



Número: **0810206-21.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **19/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA DE LOURDES FERREIRA (AUTOR)		LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58426036	07/08/2020 07:19	<a href="#">2741522_CONTESTACAO_Anexo_03</a>	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:	10/03/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	1.350,00
--------------	----------

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

CLIENTE: MARIA DE LOURDES FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000148448-3

---

---

Nr. da Autenticação 3A2B2DAC9BDB744D



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200072940 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DE LOURDES FERREIRA **Data do acidente:** 12/11/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 28/02/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM AMPUTAÇÃO.  
ALTA.(P1/4/5/6FC/7/8)

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 15 de Março de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200072940**

**Vítima: MARIA DE LOURDES FERREIRA**

**Data do Acidente: 12/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GENILSON RODRIGUES DE ARAUJO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARIA DE LOURDES FERREIRA**

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: **MARIA DE LOURDES FERREIRA**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **000000560**

Conta: **00000148448-3**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA MILITAR  
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE  
SETOR DE TRÁFEGO - 2º DPRE

COMPLEMENTO DO BOLETIM  
DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE  
DE TRÂNSITO

Nº 1103119

1 - LOCAL DO ACIDENTE

Local:	AV DIOCESANA	Bairro:	NOVA BETANIA
P. Ref.	CNA	Data:	12/11/2019 /

2 - VEICULO - V-02

Placa	MYW2434	Cidade	MOSSORO	UF	RN
Marca/Mod.	HONDA BIZ	Ano	2008/2008		
Proprietário	MARIA DE LOURDES FERREIRA	Nº de Ocupantes	01		
Condutor	MARIA DE LOURDES FERREIRA	Data de nasc.	09/05/1968		
Endereço	RUA ROMUALDO GALVAO	Nº	280	Fone	(84)987292700
Bairro	BELO HORIZONTE	Cidade	MOSSORO	UF	RN
CPF nº	967.831.764-87	CNH	03446468460	A	Validade 16/12/2019
Local de Trabalho					

3 - VERSÃO DO CONDUTOR SOBRE O REFERIDO ACIDENTE DE TRÂNSITO

Onde transitava?	AV:DIOCESANA		
Em que sentido?	BOA VISTA/SANTO ANTÔNIO	Em que faixa?	DIREITA

Versão do condutor:

"Alega que: TRAFEGAVA NA AVENIDA CITADA, E NAS PROXIMIDADES DA ESCOLA DE IDIOMAS CNA, UM VEICULO QUE TRANSITAVA NO MESMO SENTIDO FEZ UMA MANOBRA BRUSCA SEM SINALIZAR PARA ENTRAR NO ESTACIONAMENTO DA CNA, VINDO A COLIDIR COM A MESMA.

"As informações contidas na narrativa do CONDUTOR são de sua inteira responsabilidade, sob pena de responder pelos crimes dos Artigos 299 (Falsidade Ideológica) e o 342 (Falso testemunho), Fazer afirmação falsa, ou negar ou culpar a verdade como testemunha, perito, contador, tradutor ou intérprete em processo judicial, ou administrativa, inquérito policial, ou em juízo arbitral do Código Penal Brasileiro".

Assinatura do Condutor/ declarante	Maria de Lourdes Ferreira
---------------------------------------	---------------------------



Observação do Agente de Trânsito:

Versão colhida dia 27/11/2019, na Sede do 2º DPRE.

Nome do Agente que registrou as informações		André Victor Gê do Nascimento					
Posto/Graduação	SD PM	Matrícula	2019884	Viatura	*****	Unidade	2º DPRE

Auxiliar do Setor de Tráfego do 2º DPRE.





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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO**  
**BOAT 1103119**

**1 - LOCAL E DATA**

Local Av. Diocesana Bairro Nova Petrópolis  
Cidade/UF Mossoró P. Ref. CNA  
Data 12/11/2019 Hora do acidente 10:00 Hora do registro 10:30 Dia da semana TERÇA

**2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA**

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

**3 - VEÍCULO 01:**

Placa ou Chassi 9029190 Cidade Mossoró UF RN  
Marca/Mod. VW AMAROK Cor BRANCA Ano 2019/2019  
Proprietário JOÃO LUIZ SANTO AGOSTINHO COSTA Nº de Ocupantes 01  
Condutor JOÃO LUIZ SANTO AGOSTINHO COSTA Data de Nascimento 08/05/1980  
Endereço R. SCS SANTIAGO DE CARVALHO DEZ Nº 00 Fone 84-3316 1243  
Bairro NOVA PETRÓPOLIS Cidade Mossoró UF RN  
CPF Nº 03467250467 CNH Nº 0089208005 Validade 06/01/2020 Categoria A3  
Local de Trabalho MOSTRA 2 BUAIRIO PAULAS Fone 84-98855 1243  
End. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

**4 - VEÍCULO 02:**

Placa ou Chassi MVW 2434 Cidade Mossoró UF RN  
Marca/Mod. Mercedes B32 Cor BRANCA Ano 2008/2008  
Proprietário MARIA DE LOURDES FERREIRA Nº de Ocupantes 01  
Condutor MARIA DE LOURDES FERREIRA Data de Nascimento 09/05/1968  
Endereço R. ZENIL DE GAMA Nº 080 Fone 84-98734 2700  
Bairro JOÃO DE MATOS Cidade Mossoró UF RN  
CPF Nº 96783446887 CNH Nº 3446468460 Validade 16/12/2019 Categoria A  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

**5 - VEÍCULO 03:**

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
Proprietário \_\_\_\_\_ Nº de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF Nº \_\_\_\_\_ CNH Nº \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

**6 - VEÍCULO 04:**

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
Proprietário \_\_\_\_\_ Nº de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF Nº \_\_\_\_\_ CNH Nº \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_



## 7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/Av. Transitava? AV. PROCESSANIA

Em que sentido? NA DIREÇÃO BOA DO TRAFEGO

Em que faixa? FAIXA ÚNICA

Versão do condutor O CONDUTOR DE V1 AFIRMA QUE TRANSCORRIA NA AVENIDA SENTIDO E TAMÉM ATRAVÉS DA AVENIDA, AO PASSAR NAS PROXIMIDADES DO SNA ATUAL, PERCEBEU ALGUMA DIFERENÇA PARA DENTRO DA ESTRADA AO ESTACIONAR, QUANDO PERCEBEU UMA MOTOCICLETA COLIDIR NA LATERAL DIREITA DO SEU VEÍCULO, O MESMO RÁPIDO E SEM FALAR BOM DIA, MAS OS SOMENHOS, SÓCULO 2.

Assinatura do Condutor do V1

SOBRE V2 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V2

SOBRE V3 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V4



Luminosidade	Cond./Tempo	Tipo de Pista	Caract./Pista	Cond./Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input checked="" type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Inexistente
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Active Ingreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulosa	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Active Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Ingreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente	_____	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input checked="" type="checkbox"/> Placa(s) <u>7-23-24</u>
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. _____ KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

#### 4 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

[illegible]

10 AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

**AVALIAÇÃO DO VEÍCULO**

PLACA - 3000-3200-1700-8000-7000  
Cidade - Manaus - Estado do Amazonas - País - Brasil  
Data de Avaliação - 10/06/2010

### AVARIAS DO VEÍCULO 3

AVARIAS DO VEÍCULO 2 81202 DE MARCIA  
1.971.2801 7 14.24.00013

#### AVARIAS DO VEÍCULO 4





11 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha  
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: \_\_\_\_\_ Presenciar: ☐ Foto ☐ Registro

Nome \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_  
 RG Nº \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
 Endereço \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
 Bairro \_\_\_\_\_  
 Versão \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

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

Nome \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_  
 RG Nº \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
 Endereço \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
 Bairro \_\_\_\_\_  
 Versão \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

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

Nome \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_  
 RG Nº \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
 Endereço \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
 Bairro \_\_\_\_\_  
 Versão \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

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

Nome \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_  
 RG Nº \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
 Endereço \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
 Bairro \_\_\_\_\_  
 Versão \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ Marca/Modelo \_\_\_\_\_  
 Nome \_\_\_\_\_ RG Nº \_\_\_\_\_ Órgão Exp. \_\_\_\_\_  
 Endereço \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
 Bairro \_\_\_\_\_

16 - IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO SITUAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO ALT Nº \_\_\_\_\_ CÓD/DESD \_\_\_\_\_

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

For conferenciado o Boletim com todas as informações fornecidas  
 e registrado no livro de ocorrências de acordo com a planilha  
 anexa. DE 12 CONDUZIDA PARA O HOSPITAL DE JACUÍ PARA  
 atendimento médico nas mãos de policiais militares. Sua esposa  
 registada para atendimento no HOSPITAL DE JACUÍ COM-016.915.136.10

Nome Completo do Agente RAFAEL SOUSA SILVA

POSTO/GRAD: 50 PM PM Nº 004035-2 Viatra 02214 Subunidade 090376

Local e Data ULTRASSOM 12 de NOVEMBRO de 2019

Assinatura do Agente de Trânsito





Prontuário: 210575



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 **MARIA DE LOURDES FERREIRA** (Fia: 5954/2019), CPF:96783176487.

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 2019.

Paciente ou responsável

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 19/11/2019  
Bmw  
SAME / ARQUIVO



# ORTOPEDIA #

① Data 300

② O2ol L → 50mg - 24 fA + 13 (44)  
100ml St95% ev

③ Chondrocin 600mg + 100ml  
St95% ev

④ St95% 100ml + Depress 10  
⑤ Curatoma f. 64. 4mg  
Depress 100ml } 14.00

Dr. Leandro M. C. Freire  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-RN 7439  
TEOT 16086

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DA  
ESTA DEFORME O ORIGINAL  
SANE MOSEORO 19/11/2019  
BLW  
SANE / 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  
MARIA DE LOURDES FERREIRA (8 - 5954/2019)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO  
210575

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
700009169229508

8 - DATA DE NASCIMENTO  
09/05/1968

9 - SEXO  
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR  
PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE  
RAIMUNDA LOPES DE HOLANDA

12 - TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE  
DDD 84 33154844

13 - NOME DO RESPONSÁVEL  
MARIA DE LOURDES FERREIRA

14 - TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE  
DDD 84 33154844

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)  
ROMUALDO GALVAO, 280 - ALTO DA CONCEICAO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
MOSSORO

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO  
240800

18 - UF  
RN

19 - CEP  
59600370

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Traumatismo de 5º dedo do pé @  
com ferimento corte - com osso exposto.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

Necessita tratamento cirúrgico

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

Pronóstico, exame físico e exames de imagem

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DE OUTRO ARTELHO

24 - CID 10  
PRINCIPAL  
S92.5

25 - CID 10  
SECUNDÁRIO

26 - CID 10  
CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO  
408050470

29 - CLÍNICA

ORT

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
2

31 - DOCUMENTO

( ) CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE/ASSISTENTE  
43793789420

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE/ASSISTENTE

MANOEL FERNANDES DA SILVEIRA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
12/11/2019

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

Dr. Leandro M. C. Freitas  
OAB RN 7439

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

TEOT 16086

37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

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

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA

ESTA CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORO 19/11/2019

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)

SAME / ARQUIVO



HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA  
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 5954 /2019

Prontuário: 210575

Paciente: 52624 - MARIA DE LOURDES FERREIRA

Cartão SUS: 700009169229508

CPF: 96783176487

Dt Nasc: 09/05/1968

Idade: 51 anos 6 meses 3 dias

Sexo: F

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: RAIMUNDA LOPES DE HOLANDA

Nome do pai: TEODORIO FERREIRA SENA

Rua/Av: ROMUALDO GALVAO

Complemento:

Nº: 280

Bairro: ALTO DA CONCEICAO

CEP: 59600370

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84 33154844 84 33154844

Especialidade: CLINICA ORTOPEDICA

Unidade: OBS FEMININA

Leito: 1. 07

Responsável: MARIA DE LOURDES FERREIRA -

Usuário: KLEBER RICARDO DE FRANCA BEZERRA

Admissão: 12/11/2019 11:46:19

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S92.5 - FRATURA DE OUTRO ARTELHO  
408050470 -

HISTORIA CLINICA

Paciente com Fratura / Luxação

exposta de S: PDE

Internada para tratamento cirúrgico.

Dt: Leandro M. C. Freitas  
Gerente de Internamento  
CRM: 217638  
TEOT 18098

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SANE MOSSORO 19/11/2019

SANE / ARQUIVO

MOSSORO, 12 de Novembro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 07/08/2020 07:19:47

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080707194676000000056098683>

Número do documento: 20080707194676000000056098683

Num. 58426036 - Pág. 13



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome MARIA DE LOURDES FERREIRA Reg N° \_\_\_\_\_

Diagnóstico pré-operatório: Amputação traumática de 5ª PDE.

Indicação terapêutica: Regulação de coto + cobertura de retalho cutâneo

INTERVENÇÃO

Início: 15:30 Fim: 16:00 Duração: 00:30 min

Operador: DR. Leandro Freire

1ª Auxiliar: DR. Manoel Fernandez

2ª Auxiliar: \_\_\_\_\_

3ª Auxiliar: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_

Anestesista: DR. Edilson

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 (X) Contaminada ( ) Infectada

- ① Paciente em decúbito dorsal sob bloqueio anestésico.
- ② Pint. asséptica de mão e. + aplicação de campos estéril.
- ③ Limpeza cirúrgica + esvaziamento de
- foco de Amputação traumática de 5ª PDE.
- ④ Regularização de coto de amputação
- ⑤ Cobertura de retalho cutâneo.
- ⑥ Sutura + curativos.
- ⑦ A enfermeira

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORO 19/11/2019  
BIM

SAME / ARQUIVO

Dr. Leandro M. G. Freire  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-RN 7439  
TEOT 16066





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

DÉBITO CIRÚRGICO

Nome do paciente: Maria de Lourdes Farias N° do Pront.: 12711719  
Cirurgia: Amputação traumática do 5° dedo p. d. Data: 12/11/2019  
Cirurgião: Marcelo Auxiliar: Gerardo Instrumentadora: ---  
Anestesista: Edilson Anestesia: raqui  
Início da Cirurgia: 15:25 Término: 15:45

MATERIAL USADO	QUANTIDADE
* COMPRESSAS	10 und
* GASES	06 und
* ESPARADRAPO	
* COMPRESSAS	
* LÂMINA DE BISTURI N° 11	05 und
* LUVAS 7.5	03 und
* EQUIPO PARA SORO	
* S CALPS N°	
* JELCOS	
* CATETER PARA SUBCLAVIA	
* SERINGAS DE 01 ML	
* SERINGAS DE 03 ML	05 und
* SERINGAS DE 05 ML	02 und
* SERINGAS DE 10 ML	02 und
* SERINGAS DE 20 ML	02 und
* AGULHAS DESCARTÁVEIS 40x12	
* SONDA ENDOTRAQUEAL N°	
* TRAQUEOSTOMO	
* SONDA URETRAL N°	
* SONDA FOLEY N°	
* SONDA NASOGÁSTRICA N°	
* CATETER PARA 02	
* SONDA PARA ASPIRAÇÃO N°	
* COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	
* BOLSA DE COLESTOMIA	
* DRENO DE PENROSE N°	
* DRENO DE TORAX N°	
* ATADURA GESSADA	
* FAIXA DE CREPOM	
* ALGODÃO ORTOPÉDICO	
* CATGUT CROMADO	
* CATGUT SIMPLES	
* FIO DE ALGODÃO	
* MONONYLON 2	05 und
* OUTROS FIOS	
* USO DO BISTURI ELÉTRICO	
* USO DE OXIGÊNIO	
* SOLUÇÃO DE PVPI ALCOÓLICA	
* SOLUÇÃO DE PVPI DEGERMANTE	
* SOLUÇÃO DE PVPI TÓPICO	
* SOLUÇÃO DE ÉTER	
* SOLUÇÃO DE ÁGUA OXIGENADA	
* SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%	
* SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER SIMPLES	
* MANITOL 200ml	02 und
* XILOCAINA A 2%	03 und
* ABD. 100ml	03 und
* UNDO 100ml	

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SANE MOSSORÓ 12/11/2019

SANE / ARQUIVO





DATA: 14/11/2019

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

Nome: MARIA DE LOURDES FERREIRA  
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC  
DATA DA ADMISSÃO: 12/11/2019

51 ANOS  
Leito: 209-2  
MOSSORÓ-RN

CODIGO: 52624

DATA	EVOLUÇÃO
Nºfraturas: 01	02 DII POR AMPUTACAO TRAUMATICA DE 5º PODODACTILO ESQUERDO - REALIZADO REGULAÇÃO DO COTO (DM? USO IRREGULAR DE METFORMINA + TRANSTORNO DEPRESSIVO)  QP: RELATA DOR EM REGIAO CERVICAL  EFG: BEG, COTE, AAA, NORMOCORADO E HIDRATADO. EUPNEICO ACV: RCR, 2T, SEM SOPRO. BNF AR: MV+ EM AHT. SRA. ABD: ATÍPICO, FLACIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO. RHA+ PÉ DIREITO: DOR E EDEMA EM 1º QDD SITUAÇÃO: AGUARDA ANTIBIOTICOTERAPIA AGUARDO LABORATORIO DE ADMISSAO  CD: SOLICITO RX CERVICAL AP E PERFIL VPM

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA LIVRE, VO	
2	SF 0,9% 1500 ML EV PARA 24 HORAS	
3 D2	CLINDAMICINA 600MG + 100ML SF0,9% EV 6/6 HORAS	
4 D2	OXACILINA 500MG - 04 AMPOLAS + 100ML SF0,9% EV 6/6 HORAS	
5	DIPIRONA 1G + 8 ML ABD EV 6/6 HORAS DE HORARIO	
6	TRAMADOL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8 HORAS SE DOR REFRATARIA	
7 D2/D3	TILATIL 20MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12 HORAS	
8	OMEPRAZOL 40MG+DILUENTE, 1X/DIA PELA MANHA, EV	
9	SSVV + OCGG	

ESPANDESEEM DE HELLUX DOLOROSA.  
Alt = Hospitalar após 2 mobilizações

Leandro M. C.   
Especialista em Fisiatria  
CRM-RN 7439  
TEOT 16086

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
GABE MOSSORÓ 19/11/2019

Assinado eletronicamente



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200072940 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DE LOURDES FERREIRA **Data do acidente:** 12/11/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta do 5º pododáctilo à esquerda com amputação total

**Descrição do exame físico:** Ao exame, apresenta ausência do 5º dedo e coto com Tinel + (neuroma).

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico onde foi indicado amputação total devido a grave lesão óssea e vascular, ficou internada por 3 dias até a alta.

**Sequelas permanentes:** Amputação do 5º pododáctilo esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 04/03/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3200072940**

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA DE LOURDES FERREIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Rua Romualdo Galvão, 280 - Mossoró - RN - CEP 59600-454**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **ssp /RN** ] **001.457.801**

Data e local do acidente: [ **12/11/2019** ] **Avenida diocesana, Mossoró, RN**

Data e local do exame: [ **04/03/2020** ] **Mossoró** [ **RN** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

***Fratura exposta do 5º pododáctilo à esquerda com amputação total***

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

***Ao exame, apresenta ausência do 5º dedo e coto com Tinel + (neuroma).***

**III.** Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] Sim [ ] Não

**IV.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

***Submetido a tratamento cirúrgico onde foi indicada amputação total devido a grave lesão óssea e vascular, ficou internada por 3 dias até a alta.***

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ **X** ] Sim [ ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

***Amputação do 5º pododáctilo esquerdo***

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"  
Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Sem sequelas permanentes" (Não  
existem lesões diretamente decorrentes de  
acidente de trânsito que não sejam  
suscetíveis de amenização proporcionada  
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

5º pododáctilo esquerdo

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa (X) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

VIII. \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Luis F. C. Nascimento  
Otorrinolaringologista  
CRM 4863 - RN

Luis Fernando Centi Nascimento - CRM: 4863 - RN

