

# 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: 06/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA LUZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000031929-9

---

Nr. da Autenticação B83FB804153C8DDF

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190716595 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANA LUZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO **Data do acidente:** 12/07/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 27/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P.7,11  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS            | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um joelho | 25 %                                            | Em grau médio - 50 %                                          | 12,5%     | R\$ 1.687,50             |
| Total                                     |                                                 |                                                               | 12,5 %    | R\$ 1.687,50             |

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DO RIO GRANDE DO NORTE

RUA MARMOR 150, BALDO  
NATAL - RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-91  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055159-0



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.428, de 26/04/02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvitoria: 0500 854 0404

Agência Reguladora de Serviços do Rio Grande do Norte

ARSEP 0800 727 0127 -Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 157

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

**DADOS DO CLIENTE**  
**RITA D AZEVEDO==> CADASTRO**  
**DESATUALIZADO <=**

**DATA DE VENCIMENTO**  
**26/07/2019**

**DATA EMISSÃO DA NOTA**  
**FISCAL**

20/07/2019

**DATA DA APRESENTAÇÃO**

20/07/2019

**NÚMERO DA NOTA FISCAL**

027472988

**CONTA CONTRATO**  
**0492175013**

**CLASSIFICAÇÃO**

RESIDENCIAL

Monofásico

B1

**ENDEREÇO**

RUA SES DE JANEIRO 1445 -SANTO  
ANTONIO/ÁREA URBANA -59611-070  
MOSSORO RN -

**TOTAL A PAGAR**

**R\$ 514,61**

**PERÍODO CONSUMO**

19/06/2019 a 20/07/2019

**CONSUMO**

603

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 27,00 valor do imposto R\$ 125,28

**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**

**VIA PARA PAGAMENTO**

Destaque aqui

**CONTA CONTRATO**

0492175013

**MÊS/ANO**

07/2019

**TOTAL A PAGAR**

R\$ 514,61

**VENCIMENTO**

26/07/2019

**TALÃO DE PAGAMENTO**

**Evite dobrar e perfurar ou**

**rasurar.**

**Este canhoto será usado em**  
**leitora ótica.**

838200000053 146100384000 492175013206 020876977535

**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Israel Lucas Guimarães CastroRG nº 003486443, data de expedição 30/03/54, Órgão SP RJ,CPF nº 047.201.234-08, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|                                  |                     |
|----------------------------------|---------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Prça) | Rua Seiz de Janeiro |
| Número                           | 3445                |
| Apto / Complemento               | Casa                |
| Bairro                           | Santa Antonio       |
| Cidade                           | Monoró              |
| Estado                           | RJ                  |
| CEP                              | 59633-070           |
| Telefone de Contato              | (84) 99827-0066     |
| E-mail                           | Não Possui          |

Por ser verdade, firmo-me:

Local e Data: Monoró RJ 04/09/2019Assinatura do Declarante: Israel Lucas Guimarães Castro

**Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190716595**

**Vítima: ANA LUZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO**

**Data do Acidente: 12/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ISRAEL LUCAS GUIMARAES CASTRO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ANA LUZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO**

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

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **ANA LUZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000560**

Conta: **0000031929-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DO RIO GRANDE DO NORTE

RUA MARMOR 150, BALDO  
NATAL - RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-91  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055159-0



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.428, de 26/04/02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvitoria: 0500 854 0404

Agência Reguladora de Serviços do Rio Grande do Norte

ARSEP 0800 727 0127 -Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 157

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

rita d AZEVEDO==> CADASTRO  
DESATUALIZADO <=

DATA DE VENCIMENTO

26/07/2019

DATA EMISSÃO DA NOTA  
FISCAL

20/07/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

20/07/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

027472988

CONTA CONTRATO

0492175013

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL  
Monofásico  
B1

ENDEREÇO

RUA SES DE JANEIRO 1445 -SANTO  
ANTONIO/ÁREA URBANA -59611-070  
MOSSORO RN -

TOTAL A PAGAR

R\$ 514,61

PERÍODO CONSUMO

19/06/2019 a 20/07/2019

CONSUMO

603

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 27,00 valor do imposto R\$ 125,28

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Deslique aqui

CONTA CONTRATO

0492175013

MÊS/ANO

07/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 514,61

VENCIMENTO

26/07/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou  
rasurar.  
Este canhoto será usado em  
leitora ótica.

838200000053 146100384000 492175013206 020876977535

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



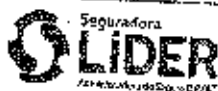
## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Israel Lucas Guimarães CastroRG nº 003486443, data de expedição 30/03/54, Órgão SP RJ,CPF nº 047.201.234-08, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|                                  |                     |
|----------------------------------|---------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avéida/Praca) | Rua Seiz de Janeiro |
| Número                           | 3445                |
| Apto / Complemento               | Casa                |
| Bairro                           | Santa Antonio       |
| Cidade                           | Monoro              |
| Estado                           | RJ                  |
| CEP                              | 59633-070           |
| Telefone de Contato              | (84) 99827-0066     |
| E-mail                           | Não Possui          |

Por ser verdade, firmo-me:

Local e Data: Monoro RJ 04/09/2019Assinatura do Declarante: Israel Lucas Guimarães Castro



# DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 06

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 022 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/BIBLIOTECA/WEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.  
A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao 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, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILEGAIS PREVISTAS NA LEI Nº 6.131/58.

Pelo exposto, eu Israel Lucas Guimarães Castro  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 057.207.234, / 08, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Ana Lúcia de Souza G. Castro inscrito (a) no CPF sob o Nº 703.936.344, / 72  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Ana Lúcia de S. G. Castro  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 703.936.344, / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12;  
Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatórios:  
☒ Recuso informar

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

|           |                            |         |               |                        |             |
|-----------|----------------------------|---------|---------------|------------------------|-------------|
| Endereço: | <u>Rua Seis de Janeiro</u> | Número: | <u>3445</u>   | Complemento:           | <u>Casa</u> |
| Bairro:   | <u>Santo Antônio</u>       | Cidade: | <u>Morroá</u> | Estado:                | <u>RN</u>   |
| E-mail:   | <u>Não possui</u>          |         | CEP:          | <u>59633-070</u>       |             |
|           |                            |         | Tel. (DDD):   | <u>(84) 99827-0066</u> |             |

Local e Data: Morroá - RN 04/09/2019

x Israel Lucas Guimarães Castro  
Assinatura do Declarante

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 44667 - ANA LUZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO (49 a 6 m 29 d)

Nascimento: 4/12/1969

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: 700007833328205

CPF: 70193614472

Prof:

Mãe: MARIA DA CONCEICAO DE SOUZA GUIMARAES

Pai: ANTONIO ALVES GUIMARAES

Logradouro: SEIS DE JANEIRO, 144

CEP: 59611070

Bairro: SANTO ANTONIO

Cidade: MOSSORO

Telefone:

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

\*Empresa:

OBS: Traçado pelo SAMU

Classificação:

PESO:

12/07/2019 20:22:15

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

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: colisão moto/moto, glasgow 15. Com provável fratura de MID

Hora: 20:40

Exame físico: paciente consciente, colisão no x mto. Usava capacete. Rega vômito na parte de consciência, aparente escorço em MESS e MMII, reflexo da no ponto direito.  
A: VAO, s/cervicalgia; s/cola cervical.  
B: MUR de cílios e bases, s/rt.  
C: Hemodinamicamente estável. RCAR; ZT; 300.  
D: Glasgow 15.

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
E MOSSORO 12/07/2019

SAME / ARQUIVO

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORARIO

ASSINT.

1) Radiografia de Fêmur AP

2) Ressonância da ortopedia

3) Curativos para a escorção

4) Voltar em 1h

5) DICA 20h

6) S/ 20h 5m 1h

\*SAÍDA: ( ) Decisão médica ( ) Transferido ( ) Evasão ( ) Óbito

( ) Interna: (Preencher CID, PROC)

CID

Proc.

Data:

/19. Hr:

Médico:

\*Gerado via SX por KLEBER RICARDO DE FRANCA BEZERRA. Impresso em 12 de Julho de 2019.

(Assinar e

Diego Ariel de Lima  
CRM-RN 7406  
RQE - 2804  
TEOT - 15467

04080505 SJ  
J82-1

\* ORTOPEDIA -

FRACTURA DE PUNTO TIBIAL A DREITA

SHAIKAR 6  
FERNANDES

CD. INDIAS TP URNERS/INICIA MENTO

P/CC

Diego Ariel de Lima  
CRM-RN 7408  
RQE - 2004  
IETD - 45807

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO :  
ESTA CONFORME O ORIGINAL  
AME MOSCOSO 05/08/2019  
BIAW  
SARET/ARQUIVO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

2 - CNES  
2503689

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

4 - CNES  
2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
ANA LUIZ DE SOUZA GUIMARAES CASTRO (8 - 3683/2019)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO  
208611

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
700007833328205

8 - DATA DE NASCIMENTO  
14/12/1969

9 - SEXO  
Masc. ☐ 1 Fem. ☒ 3

10 - RAÇA/COR  
PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE  
MARIA DA CONCEICAO DE SOUZA GUIMARAES

12 - TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL  
ANA LUIZ DE SOUZA GUIMARAES CASTRO

14 - TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)  
SEIS DE JANEIRO, 144 - SANTO ANTONIO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
MOSSORO

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO  
240800

18 - UF  
RN

19 - CEP  
59611070

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Transtorno de ansiedade  
Rx: R PLANALTO TIBIAL

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

QUANDO UNICO APLICADO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

DIAGNÓSTICO POR RESONÂNCIA + RX

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA

24 - CID 10  
PRINCIPAL  
S82.8

25 - CID 10  
SEGUNDÁRIO  
V20.9

26 - CID 10  
CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO  
040405050

29 - CLÍNICA  
ORT

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
2

31 - DOCUMENTO  
( ) CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE  
00785892339

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE  
DIEGO ARIEL DE LIMA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
12/07/2019

35 - ASSIN. E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO DILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOE

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR  
LIGINEY LINO DE OLIVEIRA

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

(X) CNS ( ) CPF

980016001835565

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA  
**Admissão de Internamento Hospitalar**

Nº FIA: 3683 /2019

Prontuário: 208611

Paciente: 44667 - ANA LUZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO  
Cartão SUS: 700007833328205 CPF: 70193614472  
Idade: 49 anos 6 meses 29 dias Sexo: F Etnia: PARDA  
Nome da mãe: MARIA DA CONCEICAO DE SOUZA GUIMARAES  
Nome do pai: ANTONIO ALVES GUIMARAES  
Rua/Av: SEIS DE JANEIRO  
Complemento:  
CEP: 59611070  
Telefone:  
Especialidade: CLINICA ORTOPEDICA  
Responsável: ANA LUZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO -  
Usuário: KLEBER RICARDO DE FRANCA BEZERRA

Dt Nasc: 14/12/1969  
Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nº: 144  
Bairro: SANTO ANTONIO

Cidade: MOSSORO

Unidade: OBS FEMININA Leito: 1. 18E

|                               |       |        |                      |
|-------------------------------|-------|--------|----------------------|
| Admissão: 12/07/2019 22:04:20 | Alta: | Óbito: | Dias de permanência: |
|-------------------------------|-------|--------|----------------------|

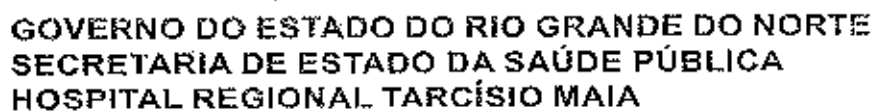
**DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.1 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA**  
408050551 -

**HISTORIA CLINICA**

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS  
ESTA CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORO  
SAME / ARQUIVO

MOSSORO, 12 de Julho de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



Nome: Bora LUZIL DE SOUZA Leito: 217-1

## PRESCRIÇÃO

| Data | Prescrição                                                   | Via | ENFERMAGEM |            |
|------|--------------------------------------------------------------|-----|------------|------------|
|      |                                                              |     | HORÁRIO    | ASSINATURA |
|      | ① Dieta 650ml                                                |     |            |            |
| 12   | ② SF 33% - 500ml, (N),<br>12/1214                            |     | 12         | 22         |
| 07   | ③ PEF 120/70 - 010ml<br>+ 15ml B, (N), 6/64                  |     | 006        | 10         |
| 19   | ④ Transar 100% - 010ml +<br>100ml SF 33% (N), 8/184<br>(SIN) |     |            | SIN        |
|      | ⑤ Dorivana 500mg L<br>010ml + 8ml B, (N), 6/64,<br>SIN       |     | 006        |            |
|      | ⑥ SSV 5/64                                                   |     |            |            |

Dr. Carlos Queiroz  
Otorrinolaringologista  
FEOT - 14830

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORO  
SAME / ARQUIVO

|          |
|----------|
| Nº AIH   |
|          |
| CRISTINA |
|          |

## BOLETIM DE ADMISSÃO

**192670 - ANA LUZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO**

**CASADO(A) - Sexo: FEMININO - 14/12/1969 - 49 A, 7 M, 10 D**

CPF: 701.936.144-72

RG: 001104571

CNS: 700007833328205

Convênio: SUS

Leito: 203-01

Enfermaria: 203 - AP 203

Endereço: SEIS DE JANEIRO, Nº 1.445 - CEP: 59600-010

Bairro: SANTO ANTONIO

Cidade: Cód.: 2403003 - MOSSORO/RN

Profissão: ENFERMEIRO

Especialidade: ORTOPEDIA CIRÚRGICA

Pai: ANTONIO ALVES GUIMARAES

Mãe: MARIA DA CONCEICAO DE SOUZA GUIMARAES

Naturalidade: MOSSORO

Caráter de Atendimento: ELETIVO

Responsável: ANA LUZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO

Procedimento Solicitado: 0408050551-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLACATO TIBIA - S821 - FRAT DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Diagnostico Definitivo:

Acomodação:

Médico: 5924 - PABLO ROMERO DA ESCOSSIA PINHEIRO

Carteira:

Validade: 30/12/1999

Autorização:

Senha:

Gua:

HOSPITAL WILSON ROSADO  
Convênio SUS  
Com 03 Refeições  
Com Refeições  
Companhante

**Resultado**

|                          |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

|                          |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplin

|                          |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

-48 Horas

+48 Horas

Obito

Transferido:

### História Clínica

Com as Rx's (não tinha resultado)

Prévio a cirurgia

Exames de sangue

Antônio Flávio Aguiar de Castro

Diagnostico Provável

Antônio Flávio Aguiar de Castro

RESPONSÁVEL

Dr. Pablo Romero da Escossia Pinheiro  
Ortopedia e Traumatologia  
TEOT-14391  
CRM-16924

PABLO ROMERO DA ESCOSSIA PINHEIRO



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome

DR. WILSON DE FARIAS

Reg Nº

Diagnóstico pré-operatório:

R. PUNTO TAIN D

Indicação terapêutica:

INTERVENÇÃO

Início:

Fim:

Duração:

Operador

DR. DIEGO AVEZ

1ª Auxiliar:

DR. GILSON OLIVEIRA

2ª Auxiliar:

3ª Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista:

DR. ENZO

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO  
NOTA CONFORME ORIGINAL  
BANK MOSSORÓ  
BANK TARCÍSIO

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

☒ Limpa ( ) Pot. Contaminada ( ) Contaminada ( ) Infectada

(1) PLS EM DNH, SAR ADON/ANESTESIA

(2) PSEPTICA, ANT-1-SPS/M, MOSKÓ DE CAMPOS  
OTÓRICO

(3) MONTAGEM FIX. EXT MANCIFICIA MLD  
01 02 PMS PROXIMOS + 02 MTRT

(4) CUSTO ESTERIL / A RZ

Dr. Wilson de Farias  
Dr. Gilson Oliveira  
Dr. Diego Avez  
Dr. Enzo  
Dr. Tarcísio Maia

21711  
OR  
A  
ORTOPEDIA

**CODIGO: 44667**

**CIRURGIA 24/07/2019 Ouartă HWR**

Dr. Marcos Fernandes da Silveira  
Ortopedia e Traumatologista  
Médico do Trabalho  
FONE: 2225 / 2225-2225

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ESTA CONFORME O ORIGINAL  
AME MOSSORO  
SANE / ARQUIVO



HOSPITAL  
WILSON ROSADO

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Ano Luiz de Souza Idade: 24  
Reg. Geral: 14 2670 Convênio: Des Unidade/Leito: 203-01  
Clínica: Contop Data: 29/12/19

Evolução Médica

R.O.1 Renato Ferebrazado

Prescrição Médica

Apazamento

- |                                     |            |
|-------------------------------------|------------|
| ① Dado Oral Livre                   | 24 00      |
| ② SF 0,9% 500ml CV 18/10/2          | 21/12 12   |
| ③ Dexamet 0,5mg + AB 0 CV 6/64      | 04/10/16 ⑧ |
| ④ Telapil 90mg + AB 0 CV 5/15       |            |
| ⑤ Aprofina 1g + AB 0 CV 6/64        | 04/10/16 ⑧ |
| ⑥ Bromazepam 0,5mg + AB 0 CV 8/18/5 | 20         |
| ⑦ SSUV + C 0 0 6                    | Retina     |

Dr. Paulo Roberto da Escóla Pinheiro  
Ortopedia e Traumatologia  
TEOT 14391  
Ribeirão Preto

Medicação administrada por:

M

T

N



HOSPITAL  
WILSON ROSADO

Paciente:

Idade:

Data:

Convênio:

## Relatório de Cirurgia

1. Cirurgia Principal:

2. Cirurgia Secundária:

3. Cirurgião:

CRM:

1º Auxiliar:

CRM:

2º Auxiliar:

CRM:

Enfermeiro(a):

COREN:

4. Anestesista:

CRM:

5. Instrumentador:

COREN:

6. Tecido removidos: ☐ Não ☐ Sim Especificar:

7. Análise Patológica:

☐ Não ☐ Sim

Laudo

☐ Maligno ☐ Benigno Dr.:

8. Classificação da Cirurgia:

☐ Limpa

☐ Potencialmente contaminada

☐ Contaminada

☐ Infectada

9. Contaminação Intra-operatória:

☐ Não ☐ Sim

10. Programação:

☐ Efetiva

☐ Urgência

☐ Emergência

11. Trauma:

☐ Não

☐ Sim

Data:

Hora:

12. Infecção atual em outro Sistema:

☐ Não

☐ Sim Tipo:

13. Drenos:

☐ Não

☐ Sim

Tipo:

14. Protoso (s):

☐ Não

☐ Sim

Tipo:

15. Descrição do procedimento cirúrgico no verso

Assinatura Cirurgião:

Data:

Para anestesia local, informar:

Hora do Início do procedimento:

Hora do término do procedimento:

CRM:

Dr. Paulo Romarinho Escobar Pinheiro  
Ortopedia e Traumatologia  
TEOT 14391  
CRM 6024



**CAM**  
CLÍNICA DE ANESTESIOLOGIA  
DE MOSSORÓ LTDA.

# Clínica de Anestesiologia de Mossoró Ltda.

## FICHA DE ANESTESIA

ANESTESIA DE SOUZA GUIMARÃES CASTRO

NOME Roberto Cabral Pereira da Mota DATA 24.07.19

SERVIÇO HWR - SUS ORTOP ANESTESISTA Dayane Santos CIRURGIÃO Pablo + Gustavo

IDADE 45 SEXO F COR B PR. ART. 130/80 PULSO 90 TEMP. — ESTADO FÍSICO 1 2 3 4 5 PRÉ-ANESTÉSICO —

DIAGNÓSTICO Fratura pató tibial

OPERAÇÃO REALIZADA Trat. cirúrg. fr. pató tibial (0409050557)

INÍCIO 20:40 TÉRMINO 21:20 DURAÇÃO 40 ROTINA — EMERGÊNCIA — EXTRA —

SpO<sub>2</sub> 94-94-94

ETCO<sub>2</sub> —

| HORA | OBSERVAÇÕES           |
|------|-----------------------|
| A    | Montagem +            |
| C    | revisão de ventilação |
| E    | de 100% SMV 6L/min    |
| N    | 1 Midazolam 3mg IV    |
| T    | Fentanil 100mcg IV    |
| E    | Cetamina 20mg IV      |
| S    | 2 Cetamina 20mg +     |
|      | Paralódia 50mg +      |
|      | Dexametasona 10mg     |
|      | Ondansetron 8mg +     |
|      | Dipirona 2g no SF     |
|      | 3 Propofol 20mg IV    |
|      | X Ao CEO. Reduzir AO  |
|      | Soro AL               |
|      | Sangue —              |
|      | Outros —              |

TÉCNICA ANEST. GERAL: ( ) INALATÓRIA: ( ) ENDOVENOSA: ( ) BALANCEADA: ( ) SEDAÇÃO: (X)  
ANEST. REGIONAL: ( ) RAQUIDIANA: ( ) PERIDURAL: ( ) OUTROS: ( )

AGENTES EMPREGADOS Midazolam 3mg + Fentanil 100mcg + Cetamina 10mg +

Propofol 20mg

ACORDADO SIM (X) NÃO ( ) SALA DE RECUPERAÇÃO SIM (X) NÃO ( ) CONDIÇÕES B (X) R ( ) N ( ) P ( ) ÓBITO

Descrição dos procedimentos cirúrgicos

- ① K O - VDM pele mdoes
- ② Inten de Transplac
- ③ enxerto + unguis
- ④

Dr. Paulo Roberto de Sousa Junior  
Ortopedia e Traumatologia  
TEOT 14391  
CRM/RN 5564

## EVOLUÇÃO - MÉDICA

Paciente: 1219580 - ANA LUZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO

Idade: 50 Anos

Leito: 203-01

25/07/2019

19:19:34 # PO DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO PERNA ESQUERDA

ALERTA, CONSCIENTE E ORIENTADA

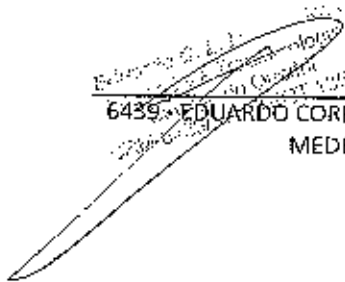
NEUROVASCULAR PRESERVADO

USO DE TALA INGUINO PODOALICA

CD

ALTA HOSPITALAR

RETORNO EM 7 DIAS PARA CIRURGIA DEFINITIVA

  
6439 • EDUARDO CORREIA LIMA RODRIGUES  
MEDEIROS



**CARDIODIAGNÓSTICO LTDA**  
PEDRO VELHO, 250 - SANTO ANTONIO  
59611-010, MOSSORO/RN  
CNPJ: 35.650.324/0001-50  
TELEFONE: (84) 3318-9000

Pág.: 1/1

PACIENTE: 1219580-ANA LUIZA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO

IDADE: 49 A,7 M,10

SUS

ENFERMARIA: 203-AP 203

LEITO:203-01

ADMISSÃO: 24/07/2019

DIAS INTERNADO: 1

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

25/07/2019 - 19:20:00

DIETA LIVRE

SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500 ML

1,00 FR IV

08/0811

DIPIRONA 500MG/ML 2ML

1,00 AMP IV

06/0611

TRAMAL 50MG/ML 2ML

1,00 AMP IV

06/0611

SN

SSVV+ CCGG

ALTA HOSPITALAR

*Roberto*

*[Handwritten signature]*  
Eduardo Correia Lima Rodrigues  
Médico - CRM 134.11

6439 - EDUARDO CORREIA LIMA RODRIGUES MEDEIROS

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1219580 - ANA LUZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO

Page 1 of 1

Data da internação: 24/07/2019 - 09:43:00

Sexo: F

Idade: 49 A, 7 M, 10 D

Convênio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 203-01

24/07/2019

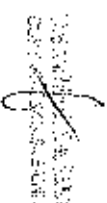
Hora PA Temp FC FR Glicemia

10:00:00 120x80 36,70 76 20 0

Assinatura

10:00:00 ADMITO PACIENTE NESTE SETOR (POSTO 2, 2º ANDAR), SEXO FEMININO, 49 ANOS. PROVENIENTE DO HRTM. EM MACA, ACOMPANHADA DE MAQUETEIRO E FAMILIARES. PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANTATO TIBIA. PACIENTE COM FIXADORES EM IMD. EM JEJUM PARA CIRURGIA. NEGA: HAS+DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA. RECEBO CONSCIENTE, ORIENTADA EM TEMPO E ESPAÇO, COMUNICATIVA. AOS SSV: NORMOCÁRDICA, NORMOTENSA, PULSO RÍTMICO E REGULAR, AFEBRIL, EUPNEÚA EM AA (SpO2: 95%), ACIANÓTICA, ANICTÉRICA, COM PERUSÃO TISSULAR PRESERVADA <2S. AO EXAME CLÍNICO: COURO CABELUDO RÍGIDO, PELE ÍNTEGRA E SECA, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES COM MUCOSA OCULAR E ORAL CORADAS. SIC: ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS. INTESTINAIS E VESICAIS PRESENTES E NORMAIS. LIVRE DE EDEMAS. COM SONO PRESERVADO. HIGIENE SATISFATÓRIA. SEM QUEIXAS NO MOMENTO. FOI REALIZADO BANHO NO LEITO, COM CLOREXIDINA DEGERMANTE. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. A PACIENTE NÃO TEM CONDIÇÕES DE ACESSO. AGUARDA CIRURGIA.

THATIANE  
MICHELLE  
FREITAS





CARDIODIAGNÓSTICO-LTDA  
HOSPITAL WILSON ROSADO  
PEDRO VELHO, 259  
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-340  
CNPJ: 35.650.324/0001-50  
Tel: (54) 3313-5000

HOSPITAL  
WILSON ROSADO

## ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1219580 - ANA LUIZA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO

Data da internação: 24/07/2019 - 09:43:00 Sexo: F Idade: 49 A, 7 M, 10 D  
Convenio: SUS  
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 203-01

24/07/2019

Anotação

| Técnico(a) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Assinatura                  |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 14:00:00   | RECEBO PACIENTE PRÉ DE CIRURGIA ORTOPEDICA, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, DIETA POR VO, VIABILIZANDO SUAS NECESSIDADES, VIABILIZANDO HIDRATAÇÃO + TERAPIA MEDICAMENTOSA, AO EXAME: NORMOTENSO, NORMOCARDICA, EUPNEICO, AFEBRIL, SEM EDEMA, SEM HEMATOMA, CURATIVO LIMPO E SECO NA FO, COM FIXADOR NO MID. O CORPO INTOXICADO COM VERMELHIDÃO, MESMO NÃO APRESENTA QUEIXAS NO MOMENTO SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO. - PA: 130/80 TAX: 35,40% F.C.: 65 F.R.: 20 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O <sub>2</sub> : 98 Fi O <sub>2</sub> : 0 Ventilação: Decúbito: | JOELMA KARLA DUARTE MARINHO |
| 14:15:00   | TRANSFIRO PACIENTE PARA CC, EM MACA, ACOMPANHADO POR MAQUEIRO E FAMILIAR COM PRONTUÁRIO. - PA: TAX: 0,00% F.C.: 60 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O <sub>2</sub> : 0 Fi O <sub>2</sub> : 0 Ventilação: Decúbito:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | JOELMA KARLA DUARTE MARINHO |



HOSPITAL  
WILSON ROSADO

Paciente: Isma Lúcia da Silva Guimarães Cidade: Uruçuí Registro: 142670  
Setor: CC Médico: Dr. Paula Enferm./Leito: 203-01

| Data     | Hora  | Evolução de Enfermagem                                                                                                                                                                                                                                                                  | Assinatura                      |
|----------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 24/07/19 | 14:40 | Paciente no CC em sala, encaminhado ao posto com eletrocardiograma, no posto após de máquina e pontos com cateter. O procedimento cirúrgico sega DR. HNS e outros procedimentos de acordo com o plano, monitor com HEP em MS. Utilizando, após do res cuidados da equipe de enfermagem. |                                 |
| 24/07/19 | 08:20 | Paciente transportado do CC para S.O. para realizar cirurgia por DR. Paulo.                                                                                                                                                                                                             | Maria Nogueira                  |
| 24/07/19 | 08:40 | Início da Anestesia Sedação paciente monitorizada, com A.V.P., com M.V.                                                                                                                                                                                                                 | Lea Fleminga Rodrigues - 864638 |
|          | 01:45 | Início do procedimento.                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                 |
|          | 21:20 | Termino do Procedimento.                                                                                                                                                                                                                                                                |                                 |
|          | 21:30 | Termino da Anestesia Sedação.                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |
| 24/07/19 | 21:40 | Paciente encaminhado para O.R.O., com A.V.P., com curativo em E.O., em O2 ambiente suplementar, e parar aos cuidados da equipe.                                                                                                                                                         | Lea Fleminga Rodrigues - 864638 |
|          | 21:55 | Paciente recebido no O.R.O. do CC.                                                                                                                                                                                                                                                      |                                 |
|          | 22:15 | Administração tilidil + ABD.                                                                                                                                                                                                                                                            |                                 |
|          | 23:55 | Conforme prescrição médica paciente desperta sem sequelas e transferido para enfermaria. Consciente orientado e responde em O2 ambiente ventilado.                                                                                                                                      |                                 |

ANOTAÇÃO DE EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

1219580 - ANA LUIZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO

Data da internação: 24/07/2019 - 09:43:00 Sexo: F Idade: 49 A, 7 M, 10 D  
 Convenio: SUS  
 Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 203-01

25/07/2019

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Profissional |           | Assinatura                                                                                                  |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | LUZINEIDE    | LUZINEIDE |                                                                                                             |
| 0:00 | <p>Pat: 120x20, Temp: 36, FC: 75, FR: 21, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O<sub>2</sub>: 94, Fi. O<sub>2</sub>: 0, Ventilação: , Decúbito: RECEBO PACIENTE VINDO DO CC EM MACA ACOMPANHADO DE MAQUEIRI E FAMILIAR CONSCIENTE, ORIENTADA, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES EM 02 AMBIENTE. COM A/V VIABILIZANDO HIDRATAÇÃO + TERAPIA MEDICAMENTOSA, AO EXAME: NORMOTENSA, NORMOCARDICA, EUPNEICA, AFEBRIL COM DIURESE PRESENTE SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.</p> <p>ADMINISTRADO SFO 500ML IV CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA</p> |              |           | <br>Luzineide<br>Enfermeira |
| 4:00 | <p>Pat: , Temp: 0, FC: 0, FR: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O<sub>2</sub>: 0, Fi. O<sub>2</sub>: 0, Ventilação: , Decúbito: ADMINISTRADO 1 AMP DIPIRONA + ABD IV, 1 FA CEFAZOLINA 1G + ABD IV CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |              |           | <br>Luzineide               |

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1219580 - ANA LUZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO

Data da internação: 24/07/2019 - 09:43:00 Sexo: F Idade: 49 A, 7 M, 10 D  
Convênio: SUS  
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 203-01

25/07/2019

Hora PA Temp FC FR Glicemia

08:00:00

RECEBO PACIENTE NESTE SETOR PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TÍBIA. PACIENTE COM FIXADORES EM MID. RECEBO CONSCIENTE, ORIENTADA EM TEMPO E ESPAÇO, COMUNICATIVA. AOS SSVV: NORMOCÁRDICA, NORMOTENSA, PULSO RÍTMICO E REGULAR, AFEBRIL, EUPNEICA EM AA (SPO2: 95%), ACIANÓTICA, ANICTÉRICA, COM PERFUSÃO TISSULAR PRESERVADA <2S. AO EXAME CLÍNICO: COURO CABELUDO RÍGIDO, PELE ÍNTEGRA E SECA, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES COM MUCOSA OCULAR E ORAL CORADAS. SIC: ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS: INTESTINAIS E VESICAIS PRESENTES E NORMAIS. LIVRE DE EDEMAS. COM SONO PRESERVADO, HIGIENE SATISFATORIA. SEM QUEIXAS NO MOMENTO. FOI REALIZADO BANHO NO LEITO, COM CLOREXIDINA DEGERMANTE. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

THATIANE  
MICHELLE  
FREITAS

Assinatura



## ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

**1219580 - ANA LUIZA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO**

Data da internação: 24/07/2019 - 09:43:00 Sexo: F Idade: 49 A, 7 M, 10 D  
Convenio: SUS  
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 203-01

25/07/2019

Anotação

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Técnico(a)                 | Assinatura |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------|
| 07:00:00 | RECEBO PACIENTE EM SEU LEITO, PÓS RETIRADA DE FIXADOR, EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, EM O2 AMBIENTE, COM AVP VIABILIZANDO HV + TERAPIA MEDICAMENTOSA, COM CURATIVO NA F.O LIMPO E SECO, DIURESE PRESENTE, EVACUAÇÕES ESPONTÂNEA (SIC), ACEITA DIETA POR VO, PORÉM SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO DA VISITA, AO EXAME: NORMOCARDICO, NORMOTENSO, EUPNEICO, AFEBRIL, E SEGUIE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. - PA: 120x80 TAX: 36,00% F.C.: 78 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O <sub>2</sub> : 98 Fi O <sub>2</sub> : 0 Ventilação: Decúbito: | BRENNA MAKKENNY<br>CORREIA |            |
| 10:00:00 | ADMINISTRADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA, DIPIRONA 1 AMP + ABD IV. - PA: TAX: 0,00% F.C.: 10 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O <sub>2</sub> : 0 Fi O <sub>2</sub> : 0 Ventilação: Decúbito:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | BRENNA MAKKENNY<br>CORREIA |            |
| 12:00:00 | ADMINISTRADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA, SF 0,9% 500 ML IV. - PA: TAX: 0,00% F.C.: 10 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O <sub>2</sub> : 0 Fi O <sub>2</sub> : 0 Ventilação: Decúbito:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | BRENNA MAKKENNY<br>CORREIA |            |



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA  
HOSPITAL WILSON ROSADO  
PEDRO VELHO, 250  
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 55611-010  
CNPJ: 35.650.324/0001-50  
Tel.: (084) 3218-9999

WILSON ROSADO

## ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

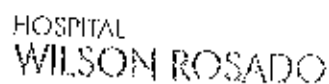
1219580 - ANA LUIZA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO

Data da internação: 24/07/2019 - 09:43:00 Sexo: F Idade: 49 A, 7 M, 10 D  
Convenio: SUS  
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 203-01

25/07/2019

### Anotação

|          | Anotação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Técnico(a)                  | Assinatura                                                   |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------|
|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                             |                                                              |
| 14:00:00 | RECEBO PACIENTE, POS DE CIRURGIA ORTOPEDICA, CONSCIENTE ORIENTADO RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, DIETA POR VO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, VIABILIZANDO HIDRATAÇÃO + TERAPIA MEDICAMENTOSA, AO EXAME: NORMOTENSO, NORMOCARDICO, EUPNEICO, AFEBRIL, SEM EDEMA, SEM HEMATOMA, DIURESE PRESENTE, EVACUAÇÃO PRESENTE, O MESMO NÃO APRESENTA QUEIXAS NO MOMENTO SEGUINTE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO. - PA: 120/70 TAX: 36,50% F.C.: 77 F.R.: 20 Glicemia: 0 PVC: 0 Sat. O <sub>2</sub> : 95 FIO <sub>2</sub> : 0 Ventilação: Decúbito: | JOELMA KARLA DUARTE MARINHO | Dr. Wilson Rosado<br>Tutor de Enfermagem<br>COREN-PN 730.175 |
| 16:00:00 | ADMINISTRADO 1 AMP DE DIPIRONA+ABD IV, 1 FRASCO DE CEFALOTINA+ABD IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00% F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O <sub>2</sub> : 0 FIO <sub>2</sub> : 0 Ventilação: Decúbito:                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | JOELMA KARLA DUARTE MARINHO | Dr. Wilson Rosado<br>Tutor de Enfermagem<br>COREN-PN 730.175 |



## PLANOS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Paciente: Ana Luíza de Souza Guimarães  
Clínica: \_\_\_\_\_

Clinical:

Ent:

Leaves:

Cuidados Especiales:

[illegible]

## Visto Enfermeiro

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO



COLEGAR DIREITO



*Maria da Conceição de Souza Guimarães Castro*

ASSINATURA COTITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RECORRIDO

DATA DE

EXPIRAÇÃO

001.104.371

03/05/2011

NOME

MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUZA GUIMARÃES CASTRO

FILIAÇÃO

ANTÔNIO ALVES GUIMARÃES

MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUZA GUIMARÃES

NATURALIDADE

Mossoró - RN

DOC. BRASILEIRO

CERT. DE CASAMENTO L-R 71 F-209 RB-10795

Mossoró RN-2 CASTORIO

CPF 791.936.144-72

23. VII

Assessoria Jurídica

Assessoria Jurídica

LEI Nº 7.118 DE 20/09/03

14/12/1969

DATA DE NASCIMENTO

*21/12/1969*

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DA DEFESA  
FORÇA ARMADA NACIONAL DE TIRO E POLÍCIA MILITAR

**ISRAEL LUCAS GUIMARÃES CASTRO**

**CPF:** 017.207.214-08 **DATA NASCIMENTO:** 09/10/1995

**NOME COMPLETO:** ANTONIO FLAVIO AZEVEDO DE CASTRO  
**MATERIA:** ANA LUIZA DE SOUZA GUIMARÃES CASTRO

**PROFISSÃO:** [ ] **ACC:** [ ] **CODIGO:** [ ]

**DATA DE EMISSÃO:** 11/06/2019 **VALIDADE:** 04/02/2016

**Sinal Lucas Guimarães Castro**

**LOCAL:** BOSSORO, RN

**DATA DE EMISSÃO:** 10/03/2017

**ASSINATURA DO EMITENTE:** [assinatura]

**RIO GRANDE DO NORTE**

**VALIDE EM TODOS OS TERREITOS NACIONAIS**  
**1467653312**

**PROMENDO PLASTIFICAR**  
**1467653312**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO



COLEGAR DIREITO



Ana Rita de Souza Guimarães Castro

ASSINATURA COTITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

21/8/2011

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RECORRIDO

DATA DE

EXPIRACAO

001.104.371

03/05/2011

NOME

ANILUZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO

FILIAÇÃO

ANTONIO ALVES GUIMARAES

MARIA DA CONCEICAO DE SOUZA GUIMARAES

NATURALIDADE

14/12/1969

DATA DE NASCIMENTO

Mossoró - RN

CERT. DE CASAMENTO L-R 71 F-209 RB-10795

Mossoró RN-2 CASTORIO

CPF 791.936.144-72

23. VII

Assessoria Jurídica

Assessoria Jurídica

LEI Nº 7.118 DE 20/06/03

[illegible]

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - RN Nº 014100241832

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 000 RENAVAM 01186258079 EXERCÍCIO 2019

ISRAEL RUCKS SUMARIAES CASTRO

017.207.234-08 PLACA OGXA92

00X0292/RN

PASSEIROS/NOTOECIENTES/NAO ABILITAVE

YAMAHA YAB125I TACUON ED

007/125 CILINDRADAS

PARTECULAR

VENG COTA UNICA 29/03/2019

PARCELAMENTO/COTAS 1º PAGO

2º PAGO

3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) 009.529 32

TAXAS SETRAN: PAGO 114 DE VAT: 240

PREMIO TOTAL (R\$) 009.529 32

DATA DE PAGAMENTO

RELEV. FTD. EM FAVOR DE: 10.371.492/0001-85

BANCO YAMAHA MOTOR DO BRASIL S/A

MOTOR: 3418E-025190

MOSSORÓ/RN

DATA: 29/03/2019

RN Nº 014100241832 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 23/03/2019

OPF/CNPJ 017.207.234-08 PLACA OGXA92

RENAVAM 01186258079

YAMAHA YAB125I TACUON ED

ANO FAB 2019

905RE214010005350

PRÊMIO TARIFÁRIO

PMS (R\$) 009.529 32

DE NATRAN (R\$) 114

CUSTO DO BILHETE (R\$) 009.529 32

CUSTO DO SEGURO (R\$)

COTA UNICA

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 08.248.600/0001-04

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190716595 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANA LUZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO **Data do acidente:** 12/07/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 27/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P.7,11  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS            | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um joelho | 25 %                                            | Em grau médio - 50 %                                          | 12,5%     | R\$ 1.687,50             |
| Total                                     |                                                 |                                                               | 12,5 %    | R\$ 1.687,50             |

# PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Ana Luzia de Souza Guimarães Castro  
 NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: casada  
 PROFISSÃO: casada  
 IDENTIDADE: 003.104.543 CPF: 703.936.344-72  
 ENDEREÇO: Rua Getúlio de Jesus nº 1445 Santo Antonio

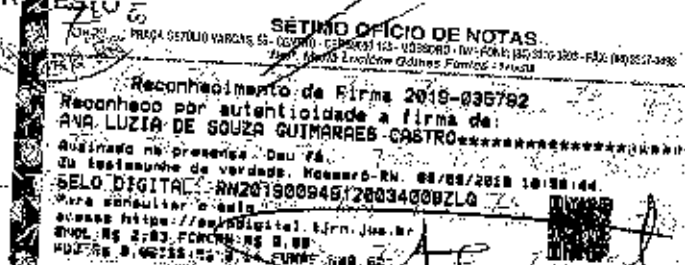
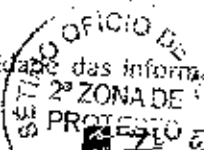
OUTORGADO

NOME: Abdoral Lucas Guimarães Castro  
 NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: casado  
 PROFISSÃO: casado  
 IDENTIDADE: 003.186.943 CPF: 017.207.214-08  
 ENDEREÇO: Rua Getúlio de Jesus nº 1445 Santo Antonio

NOME DA VÍTIMA: Ana Luzia de Souza Guimarães Castro  
 DATA DO ACIDENTE: 12/07/2019 COBERTURA: Inteligência

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

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



Mossoró 05/09/19  
 LOCAL E DATA

Ana Luzia

Ana Luzia de Souza Guimarães Castro  
 ASSINATURA DO OUTORGANTE  
 (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Abdoral Gomes Fontes  
 CPF. 468.490.344-97  
 SUBSTITUTO

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364233/19

**Vítima:** ANA LUZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTI

**CPF:** 701.936.144-72

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 12/07/2019

**Titular do CPF:** ANA LUZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### ISRAEL LUCAS GUIMARAES CASTRO : 017.207.214-08

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

### ANA LUZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO : 701.936.144-72

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/10/2019  
Nome: ISRAEL LUCAS GUIMARAES CASTRO  
CPF: 017.207.214-08

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2019  
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA  
CPF: 021.292.004-94

ISRAEL LUCAS GUIMARAES CASTRO

GERCIA LOURENCO DA SILVA

---

**Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190716595**

**Vítima: ANA LUZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO**

**Data do Acidente: 12/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ISRAEL LUCAS GUIMARAES CASTRO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ANA LUZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

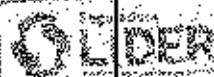
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Recolha no [ ] tipo(s) de cobertura: ☐ DIÁRIO (Coberturas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - CPF do segurado: **703 936 344 - 72** 3 - Nome completo do segurado: **Ana Luzia de S. G. Castro**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2013

4 - Nome completo: **Ana Luzia de Souza G. Castro** 5 - CPF: **703 936 344 - 72**  
6 - Data de nascimento: **14/05/1945** 7 - Complemento: **Casa**  
8 - Endereços: **Rua Seiz de Janeiro** 9 - Cidade: **Marzo** 10 - Estado: **SP** 11 - CEP: **05603-070**  
12 - Telefone: **(84) 99827-0066**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

13 - Nome completo do Representante Legal: **Wladimir** 14 - Profissão do Representante Legal: **Wladimir**

15 - CPF do Representante Legal: **339 29 9** 16 - Declaração de não ter sido o responsável por danos, resultando em indenização, conforme comprovante anexa (ANEXAR CÓPIA).

17 - RENDIMENTO MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECEIO-RENTISTAS ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.000,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.500,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUÇANÇA (Reserva para o futuro, não pode ser retirada) ☐ CONTA CORRENTE (Para depósito e saque)

22 - Agência: **0560** 23 - Conta: **339 29 9** 24 - Nome do BANCO: **9**

25 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO INDIVIDUAL - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

26 - Declaração de que a vítima não possui qualquer doença ou lesão que possa ser considerada uma das opções:

☐ Não há nenhuma doença ou lesão que possa ser considerada uma das opções;

☐ Há alguma doença ou lesão que possa ser considerada uma das opções, mas não é suficiente para a cobertura do seguro DPVAT;

☒ Há alguma doença ou lesão que possa ser considerada uma das opções, mas não é suficiente para a cobertura do seguro DPVAT, porém a vítima não possui qualquer doença ou lesão que possa ser considerada uma das opções.

27 - DECLARAÇÃO DE TÍTULOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

28 - Data do óbito da vítima: **04/09/2019**

29 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: **Wladimir**

30 - Se a vítima deixou filhos, informar: **Sim** 31 - Se a vítima deixou irmãos, informar: **Sim** 32 - Se a vítima deixou pais/mães vivos: **Sim**

33 - Se a vítima deixou outros parentes, informar: **Sim** 34 - Se a vítima deixou outros parentes, informar: **Sim**

35 - Se a vítima deixou outros parentes, informar: **Sim** 36 - Se a vítima deixou outros parentes, informar: **Sim**

37 - Se a vítima deixou outros parentes, informar: **Sim** 38 - Se a vítima deixou outros parentes, informar: **Sim**

39 - Se a vítima deixou outros parentes, informar: **Sim** 40 - Se a vítima deixou outros parentes, informar: **Sim**

41 - Se a vítima deixou outros parentes, informar: **Sim** 42 - Se a vítima deixou outros parentes, informar: **Sim**

43 - Se a vítima deixou outros parentes, informar: **Sim** 44 - Se a vítima deixou outros parentes, informar: **Sim**

45 - Se a vítima deixou outros parentes, informar: **Sim** 46 - Se a vítima deixou outros parentes, informar: **Sim**

47 - Se a vítima deixou outros parentes, informar: **Sim** 48 - Se a vítima deixou outros parentes, informar: **Sim**

49 - Se a vítima deixou outros parentes, informar: **Sim** 50 - Se a vítima deixou outros parentes, informar: **Sim**

51 - Se a vítima deixou outros parentes, informar: **Sim** 52 - Se a vítima deixou outros parentes, informar: **Sim**



AUTO-ATENDIMENTO - AO TERRA DO SUL RN  
DATA: 06/08/2013 HORA: 15:59:59  
TERMINAL: 30641028 CONTROLE: 306419280637

DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0560 001.00031929-9  
NOME: ANA LÚZIA DE S GUIMARAES CASTRO  
TIPO DE CONTA: 001 - CONTA CORRENTE PESSOA FÍSIC  
A

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 570

TELEFONE DEPOSITANTE: 84 99960-9618

NÚMERO DO ENVELOPE: 3361774287

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 040252/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/09/2019 10:41 Data/Hora Fim: 04/09/2019 10:42  
Origem: Data: 04/09/2019  
Delegado de Polícia: Valtair Camilo de Paiva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 12/07/2019 19:30

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)  
Logradouro: Seis de janeiro com Delfim Moreira

Bairro: Santo Antônio

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTÔNIO FLÁVIO AZEVEDO DE CASTRO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Upanema

Sexo: Masculino

Nasc: 03/05/1970

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Rita Dantas de Azevedo Castro

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 778.243.774-15

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: Seis de Janeiro

Nº: 1445

Bairro: Santo Antônio

Telefone: (84) 98638-8131 (Celular)

Nome Civil: ANA LÚZIA DE SOUZA GUIMARÃES CASTRO (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Mossoró

Sexo: Feminino

Nasc: 14/12/1969

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Maria da Conceição de Souza Guimarães

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 701.936.144-72

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: Seis de Janeiro

Nº: 1445

Bairro: Santo Antônio

Nome Civil: MOTOCICLISTA DESCONHECIDO, NÃO SABE A APLACA OU TIPO DO VEÍCULO (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 040252/2019-A01

Endereço

Município: Mossoró - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 017.207.214-08

Placa QGX0A92

Renavam 01186258079

Número do Motor E3T8E-025190

Número do Chassi 9C6RE2140L0005390

Ano/Modelo Fabricação 2020/2019

Cor VERMELHA

UF Veículo Rio Grande do Norte

Município Veículo Mossoró

Marca/Modelo YAMAHA/YBR125I FACTOR ED

Modelo YAMAHA/YBR125I FACTOR ED

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Meio Empregado

Última Atualização Denatran 29/03/2019

Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

Envolvimentos

Antônio Flávio Azevedo de Castro

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Declarou que estava parado na via na sua moto com a Sra. Ana Luzia de Sousa Guimarães Castro na garupa quando o sinal abriu, em seguida, sinalizou para entrar à direita, nesse momento, a autora do fato colidiu a sua moto contra a lateral da sua motocicleta; Que sofreram queda da moto na via; Que foram encaminhados pelo SAMU ao HRTM; Que a autora do fato se evadiu; Que o BO é para fins de DPVAT; Que não desejou representação criminal; Nada mais disse.

ASSINATURAS

Helder Emerson Nogueira Jerônimo

Agente de Polícia  
Matrícula 1690205

Responsável pelo Atendimento

Antônio Flávio Azevedo de Castro

(Vítima / Comunicante)

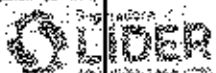
"Declaro que os dados inscrites no boletim de ocorrência são verdadeiros e corretos, sob pena de responder civil e criminalmente pela falsidade declarada, conforme previsto nos Artigos 339-Danificação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa do Crime ou da Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Valtair Camilo de Palva  
Impresso por: Helder Emerson Nogueira Jerônimo  
Data de Impressão: 04/09/2019 10:42  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPa - Procedimentos Policiais Eletrônicos



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha (v) tipo(s) de cobertura: ☐ DANO (GASTOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº da inscrição do AG: 3 - CPF do vítima: 4 - Nome completo do vítima:  
703 936 344 - 72 Ana Lúcia de S. G. Castro

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP. Nº 465/2017

5 - Nome completo: Ana Lúcia de Souza G. Castro  
6 - CPF: 703 936 344 - 72  
7 - Endereço: Rua Seiz de Janeiro  
8 - Número: 3445  
9 - Complemento: Casa  
10 - Cidade: Santo Antonio  
11 - Estado: Mato Grosso  
12 - CEP: 75400-000  
13 - Telefone: (84) 99827-0066

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

14 - Nome completo do Representante Legal: 15 - Profissão do Representante Legal:

16 - Declaro, para todos os fins de direito, que o endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

17 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.500,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

18 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)  
☒ CONTA POUÇANÇA (destinada para o pagamento de poupança, não pode ser usada para saque) ☐ CONTA CORRENTE (todas as funções)

☐ Banco do Brasil (237) ☐ Itaú (343) ☐ Banco do Brasil (003) ☒ Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 34929 9 AGENCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora a utilizar a conta bancária indicada, para a minha titularidade, para a realização de pagamentos de indenização do Seguro DPVAT.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAJOS DO IMÓVEL - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro sob as penas da lei, que estou impedido de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para a sua cobertura de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 50 (noventa) dias do pedido.

Declaro que estou impedido de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para a sua cobertura de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil do vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado(a) civil ☐ Casado(a) religioso ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo  
24 - Data de óbito da vítima:

25 - Causa da morte do vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não  
27 - Se vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos: ☐ Sim ☐ Não  
29 - Se tinha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não  
30 - Vítima deixou dependentes: ☐ Sim ☐ Não  
31 - Vítima teve irmãos: ☐ Sim ☐ Não  
32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não  
33 - Vítima deixou pais/sócio(a): ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora, após a análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por morte dos meus dependentes ou de mim mesmo, poderá emitir a obrigação de restituir o valor recebido, além da restituição original por infração do artigo 259 do Código Penal.

25 - Nome legível de quem assina o pedido:

34 - CPF legível de quem assina o pedido:

35 - Assinatura de quem assina o pedido:

36 - Assinatura de quem assina o pedido:

37 - Assinatura de quem assina o pedido:

38 - Assinatura de quem assina o pedido:

39 - Assinatura de quem assina o pedido:

40 - Assinatura de quem assina o pedido:



**SAMU  
MOSSORÓ  
192**

**Prefeitura Municipal de Mossoró  
Secretaria Municipal da Saúde  
SAMU MOSSORÓ 192**

**DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 440**

Mossoró 12 de Agosto de 2019

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário **ANA LUZIA DE SOUZA GUIMARÃES, 49 anos.**

**Natureza da Ocorrência:** Acidente Automobilístico: Colisão Moto x Moto

**Data da Ocorrência:** 12/07/2019

**Local da ocorrência:** Cruzamento das ruas: Delfim Moreira com Seis de Janeiro/Santo Antônio/próximo ao Apetito

**Viatura: Bravo** – Unidade de Suporte Básico de Vida - 01

**Hora do Chamado:** 19h 54min.

**Procedimento no Local:** Na cena, vítima foi submetida à imobilização (prancha, colar, coxim e tirantes), e foi encaminhada para a Unidade de Saúde (HRTM), conforme regulação médica do **SAMU 192 Mossoró.**

Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: Jorge Luís Soares, 50 anos, portador de **RG: 002.054.384.**

Estamos à disposição para mais informações.

SILVANIA DO MONTE SANTIAGO  
DIRETORA ADMINISTRATIVA

**Silvania do Monte Santiago**  
Matrícula 58682-1

Diretora Administrativa do **SAMU/Mossoró**

Dr. Dixon F. Medeiros Lima  
Diretor Geral

**Dixon Fradik Medeiros Lima**  
Matrícula 405418-3

Diretor Geral do **SAMU/ Mossoró**