



Número: **0822394-70.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **20ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **30/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes			Procurador/Terceiro vinculado	
GEOVANE PEDRO SOARES (AUTOR)			Emanuell Cavalcanti do Nascimento Barbosa (ADVOGADO) Kennedy Lafaiete Fernandes Diógenes (ADVOGADO)	
Porto Seguro Vida e Previdência S/A (RÉU)				
Documentos				
Id.	Data da Assinatura	Documento		Tipo
59421445	02/09/2020 15:03	Contestação		Contestação
59421451	02/09/2020 15:03	2747908_CONTESTACAO_Anexo_04		Outros documentos
59421454	02/09/2020 15:03	2747908_CONTESTACAO_Anexo_05		Outros documentos

Juntada de contestação e documentos.



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: 28/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.419,30

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEOVANE PEDRO SOARES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00539

CONTA: 000000201584-9

Nr. da Autenticação 21FC8EFDEAC2CCB4



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200116475 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEOVANE PEDRO SOARES **Data do acidente:** 22/12/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER E TRAÇÃO ESQUELÉTICA) E ALTA MÉDICA. (PÁG.3)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





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, 06 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200116475

Vítima: GEOVANE PEDRO SOARES

Data do Acidente: 22/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GEOVANE PEDRO SOARES

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

Multa:	R\$ 52,10
Juros:	R\$ 4,70
Total creditado:	R\$ 2.419,30

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **GEOVANE PEDRO SOARES**

Valor: **R\$ 2.419,30**

Banco: **104**

Agência: **000000539**

Conta: **00000201584-9**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 02/09/2020 15:03:21

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090215032093900000057029049>

Número do documento: 20090215032093900000057029049

Num. 59421451 - Pág. 3



Autorização de pagamento



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

GEOVANE PEDRO SOARES

6 - CPF:

704.346.524-80

7 - Profissão:

8 - Endereço:

RUA: MIRAI

9 - Número:

89

10 - Complemento:

11 - Bairro:

FELPE CANARAO

12 - Cidade:

NATAK

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59025-250

15 - E-mail:

GEOVANESOARES222222@GMAIL.COM

16 - Telefone:

84.99218-3745

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR☐ R\$1.00 A R\$1.000,00☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00☐ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0539

CONTA:

00201584

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (no civil)☐ Divorçado☐ Separado judicialmente☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (se nasceu)?

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 02/09/2020 15:03:21

https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090215032093900000057029049

Número do documento: 20090215032093900000057029049

Num. 59421451 - Pág. 4

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

704.346.524-90

Nome completo da vítima

GEOVANE PEDRO SOARES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo GEOVANE PEDRO SOARES		CPF titular da conta 704.346.524-90	Profissão MOTOCICLISTA
Endereço RUA MIRAI		Número 69 B	Complemento
Bairro FELIPE CAMARÃO	Cidade NATAL	Estado RN	CEP 59074-140
Email govanesoares22222@gmail.com			Telefone (DDD) (84) 99218-3745

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR ☒ SEM RENDA ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA Nº: 0539 D/V: 013 CONTA Nº: 00201584 D/V: 9		BANCO Nome: _____ NRG: _____ AGÊNCIA Nº: _____ D/V: _____ CONTA Nº: _____ D/V: _____	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

NATAL/RN 20 de MARÇO de 2020

Local e Data

GEOVANE PEDRO SOARES

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 02/09/2020 15:03:21

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090215032093900000057029049>

Número do documento: 20090215032093900000057029049

Abertura de Conta **2**

Resultado da abertura da conta e contratação de serviços

Conta aberta com sucesso

Titular: GEOVANE PEDRO SOARES

Agência: 0539 - PARQUE DAS COLINAS, RN

Operação: Conta Poupança **013**

Número da conta: 00201584-9

Contratação de Serviço de Mensagem via celular efetuada com sucesso

Serviço de mensagens via celular: (84) 99218-3745

Saques, transferências, pagamentos e agendamentos a partir de (R\$): 100,00

Compras com cartão de débito a partir de (R\$): 50,00

Assinatura Eletrônica Gerada com sucesso

Assinatura Eletrônica da Conta **33803**

ATENÇÃO: o cliente deverá trocar a assinatura eletrônica no prazo de quinze dias corridos. Do contrário, ele terá de gerar outra assinatura na agência.

Cadastro da senha não pôde ser efetuado





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

BOLEIM
BOAT

Boletim de ocorrência



TRÂNSITO

103267

1 - LOCAL E DATA

Local Av. Xavantes Bairro Pitumbu
Cidade/UF Natal P. Ref. Boleim Xavantes
Data 22/12/2014 Hora do acidente 18:15 Hora do registro 19:00 Dia da semana Domingo

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi 321F 3744 Cidade Santa Maria UF RN
Marca/Mod. Ford 1.6 125 TIRAX Cor Preta Ano 2003/2003
Proprietário José Elton Carthema N° de Ocupantes 01
Condutor Geovane Pedro Soares Data de Nasc. 12/01/1976
Endereço R. Marcos Augusto Teixeira Lencina 36 Fone (84) 98890 0031
Bairro Tianguá Cidade Natal UF RN
CPF N° 704.346.524-90 CNH N° 1 Validade 1 Categoria 1
Local de Trabalho Ilha do Jem Fone (84) 98883-0172
End. R. São Umari N° 3715 Bairro Pitumbu Cidade Natal

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi MVW 2318 Cidade Natal UF RN
Marca/Mod. Ford Fiesta Cor Preta Ano 2005/2006
Proprietário Nichelle Medeiros da Silva N° de Ocupantes 05
Condutor José Carlos M. da Oliveira Data de Nasc. 19/03/1979
Endereço Pedra Branca N° 25 Fone (84) 98882-2598
Bairro Paraná Cidade Natal UF RN
CPF N° 671.239.524-83 CNH N° 1 Validade 1 Categoria 1
Local de Trabalho Autônomo Fone ---
End. --- N° --- Bairro --- Cidade ---

5 - VEÍCULO 03:

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

6 - VEÍCULO 04:

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

Autenticação N° do Boleim: 103267 N° da Ocorrência: 622147 Data Registro: 26/12/2018 Hora Registro: 08:52:13 Número/Controle: 471271C378F8F064



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 02/09/2020 15:03:21

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090215032093900000057029049>

Número do documento: 20090215032093900000057029049

7. VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/Av. Transitava?

Av. Xavantes

Em que sentido?

Normalto/BR 101

Em que faixa?

Direita

Versão do condutor

Disse que, Transitava normalmente na avenida, quando na esquina com a rua Rio Senha, foi invadido, que se aproximou da lateral esquerda do seu veículo onde o mesmo veio a cair.

Assinatura do Condutor do V1

GAYANE DEBORD SOARES

SOBRE V2 - Em que Rua/Av. Transitava?

Av. Xavantes

Em que sentido?

BR 101 / Normalto

Em que faixa?

Direita

Versão do condutor

Disse que, transitava normalmente na via, ao fazer a manobra para entrar na Rua Rio Senha, sentiu o impacto no seu veículo onde ele o colidiu com o mesmo. O mesmo informou que via um veículo a alta velocidade.

Assinatura do Condutor do V2

JOÃO CARLOS DE OLIVEIRA

SOBRE V3 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V4

Autenticação N° do Boletim: 103267 N° da Ocorrência: 622147 Data Registro: 26/12/2019 Hora Registro: 08:52:13 Número/Controle: 471271C378F8F064



103267

8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./Tempo	Tipo da Pista	Caract./Pista	Cond./Pista	Sinalização
☐ Amanhecendo	☒ Bom	☒ Asfalto	☐ Reta	☒ Seca	☐ Inexistente
☐ Pleno Dia	☐ Nublado	☐ Paralelepípedo	☐ Curva	☐ Molhada	☐ Do Agente de Trânsito
☐ Anotecendo	☐ Chuva	☐ Concreto	☐ Active Ingreme	☐ Inundada	☐ Do Semáforo
☒ Noite e/Iluminação	☐ Nebliana	☐ Cascalho	☐ Active Suave	☐ Poças D'água	☐ Faixa de Pedestre
☐ Noite e/Iluminação	☐ Outros	☐ Terra	☐ Declive Ingreme	☐ Oleosa	☐ Linha
☐ Iluminação Deficiente		☐ Outros	☒ Declive Suave	☐ Enfiameada	☒ Placa(s) 30 Km/h
			☒ Lombada	☐ Em Obras	☐ Lombada eletrônica
			☐ Cruzamento	☐ Com Buraco	☐ Vel. Máx. Perm. KM/H
			☐ Rotatória	☐ Com Areia	☒ Placa lombada
			☐ Retorno		
			☐ Entrancamento		
			☐ Bifurcação		

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

ÁRVORE

VESTÍGIOS

SEMÁFORO

PEDESTRE

BICICLETA OU MOTO

CARRO DE PEQUENO PORTE

CAMINHÃO OU ÔNIBUS

CARRETA

10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1 Tanque, Risco caixa de direção transmissão, eixo dianteiro RISCA LE, Guiclon	AVARIAS DO VEÍCULO 2 (Carro Tanque) LE Risco (tanque) LE
AVARIAS DO VEÍCULO 3	AVARIAS DO VEÍCULO 4

Autenticação Nº do Boletim: 103267 Nº da Ocorrência: 622147 Data Registro: 26/12/2019 Hora Registro: 08:52:13 Número/Controle: 471271C378F8F064



11 - ☒ Vítima: condutor de ☒ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Hospital claus Sampa Presença: ☐ Foto ☐ Registro

Nome: Leovane Pedro Soares
 RG N°: 3.458.993 Órgão Expedidor: FEOP Data de Nascimento: 06/01/1992
 Endereço: R. Marcos Augusto T. Carvalho N° 36 Fone: (84) 99090.0031
 Bairro: Planalto Cidade: Ubatuba UF: SP
 Versão: _____

Conduzido para o hospital

Assinatura _____ Hora _____

12 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presença: ☐ Foto ☐ Registro

Nome: _____
 RG N°: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: _____
 Endereço: _____ N°: _____ Fone: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Versão: _____

Assinatura _____ Hora _____

13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presença: ☐ Foto ☐ Registro

Nome: _____
 RG N°: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: _____
 Endereço: _____ N°: _____ Fone: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Versão: _____

Assinatura _____ Hora _____

14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presença: ☐ Foto ☐ Registro

Nome: _____
 RG N°: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: _____
 Endereço: _____ N°: _____ Fone: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Versão: _____

Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa: _____ Cidade: _____ UF: _____ Marca/Modelo: _____
 Nome: _____ RG N°: _____ Órgão Exp.: _____
 Endereço: Rua Natal N°: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ Fone: _____

16 - IMAGENS/FOTOS ☐ SIM ☒ NÃO AUTUAÇÃO ☒ SIM ☐ NÃO AIT N° _____ Cód/DESD _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

→ foram encaminhadas 02 Autos
→ V1 - A-18325722 (501-00) e A-18305723 (654-92)
→ V2 - A-18305724 (501-00) e A-18305725 (654-92)
→ Testes foram liberados da local por falta de meios para remover p/ o pátio da Detran.

Nome Completo do Agente: Antônio Marcos da Silva
 POSTO/GRAD.: Cabo PM N°: 2001 0136 Viatura: 19-012 Subunidade: 459-0914
 Local e Data: Natal - 22 de Dez de 2019

Assinatura do Agente de Trânsito

Assinatura Nº do Boletim: 103267 Nº da Ocorrência: 622147 Data Registro: 26/12/2019 Hora Registro: 08:52:13 Número/Controle: 471271C378F8F064



Declaração de Inexistência de IML



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, GEOVANE PEDRO SOARES, portador da carteira de identidade nº 003.458.993 e inscrito no CPF/MF sob o nº 704.348.524-90 residente e domiciliado na RUA MIRAI Nº 69B Cidade NATAL Estado RIO GRANDE DO NORTE declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

GEOVANE PEDRO SOARES

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

09/03/2020

Local e data



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GEOVANE PEDRO SOARES

RG nº 003.458.993, data de expedição 11/12/13, órgão SSBRN

CPF nº 709.346.524-90, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA MIRAI</u>
Número	<u>693</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>FELIPE CAMARÃO</u>
Cidade	<u>NATAL</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59074-140</u>
Telefone de Contato	<u>99218-37430</u>
E-mail	<u>GEOVANESOARES222222@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: NATAL 09/03/2020

Assinatura do Declarante: GEOVANE PEDRO SOARES

689800413

Scanned by CamScanner





Terceira Sociedade de Energia Elétrica - Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Hermes, 156 - Bairro, Natal - RN CEP 59025-250
CNPJ 08.224.195/0001-01 | Fone: 55 (84) 30551199-01 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA VANESSA DE MEDEIROS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MARIANA - B

CPF: 016.487.824-21

FELIPE CAMARÃO/ÁREA URBANA
NATAL/RN
59074-140

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Mangás

NOTA FISCAL Nº	7005992995	DATA DE EMISSÃO	02/2020
DATA DE VENCIMENTO	17/02/2020	DATA DE PAGAMENTO	17/03/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	64,93		

CONSUMO ANTERIOR	CONSUMO ATUAL	CONSUMO DEBÍTO
037499474	URCA	10027020
10027020	0210294170	2344571

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

CONSUMO	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR (R\$)
Consumo Atual (A) - TUSO	87,0000000	0,22017010	25,90
Consumo Anterior (A) - TE	87,0000000	0,22259509	25,50
Acrescimo (B) - ANARELA			0,87
Consumo Rem. Potência (C) - M. J. J. J.			0,37
Multa por atraso (D) - 031432371 - 11/10/18			1,01
Juros por atraso (E) - 031432371 - 11/10/18			1,43
Avaliação (G) - 031432371 - 11/10/18			1,82

TOTAL DA FATURA

HELOISA ABRAHIM BRANDES
Jornalista de 1ª Categoria - OAB/RN 107823-2
Av. Parque das Palmeiras
CNPJ 08.224.195/0001-01

*Autuizp
ou nome
de terceiros*

RECAPITULANDO O CONSUMO DA NOTA FISCAL

PERÍODO	Tipo de Consumo	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	PERÍODO	CONSUMO	VALOR
02/2020	URCA	15/02/2020	4.873,00	10/02/2020	4.873,00	02/2020	87,00	64,93

PERÍODO	Tipo de Consumo	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	PERÍODO	CONSUMO	VALOR
02/2020	URCA	15/02/2020	4.873,00	10/02/2020	4.873,00	02/2020	87,00	64,93

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Esta Nota Fiscal é emitida em nome do consumidor e não pode ser utilizada para fins de comprovação de pagamento. O consumidor deve manter esta Nota Fiscal em seu arquivo pessoal e não deve descartá-la. A Nota Fiscal é emitida em nome do consumidor e não pode ser utilizada para fins de comprovação de pagamento. O consumidor deve manter esta Nota Fiscal em seu arquivo pessoal e não deve descartá-la.

ATENÇÃO: A COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO	4. Informações gerais de
Valor da conta em aberto: R\$ 64,93	Valor da conta em aberto: R\$ 64,93
Valor da conta em aberto: R\$ 64,93	Valor da conta em aberto: R\$ 64,93

CONSUMO E VALORES DA NOTA FISCAL	CONSUMO E VALORES DA NOTA FISCAL
Consumo: 87,00	Consumo: 87,00
Valor: R\$ 64,93	Valor: R\$ 64,93

NOTA FISCAL Nº 7005992995 DATA DE EMISSÃO 02/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 64,93



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 12285 /2019

Prontuário: 1192209

Paciente: 157094 - GEOVANE PEDRO SOARES

Cartão SUS:

CPF: 70434652490

Dt Nasc: 06/01/1996

Idade: 23 anos 11 meses 16 dias Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: JEANE PEDRO SOARES

Nome do pai:

Rua/Av: PARACATI

Nº: 800

Complemento:

Bairro: PLANALTO

CEP: 59073100

Cidade: NATAL

Telefone: 84 999900031 84 999900031

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1014

Responsável: GEOVANE PEDRO SOARES -

Usuário: SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS

Admissão: 22/12/2019 22:49:39 Alta: Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S72.3 - FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR
408050519 -

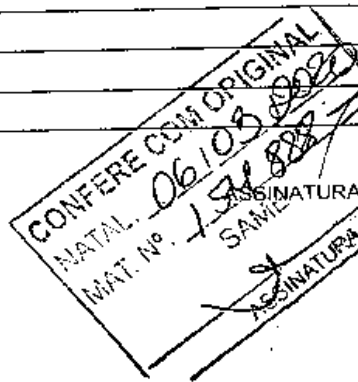
Documentação médica - hospitalar

DIAGNÓSTICO FINAL:



RESUMO DE ALTA

NATAL, 22 de Dezembro de 2019.



ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM





Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou _____

CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **157094 GEOVANE PEDRO SOARES**

Prontuário: _____

CNS: _____ Nascimento: 06/01/1996

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: JEANE PEDRO SOARES

Pai: _____

Endereço: RUA PARACATI, 800 - PLANALTO - NATAL

Fone: 999900031 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE: _____

240810 UF: RN

CEP: 59073-100

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo Nº 37714 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

COLISÃO MOTO - CARRO COM TRAUMA EM COXA ESQUERDA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA

RISCO DE COMPLICAÇÃO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

SEMILOGIA E RAIO X

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S72.3 FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR*408050519. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

FEMUR DIAFISE, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☐ Lesão por pressão

☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

RICARDO ARAUJO

CRM: 5001 / RN

Data da Solicitação 22/12/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____

Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____

CBOR: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 02/09/2020 15:03:21

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090215032093900000057029049>

Número do documento: 20090215032093900000057029049

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Página 1 de 1

CCMV004_R - Relatório de Cirurgia

Período 23/12/2019 09:07 a 23/12/2019 09:07

23/12/2019 09:08

FIA / BAA: 12285 / 2019

Paciente: GEOVANE PEDRO SOARES

Convênio: SUS

Categoria: GRATUITO

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Quarto / Leito: 1 / 1014

Tipo de Cirurgia: 4

Prontuário: 1192209

Data Agendamento: 23/12/2019 00:00

Cirurgia: TTO CIR FRATURA DA DÍAFISE DO FEMUR

Data Realização: 23/12/2019 08:50

Potencial de Contaminação: Potencial Contaminada

Cirurgião: RODRIGO JOSE FERNANDES CABRAL

Anestesista:

Tipo Anestesia: SEDAÇÃO

Instrumentador:

Equipe: COOPANEST/RN

Data do Relatório: 23/12/2019 09:07

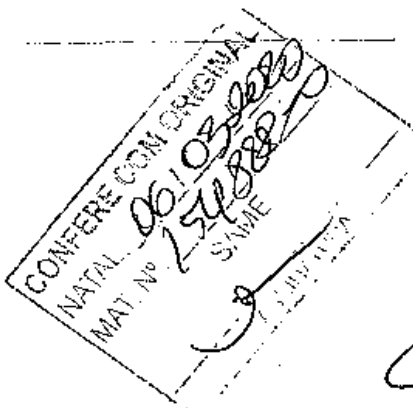
Profissional: RODRIGO JOSE FERNANDES CABRAL

Relato da Cirurgia: 1 - PCT EM DDH SOB ANESTESIA
2 - ASSEPSIA + ANTISSEPSIA DO MIE
3 - PASSAGEM DE FK 4.5MM EM TAT ESQUERDA
4 - ACOLPLADA TRAÇÃO ESQUELÉTICA
5 - CURATIVOS

Dr. Rodrigo José F. Cabral

CRM/RN 6046 SBOT-14.525

RM: 6046 - RODRIGO JOSE FERNANDES CABRAL





90101157094

Paciente: 157094 - GEOVANE PEDRO SOARES

FIA: 4-12285/2019

Idade: 23 ano(s) 11 mes(es) e 17 dia(s)

Prescrição Nº: 1

Hospital / Unidade: WG - PS - ORTOPEDIA

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 1192209

Peso:

Data Internação: 22/12/2019 22:49

Início Validade: 23/12/2019 09:04 até 24/12/2019 18:59

Quarto / Leito: 1 - 1014

Médico Resp.: 361-RICARDO ARAUJO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

23/12/2019 09:05:08 - PCT COM FRATURA FECHADA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQ APÓS ACIDENTE DE MOTO. FEITO TRAÇÃO ESQUELÉTICA EM TAT ESQUERDA. BEG, EUPNEICO E ORIENTADO. APTO PARA TRANSFERÊNCIA PELO NIR PARA OSTEOSSÍNTESE DEFINITIVA.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - LIVRE						
NUTRICO 1						
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - DÍPIRONA SÓDICA 500MG/ML 2 ML	1	AMP	IV	6h/6h		
3 - <u>TRAMADOL 50MG/ML - 2ML</u>	1	AMP	IV	8h/8h		
4 - RANITIDINA 25MG/ML - 2 ML	1	AMP	IV	12h/12h		
5 - <u>ENOXAPARINA 40MG/0.4 ML SC</u>	1	SER	SC	24h/24h		
6 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML S/N vômitos/na	1	AMP	IV	8h/8h		
CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
7 - SSVV + CCGG						

Dr. Rodrigo Jose F. Cabral

CRM/RN-6046 SBOT-14.525

RODRIGO JOSE FERNANDES CABRAL
CRM-6046/RN



SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALEREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 66816 /2019
Admissão: 22/12/2019 20:07:12



CIRURGIA GERAL - VERDE

LI

Paciente: 157094 - GEOVANE PEDRO SOARES (23 a 11 m 16 d)

Nascimento: 06/01/1996 Natural: NATAL, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: Mãe: JEANE PEDRO SOARES CPF: 70434652490 Prof:

Pai:

Logradouro: PARACATI, 800

CEP: 59073100

Bairro: PLANALTO

Cidade: NATAL

Telefone: 84.999900031

Compl:

Motivo: MOTO X CARRO - COLISÃO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: CORPO DE BOMBEIROS

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 22/12/2019 20:04:39

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

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO APRESENTA TRAUMA EM FRATURA DE FEMUR ESQUERDO

Hora: 18h30, deu entrada em protocolo c/ equi-
pe do corpo de bombeiros. Relata dor em
MEE. Nega perda de consciência, vômitos,
náuseas, dor torácica e abdominal.

EXAME FISICO (PRIMARIO)

A VAP S/ cianose
B Espirais sem dor a palpação torácica
C Estável FC: 89
D ECG IS
E Deformidade coxa E (Fx de fêmur)

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdome e pelve: S/ alterações

*Saída

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS. Impresso em 22 de Dezembro de 2019.



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)			
A			
B			
C			
D			
E			
A(ALÉRGICAS) <u>Nega</u>			
M(MEDICAÇÃO EM USO) <u>Nega</u>			
P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)			
L(LIQ. E AUMENTOS INGERIDOS)			
A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)			
V (PASSADO VACINAL) <u>Desconhece</u>			
EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)		LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	
Rx de pelve AP			
Rx de coxa E AP e pelve			
Rx de Joelho E AP e pelve		OUTROS	
CONDUTA PRIMÁRIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
Rx de perna E AP e pelve			
Rx de pé E AP e oblíquo			
Alto Cc		Dra. Macaria CRM-RN 89095-RO	
Dr. Wiener Nunes MÉDICO CRM-RN 87213		Dra. Jemine	
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL		ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE			
ESPECIALISTA 1	Dr. Wiener Nunes MÉDICO CRM-RN 87213	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2		HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3		HORA:	DATA:
DESTINO DO PACIENTE			
INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:		DATA	HORA
SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:			
OBITO: DATA / / HORA			
ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP			



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1.

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUITA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

— A.O. C.C. PANA
FVS CD JANV
EDSUS 69 FVS

~~Dr. R. E. ...
Orthopedic
CRN 50015~~

CONFERE COM ORIGINAL

NATAL. **06-10-79**

MAT. Nº **15878**

SAME

ASSINATURA

Assinatura

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASSOW	
Abertura dos olhos (EO)	4
Órbitas se abrem espontaneamente.	4
Órbitas se abrem ao comando verbal. (Não se acordar com o despertar de uma pessoa adormecida, se estiver há muito q. se não há)	3
Órbitas se abrem por estímulo doloroso	2
Órbitas não se abrem.	1
Resposta verbal (RV)	5
Identificação de pessoa, localização e compreensão de perguntas sobre seu estado, idade, endereço, sexo, o parente, o lado do olho	5
Orientação (resposta de perguntas sobre estado, sexo, lado da orientação e compreensão)	4
Compreensão (resposta de perguntas sobre estado, sexo, lado da orientação e compreensão)	3
Palavras incoerentes (palavras soltas, sem uma ideia aparente)	2
Sons incoerentes. (Somente um ou outro palavra)	1
Resposta	
Resposta motora (RM)	6
Obediência a ordem verbal. (Se o enfermo obedece quando lhe é ordenado.)	6
Localiza o estímulo doloroso.	5
Resposta motora a dor.	4
Palavras sem dor (desconhecimento).	3
Palavras sem dor (desconhecimento).	2
Sons sem dor.	1

- ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS		
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO	
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15	= 4
	9-12	= 3
	8-9	= 2
	4-7	= 1
	3	= 0
FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA	18-20	= 4
	21-24	= 3
	5-20	= 2
	1-5	= 1
	0	= 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	> 90	= 4
	70-90	= 3
	50-70	= 2
	1-50	= 1
	0	= 0

¹¹Expos de Visions Recrudes (RV): Some index
de notivités pères grâces de trépas festivo.
Pierrefort; Acropolis de Camargue H.L. Baco
872. Copies, et al; A review of the Trépas were.
J. Trépas RM 5 624. 1977.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE:
(ATLS 2005)

03 - 15 - grave (necessidade de
intubilação imediata);
09 - 2 - moderado;
14 - 15 - leve

* Reference: TEASDALE GILBERT, G. Assessment of coma and impaired consciousness, A practical scale, London 1974.2:81-84

⁷⁷ A. Spector et al., *op. cit.*, pp. 60-61; and J. H. Spector, *The American Revolution and the British Empire* (New York, 1963), p. 18.

SEM DOR	LEVE	Moderna	Interm	P
0	1	2	3	

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:	
ANAMNESE	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***	LABORATÓRIO OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) Tamoxifeno 100 EV Dexametasona 10 EV Dipirona 1/2 EV <i>[Assinatura e Carimbo do Responsável]</i>	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM <i>[Assinatura e Carimbo do Responsável]</i>
DESTINO DO PACIENTE: <i>Centro Clínico</i> Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: <i>01/05/20</i> DATA: / / HORA:	
AJUDA: DATA: / / HORA:	
Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:	
BITO: DATA: / / HORA:	
entregue à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P. ☐	

Médico (Carimbo)

Destacar nesta linha o entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:		Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:		DATA: / /	HORA:
AJUDA:		DATA: / /	HORA:
Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:			
BITO:		DATA: / /	HORA:
entregue à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P. ☐			





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 06/01/2020 15:0

Paciente: **GEOVANE PEDRO SOARES**

Registro: **143089**

Num. RG: **3458993**

CPF: **704.346.524-90** Nascimento: **06/01/1996** 24 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **MIRAI**

N.: **69**

Bairro: **FELIPE CAMARÃO**

Cidade: **NATAL**

UF: **RN**

CEP: **59074140**

Fone: **84987181691**

Profissão:

Mãe: **JEANE PEDRO SOARES**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1**

Entrada: **06/01/2020 15:05** Previsão saída: **10/01/2020 11:00** Atendente: **ANACELIAC**

Convênio: **SUS MUNICIPAL**

Matricula/CNS: **700503505816051**

Médico: **Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA**

CRM: **2156**

ENFERMARIA 304B

Dados do Responsável

Responsável: **JEANE PEDRO SOARES**

CPF:

RG: **2317077**

Parentesco:

Termo de Responsabilidade

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial.

Declaro para os fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital Memorial de Natal pela instituição conveniada a qualquer título.

Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo seja acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora está autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

Autorizo a liberação da documentação do meu caso médico, através de fotografia, ou de exames gráficos ou de imagens, bem como o seu arquivamento por meio digital, papéis, fotografias ou quaisquer meios para os seguintes fins:

- a. Diagnóstico;
- b. Planejamento e Terapêutico;
- c. Ensino e Pesquisa.

Assinatura: [] Paciente [x] Responsável

Observações

COM DOCUMENTOS AIH, 4 COPIAS DE RX, SISREG, MEDICO NÃO CIENTE

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Natal/RN
Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM: 06/03/2020

Natália Costa

MedicWare





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 06/01/2020 15:06

Dados do Paciente

Paciente: **GEOVANE PEDRO SOARES**

Registro: **143089**

Num. RG: **3458993**

CPF: **704.346.524-90** Nascimento: **06/01/1996** 24 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **MIRAI**

N.: **69**

Bairro: **FELIPE CAMARÃO**

Cidade: **NATAL**

UF: **RN**

CEP: **59074140**

Fone: **84987181691**

Profissão:

Mãe: **JEANE PEDRO SOARES**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1**

Entrada: **06/01/2020 15:05** Previsão saída: **10/01/2020 11:00** Atendente: **ANACELIAC**

Convênio: **SUS MUNICIPAL**

Matricula/CNS: **700503505816051**

Médico: **Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA**

CRM: **2156**

ENFERMARIA 304B

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____

Data da Baixa: _____ No. de dias de hospitalização: _____ No. de US: _____

Doc. Apresentado: _____ Diagnostico Definitivo: _____

Procedencia: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatorio sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratorios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurológico: _____

Ap. Urinário e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____

MediWare

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, _____/_____/_____

Página 1 / 1



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 02/09/2020 15:03:21

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090215032093900000057029049>

Número do documento: 20090215032093900000057029049

Num. 59421451 - Pág. 23



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

Data: 06/01/2020 15:06

Dados do Paciente

Paciente: **GEOVANE PEDRO SOARES**

Registro: 143089

Num. RG: 3458993

CPF: 704.346.524-90

Nascimento: 06/01/1996 24 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Solteiro(a)

Endereço: MIRAI

N.: 69

Bairro: FELIPE CAMARÃO

Cidade: NATAL

UF: RN

CEP: 59074140

Fone: 8498718169

Profissão:

Mãe: JEANE PEDRO SOARES

Dados do Internamento

Num. Internamento: 1

Entrada: 06/01/2020 15:05 Previsão saída: 10/01/2020 11:00 Atendente: ANACELIAC

Convênio: SUS MUNICIPAL

Matrícula/CNS: 700503505816051

Médico: Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA

CRM: 2156

ENFERMARIA 304B

Dados do Responsável

Responsável: JEANE PEDRO SOARES

CPF:

RG: 2317077

Parentesco:

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

1. - Autorizo o(a) Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA, a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: S8557 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (CO
 2. - O(A) Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
 3. - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.
- Razão por que o paciente não assinou o presente Termo de Ciência e Consentimento e Responsabilização.
Preenchido pelo responsável do paciente

Assinatura: [] Paciente [/] Responsável

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Certifico que expliquei detalhadamente a este paciente, ou ao seu responsável, o procedimento, cirurgia, seus benefícios, riscos e suas alternativas, respondi satisfatoriamente todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente / responsável compreendeu todo o que expliquei.

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA - CRM 2156

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____

MedicWare



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 02/09/2020 15:03:21

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090215032093900000057029049

Número do documento: 20090215032093900000057029049

Num. 59421451 - Pág. 24



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 06/01/2020 15:0

Dados do Paciente

Paciente: **GEOVANE PEDRO SOARES**

Num. RG: **3458993**

CPF: **704.346.524-90**

Nascimento: **06/01/1996**

24 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**

Registro: **143089**

Endereço: **MIRAI**

N.: **69**

Bairro: **FELIPE CAMARÃO**

Cidade: **NATAL**

UF: **RN**

CEP: **59074140**

Fone: **84987181691**

Profissão:

Mãe: **JEANE PEDRO SOARES**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1**

Entrada: **06/01/2020 15:05**

Previsão saída: **10/01/2020 11:00**

Atendente: **ANACELIAC**

Convênio: **SUS MUNICIPAL**

Matrícula/CNS: **700503505816051**

Médico: **Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA**

CRM: **2156**

ENFERMARIA 304B

Dados do Responsável

Responsável: **JEANE PEDRO SOARES**

CPF:

RG: **2317077**

Parentesco:

TERMO DE RESPONSABILIDADE PATRIMONIAL

Declaro que estou ciente da minha responsabilidade, à título de usufruto, para meu uso exclusivo, sobre os equipamentos/ materiais especificados neste termo de responsabilidade, comprometendo-me a mantê-los em perfeito estado de conservação, ficando ciente que:

- 1- Se o equipamento for danificado ou inutilizado por emprego inadequado, mau uso, negligência ou extravio, o Hospital Memorial cobrará um equipamento da mesma marca ou o ressarcimento do valor equivalente.
- 2- Em caso de dano, inutilização ou extravio do equipamento deverei comunicar imediatamente ao setor competente.
- 3- Terminando os serviços, devolverei o equipamento completo e em perfeito estado de conservação, considerando-se o tempo de uso do mesmo, ao setor competente.
- 4- Estarei sujeito a inspeções sem prévio aviso.
- 5- Segue a lista de itens inclusos no apartamento: Conjunto de armários de sete portas, Lavatório, Torneira do lavatório, Dispensadores de álcool, de sabonete, de papel toalha, Ar-condicionado, Cama, Colchão, Enxoval hospitalar, Criado-mudo, Cadeira/Poltrona, Televisão LCD, Pannel para televisão LCD, Suporte de soro, Lixeira, Pannel de gases, Frigobar, Cortinas, Campainha. E os itens inclusos no banheiro do apartamento: Armário de duas portas, Lavatório, Torneira do-lavatório, Dispensadores de sabonete, de papel toalha, de papel higiênico, Lixeira, Espelho, Vaso sanitário, Assento de vaso sanitário, Acionador de descarga, ducha higiênica, Chuveiro, ducha de banho, Registro, Suporte de toalha, Barras de apoio, Assento para banho, Balde de roupa e Campainha de emergência.

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

Jeane Pedro Soares

Devolução: Atestamos que o bem foi devolvido em ____/____/____, nas seguintes condições:

- [] Em perfeito estado
[] Apresentando defeito
[] Faltando Equipamentos/Acessórios

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN

Assinatura do responsável

CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____

Página 1 / 1

MedicWare



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 02/09/2020 15:03:21

https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090215032093900000057029049

Número do documento: 20090215032093900000057029049

Num. 59421451 - Pág. 25

29/01/2020

SISREG III - Servidor de Produção

Código Solicitação: 321208996

Número AIH: 242010001390-3

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL MONSENHOR WILFREDO GURGEL
Unidade Executante:
HOSPITAL MEMORIAL
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL
Central Reguladora
Data de Solicitação
Data de Autorização
Data de Reserva
Data de Internação
Data Prevista de Alta
Data de Alta
Motivo da Alta

NATAL
06.01.2020 - 13:54:26
06/01/2020 - 14:46:56
07.01.2020
07.01.2020
10.01.2020
27/01/2020 - 21:48:52
1.2 ALTA MELHORADO

CNES:
2653923
CNES:
2408252
Município Executante
NATAL

Operador 0371373840BRENIELI
Operador 62725246334ENDEL
Operador 33391521449FRANCISCA
Operador 33391521449FRANCISCA

DADOS DO PACIENTE

CNS:
700503505816051
Nome do Paciente
GEOVANE PEDRO SOARES
Nome da Mãe
JEANE PEDRO SOARES
Sexo:
MASCULINO
Data de Nascimento:
06/01/1996 (24 anos)
Tipo Logradouro:
INVALIDO
Número:
113
País de Residência:
BRASIL
Telefone(s):
(61) 3315-2425 (Exibir Lista Detalhada)

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:
NATAL - RN

Raça:
BRANCA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro: Complemento:
AV DUQUE DE CAXIAS
Bairro: CEP:
RIBEIRA 59012-200
Município de Residência: UF:
NATAL RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

CPF do Médico Executante:
12411337434

Diagnóstico Inicial - CID:
S721 - FRATURA PERTROCANTÉRICA
Caráter

11 - Urgência

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR (SINTESE)

TRANSFERÊNCIA ENTRE CLÍNICAS

Clínica

ESPEC - CLINICO - CLINICA GERAL

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

DEFORMIDADE+DOR<td>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

EXAME FISICO +RX

Condições que Justificam a Internação:

RISCO DE MORTE

PARCELA

ro de Impedimento do Regulador:

Nome do Médico Solicitante:

MARCONI M. BRANDAO

Nome do Médico Executante:

EDUARDO LÓPES DE SANTANA

Status da Solicitação:

APROVADA

Classificação de Risco

Prioridade D - Emergência, necessidade de atendimento imediato

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408050489

Dt. Transferência

13.01.2020

27.01.2020

Operador

33391521449FRANCISCA

33391521449FRANCISCA

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 02/09/2020 15:03:21

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090215032093900000057029049

Número do documento: 20090215032093900000057029049

Num. 59421451 - Pág. 26

350
SIJS

CPF: 704 346.324 - 90

Laudos para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

RPA

Plausível

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou

CNES: 2653923
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **157094 GEOVANE PEDRO SOARES - 23**

CNS: 700 503505 816 051

Nascimento: 06/01/1996

Sexo: Masculino

Prontuário: 1192209

Mãe: JEANE PEDRO SOARES

Pai:

Cor: PARDA

Endereço: RUA PARACATI, 800 - PLANALTO - NATAL

Município: NATAL

Código Municipal IBGE:

240810 UF: RN

Fone: 999900031 /

CEP: 59073-100

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 37741 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

PCT VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM COXA ESQ. APRESNETA FRATURA FECHADA DIAFI SRIA DO FEMUR A3. INDICADO TRAÇÃO ESQUELÉTICA DE URGÊNCIA E OSTOESSÍNTESE POSTERIOR PELO NIR.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
TTO CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
ANAMNESE + EF + RX

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S72.9 FRATURA DO FEMUR, PARTE NAO ESPECIFICADA*408050519. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFI SE

Pr a de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

FE: NR DIAFI SE, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão

☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

RODRIGO JOSE FERNANDES CABRAL

CRM: 6046 / RN

Data da Solicitação 23/12/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

() Acidente de Trabalho Típico

() Acidente de Trabalho Trajeto

CNPJ da Seguradora: _____

CNPJ da Empresa: _____

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Orgão Emissor: _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____

CONFERE COM ORIGINAL
EM, Número da Autorização: _____

Dr. Rodrigo Jose Cabral
CRM/RN 6046 0503-14.57



Código Solicitação: 321208996

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL MONSENHOR WILFREDO GURGEL
Unidade Executante:
HOSPITAL MEMORIAL
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - TIROL
Central Reguladora
Data de Solicitação
Data de Autorização
Data de Reserva
Data Prevista de Alta

NATAL
06.01.2020 - 13:54:26
06/01/2020 - 14:46:56
07.01.2020
10.01.2020

CNES:
2653923
CNES:
2408252
Município Executante
NATAL

Operador 03713738408RENIELI
Operador 62725245334ENDEL

DADOS DO PACIENTE

CNS:
700503505816051
Nome do Paciente
GEQVANE PEDRO SOARES
Nome da Mãe
JEANE PEDRO SOARES
Sexo:
MASCULINO
Data de Nascimento:
06/01/1996 (24 anos)
Tipo Logradouro:
INVALIDO
Número:
113
País de Residência:
BRASIL
Telefone(s):
(61) 3315-2425 (Espec. para Deficiência)

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:
NATAL - RN

Raça:
BRANCA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro: AV DUQUE DE CAXIAS
Complemento:

Bairro: RIBEIRA
CEP: 59012-200

Município de Residência: UF: RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

Nome do Médico Solicitante: MARCONI M. BRANDAD
Status da Solicitação: APROVADA

Diagnóstico Inicial - CID:
S721 - FRATURA PERTROCANTÉRICA
Caráter

11 - Urgência

Clínica:
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR (SINTESE)

Classificação de Risco
Prioridade 0 - Emergência, necessidade de atendimento imediato

Clínica Complementar:
Nenhuma

Código:

0408050489-

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
DEFORMIDADE+DOR+
Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
EXAME FISICO +RX
Condições que Justificam a Internação:
RISCO DE MORTE

PARECER

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador):

CRM:

Data de Solicitação:
06.01.2020 -
13:54:26

Data da Extração dos Dados: 06/01/2020 15:03:16

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____



DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: GEOVANE PEDRO SOARES

Data do Procedimento: 20012020

Registro: 143089 IH: 1

Diagnóstico pré-operatório: S723 FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Código do procedimento

0408060352

0408060190

0408050519

Cirurgia realizada

RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-OSSEO

OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Equipe cirúrgica:

Cirurgião: EDUARDO LOPES DE SANTANA

CRM

2156

Anestesiologista: GILVAN DE CARVALHO

1904

Instrumentador: JOÃO MARIA

Grau de Contaminação: Limpo

Profilaxia Antimicrobiana:

Anatomopatológico: Não

Exame: Não se aplica

Descrição dos materiais especiais utilizados:

PLACA DCP 01
PARAFUSOS CORTICAIS
08

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados:

Descrição da cirurgia:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL NA MESA CIRÚRGICA. ASSEPSIA E ANTISSEPSSIA. CAMPOIS OPERATORIOS. REDUÇÃO CIRÚRGICA E
FIXAÇÃO COM PLACA DCP E PARAFUSOS CORTICAIS. FECHAMENTO.

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 879 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM,



CRM: 2156 - EDUARDO LOPES DE SANTANA

20/01/2020 08:35:27





Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

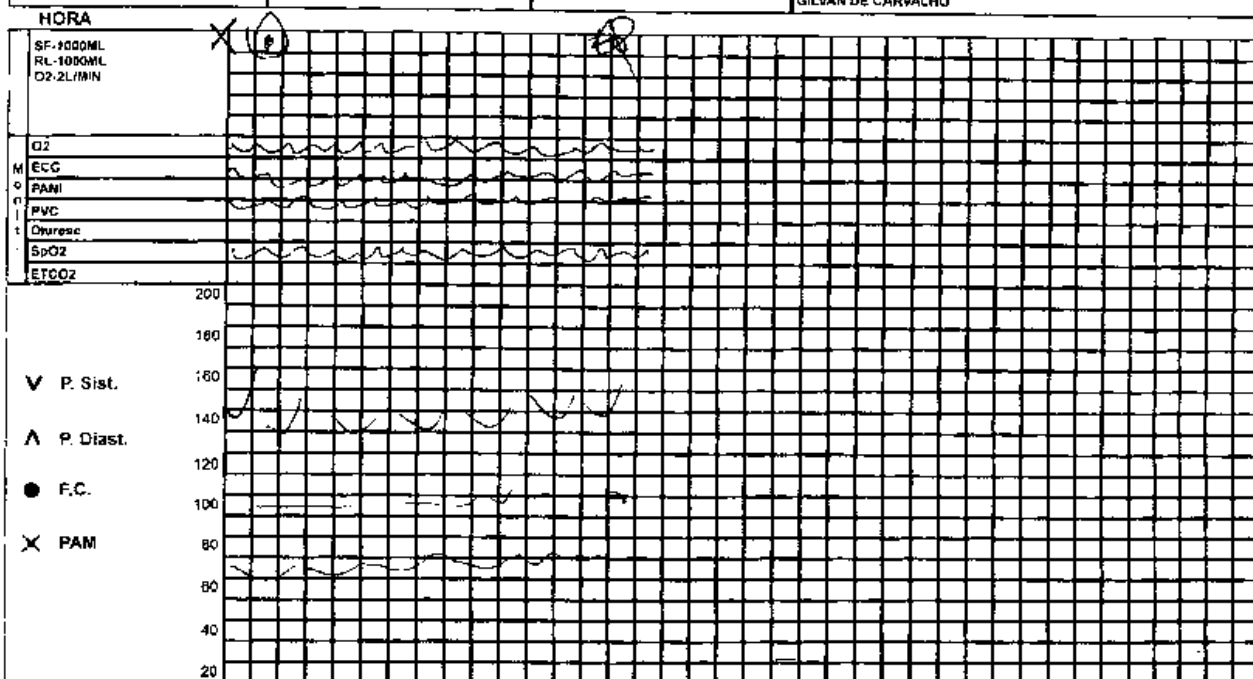
Dados do Paciente

Paciente: **GEOVANE PEDRO SOARES**

GEOVANE PEDRO SOARES 3089

IH: 1

Cirurgia Realizada		Data	
TRAT. CIRÚRGICO DE FRATURA DO FEMUR ESQUERDO+OSTEOTOMIA DO FEMUR+RETIRA DE FIO NA TÍBIA ESQUER		20/01/2020	
Cirurgião	1º Auxiliar	2º Auxiliar	Anestesiologista
DR EDUARDO			GILVAN DE CARVALHO



Exames Laboratoriais

pH	
PaCO2	
HCO3	
CO	
BE	
PmO2	
SHbO2	
Hb	
Hc	
Na	
K	
Ca	
Glicose	
DROGAS	
FENTANIL	600MG
MIDAZOLAM	15MG
NEOCARBA	0,5% 01
DIMORF	0,2MG 01
SUFENTANIL	10MCG
ROCURONIO	60MG
ATRACURIO	25MG
PROPOVAN	1%
EFEDRINA	60MG 01
ANAMIN	10MG
CEFALOXINA	1G 01
DIPIRONA	1G
ORAMIN	3MG
DEKAMETASOMA	10MG
RANITIDINA	50MG
ONDASETRONA	8MG
NEOCARBA	0,5%
ISOBARICA	0,5X
CETOPROFENO	100mg
TRAMAL	01
TILATILAO	01
ABO	02

TÉCNICA ANESTÉSICA: RAQUIANESTESIA

BLOQUEIO: ESPINHAL

LOCAL DA PUNÇÃO: L3-L4

NÍVEL ANESTESIA: T10

BLOQUEIO MOTOR: 3

POSICÃO: Antes: DDH

APARELHO:

TÉCNICA: ABERTO

INTUBAÇÃO/OXIGENAÇÃO: CATETER NASAL

TRAUMÁTICA: NAO

SONDA:

CUFF:

INDUÇÃO:

MANUTENÇÃO:

CONDIÇÃO FINAL: BOA

REFLEXOS: OK

CONSCIÊNCIA: OK

TIPO: RAQUI

LATÊNCIA: 5 MIN

LIQUOR: CLARO

AGULHA: 25

Depois: DDH

V.T.:

F.R.:

V.M.:

P.L.T.:

BALANÇO

OBSERVAÇÕES

ECG, PNI, OXIMETRO

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM,
Anestesiologista
CRM/RN 1904

DURAÇÃO: 01:30

INÍCIO: 08:30

FINAL: 10:00



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 02/09/2020 15:03:22

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090215032170300000057029052

Número do documento: 20090215032170300000057029052

Num. 59421454 - Pág. 1



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: 143089 IH: 1 Paciente: GEOVANE PEDRO SOARES
Nascimento: 06/01/1996 24 anos Internação: 06/01/2020 15:05:02 Leito: ENFERMARIA 308A

ANTES DO ATO CIRÚRGICO 20/01/2020 07:30:00 - COREN - 819960 - SARA BORGES LOPES DA SILVA

Observações:

CLIENTE ADMITIDO(A) NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FEMUR ESQUERDO SIC NEGA AM+DM+ HAS CONSCIENTE, ORIENTADA (O), RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, PUNÇIONADO(A) COM CATETER VENOSO Nº 18 EM MSD VIABILIZANDO SF0,9% E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Doença pré-existente: NÃO

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

Exame Laboratorial: SIM Risco Cirúrgico: SIM Raio X: PRÉ: SIM-QTD: 2

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): NÃO

Assinatura Responsável

Outros Exames:

SRPA COREN - 819960 - SARA BORGES LOPES DA SILVA

Nível consciência: CONSCIENTE

Oxigenoterapia: O²AMBIENTE

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

Hipotensão: NÃO Raio X de Controle: NÃO

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE DE POI DE FRATURA DE FEMUR, CONSCIENTE, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, NA MVP, VIABILIZANDO SF0,9%, COM DRENO DE SUÇÃO JA ABERTO COM CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO, DIURESE ESPONTÂNEA, PRECISA REALIZAR RX PÓS DE CONTROLE, ANEXO AO PRONTUÁRIO EXAMES, SEGUE ACOMPANHADO ATÉ O LEITO DO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM.

VERIFICADO SSVV: PA= 110X70 MMHG, FC=78 BPM, SPO2= 98 %

Assinatura Responsável

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, _____





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

Data: 20/01/2020 09:10

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: **143089** IH: **1** Paciente: **GEOVANE PEDRO SOARES**
Nascimento: **06/01/1996** **24 anos** Internação: **06/01/2020 15:05:02** Leito: **ENFERMARIA 308A**

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: **RAQUI + SEDAÇÃO**

Anestesiologista: **DR. GILVAN**

Tipo: **FRATURA DE FEMUR E**

Cirurgião: **DR. EDUARDO**

Instrumentador: **JOÃO**

Circulante: **CRISTINA**

Tipo curativo: **LIMPO**

Tem material para biópsia/cultura:

Inf.sanguínea: **NÃO**

Monitoração correta: **SIM**

Placa de bisturi: **SIM**

Antibiótico profilático?: **Kefazol**

Início da cirurgia: **07:35**

Fim da cirurgia: **08:50**

Tempo de cirurgia:

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

CLIENTE ENCAMINHADO PARA O SRPA, CONSCIENTE, ORIENTADO EM Q2 AMBIENTE, AVP MSE, CURATIVO LIMPO EM FEMUR E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Potencial de Contaminação: **Limpa**

Melaira

MARIA CRISTINA DE LIRA
Técnico(a) COREN - 29056

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, _____





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

AE - UNIDADE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: **GEOVANE PEDRO SOARES**

Registro: **143089** N° Internação:

Nascimento: **06/01/1996 24 anos** Data Internação: **06/01/2020 15:05:02** Leito: **ENFERMARIA 308A**

OBSERVAÇÕES GERAIS

AS 17:00

PACIENTE APRESENTANDO RETENÇÃO URINÁRIA E FORMAÇÃO DE BEXIGOMA. REALIZADO CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO, COM TÉCNICA ASSÉPTICA, UTILIZANDO-SE OS SEGUINTE MATERIAIS: SONDA Nº 12, LIDOCAÍNA GELEIA, GAZE ESTÉRIL, SERINGA 5ML, LUVA DE PROCEDIMENTO ESTÉRIL, COLETOR DE URINA, CLOREXIDINA AQUOSA, CAMPO ESTÉRIL. PROCEDIMENTO REALIZADO COM ÊXITO, COM DÉBITO DE 500ML DE DIURESE COM ASPECTO CONCENTRADO E ODORES CARACTERÍSTICOS.

Evelly Beatriz de Souza Alves
COREN - 604504

20/01/2020
COREN - 604504
EVELLY BEATRIZ DE SOUZA ALVES

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 02/09/2020 15:03:22

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090215032170300000057029052>

Número do documento: 20090215032170300000057029052



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DE ENFERMAGEM - UNIDADE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: **GEOVANE PEDRO SOARES**

Registro: **143089** Nº Internação:

Nascimento: **06/01/1996 24 anos** Data Internação: **06/01/2020 16:05:02** Leito: **ENFERMARIA 308A**

OBSERVAÇÕES GERAIS

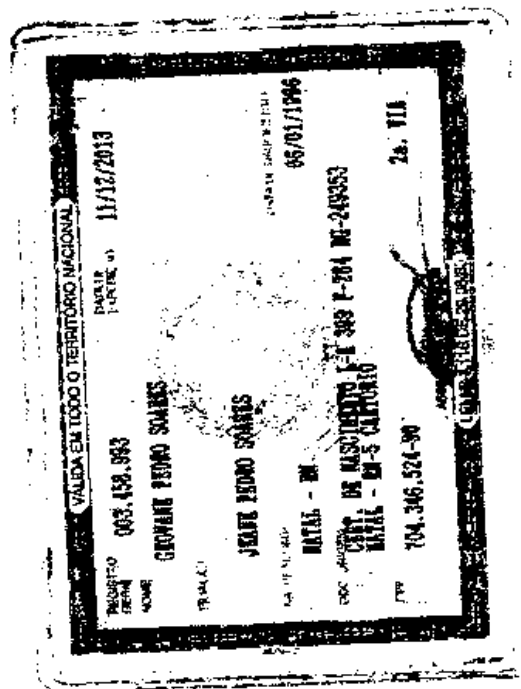
- **06H37: PCT. ENCAMINHADO P/ O CC.**

20/01/2020
COREN - 153654

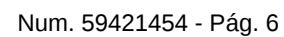
LUANA PATRICIA RODRIGUES L. DI. C.

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____





00000000000000000000



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0092310/20

Vítima: GEOVANE PEDRO SOARES

CPF: 704.346.524-90

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/12/2019

Titular do CPF: GEOVANE PEDRO SOARES

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de Identificação
Outros

Outros



GEOVANE PEDRO SOARES : 704.346.524-90

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/03/2020
Nome: GEOVANE PEDRO SOARES
CPF: 704.346.524-90

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2020
Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA
CPF: 143.938.707-94

GEOVANE PEDRO SOARES

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Geovane Pedro Soares
 DATA DO ACIDENTE 22/12/2019 CPF DA VÍTIMA 704.346.524-90
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL CUIDO PARANTESCO COM A VÍTIMA E _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA MIRAI
 Nº 690 COMPLEMENTO _____ BAIRRO FELIPE CAMARAO
 CIDADE NATAL UF _____ CEP 59074-150
 E-MAIL GEOVANE@SOARES222222@GMAIL.COM TELEFONE (84) 99218-3245

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 08/03/2020
 IDENTIDADE 003458.993
 ASSINATURA GEOVANE PEDRO SOARES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 09/03/20 MATR. CORREIOS 8377769
 NOME Milton L. F. T. M.
 ASSINATURA [Assinatura]
 Assessoria Operacional



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 02/09/2020 15:03:22

<https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090215032170300000057029052>

Número do documento: 20090215032170300000057029052

Num. 59421454 - Pág. 8