



Número: **0800334-97.2020.8.20.5100**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara da Comarca de Assu**

Última distribuição : **03/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 998,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUCELIA BARBOSA DA SILVA (AUTOR)		KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56736 321	15/06/2020 15:57	2726771_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação

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:	06/05/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	3.712,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCELIA BARBOSA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00756

CONTA: 000000049416-2

Nr. da Autenticação 51BC149A461FDC7E



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA NERMOZ, 155, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-260
CNPJ 08.324.198/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055198-0



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

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

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

CICERO ANTONIO DA SILVA

CPF: 170.186.634-00

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TV AMERICO MACEDO 351

CENTROVAREA URBANA
59050-000 ASSU RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.cosern.com.br

DATA DE VENCIMENTO

02/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

13/12/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

13/12/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

016613326

Série: 11

CONTA CONTRATO

000268861017

Nº DO CLIENTE

3000234364

Nº DA INSTALAÇÃO

000000857

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

F094.5072.0219.BF43.502D.E3BC.AC52.7083

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,20541078	6,16
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,35213277	24,64
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,00	0,52019918	63,35
Consumo Ativo superior a 220 kWh	14,00	0,58685795	8,21
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,33
Contrib. Ilum. Pública Municipal			11,40
ICMS-Parece Subvencionada			7,34
Multa por atraso-NF 013719356 - 15/10/18			2,58
Juros por atraso-NF 013719356 - 15/10/18			0,82
Atualização ICPM-NF 013719356 - 15/10/18			0,58
TOTAL DA FATURA			129,38

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIB			CÓFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
103,61	18,00	18,64	103,61	0,69	0,71	103,61	2,77	2,86

SEM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CANCELARÃO CONTE

Valor	De Renda	Valor
24/11/18	13/12/18	121,88

Esta comunicação NÃO substitui aviso de débito anterior e NÃO constitui
aviso em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos
de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também ocorrer
cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 RSN 414/2010. Podem ocorrer efeitos de
cobrança, bem como incidência nas regras de restrição de crédito EPC e SERRASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh	0,20541078
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,35213277
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,52019918
Consumo Ativo superior a 220 kWh	0,58685795

HISTÓRICO DO CONSUMO

	kWh
Consumo Ativo até 30 kWh	334
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	226
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	243
Consumo Ativo superior a 220 kWh	241
Consumo Ativo superior a 220 kWh	246
Consumo Ativo superior a 220 kWh	230
Consumo Ativo superior a 220 kWh	226
Consumo Ativo superior a 220 kWh	227
Consumo Ativo superior a 220 kWh	206
Consumo Ativo superior a 220 kWh	253
Consumo Ativo superior a 220 kWh	232
Consumo Ativo superior a 220 kWh	234
Consumo Ativo superior a 220 kWh	287

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	%
Perdas de Energia	35,21
Transmissão	5,48
Distribuição (Cosern)	35,21
Exercício Anterior	4,63
Tubos	32,19
Perdas de Energia	7,12
TOTAL	100,00

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
9999999999999999	CAT	13/11/2018 24.368,99	13/12/2018 24.893,00	30	1,00000	0,56	234,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 14/01/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AFIRMAÇÃO	METAS GERAIS	METAS TÍPICAS	METAS ANUAIS
DIS-Atividade de Força sem Energia	ADU	0,00	5,43	16,00	21,73
DIS-Atividade de Força sem Energia	ADU	0,00	3,39	9,00	12,26
DIS-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,51	8,00	8,00
DIS-Duração de interrupção em alta crítica					Limite DIS-DC: 12,23
DIS-Valor do Encargo de Uso - RE					37,99

Todos os consumidores podem solicitar e receber as informações DIS, FIS, SMC e DCM e qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você, mercadinho da construção: rua joão celso filho, 1045, sao joao /
supermercado cd: rua poetisa alfonso wanderley, 383, centro, lista completa em www.cosern.com.br.
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Resolução ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei nº 10.438 de 20/04/02 - R\$ 41,14.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão do fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,
podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE ADI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000268861017	12/2018	0,00	02/01/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, IAGO FELIPE DE MOURA DA SILVA
RG nº 2764540, data de expedição 15/12/2005
Órgão SP/RN, portador do CPF nº 108.833.144-05
com domicílio na cidade de AGU, no Estado de
RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA SEBASTIÃO AUGUSTO DE SOUZA, nº 15
complemento LASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
FRANCISCO DE ASSIS BERTO DA SILVA
Veículo: MOTO Modelo: HONDA/CB 300R Ano: 2012
Placa: NOG 0335 Chassi: 9C2N14310CR043622
Data do Acidente: 12/11/18

Assinatura e Data:

AGU 08 DE MARÇO DE 2019

CARTÓRIO RIVANILDO

Iago Felipe de Moura da Silva

Assinatura do Declarante

X FRANCISCO DE ASSIS BERTO DA SILVA

Assinatura do Conductor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARTÓRIO DO PRIMEIRO OFÍCIO
(Cartório Rivaniildo)
RECONHEÇO por autenticidade (assinatura)
Firma(n) () supra () infra () retro () a margem de Iago Felipe de Moura da Silva
Assinatura de Iago Felipe de Moura da Silva Em 08 MAR 2019
Número de 02 indica(n) () o número de
número de 02 indica(n) () o número de
ASSU (R-)
Em testemunha de verdade:
Priscila Maria da Costa Carvalho Lessa
Escritor(a) Autorizada





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 31238 /2018

Admissão: 12/11/2018 05:29:14

CIRURGIA GERAL - LARANJA

Paciente: 26780 - LUCELIA BARBOSA DA SILVA (35 a 8 m 12 d)

Nascimento: 28/02/1983

Natural: ACU BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: 708601569841483

CPF: 06604836452

Prof:

Mãe: MARIA DO SOCORRO BARBOSA DA SILVA

Pai: CICERO ANTONIO DA SILVA

Logradouro: TRAV AMERICO MACEDO, 3510

CEP: 59650000

Bairro: ACU

Cidade: ACU

Telefone: 84.96603545 84 96603545

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: ASSU. DR. THIAGO.

Classificação: 12/11/2018 05:24:06 PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR E FRATURA FECHADA EM FÊMUR E GLASGOW 15.

Hora: _____

Tragido pelo SAMU, vítima de queda de moto, atingida e sem lesões. Confusão e com fratura exposta e edemato em ambos eq.

A - VA pouco ou CC e PA

B - MV e saturação, em RA SAT: 98%

C - FE 02 PA 130/80

D - ECG ISPTFR

E - Sinais de derrame ag. Nenhum audível. Os 4 membros de pele. Fratura exposta e com eq. múltiplas escoriações e extensões e com edema.

H2: Politrans

CD: TC cranio + torax + abd. superior. Nenhum e pele. Rx MZE LAB

Diagn. Inicial: Amiotrofia do Nervosismo e Osteoporose, ambos eq.

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORÁRIO

ASSINT.

- Epilobium 2g EV

- 2 Anos venozas colidinas

- Amoxicil 1g EV

Dr. Guilherme Almeida
Cirurgião Geralista
CRM-RN 6677

*Saída: - () Decisão médica; () Outro Serviço; () Evasão; () Óbito () Interna: CID _____

Proc. _____

Data: ____/____/18. Hr: ____:____ Ass. Médico: _____

*Gerado via SX por ANTONIO CAVALCANTE NEGREIROS. Impresso em 12 de Novembro de 2018.



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 15/06/2020 15:57:35

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061515573456500000054538063>

Número do documento: 20061515573456500000054538063

Num. 56736321 - Pág. 4

Assis TC Torção, distensão e dor. Sem lesão na articulação. Se ligamento lateral e anterior, na lesão completa e fixado, logo não se mexe. Neste momento se desloca, torção na direção

1. Agente adutor do tornozelo e do pé
Se desloca para cima e para fora

Dr. Guilherme Almeida
Cirurgião Vascular
CRM RJ 5677

Imunologia 6480mm 12113116

Tratado em 1990. Lesão de grau 4. Agente patológico
1. Lesão do pé (1) 1. Lesão do pé (1) 1. Lesão do pé (1)
periférica (periférica 2. 4. Lesão do pé (1) 1. Lesão do pé (1)
conferência de 1990. 1. Lesão do pé (1) 1. Lesão do pé (1)

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

Cod. 010305066-3

00 5833

15.

Lesão de grau 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000, 1001, 1002, 1003, 1004, 1005, 1006, 1007, 1008, 1009, 1010, 1011, 1012, 1013, 1014, 1015, 1016, 1017, 1018, 1019, 1020, 1021, 1022, 1023, 1024, 1025, 1026, 1027, 1028, 1029, 1030, 1031, 1032, 1033, 1034, 1035, 1036, 1037, 1038, 1039, 1040, 1041, 1042, 1043, 1044, 1045, 1046, 1047, 1048, 1049, 1050, 1051, 1052, 1053, 1054, 1055, 1056, 1057, 1058, 1059, 1060, 1061, 1062, 1063, 1064, 1065, 1066, 1067, 1068, 1069, 1070, 1071, 1072, 1073, 1074, 1075, 1076, 1077, 1078, 1079, 1080, 1081, 1082, 1083, 1084, 1085, 1086, 1087, 1088, 1089, 1090, 1091, 1092, 1093, 1094, 1095, 1096, 1097, 1098, 1099, 1100, 1101, 1102, 1103, 1104, 1105, 1106, 1107, 1108, 1109, 1110, 1111, 1112, 1113, 1114, 1115, 1116, 1117, 1118, 1119, 1120, 1121, 1122, 1123, 1124, 1125, 1126, 1127, 1128, 1129, 1130, 1131, 1132, 1133, 1134, 1135, 1136, 1137, 1138, 1139, 1140, 1141, 1142, 1143, 1144, 1145, 1146, 1147, 1148, 1149, 1150, 1151, 1152, 1153, 1154, 1155, 1156, 1157, 1158, 1159, 1160, 1161, 1162, 1163, 1164, 1165, 1166, 1167, 1168, 1169, 1170, 1171, 1172, 1173, 1174, 1175, 1176, 1177, 1178, 1179, 1180, 1181, 1182, 1183, 1184, 1185, 1186, 1187, 1188, 1189, 1190, 1191, 1192, 1193, 1194, 1195, 1196, 1197, 1198, 1199, 1200, 1201, 1202, 1203, 1204, 1205, 1206, 1207, 1208, 1209, 1210, 1211, 1212, 1213, 1214, 1215, 1216, 1217, 1218, 1219, 1220, 1221, 1222, 1223, 1224, 1225, 1226, 1227, 1228, 1229, 1230, 1231, 1232, 1233, 1234, 1235, 1236, 1237, 1238, 1239, 1240, 1241, 1242, 1243, 1244, 1245, 1246, 1247, 1248, 1249, 1250, 1251, 1252, 1253, 1254, 1255, 1256, 1257, 1258, 1259, 1260, 1261, 1262, 1263, 1264, 1265, 1266, 1267, 1268, 1269, 1270, 1271, 1272, 1273, 1274, 1275, 1276, 1277, 1278, 1279, 1280, 1281, 1282, 1283, 1284, 1285, 1286, 1287, 1288, 1289, 1290, 1291, 1292, 1293, 1294, 1295, 1296, 1297, 1298, 1299, 1300, 1301, 1302, 1303, 1304, 1305, 1306, 1307, 1308, 1309, 1310, 1311, 1312, 1313, 1314, 1315, 1316, 1317, 1318, 1319, 1320, 1321, 1322, 1323, 1324, 1325, 1326, 1327, 1328, 1329, 1330, 1331, 1332, 1333, 1334, 1335, 1336, 1337, 1338, 1339, 1340, 1341, 1342, 1343, 1344, 1345, 1346, 1347, 1348, 1349, 1350, 1351, 1352, 1353, 1354, 1355, 1356, 1357, 1358, 1359, 1360, 1361, 1362, 1363, 1364, 1365, 1366, 1367, 1368, 1369, 1370, 1371, 1372, 1373, 1374, 1375, 1376, 1377, 1378, 1379, 1380, 1381, 1382, 1383, 1384, 1385, 1386, 1387, 1388, 1389, 1390, 1391, 1392, 1393, 1394, 1395, 1396, 1397, 1398, 1399, 1400, 1401, 1402, 1403, 1404, 1405, 1406, 1407, 1408, 1409, 1410, 1411, 1412, 1413, 1414, 1415, 1416, 1417, 1418, 1419, 1420, 1421, 1422, 1423, 1424, 1425, 1426, 1427, 1428, 1429, 1430, 1431, 1432, 1433, 1434, 1435, 1436, 1437, 1438, 1439, 1440, 1441, 1442, 1443, 1444, 1445, 1446, 1447, 1448, 1449, 1450, 1451, 1452, 1453, 1454, 1455, 1456, 1457, 1458, 1459, 1460, 1461, 1462, 1463, 1464, 1465, 1466, 1467, 1468, 1469, 1470, 1471, 1472, 1473, 1474, 1475, 1476, 1477, 1478, 1479, 1480, 1481, 1482, 1483, 1484, 1485, 1486, 1487, 1488, 1489, 1490, 1491, 1492, 1493, 1494, 1495, 1496, 1497, 1498, 1499, 1500, 1501, 1502, 1503, 1504, 1505, 1506, 1507, 1508, 1509, 1510, 1511, 1512, 1513, 1514, 1515, 1516, 1517, 1518, 1519, 1520, 1521, 1522, 1523, 1524, 1525, 1526, 1527, 1528, 1529, 1530, 1531, 1532, 1533, 1534, 1535, 1536, 1537, 1538, 1539, 1540, 1541, 1542, 1543, 1544, 1545, 1546, 1547, 1548, 1549, 1550, 1551, 1552, 1553, 1554, 1555, 1556, 1557, 1558, 1559, 1560, 1561, 1562, 1563, 1564, 1565, 1566, 1567, 1568, 1569, 1570, 1571, 1572, 1573, 1574, 1575, 1576, 1577, 1578, 1579, 1580, 1581, 1582, 1583, 1584, 1585, 1586, 1587, 1588, 1589, 1590, 1591, 1592, 1593, 1594, 1595, 1596, 1597, 1598, 1599, 1600, 1601, 1602, 1603, 1604, 1605, 1606, 1607, 1608, 1609, 1610, 1611, 1612, 1613, 1614, 1615, 1616, 1617, 1618, 1619, 1620, 1621, 1622, 1623, 1624, 1625, 1626, 1627, 1628, 1629, 1630, 1631, 1632, 1633, 1634, 1635, 1636, 1637, 1638, 1639, 1640, 1641, 1642, 1643, 1644, 1645, 1646, 1647, 1648, 1649, 1650, 1651, 1652, 1653, 1654, 1655, 1656, 1657, 1658, 1659, 1660, 1661, 1662, 1663, 1664, 1665, 1666, 1667, 1668, 1669, 1670, 1671, 1672, 1673, 1674, 1675, 1676, 1677, 1678, 1679, 1680, 1681, 1682, 1683, 1684, 1685, 1686, 1687, 1688, 1689, 1690, 1691, 1692, 1693, 1694, 1695, 1696, 1697, 1698, 1699, 1700, 1701, 1702, 1703, 1704, 1705, 1706, 1707, 1708, 1709, 1710, 1711, 1712, 1713, 1714, 1715, 1716, 1717, 1718, 1719, 1720, 1721, 1722, 1723, 1724, 1725, 1726, 1727, 1728, 1729, 1730, 1731, 1732, 1733, 1734, 1735, 1736, 1737, 1738, 1739, 1740, 1741, 1742, 1743, 1744, 1745, 1746, 1747, 1748, 1749, 1750, 1751, 1752, 1753, 1754, 1755, 1756, 1757, 1758, 1759, 1760, 1761, 1762, 1763, 1764, 1765, 1766, 1767, 1768, 1769, 1770, 1771, 1772, 1773, 1774, 1775, 1776, 1777, 1778, 1779, 1780, 1781, 1782, 1783, 1784, 1785, 1786, 1787, 1788, 1789, 1790, 1791, 1792, 1793, 1794, 1795, 1796, 1797, 1798, 1799, 1800, 1801, 1802, 1803, 1804, 1805, 1806, 1807, 1808, 1809, 1810, 1811, 1812, 1813, 1814, 1815, 1816, 1817, 1818, 1819, 1820, 1821, 1822, 1823, 1824, 1825, 1826, 1827, 1828, 1829, 1830, 1831, 1832, 1833, 1834, 1835, 1836, 1837, 1838, 1839, 1840, 1841, 1842, 1843, 1844, 1845, 1846, 1847, 1848, 1849, 1850, 1851, 1852, 1853, 1854, 1855, 1856, 1857, 1858, 1859, 1860, 1861, 1862, 1863, 1864, 1865, 1866, 1867, 1868, 1869, 1870, 1871, 1872, 1873, 1874, 1875, 1876, 1877, 1878, 1879, 1880, 1881, 1882, 1883, 1884, 1885, 1886, 1887, 1888, 1889, 1890, 1891, 1892, 1893, 1894, 1895, 1896, 1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904, 1905, 1906, 1907, 1908, 1909, 1910, 1911, 1912, 1913, 1914, 1915, 1916, 1917, 1918, 1919, 1920, 1921, 1922, 1923, 1924, 1925, 1926, 1927, 1928, 1929, 1930, 1931, 1932, 1933, 1934, 1935, 1936, 1937, 1938, 1939, 1940, 1941, 1942, 1943, 1944, 1945, 1946, 1947, 1948, 1949, 1950, 1951, 1952, 1953, 1954, 1955, 1956, 1957, 1958, 1959, 1960, 1961, 1962, 1963, 1964, 1965, 1966, 1967, 1968, 1969, 1970, 1971, 1972, 1973, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149,

Prontuário: 204489



SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **LUCELIA BARBOSA DA SILVA** (Fia: 4882/2018), CPF:06604836452.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 12 de Novembro de 2018.

Lúcia Barbosa da Silva

Paciente ou responsável

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA - N. V. E.

DATA 26/11/18

Assinatura

CCIH - HRTM

DATA

28/12/18

Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
CONFORME ORIGINAL
MOSSORÓ
SAMEJA/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 LUCELIA BARBOSA DA SILVA (8 - 4882/2018)		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 204489	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 708601569841483	8 - DATA DE NASCIMENTO 28/02/1983	9 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3	10 - RAÇA/COR PARDA
11 - NOME DA MÃE MARIA DO SOCORRO BARBOSA DA SILVA		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD 84 96603545	10.1 - ETNIA
13 - NOME DO RESPONSÁVEL LUCELIA BARBOSA DA SILVA		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD 84 96603545	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) TRAV AMERICO MACEDO, 3510 / - ACU			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA ACU	17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 240020	18 - UF RN	19 - CEP 59650000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Doença crônica, com história
de queda de joelho e lesão da
superfície com abertura mais de 4 cm.*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

At. Urgência

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

Exame físico e raio X

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

LUXAÇÃO DO JOELHO

24 - CID 10
PRINCIPAL
S83.1

25 - CID 10
SECUNDÁRIO

26 - CID 10
CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO AO NIVEL DO JOE		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 408050683
29 - CLÍNICA CIR	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 2	31 - DOCUMENTO () CNS (X) CPF
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE 01397815442		33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE FRANCISCO ROBSON DA SILVA COSTA
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 12/11/2018		35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Roberto de Jesus Ortopedia e Traumatologia 1172

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 BILHETE	41 - SÉRIE
42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR LIGINEY LINO DE OLIVEIRA	47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	48 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR
49 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR 980016001835565	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	



HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: **4882 /2018**

Prontuário: **204489**

Paciente: **26780 - LUCELIA BARBOSA DA SILVA**

Cartão SUS: 708601569841483

CPF: 06604836452

Dt Nasc: 28/02/1983

Idade: 35 anos 8 meses 12 dias

Sexo: F

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA DO SOCORRO BARBOSA DA SILVA

Nome do pai: CICERO ANTONIO DA SILVA

Rua/Av: TRAV AMERICO MACEDO

Nº: 3510

Bairro: ACU

Complemento:

CEP: 59650000

Cidade: ACU

Telefone: 84 96603545 84 96603545

Especialidade: CLINICA CIRURGICA

Unidade: OBS FEMININA

Leito: 1. 25E

Responsável: LUCELIA BARBOSA DA SILVA -

Usuário: ANTONIO CAVALCANTE NEGREIROS

Admissão: 12/11/2018 06:43:08

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S83.1 - LUXAÇÃO DO JOELHO
408050683 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORO
SANEARQUIVO

MOSSORO, 12 de Novembro de 2018.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 15/06/2020 15:57:35

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061515573456500000054538063>

Número do documento: 20061515573456500000054538063

Num. 56736321 - Pág. 8



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Lúcia Barbosa de Lencastre Reg Nº 20.44.89

Diagnóstico pré-operatório: polipose, divertículo apertado grande pubiano +

Indicação terapêutica: divertículo da parede

do c. divertículo apertado grande + abstrusão da
região pubiana + delatante + fr. exp. natural pi. e

INTERVENÇÃO

Início: 10h Fim: 11h Duração: 1h

Operador: Dr. Rodrigo Jales Barreto

1ª Auxiliar: Dr. Antônio F. F. F. F.

2ª Auxiliar: Dr. Antônio F. F. F. F.

3ª Auxiliar: Dr. Antônio F. F. F. F.

Instrumentador: Dr. Francisco

Anestesista: Dr. Dayane

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SANEAMENTO
SANEAMENTO

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) Incisão - 10h - 10h - 10h - 10h
2) Sutura - 10h - 10h - 10h - 10h
3) Sutura - 10h - 10h - 10h - 10h
4) Sutura - 10h - 10h - 10h - 10h
5) Sutura - 10h - 10h - 10h - 10h
6) Sutura - 10h - 10h - 10h - 10h
7) Sutura - 10h - 10h - 10h - 10h
8) Sutura - 10h - 10h - 10h - 10h
9) Sutura - 10h - 10h - 10h - 10h
10) Sutura - 10h - 10h - 10h - 10h

Dr. Rodrigo Jales Barreto
Ortopedia e Traumatologia
Cir. Do Joelho
CRM 174759 REG - 11 2





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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Lucela Reg Nº 20.44.89

Diagnóstico pré-operatório: Fratura simples fechada

Indicação terapêutica: Fixação com placa e parafusos

INTERVENÇÃO

Início: 07h Fim: 10h Duração: 3h

Operador: Dr. Manoel

1ª Auxiliar: Enferm.

2ª Auxiliar: Enferm.

3ª Auxiliar: Enferm.

Instrumentador: Enferm.

Anestesista: Dr. Manoel

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ
SANE/ARQUIVO

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

(x) Limpa () Pot. Contaminada () Contaminada () Infectada

Incisão em Z-plast

com drenagem de sangue

curativo com curativo

curativo

curativo

Dr. Manoel
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO DO TRABALHO
CRM-RN 2995

10
7h
10h



Nome: LUCELIA BARBOSA DA SILVA 35 ANOS
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 302.1
DATA DA ADMISSÃO: 12/11/18 ASSU-RN Código: 26780

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA LIVRE	12h
2	SFO,9% 1000ML EV PARA 24H	12h
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	10h 16h 22h 04h
4	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H	10h 16h 22h 04h
5	DIPIRONA 01AMP + ABD EV 6/6H	10h 16h 22h 04h
6	OMEPRAZOL 20MG VO EM JEJUM	06h
7	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	10h
8	TILATIL 40MG + ABD EV 1X/DIA	10h
9	TRAMAL 100MG + 100ML SFO,9% EV 8/8H	14h 22h 06h
10	CURATIVO DIARIO	12h
11	SSVV+CCGG	12h

Dr. Daniel Farnham
 1000 E. 12th St.
 W-EDMONT, ALBERTA
 T5C 1P4



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: LUCÉLIA BARBOSA DA SILVA 35 ANOS
 CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 302.1
 DATA DA ADMISSÃO: 12/11/18 ASSU-RN Código: 26780

302-1

DATA	EVOLUÇÃO
20/11/18	<p>8 DIH: LUXAÇÃO EXPOSTA DE JOELHO E + ABERTURA DA SINFISE PUBICA EM USO DE F.E.</p> <p>REFERE DOR. (APRESENTOU 01 EPISÓDIO DE FEBRE.) -> <i>sem febre</i></p> <p>DIURESE FISIOLÓGICA.</p> <p>Neurovascular sem alteração.</p> <p>PULSOS PRESENTES.</p> <p>CD: VEM</p> <p>AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA</p> <p>PRE-OP OK</p> <p>INSERIDA NO SISREG</p> <p>AGUARDO ECG</p> <p>ACOMPANHAMENTO CONJUNTO COM A CIRURGIA VASCULAR</p> <p>AGUARDO REAVALIAÇÃO DA NCR</p>

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORÓ
[Assinatura]
 SAME/ARQUIVO

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA LIVRE (SEM LACTOSE)	
2	SFO, 9% 1000ML EV PARA 24H	1 ^o 2 ^o
3 D7	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	10 ^h 16 ^h 22 ^h 04 ^h
4 D7	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H	10 ^h 16 ^h 22 ^h 04 ^h
5	DIPIRONA 01AMP + ABD EV 6/6H	10 ^h 16 ^h 22 ^h 04 ^h
6	OMEPRAZOL 20MG VO EM JEJUM	06
7	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	10 ^h
8	TRAMAL 100MG + 100ML SFO, 9% EV 8/8H S/N	10 ^h
9	CURATIVO DIÁRIO	
10	SSVV + CCGG	
11		

[Assinatura]



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: LUCÉLIA BARBOSA DA SILVA 35 ANOS
 CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 302.1
 DATA DA ADMISSÃO: 12/11/18 ASSU-RN Código: 26780

DATA	EVOLUÇÃO
30/11/18	<p>18 DIH: LUXAÇÃO EXPOSTA DE JOELHO E + ABERTURA DA SINFISE PUBICA EM USO DE F.E.</p> <p>Sem queixas, no momento. Apresenta lesões eritemato-pruginosas em MSD. DIURESE FISIOLÓGICA. Neurovascular sem alteração. PULSOS PRESENTES.</p> <p>CD: VPM AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA PRE-OP OK INSERIDA NO SISREG BAIXO RISCO CARDIOVASCULAR ACOMPANHAMENTO CONJUNTO COM A CIRURGIA VASCULAR</p>

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
 ESTÁ CONFORME LAUDO
 SAME MOSSORÓ
 11/01/19
 SAME/ARQUIVO

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA LIVRE (SEM LACTOSE)	16:30
2	SCALP HIDRATADO	OK
3	DIPIRONA 01AMP + ABD EV 6/6H	16:30 - 18:30
4	OMEPRAZOL 20MG VO EM JEJUM	OK
5	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	16:30
6	CURATIVO DIÁRIO	16:30
7	SSVV+CCGG	16:30


Eduardo C. L. F. ...
 Coordenador e Informante
 Controle de Qualidade
 11/01/19 - TEST



DATA: 05/12/2018

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: LUCÉLIA BARBOSA DA SILVA 35 ANOS
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 302.1
DATA DA ADMISSÃO: 12/11/18 ASSU-RN Código: 26780

EVOLUÇÃO	
24 DIH: LUXAÇÃO EXPOSTA DE JOELHO E + ABERTURA DA SINFISE PUBICA EM USO DE F.E.	
Sem queixas, no momento. Apresenta lesões eritemato-pruginosas em MSD. DIURESE FISIOLÓGICA. Neurovascular sem alteração. PULSOS PRESENTES.	
CD: VPM AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA PRE-OP OK INSERIDA NO SISREG BAIXO RISCO CARDIOVASCULAR AGUARDO PARCER DA GINECOLOGIA	HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ  SAME/ARQUIVO

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA LIVRE (SEM LACTOSE)	
2	SCALP HIDRATADO	
3	DIPIRONA 01AMP + ABD EV 6/6H	10 16 22 09
4	OMEPRAZOL 20MG VO EM JEJUM	06
5	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	10
6	CURATIVO DIÁRIO	
7	SSVV+CCGG	


C. 4017



DATA: 10/12/2018

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: LUCELIA BARBOSA DA SILVA 35 ANOS
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 215.2
DATA DA ADMISSÃO: 12/11/18 ASSU-RN Código: 26780

EVOLUÇÃO	
28 DIH: LUXAÇÃO EXPOSTA DE JOELHO E + ABERTURA DA SINFISE PUBICA EM USO DE F.E.	
REFERE DOR NO JOELHO. DIURESE FISIOLÓGICA. Neurovascular sem alteração. PULSOS PRESENTES.	
CD: VPM AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA PRE-OP OK INSERIDA NO SISREG BAIXO RISCO CARDIOVASCULAR AGUARDO PARCER DA GINECOLOGIA	HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ SAME/ARQUIVO

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA LIVRE (SEM LACTOSE)	
2	JELCO HIDRATADO	
3	CEFAZOLINA 1G + ABD, EV, 6/6H	20/12/2018
4	TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0,9%, EV, 8/8H FIXO	20/12/2018
5	DIPIRONA 01AMP + ABD EV 6/6H	20/12/2018
6	OMEPRAZOL 20MG VO EM JEJUM	20/12/2018
7	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	20/12/2018
8	CURATIVO DIÁRIO	
9	SSVV+CCGG	

Diego Arredondo
CRM: 15553
CNPJ: 06.908.154/0001-01



DATA: 15/12/2018

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: LUCÉLIA BARBOSA DA SILVA 35 ANOS
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 215.2
DATA DA ADMISSÃO: 14/11/18 ASSU-RN Código: 26780

EVOLUÇÃO	
32 DIH: LUXAÇÃO EXPOSTA DE JOELHO E + ABERTURA DA SINFISE PUBICA EM USO DE F.E.	
REFERE DOR NO JOELHO. DIURESE FISIOLÓGICA. Neurovascular sem alteração. PULSOS PRESENTES.	
CD: VPM AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA PRE-OP OK INSERIDA NO SISREG BAIXO RISCO CARDIOVASCULAR AGUARDO PARCER DA GINECOLOGIA PROVAVEL TRANSFERENCIA HOJE	HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ <i>[Assinatura]</i> SAME/ARQUIVO

	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA LIVRE (SEM LACTOSE)	
2	JELCO HIDRATADO	
3	CLINDAMICINA 600 MG + 100 ML SF 0,9%, EV, 6/6H	18-16-25-84
4	TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0,9%, EV, 8/8H FIXO	14-23-05
5	TILATIL 40 MG + DILUENTE, EV, 1X AO DIA	18-16-25-84
6	DIPIRONA 01AMP + ABD EV 6/6H	06-10
7	OMEPRAZOL 20MG VO EM JEJUM	
8	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	
9	CURATIVO DIARIO	
10	SSVV+CCGG	

[Assinatura]
LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA
COORDENADORA DE ENFERMAGEM
Cirurgia Geral





RECIBO
19.10

20.44.89

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Leisl B. Leito: 215-2

DATA	EVOLUÇÃO
18/12/18	Foi operado no dia 18/12/18 + Acetaminofeno 600mg + 100mg de Paracetamol + 100mg de Paracetamol + 100mg de Paracetamol

PRESCRIÇÃO 1174 11/12/18

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
	Doença: Síndrome de Kienbock			
	Clonazepam 0,5mg EV		16 (23) (04)	
	+ 100mg de Paracetamol 6.6h			
	TRAMADOL 100mg EV - 6.6h		14 22 06	
	Albendazol 400mg EV			
	Dilúcio 1mg EV 6.6h		16 22 04	
	Dilúcio 20mg EV 6.6h			
	CCO + VC			
	Broncodilatador 20mg EV 6.6h			
	Dr. Manoel Fernandes da Silva ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MÉDICO DO TRABALHO CRM-RN 2939			
19/12/19	Doença: Síndrome de Kienbock			
7h	Dr. Manoel Fernandes da Silva ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MÉDICO DO TRABALHO CRM-RN 2939			





FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

12/11/18	
DATA DE ENTRADA	HORA

Nome do Usuário:*		Naturalidade		
Lucélia Barbosa da Silva		Assu/fv		
Filiação*	Cícero Antº da Silva Maria do Socorro da Silva			
Estado Civil:*	Data de Nascimento:*	Idade:	Sexo:	Renda Mensal R\$:
Solteira	28/02/1983	35 a	X M	
Endereço:*	Rua Américo Macedo		Nº 357	
ro:*	Cidade:*	Profissão:		
São João	Assu/fv	Do lar		
Ponto de Referência:				
CNS - Cartão Nacional do SUS:*		CPF:*	RG:*	
708 6015 6984 1483		066 048.364-52	003.091.856	
Telefone para contato:*				
Pessoa Responsável:*		Grau de parentesco:	Telefone:*	
Dewsa Mª Ferreira		mãe Biológica	84 9 9810-1276 9 9617-0489 (Walter Cunha)	

SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

CASA	<input checked="" type="checkbox"/>	PRÓPRIA	<input checked="" type="checkbox"/>	ALUGADA	<input type="checkbox"/>	CEDIDA	<input type="checkbox"/>	TELEFONE	<input type="checkbox"/>
ÁGUA	<input checked="" type="checkbox"/>	LUZ	<input checked="" type="checkbox"/>	TAIPA	<input type="checkbox"/>	ALVENARIA	<input checked="" type="checkbox"/>		
NÚMERO DE PESSOAS QUE RESIDEM	3	CRIANÇA	1	ADOLESCENTE	<input type="checkbox"/>	HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA	ADULTO	10050	

PROCEDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

GRACHÁ	<input type="checkbox"/>	REFEIÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>	NORMAS E ROTINAS	<input checked="" type="checkbox"/>	ORIENTAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>
--------	--------------------------	----------	-------------------------------------	------------------	-------------------------------------	------------	-------------------------------------

MOTIVO DA INTERNAÇÃO:*	Politrauma
------------------------	------------

CLÍNICA	302	LEITO	302-1
---------	-----	-------	-------

Observações:

Data: 12/11/2018

Assistente Social



PACIENTE: LUCÉLIA BARBOSA DA SILVA
DATA: 30/01/2019

CÓDIGO :118285

MÉDICO SOLICITANTE: FÁBIO ROBERTO

CONVÊNIO: PARTICULAR

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

TÉCNICA DO EXAME:

- Axial TSE ponderação T2.
- Coronal TSE ponderação T1.
- Coronal STIR ponderação T2.
- Sagital TSE ponderação em densidade de prótons e STIR/T2.

DESCRIÇÃO:

- Importante edema difuso dos planos circunjacentes ao joelho, notadamente na face ântero-lateral, notando-se ainda edema e infiltração líquida nos planos mioadiposos profundos da fossa poplíteica, envolvendo também os músculos gastrocnêmios.
- Fratura cominutiva no côndilo femoral lateral, com discreto desalinhamento entre os fragmentos e edema medular ósseo regional.
- Áreas de edema medular ósseo no platô tibial e na periferia do côndilo femoral medial, de aspecto pós-contusional.
- Traços de fratura de direção longitudinal na cabeça da fíbula, sem desalinhamentos.
- Sinais de rotura completa ou parcial de alto grau do ligamento cruzado anterior, com descontinuidade de fibras da porção cranial.
- Alteração difusa do sinal do ligamento cruzado posterior, notando-se irregularidade e afilamento de fibras do terço médio.
- Rotura longitudinal envolvendo o corpo e os cornos do menisco lateral, notando-se componente oblíquo na periferia do corno posterior que se estende à superfície capsular. Notam-se ainda sinais de perimeniscite.
- Rotura longitudinal envolvendo o corpo e os cornos do menisco medial, com irregularidade dos contornos do corpo meniscal que se encontra parcialmente extruso em relação à superfície articular. Nota-se ainda edema e sinais de perimeniscite adjacente ao corpo meniscal.
- Sinais de rotura completa do ligamento colateral medial, com indefinição de suas fibras.
- Afilamento e alteração de sinal de fibras da porção cranial do ligamento colateral lateral.
- Importante edema e infiltração líquida na gordura de Hoffa, de aspecto inflamatório.
- Moderado derrame articular.
- Patela normoposicionada com base no índice de Caton-Deschamps, sem sinais de inclinação/subluxação

Av. Dr. João Marcelino, 429 | CEP: 59.611-200 | Centro | Mossoró/RN | Tel.: (84) 3323-8550



PACIENTE: LUCELIA BARBOSA DA SILVA
DATA: 30/01/2019

CÓDIGO :118285

MÉDICO SOLICITANTE: FABIO ROBERTO
CONVÊNIO: PARTICULAR

na posição realizada do estudo.

- Cartilagens hialinas do compartimento patelo-femoral sem anormalidades.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Avaliação por Ressonância Magnética evidenciando importante edema e infiltração líquida no subcutâneo circunjacente ao joelho, notadamente na face anterolateral, bem como nos planos mioadiposos profundos na fossa poplíteica e envolvendo os músculos gastrocnêmios.
- Fratura cominutiva do côndilo femoral lateral, com discreto desalinhamento entre os fragmentos e edema medular ósseo regional.
- Fratura longitudinal sem desalinhamentos na cabeça da fíbula.
- Áreas de edema medular ósseo no côndilo femoral medial do platô tibial, de aspecto pós-contusional.
- Sinais de rotura completa ou parcial de alto grau do ligamento cruzado anterior, com edema dos planos profundos periligamentares.
- Alteração difusa do sinal do ligamento cruzado posterior, notando-se irregularidade e afilamento de fibras do terço médio. Correlacionar com testes clínicos específicos.
- Rotura longitudinal envolvendo o corpo e os cornos de ambos os meniscos, com sinais de perimeniscite.
- Sinais de rotura completa do ligamento colateral medial, com indefinição de suas fibras.
- Afilamento e alteração de sinal de fibras da porção cranial do ligamento colateral lateral.
- Importante edema e infiltração líquida na gordura de Hoffa, de aspecto inflamatório.
- Moderado derrame articular.

Nota: Este é um exame complementar de diagnóstico e os achados e hipóteses aqui contidos não devem ser analisados isoladamente, mas em conjunto com as demais informações clínicas e outros exames complementares pelo médico solicitante, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e a conduta a ser seguida. Colocamo-nos a disposição do médico para quaisquer esclarecimentos que forem necessários.



ANA CAROLINE FILGUEIRA MARTINS
CRM: 5193

Av. Dr. João Marcelino, 429 | CEP: 59.611-200 | Centro | Mossoró/RN | Tel.: (84) 3323-8550





Paciente: Lucelia Barbosa Da Silva
Sexo: feminino Data Nasc: 28/02/1983
Data do exame: 22/01/2019

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

- Controle de tratamento.
- Textura óssea reduzida.
- Artropatia degenerativa do compartimento femorotibial medial, caracterizada por redução do espaço articular, esclerose subcondral e osteófitos marginais.
- Compartimento femoropatelar conservado.
- Partes moles sem alterações ao método.
- Comparar com exames anteriores.

Dra. Luiza de Paiva Dantas CRM SP: 172042







Número do documento: 20061515573456500000054538063

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 066.048.364-52 Nome completo da vítima: Rocelia Barbosa da Silva

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

Nome completo: Rocelia Barbosa da Silva CPF: 066.048.364-52

Profissão: _____ Endereço: Tir. Americo Maciel Número: 351 Complemento: _____

Bairro: Centro Cidade: Assu Estado: RN CEP: 59.650-000

E-mail: _____ Tel./DDD: 84 - 99683 - 0624

DADOS CADASTRAIS

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

REDA MENSAL:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
- ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
- ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0759

CONTA: 49416

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação autenticada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.104/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Assu, RN, 19.02.19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Rocelia Barbosa da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0092517/19

Vítima: LUCELIA BARBOSA DA SILVA

CPF: 066.048.364-52

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/11/2018

Titular do CPF: LUCELIA BARBOSA DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LUCELIA BARBOSA DA SILVA : 066.048.364-52

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/03/2019
Nome: LUCELIA BARBOSA DA SILVA
CPF: 066.048.364-52

LUCELIA BARBOSA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/03/2019
Nome: FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS
CPF: 106.690.934-24

FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190206073 **Cidade:** Açu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCELIA BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 12/11/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: DISJUNÇÃO DA SÍNFISE PÚBICA.
LUXAÇÃO EXPOSTA DO JOELHO ESQUERDO COM LESÃO LIGAMENTAR.
FRATURA EXPOSTA DE HÁLUX ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO QUADRIL BILATERAL, JOELHO ESQUERDO E 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO QUADRIL BILATERAL, MODERADO DO JOELHO ESQUERDO E LEVE DO 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190206073 Cidade: Açu Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: LUCELIA BARBOSA DA SILVA Data do acidente: 12/11/2018 Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: DISJUNÇÃO DA SÍNFISE PÚBICA.
LUXAÇÃO EXPOSTA DO JOELHO ESQUERDO COM LESÃO LIGAMENTAR.
FRATURA EXPOSTA DE HÁLUX ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO QUADRIL BILATERAL, JOELHO ESQUERDO E 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO QUADRIL BILATERAL, MODERADO DO JOELHO ESQUERDO E LEVE DO 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PG. 6.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0092517/19

Vítima: LUCELIA BARBOSA DA SILVA

CPF: 066.048.364-52

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/11/2018

Titular do CPF: LUCELIA BARBOSA DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LUCELIA BARBOSA DA SILVA : 066.048.364-52

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/03/2019
Nome: LUCELIA BARBOSA DA SILVA
CPF: 066.048.364-52

LUCELIA BARBOSA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/03/2019
Nome: FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS
CPF: 106.690.934-24

FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190206073

Vítima: LUCELIA BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 12/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCELIA BARBOSA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14077368





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190206073

Vítima: LUCELIA BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 12/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), LUCELIA BARBOSA DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01763/01764 - carta_25 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190206073

Vítima: LUCELIA BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 12/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCELIA BARBOSA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.712,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = 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

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%
Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: LUCELIA BARBOSA DA SILVA

Valor: R\$ 3.712,50

Banco: 104

Agência: 000000756

Conta: 0000049416-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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.





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190206073

Vítima: LUCELIA BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 12/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCELIA BARBOSA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.712,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = 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

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%
Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: LUCELIA BARBOSA DA SILVA

Valor: R\$ 3.712,50

Banco: 104

Agência: 000000756

Conta: 0000049416-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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 Lider para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 066.048.364-52 Nome completo da vítima: Lucelia Barbosa da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Lucelia Barbosa da Silva CPF: 066.048.364-52
Profissão: _____ Endereço: Av. Americo Maciel Número: 351 Complemento: _____
Bairro: Centro Cidade: Assu Estado: RN CEP: 59.650-000
E-mail: _____ Tel. (DDD): 84-99683-0624

DADOS CADASTRAIS

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

RECEITA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0759 CONTA: 49416 (Informar o dígito se existir)

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

MORTE

Local e Data: Assu, RN, 19.02.19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO:

Lucelia Barbosa da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 15/06/2020 15:57:35

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061515573456500000054538063

Número do documento: 20061515573456500000054538063



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



Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE ASSU

Endereço: Rua João Pessoa, 598, Centro, AÇU, FONE/FAX: 3331-8598

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018091000233

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 19/02/2019 11:32:22

1.4 Ligou CIOSP: Sim

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 12/11/2018 03:40:00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: 0000

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: QUINTA DO FAROL

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RUA JOÃO CELSO FILHO

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: AÇU

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: LUCÉLIA BARBOSA DA SILVA

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Parda

3.7 Sexo: FEMININO

3.9 CPF: 06604836452

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: ESTUDANTE

3.15 Telefone(s): 84 968305104

3.17 Número: 351

3.19 Bairro: CENTRO

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: AÇU

3.2 Estado civil: Casado(a)

3.4 Pai: CICERO ANTONIO DA SILVA

3.6 Mãe: MARIA DO SOCORRO BARBOSA DA SILVA

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 25/02/1983

3.14 RG: 003091856 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Nacionalidade: ASSU RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: TRAVESSA AMÉRICO MACEDO

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S)

(NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S)

6.1.1 Nome Completo: VÁLTER VIEIRA DA SILVA

6.1.2 Nome Social:

6.1.4 Etnia: Parda

6.1.6 Mãe: MARIA GIVANILDE VIEIRA SILVA

6.1.8 Sexo: MASCULINO

6.1.10 CPF:

6.1.12 Nacionalidade:

6.1.14 Passaporte:

6.1.16 Logradouro: RUA AMÉRICO MACEDO

6.1.17 Número: 379

6.1.19 Bairro: CENTRO

6.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

6.2.1 Nome Completo: CRIDILEIDE DA SILVA

6.2.2 Nome Social:

6.2.4 Etnia: Parda

6.2.6 Mãe: MARLENE MARIA DE OLIVEIRA

6.2.8 Sexo: FEMININO

6.2.10 CPF: 09075779461

6.2.12 Nacionalidade:

6.2.14 Passaporte:

6.2.16 Logradouro: SÍTIO SANTA CLARA

6.2.17 Número: 108

6.2.19 Bairro: ZONA RURAL DE ASSU-RN

6.2.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi: *****43622

7.1.5 Placa: NOG0335

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2012

7.1.11 Cor do veículo: AMARELA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: IAGO FELIPE DE MOURA BERTO

7.1.17 Nome do condutor: FRANCISCO DE ASSIS BERTO DA SILVA

7.1.18 Observações:

6.1.3 Estado civil: União Estável

6.1.5 Identidade de Gênero:

6.1.7 Orientação Sexual:

6.1.9 Pai: Parda

6.1.11 Data de Nascimento: 31/05/1982

6.1.13 RG: 002291564

6.1.15 Profissão: PINTOR

6.1.17 CEP:

6.1.20 Cidade: AÇU

6.2.3 Estado civil: Solteiro(a)

6.2.5 Identidade de Gênero:

6.2.7 Orientação Sexual:

6.2.9 Pai: Parda

6.2.11 Data de Nascimento: 28/01/1990

6.2.13 RG: 002564204

6.2.15 Profissão: AGRICULTOR(A)

6.2.17 CEP:

6.2.20 Cidade: AÇU

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam: 00475346548

7.1.6 Estado:

7.1.8 Modelo: CB 300R

7.1.10 Ano de Fabricação: 2012

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

8.1 Histórico

A COMUNICANTE SE DIRIGIU A ESTA DELEGACIA INFORMAR QUE NO DIA SUPRACITADOS ESTAVA TRAFEGANDO COMO GARUPA DA MOTO JÁ ESPECIFICADA ACIMA, QUE AO SAIR DE UMA FESTA O CONDUTOR LHE OFERECERU CARDONA, QUE POR INSISTÊNCIA ACABOU ACEITANDO, QUE O CONDUTOR HAVIA INGERIDO BEBIDA ALCOÓLICA E ESTAVA CONDUZINDO EM ALTA VELOCIDADE NA CICLOVIA EM ZIG ZAG, QUE APAVORADA PEDIA PARA O CONDUTOR PARAR E DEIXA-LA DESER DA MOTO, BATENDO EM SUAS COSTAS, QUE O MESMO NÃO ATENDEU AOS SEUS PEDIDOS E ACABOU CAPOTANDO NO MEIO FIO, O QUE OCASIONOU FRATURA EM SUA BACIA, FÊMUR, TÍBIA, BRAÇO ESQUERDO, DEDO DO PÉ ESQUERDO E LUXAÇÃO DO

Protocolo: J2018091000233 - Código de autenticação: 0667a2e4f8e42d0118a435410e05a1



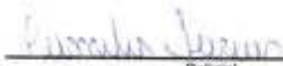
JOELHO ESQUERDO, CONFORME LAUDO MEDICO. NADA MAIS DISSE. A COMUNICANTE ASSUME TOTAL RESPONSABILIDADE POR SUAS DECLARAÇÕES.
9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

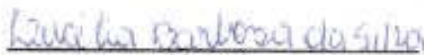
11. DECLARAÇÃO

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

Data: 19/02/2019 11:32:22



Policial



Interessado



Polgar direito

Atendimento: 2197936 - Camila Rose de Aguiar Farias

Impresso por: 2197936 - Camila Rose de Aguiar Farias em 19/02/2019 11:32:42

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 066.048.364-52 Nome completo da vítima: Lucelia Barbosa da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Lucelia Barbosa da Silva CPF: 066.048.364-52
Profissão: _____ Endereço: Ty. Americo Macieira Número: 351 Complemento: _____
Bairro: Centro Cidade: Assu Estado: RN CEP: 59.650-000
E-mail: _____ Tel. (DDD): 84-99683-0624

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

RECEITA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0759 CONTA: 49416 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Assu, RN, 19.02.19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO:

Lucelia Barbosa da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 - VALE DO ASSÚ - RN



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos e necessários fins que o(a) usuário(a),
Benedita Barbosa da Silva, 35 anos,
foi atendido(a) pela equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência -
SAMU 192/RN, da cidade de Assú-RN, no dia 12/03/2018, no endereço,
Na Rua João Celso Silva, Via Pública,
paciente vítima de Acidente de moto.

Assú, 13 de Março de 2018

Atenciosamente,

pl

12/03/2018
Maria da Conceição Barbalho
Enfermeira
COREN/RN 413.207

Enfa. Luciana Carla Silva Ramos de Carvalho
Coren-RN 256.149
Coordenadora Local SAMU-RN
Base Descentralizada de ASSÚ - RN

