verificação de autenticidade na internet: <http://www.prn.rn.gov.br> na tela de consulta de boletim.

Autenticação: S74695679R Número do Boletim: 92269 Número da Ocorrência: 279227 Data Registro: 16/08/2016 Hora Registro: 09:56:57 Número Controle:

\*Somente possuem valor legal os pareceres que estejam assinados pelo chefe do setor ou autôgrafo.

gerino

Acidente de Mo-  
to + trauma de  
MTE

A193

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENHOR WÁLFREDO GURGEL



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA  
CIRURGIA GERAL

ATO DECLARATÓRIO

PACIENTE	JULIANA SILVA DE LIMA		
DATA DE ENTRADA	04/08/2016	HORA	22:17
Nº BAA	196252		
IDADE	24	SEXO	-
ETNIA	-	ESTADO CIVIL	Solteiro(a)
CARTÃO SUS	-	CPF	-
RG	-	NOME DA MÃE	-
NOME DO PAI	-	NASCIMENTO	01/04/1992
TELEFONE	(84) 8129-2676	NATURALIDADE	-
RUA/AV.	-	PROFISSÃO	Vendedor - Varejo
COMPLEMENTO	-	BAIRRO	FELIPE CAMARÃO
CEP	-	CIDADE	Natal-RN
ORIGEM	Ambulância - SAMU	MOTIVO	Acidente de Trânsito / Moto - Carro
ACID. DE TRABALHO	Não	USUÁRIO	Celeide

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente vítima de trauma por colisão moto-carro a cerca de 40 minutos, com perda de consciência, náuseas vômito, cefaleia ou cervicalgia. Refere dor de forte intensidade e deformidade em MTE. Não queixa torácica e abdôminais.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vias aéreas livres, sem cervicalgia -  
B MVQ em AHT.  
C HD estéril  
D Consciente, Orientada (EEG15)  
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES



Realizado por  
Técnico

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL
	120x80			20	86	7.5	

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID

O EXAME FÍSICO SECUNDÁRIO E A AVALIAÇÃO DETALHADA CRITÉRIOS DO PACIENTE (DA CABEÇA AOS PÉS), VEJA, NÃO APENAS OLHE; OUÇA, NÃO APENAS ESCUTE; SINTA NÃO APENAS TOQUE.

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)	
A	
B	
C	
D	
E	
A (ALERGIAS): <u>Neg</u> M (MEDICAÇÃO EM USO): _____ P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): _____ L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS): _____ A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): _____ V (PASSADO VACINAL): _____	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)*** - RX de tórax AP - RX de pulmo AP - RX de coxa esquerda AP/lateral - RX de pé @ AP/oblíquo	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICA  OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) ① Drenagem + 100-5509Y Evacua	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM 22:30 / Lucas 60833 Francisco de Moraes L. Júnior Cirurgião Geral CRM - 6723 Ferimento perfurante de femur. Ao IC para laquear
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		
ESPECIALISTA 1: <u>ORTOPEDIA</u>	HORA: <u>22:30</u>	DATA: <u>04/04/16</u>
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:

MÉDICO (CARIMBO)

A encaminhação do boletim de atendimento produz uma ação em saúde mais qualificada, um serviço hospitalar com registros mais fidedignos e protege o profissional de saúde, contribuindo para a melhoria da assistência no HMWG.



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1: .....

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	4
Olhos se abrem espontaneamente.	
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3.)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado: (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, onde está, o horário, a data e etc.)	5
Confuso: (Responde às perguntas correlatamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala aleatória, mas sem troca conversacional.)	3
Sons ininteligíveis. (Gemendo sem articular palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. ( Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada inespecífica a dor.	4
Padrão flexo à dor (Decorticação).	3
Padrão extensor à dor (Decerebração).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

**ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-150 = 4
	9-120 = 3
	6-80 = 2
	4-50 = 1
	30 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	10-200 = 4
	>200 = 3
	8-90 = 2
	1-50 = 1
	00 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTOLICA	>90 = 4
	76-89 = 3
	50-70 = 2
	1-40 = 1
	00 = 0

\*\*Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom indica de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.I. Copes, et al: A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5) 624, 1990.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)\*

03 - 08=grave (necessidade de intubação imediata);  
09-3= moderado;  
14-15=leve

\* Referência: TEASDALE G. JENNET, B. Assessed of coma and impaired consciousness: A practical scale. Lancet 1974.2:81-84

\*\* A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com idade superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

\*CASO O ESPAÇO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE, UTILIZE IMPRESSOS PRÓPRIOS DO HOSPITAL. REQUISICION DE EXAMES, FOLHA DE PRESCRIÇÃO E ANEXO O BOLETIM

FIQUE ATENTO A SITUAÇÃO DE ABUSO E MAUS TRATOS, EM ESPECIAL A CRIANÇAS, MULHERES E IDOSOS. DENUNCIE! PROCURE O SERVIÇO SOCIAL E NOTIFIQUE.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:	
ANAMNESE	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****	LABORATÓRIO
	OUTROS
CONDUÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
05:40 h → PG CR de CD: tremor voluntário + 100 ml SFO-90, 20. leuc. agora	6:00
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável
DESTINO DO PACIENTE: DR. PEDRO 22 N° do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: DATA: / / HORA:	
SAÍDA: DATA: / / HORA:	
Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:	
ÓBITO: DATA: / / HORA:	
Entregue à família com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTACAR

DESTINO DO PACIENTE:		N° do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:		DATA: / /	HORA:
SAÍDA:		DATA: / /	HORA:
Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:			
ÓBITO:		DATA: / /	HORA:
Entregue à família com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>			



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

**BOLETIM  
OPERATÓRIO**

**IDENTIFICAÇÃO**

Nome: Juliana S. Lima Reg. Nº \_\_\_\_\_  
Diagnóstico pré-operatório: Ex. Fígado (C)  
Indicação terapêutica: \_\_\_\_\_ Urgência (☒) Eletiva ( )

**INTERVENÇÃO**

Data: 05/03/16 Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_  
Operador: Dr. Lourenço Gomes CRM/CRO: \_\_\_\_\_  
1º Auxiliar: \_\_\_\_\_ CRM/CRO: \_\_\_\_\_  
2º Auxiliar: \_\_\_\_\_ CRM/CRO: \_\_\_\_\_  
Instrumentador: \_\_\_\_\_  
Anestesiista: \_\_\_\_\_ CRM/CRO: \_\_\_\_\_

**RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO**

(1) Paciente em 90º, sob anestesia  
(2) Paciente em 90º, sob anestesia  
(3) Paciente em 90º, sob anestesia  
(4) Paciente em 90º, sob anestesia

Dr. Lourenço Gomes  
CRM 4547  
TECE 10314

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
19 JUN. 2016  
ANÁLISE DE QUALIDADE

Coleta de material anatomo-patológico: ( ) NÃO ( ) SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: ( ) NÃO ( ) SIM QUAL?

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, 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.





## GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

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

EVOLUÇÃO  
MULTIDISCIPLINAR

Nome

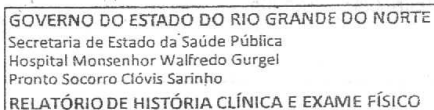
Leito:

Idade:

Nº Registro:

DATA	EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR
06/03/16	Sem lesões visíveis.
07/03/16	Alguns no HIR.
08/03/16	Alguns HIR.
09/03/16	Alguns HIR.
10/03/16	Alguns HIR.
11/03/16	Alguns HIR.
12/03/16	Alguns HIR.
13/03/16	Alguns HIR.
14/03/16	Alguns HIR.
15/03/16	Alguns HIR.
16/03/16	Alguns HIR.
17/03/16	Alguns HIR.
18/03/16	Alguns HIR.
19/03/16	Alguns HIR.
20/03/16	Alguns HIR.
21/03/16	Alguns HIR.
22/03/16	Alguns HIR.
23/03/16	Alguns HIR.
24/03/16	Alguns HIR.
25/03/16	Alguns HIR.
26/03/16	Alguns HIR.
27/03/16	Alguns HIR.
28/03/16	Alguns HIR.
29/03/16	Alguns HIR.
30/03/16	Alguns HIR.
31/03/16	Alguns HIR.

Atenção: Oferecer, em tempo hábil, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergência clínica, cirúrgica, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas.  
Objetivo: contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



Nome: \_\_\_\_\_ Nº Registro: \_\_\_\_\_  
 Serviço: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

05108116. 136. HISTÓRIA CLÍNICA

Ac. *micrococcoides* 1/21 ± 98h

August 6 1915 - 6th 71 Car. Conn

Frü. Forsthaus Rinnen (C)

*Lathyrus bl. Foss. & Rousier*  
T.T. Canadensis Goulet Flap.

Dr. Leonardo dos S. Carreira  
Ortopedia e Traumatologia  
Especialista em Ortopedia da Coluna  
TEC 79374 - CRM 4547

PROTOCOLLO  
RECEBIDO  
19 JUN. 2018  
AMALINA BEGUIS SIA

PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO - 1125308



PACIENTE	JULIANA SILVA DE LIMA				
CARTÃO SUS	705001047869255		Nº	1125308	
IDADE	26	SEXO	-	ETNIA	Parlo
NOME DA MÃE	MARIA DE FATIMA DA SILVA		ESTADO CIVIL	Solteiro(a)	
NOME DO PAI	GRACIANO SANTOS DE LIMA		Nº	423	
RUA/AV.	Rua Professor Coutinho		BAIRRO	Felipe Camarão	
COMPLEMENTO	-		CIDADE	Natal-RN	
CEP	59074-368		UNIDADE	Observação 2	LEITO 902
ESPECIALIDADE	Ortopedia				
USUÁRIO	Celeide				

ADMISSÃO 05/08/2016 03:31 ALTA 31/08/16 ÓBITO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DIAS DE PERMANÊNCIA \_\_\_\_

DIAGNÓSTICO INICIAL *F10.1 F20.0*

DIAGNÓSTICO FINAL

REVISADO  
EM 03/09/16  
POR Kátia

Natal,     /    /    

Dr. Leonardo dos S. Corrêa  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgião de Coluna  
R. 10314 - CRM 4547





Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA - CNES 3515168  
PARNAMIRIM - RN

**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 58 ORT**

SERVIDOR RESPONSÁVEL (PSA)

KATIA

MATRICULA

DATA

HORA

31/08/2016

17:26

**DADOS DO PACIENTE**

AGENTE

JULIANA SILVA DE LIMA

NACIONALIDADE

ESCOLARIDADE

NOME DA MÃE

MARIA DE FATIMA DA SILVA

CPF

ENDEREÇO

RUA SÃO MATIAS 432

BAIRRO

FELIPE CAMARAO

RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE

OBS NÃO APRESENTOU R.G

DATA DE NASCIMENTO

08/05/1990

ESTADO CIVIL

SOLTEIRA

IDADE

26

PROFISSÃO

AUTONOMA

NOME DO PAI

RELIGIÃO

MASCULINO

FEMININO

FEMININO

RAÇA/COR

PARDA

TELEFONE

98129 2676

RG

ORG EXP

UF

CARTÃO DO SUS

COMPLEMENTO

MUNICIPIO

NATAL

UF

RN

CEP

59 000

PARENTESCO

TELEFONE

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

FORMA DE ENCAMINHAMENTO

( ) Regulado ( ) SAMU ( ) Demanda Espontânea

MOTIVO

QUEIXA PRINCIPAL

FLUXOGRAMA

DESCRIMINADOR

DOENÇAS PREEEXISTENTES

ALERGIAS

PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ SSVV: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ T: \_\_\_\_\_ SO2: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ GLICEMIA: \_\_\_\_\_

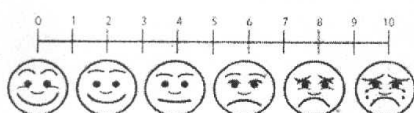
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

COREN

DATA

HORA

**ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR**



PRIORIDADE

( ) AZUL ( ) VERDE ( ) AMARELO ( ) LARANJA ( ) VERMELHO

**ACOLHIMENTO**

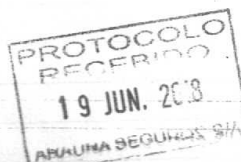
**COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

- ☐ SALA VERMELHA
- ☐ URGÊNCIA
- ☐ ORTOPEDIA
- ☐ CONSULTA MÉDICA
- ☐ BUCOMAXILO
- ☐ PEQUENA CIRURGIA
- ☐ ACIDENTE DE TRABALHO
- ☐ VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
- ☐ QUEDA
- ☐ OUTROS

Abertura Ocular	Espon: ea A voz A dor Nenhuma	4 3 2 1
Resposta Verbal	Orientada Confusa Palavras inapropriadas Palavras incompreensivas Nenhuma	5 4 3 2 1
Resposta Motora	Pede comandos Localiza dor Movimento de retirada Flexão anormal Extensão anormal Nenhuma	6 5 4 3 2 1

**HISTÓRIA CLÍNICA**

EXAME FÍSICO



HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

CONFERE COM ORIGINAL  
Fidelis  
20/8/18

EXAMES COMPLEMENTARES					
<input type="checkbox"/> LABORATORIAL	<input type="checkbox"/> RADIOLOGICO	<input type="checkbox"/> ECO	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA	<input type="checkbox"/> USG	<input type="checkbox"/> OUTROS

CONDLTA MEDICA PARA REGULACAO NA REDE DE ATENCAO - NIR			
<input type="checkbox"/> CLINICA MEDICA	<input type="checkbox"/> CLINICA PSIQUIATRICA	<input type="checkbox"/> CLINICA ORTOPEDICA	<input type="checkbox"/> PEDIATRIA/NEO
<input type="checkbox"/> CLINICA OBSTETRICA	<input type="checkbox"/> CLINICA GERAL	<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> OUTROS

DIAGNOSTICO

CONDUTA / PRESCRICAO MEDICA	ABERTURA DE HORARIO / CHECAGEM

EVOLUCAO DE ENFERMAGEM

*de*  
 NUNCA MAIS  
 NIR / ATENDIMENTO  
 AUTORIZADO

<input type="checkbox"/> ALTA	<input type="checkbox"/> OBITO	<input type="checkbox"/> EVASAO	<input type="checkbox"/> SOLICITADO INTERNAÇÃO NO SERVIÇO DE
<b>Manoel Correia Neto</b> (SVO) CRM 1849 Ortopedia-Traumatologia		<i>Manoel</i>	



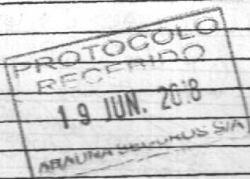
Nome do paciente		Nº prontuário	
Liliana Silva de Lima			
Data operação	05/06/11	Leito	
Operador	ROBERTO SANTOS	1º auxiliar	CARLOS MAGNO
2º auxiliar		3º auxiliar	
Anestesiista	160R	Instrumentador	PAMELA
Tipo de anestesia			
Diagnóstico pré-operatório			
Fratura distal de fêmur E			
Tipo de operação			
Osteotomia com placa e parafusos			
Diagnóstico pós-operatório			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

#### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - víceras

1. PACIENTE EM DDH SOB-BLOQUEIO LOCAL
2. ASSEPSIA, ANTI-SEPSIA, APOSIÇÃO DOS CAMPOS ESTÉREIS.
3. INCISÃO LATERAL + DISSECÇÃO POR PLANOS
4. REDUÇÃO DA FRATURA
5. FIXAÇÃO COM PLACA 4,5 MM + PARAFUSOS
6. LAVAGEM COM SF 0,9%
7. SUTURA POR PLANOS
8. CURATIVO ESTÉRIL

Rogério Santos  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 1226-5861 1341



CONFIRMADO  
Hedilberto  
20/06/11

Hospital				Enfermaria		Leito		Nº prontuário	
Nome				Idade		Sexo		Cor	
Data		Pressão arterial		Pulso		Respiração		Temperatura	
Tipo sanguíneo		Hemáticas		Hemoglobina		Hematócrito		Glicemia	
Ap. respiratório		Urina		Asma		Bronquite			
Ap. circulatório				Eletrcardiograma					
Ap. digestivo		Dentes		Pescoço		Ap. urinário			
Estado mental		Ataracicos		Corticoides		Alergia		Hipotensores	
Diagnóstico pré-operatório						Estado físico		Risco	
Anestésias anteriores				Aplicada às		Efeito			
Medicação pré-anestésica									

Agones Anesthetics	Liquidon	Oper	Anest	O Resp	P Pulso
0' Underplasma 105 Ventral 50 mm Hg 0.2 mm SV/min					
25' Underplasma 105 Ventral 50 mm Hg 0.2 mm SV/min					
260 250 240 230 220 210 200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10					

3

ANOTAÇÕES

POSICÃO

Agentes Deferalamb 025 Romotectum 0000 Dexame bromidum lupus

Técnica A + A BSA (Paul Lally CLAG C + Glee, headlight + wing)

Operação  $100 \text{ milhões de } \$ \times 100 \text{ bilhões de } \$$  (C)

Cirurgiões: Dr. João Ken Santos V + Carlos Morgado

Anestesiastas

Observações	<p><i>Thor. Linp.</i></p> <p><i>Medico Anestesi</i></p> <p><i>6028</i></p> <p><i>Borda sangüinea</i></p>
-------------	--

Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias





HOSPITAL REGIONAL DE ALCIDES MARQUES DE LUCENA  
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

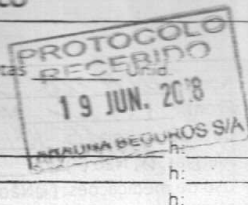
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:  
( ) Hemoconcentrado Unid. ( ) Plasma Unid. ( ) Plaquetas  
( ) Albumina Unid. ( ) Expansor plasmático Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS  
*Substância 99 h: 10:00* *Substância 99 h: 10:20*  
*Adrenalina 100g h: 10:05* *Diluição 100g h: 10:25*  
*Opióide 2g h: 10:20*

HIDRATAÇÃO VENOSA  
( ) Soro Fisiológico: ml ( ) Soro Ringer Simples: ml  
( ) Soro Glicosado: ml ( ) Soro Ringer Lactato: ml

Quantidade total de volume administrado: ml



ANATOMO PATOLÓGICO  
( ) Não ( ) Sim Peça: Peça para sepultamento: ( ) Não ( ) Sim  
Swab para cultura: Líquido:

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES  
FO de aspecto: ( ) limpo ( ) c/exsudato ( ) Contaminada ( ) Aparelho gessado ( ) Bandagens ( ) Talas ( ) Outros:

INTERCORRÊNCIAS: *paciente em uso de medicação para hipertensão arterial, sem alteração de pressão.*

Ass: *Almeida* Coren: *335538*

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO  
Nível de consciência: (X) Consciente ( ) Inconsciente ( ) Narcose ( ) Coma ( ) Vigil ( ) Agitado  
Respiratório: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel ( ) O<sub>2</sub> ambiente Curativo: (X) Oclusivo ( ) Compressivo ( ) Bolsa de colostomia ( ) Outro:                       
Diurese: (X) Espontânea ( ) Normal ( ) Hematúria ( ) Irrigação Vesical ( ) Oligúrico Destino após a cirurgia: PRO

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO  
Hora: *10:40* Data: *15/06/16* Nível de consciência: (X) Acordado ( ) Sonolento ( ) Narcose ( ) Orientado  
( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Choro Vias aéreas: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) cânula de Guedel ( ) Cateter O<sub>2</sub> ( ) O<sub>2</sub> Ambiente  
Mobilização MMII: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade Mobilização MMSS: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade  
Venoclise: ( ) Não (X) Sim Tipo: AVP Local: MDCE Sondas: ( ) Gástrica ( ) Enteral ( ) Vesical  
Drenos: (X) Sucção ( ) Torácico ( ) Penrose ( ) Kherr Ostomias: ( ) Sim ( ) Não Especifique:                       
Irrigação vesical contínua: ( ) Retorno satisfatório ( ) Retorno Insuficiente ( ) Coágulos  
Curativo: (X) Oclusivo ( ) Descoberto ( ) limpo ( ) Sujo Monitorização: ( ) ECG (X) Oxímetro ( ) PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA ( ) Náuseas ( ) Vômitos ( ) Sangramento ( ) Dor ( ) Bexigoma ( ) Alteração PA ( ) Alteração FC  
Relate:                     

SINAIS VITAIS							Líquidos administrados na URPA:	
Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor	Soro glicosado:	ml
Admissão		80			98%	Não	Soro Fisiológico:	1000
30'		78			98%	Não	Ringer:	
60'		87			100%	Não	Irrigação vesical contínua:	
Alta		87			100%	Não		

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

Recebido da SO	Desprezado URPA	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: *Part. admitida na GRA. Ec. mantém AVP + cateter + Dreno de Sula. segue aos cuidados. Após manipulação encaminhada à sala de P. para cirurgia planejada.*

Ass: *Almeida* Coren: *335538*



HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA  
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Felipe Silva de Jesus Idade: 26 D/N: 08/05/1990  
Pront: 14512 Município: Natal Procedência: ( ) Interno ( ) Externo  
Data da cirurgia: 05/09/16 Hora Admissão: Bloco: 08 Sala: 02 Hora Saída: 14:30 Peso: 67 kg  
Alergias: (X) Não ( ) Sim Comorbidades: ( ) H.S ( ) DM ( ) Outras  
Uso de medicações: (X) Não ( ) Sim Jejum: ( ) Não (X) Sim  
SSVV Admissão: PA: 110/70 mmHg Pulso: 88 bpm FI: 96 rpm FC: 100 bpm SpO<sub>2</sub>: 100 % T: 36 °C  
Enfermeiro(a): Tatiana Instrumentado (a): Shirley Circulante: monica carolina  
Cirurgia: H. Cirúrgico Estômago de Fimur E Especialidade: Otorrinolaringologia Sala: 02  
Hora Início: 14:30 Hora Término: 16:30 Tipo de cirurgia: (X) Eletiva ( ) Urgência (X) Limpa ( ) Contaminada ( ) Infectada  
1ª Cirurgia: Dr Carlos Augusto Aux.: Dr Rogério Residente: Dr Rogério

Anestesia: ( ) Local (X) Sedação ( ) Geral TOT: ( ) Biqueto (X) Raquidiana Ag. nº 27 ( ) Peridural ( ) c/cateter ( ) s/cateter  
Ag. nº 09 Cateter nº 00 Início: 09:00 Garrota: ( ) Smarch ( ) Pneumático Início: 09:00 Término: 16:30  
Anestesiologista: Dr. J. J. J.

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input type="checkbox"/> Normotenso	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Letárgico	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input type="checkbox"/> Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Íntegra	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Diprifusor
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input type="checkbox"/> C/lesões	<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> BIC
<input type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfígmico	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Desfibrilador
<input type="checkbox"/> t/dificuldade	<input type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input type="checkbox"/> Eupnéia	<input type="checkbox"/> Cistostomia	
<input checked="" type="checkbox"/> Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Dreno:	
<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input type="checkbox"/> Dispositivo O <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input type="checkbox"/> Tetraplégico	<input type="checkbox"/> Manchas		<input checked="" type="checkbox"/> Tração	
<input type="checkbox"/> Amputações	<input type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input type="checkbox"/> Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	88	88		Bpm
Pulso	88	88		Bpm
Oximetria	96	100		%
Capnografia				%
PA	110/70	110/70		mmHg

ACESSO VENOSO

<input checked="" type="checkbox"/> Punção Arterial
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica
<input type="checkbox"/> Punção Venosa Central
<input type="checkbox"/> Dissecção venosa
Local: <u>USE 1 USD</u>
Cateter: <u>gulo</u>

SONDAGEM GÁSTRICA

SNG nº
Retorno:

CATETERISMO VESICAL

SVF nº	SVA nº
Diurese:	
Profissional responsável:	

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Hemograma	( ) Gasometria
( ) Coagulograma	( ) Outros
( ) Tipagem Sanguínea	( ) Glicosimetria
( ) Radioscopia (Raio X)	

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input type="checkbox"/> Cabeça	<input type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Ventral	<input type="checkbox"/> Pescoço	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Fletidos
<input type="checkbox"/> Litotômica	<input type="checkbox"/> Lombar	<input type="checkbox"/> MMII
<input type="checkbox"/> Trendelenburg		<input type="checkbox"/> Anatómicos
<input type="checkbox"/> Canivete		<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Proclive		<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO

(X) Sim ( ) Não ( ) Metal ( ) Descartável

Local: MJD

DEGERMAÇÃO

(X) Sim ( ) Não

Local: MJE Solução: boricada Local:

TRICOTOMIA

( ) Sim (X) Não

IMPLANTE CIRÚRGICO

Drenos:

Tela:

Cateter:

Ostomia:

Fio de KC: 10/0 Parafuso – tipo: Cateter

Placa – Tipo: 10/0 + 11/0

Outros:

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO

Caixa cirúrgica: 45 + Bexia + 11/0 Quant. Material:

Val.:  Contagem de gaze e compressa: (X) Não ( ) Sim

CONFERE COM ORIGINAL  
hedelbert  
2075938



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

leito: 247

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE JULIANA SILVA DE LIMA		6 - Nº DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO MASCULINO 1 FEMININO 2	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)			
MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Parestesia bilateral do membro superior @			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO T.T.T. Cirúrgico.			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Sint. isocórtico + H			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Tx Fome @	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS



PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 00000124	26 - LEITO / CLÍNICA 02002	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO URG	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITADO Dr. Leonardo Cirurgião Geral
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			29 - DT SOLICITAÇÃO 06/08/16
			30 - CNES / CPF
			31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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



AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL/PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIIH)
47 - DT AUTORIZ. / /	51 - DT AUTORIZ. / /	
48 - CNES / CPF	52 -	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

CONFERE COM ORIGIN  
Hidelberto  
207588



247

 <b>GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE</b> Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIH</b>	
<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</b>			
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO</b>			
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE <i>Juliano Silva de Lima</i>		4 - CNES	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>			
5 - NOME DO PACIENTE <i>Juliana Silva de Lima</i>		6 - Nº DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>08-05-1990</i>	9 - SEXO <i>(2) 24</i>	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Maria de Fátima de Silva</i>
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº) <i>R. São Marcos 423</i>		12 - TELEFONE DE CONTATO <i>481292676</i>	
13 - MUNICÍPIO <i>Natal</i>	14 - BAIRRO <i>F. Camarões</i>	15 - UF <i>RN</i>	16 - CEP
<b>LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Fratura de fêmur esquerdo.</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Anestesia geral</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>RX + Exame físico</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura fêmur.</i>	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Amputação</i>	25 - LEITO / CLÍNICA	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Manoel Vitorino CRM 4812</i>
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			29 - DT SOLICITAÇÃO <i>05/08/14</i>
			30 - CNS / CPF
31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)			
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>			
32 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO	41 - CID PRINCIPAL		
42 - CID SECUNDÁRIO	43 - ( ) 44 - ( ) GRAVE 45 - ( ) GRAVÍSSIMA		
<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	47 - DT AUTORIZ.	48 - CNS / CPF	49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	51 - DT AUTORIZ.	52 -	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			CONFERE COM ORIGEM <i>huelber</i> <i>207538</i>

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, 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.



# PRESCRIÇÃO MÉDICA- TRAUMATOLOGIA

LEITO 02

PACIENTE: JULIANA SILVA DE LIMA		DATA: 07.09.2016	IDADE:
1	DIETA LIVRE	SND	
2	SF 0,9% 1000ML EV AS 24HS	500	500
3	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12HS	06	18
4	CLEXANE 40MG - 1AMP SC 1X/DIA	12	
5	KEFAZOL 1G 1AMP + ABD EV 8/8HS	06	14
6	DIPIRONA 1G - 1AMP + ABD EV 6/6HS	06	12
7	CURATIVO	ATENÇÃO	22
8	PLASIL 1AMP + ABD EV 12/12HS	06	18
9			24
10			
11			
12			

Dr. Thiago Carlos de A. J.  
Ortopedia Traumatologia  
CRM RJ 2795  
10/10/2016

CONFERE COLEG.  
nealberts  
20/9/2016

Alto hospitalar

EVOLUÇÃO MÉDICA:

DIAGNOSTICO:

QUEIXAS

NEUROVASCULAR EM MEMBRO AFETADO: ( ) SEM ANORMALIDADES OBS:

PRESEÇA DE FERIDA ( ) NAO ( ) SIM ASPECTO:

IMOBILIZAÇÃO: QUAL?

TROCAR? SIM ( ) NÃO ( )

SOLICITO RADIOGRAFIA:

SOLICITO OUTROS EXAMES:

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
19 JUN. 2018  
HOSPITAL UNIOESTE DE MARINGÁ



# PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

Clinica Cirúrgica ( )    Clínica Médica ( )    Clínica Pediátrica ( )

Enfermaria nº: \_\_\_\_\_ Leito nº: \_\_\_\_\_ Prontuário: 145202

Data: 31/08/16 Hora: 18:50 Categoria: \_\_\_\_\_ GIH: \_\_\_\_\_

Nome: JULIANA SILVA DE LIMA Idade: 26 D.N.: 08/05/90

Estado Civil: SOLTEIRA Profissão: AUTÔNOMA

Endereço: RUA PROF. COELHO 323, Fone: \_\_\_\_\_

Local de Trabalho: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Filiação: MARIA DE FATIMA DA SILVA E GRACIANO SANTOS DE LIMA

Responsável: ELVIS KLETON Fone: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Provisório: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Definitivo: \_\_\_\_\_

Data de Admissão: 1/1

Alta: ( ) 1/1

Óbito ( ) 1

## História Clínica

*Tratada por Dr. Roberto*

*em 27 de maio de 2016.*

*Fratura*

*de ulna do*

*braço direito.*

*Roberto*  
*20/08/16*

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
19 JUN. 2018  
MARILIA SEGUROS S/A



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - SESED  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPO  
DELEGACIA ESPECIALIZADA EM ACIDENTES DE VEÍCULOS - DEAV  
Av. Ayrton Senna, 4002 Neópolis - Natal/RN, (84) 3232-2533

GUIA DE REQUISIÇÃO DE EXAME DE CORPO DE DELITO

Guia nº 020 /2018

Natal/RN, 20.04 /2018

Ao Senhor  
Diretor do Instituto de Medicina Legal  
IML / ITEP - RN  
NESTA

Senhor(a) Diretor(a):

Requisitamos a Vossa Senhoria a realização de Exame de Corpo de Delito:

- |  |  |
|--|--|
| ( ) Cadavérico com fotografia esquema                  | ( ) Necropapiloscópico                         |
| ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Lesão Corporal | ( ) Ato Libidinoso diverso da conjunção carnal |
| ( ) Complementar                                       | ( ) Dosagem alcoólica                          |
| ( ) Embriaguez   | ( ) Perícia em Ossada                          |
| ( ) Conjunção carnal                                   | ( ) Toxicológico                               |
| ( ) Avaliação Psicológica                              | ( ) Outros                                     |

Nome : Juliana Silva de Lima NIC: \_\_\_\_\_

Estado civil: solteira Profissão: Do lar

Filiação: Graciano Silva de Lima e  
Maria de Fátima da Silva

Data de Nascimento: 08/05/1990 Naturalidade: Natal / RN

Endereço: Rua Prof. Coutinho, 423 - F. Comarão  
Natal/RN - 59074-368

Documento: 002.686.753 SSP/RN CPF: 079.498.684-65

Local da ocorrência: Rua do calçôis - via Pública / Natal / RN

Histórico: Solicitação de Perícia conforme processo  
nº 0820822-12.2015.8.20.5004, oriundo da 12ª  
Juizado Especial Cível da Comarca de Natal.

Informação prestadas por: Juliana Silva de Lima.

Anexos: Sentença

Remeter laudo para a: DEAV.

Alzira Veiga de Medeiros

Delegada de Polícia Civil  
Titular - DEAV



**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interdita com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <i>Juliana Silva de Lima</i>	CPF da Vítima <i>079.498.684-65</i>	Data do Acidente <i>09-08-2018</i>
---	--	---------------------------------------

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

*Notado em 19 de Junho de 2018*  
*Juliana Silva de Lima*  
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

