

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: 08/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DA GUIA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00034

CONTA: 000000085304-3

Nr. da Autenticação 31C2CBA76780C76E

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190714811 **Cidade:** São Gonçalo do Amarante **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DA GUIA DA SILVA **Data do acidente:** 06/10/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 07/08/09/10_CIRURGIA

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

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190714811

Vítima: MARIA DA GUIA DA SILVA

Data do Acidente: 06/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DA GUIA DA SILVA

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\$ 2.362,50

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: **MARIA DA GUIA DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000034**

Conta: **0000085304-3**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 074.761.304-48 4 - Nome completo da vítima: MARIA DA GUAIA DA SILVA

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

5 - Nome completo: MARIA DA GUAIA DA SILVA 6 - CPF: 074.761.304-48
7 - Profissão: DISCIPULADA 8 - Endereço: AV. PEDRO A. CABRAL 9 - Número: 536 10 - Complemento:
11 - Bairro: PR. DOS COQUELOS 12 - Cidade: NATAL 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59115-000
15 - E-mail: 0849.3.8706.3749

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: ☐ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0034 033 CONTA: 35304 3 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 atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 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: ☒ Solteira ☐ 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 nascos)? ☐ 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 a pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

X MARIA DA GUAIA DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE - SÃO GONÇALO DO
AMARANTE - RN

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 071427/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/12/2019 09:42

Data/Hora Fim: 20/12/2019 09:55

Delegado de Polícia: Luciano Augusto Pereira

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia Municipal de São Gonçalo do Amarante

Data/Hora do Fato: 06/10/2018 16:47

Local do Fato

Município: São Gonçalo do Amarante (RN)

Logradouro: RN 160

Bairro: SANTO ANTÔNIO
Nº: S/N

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARIA DA GUIA DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Ceará-Mirim

Sexo: Masculino

Nasc: 12/09/1985

Profissão: Empregada Doméstica

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria Nairi da Silva

Em Serviço: Não

Nome do Pai: Francisco do Nascimento Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 001.775.032

Endereço

Município: São Gonçalo do Amarante - RN

Logradouro: AV PEDRO ALVES CABRAL

Bairro: PQ DOS COQUEIROS

Telefone: (84) 98752-1828 (Celular)

Nº: 558

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: São Gonçalo do Amarante - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Descrição ENVOLVIDO

Quantidade 1 Unidade

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão

Veículo Adulterado? Não

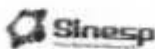
Situação Envolvido, Meio Empregado

Nome Envolvido

Desconhecido 1

Envolvimentos

Possuidor



Delegado de Polícia Civil: Luciano Augusto Pereira
Impresso por: Luiz Antonio Medeiros Emerenciano
Data de Impressão: 20/12/2019 09:56
Protocolo nº: Não disponível



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE - SÃO GONÇALO DO
AMARANTE - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 071427/2019

Grupo Veículo	Subgrupo Motocideta/Motoneta
Descrição ENVOLVIDA	CPF/CNPJ do Proprietário 009.811.114-08
Placa MYL5152	Renavam 00951476475
Número do Motor E382E-173601	Número do Chassi 9C6KE092080175157
Ano/Modelo Fabricação 2008/2007	Cor VERMELHA
UF Veículo Rio Grande do Norte	Município Veículo Parnamirim
Marca/Modelo YAMAHA/YBR 125K	Modelo YAMAHA/YBR 125K
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 27/06/2018
Situação do Veículo NADA CONSTA	

Nome Envolvido

Maria da Guia da Silva

Envolvimentos

Exibidor

RELATO/HISTÓRICO

A DECLARANTE COMPARECEU A ESTA UNIDADE DE POLÍCIA, ONDE RELATOU QUE IA DE GARUPA NA MOTOCICLETA CADASTRADA, NESTE BO, QUANDO A MESMA FOI ATINGIDA POR UM VEÍCULO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, APÓS A COLISÃO A VÍTIMA SOFREU ESCORIAÇÕES PELO CORPO E FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL WALFREDO GURGEL. NADA MAIS DISSE.

ASSINATURAS

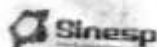
Luiz Antonio Medeiros Emerenciano

Agente de Polícia
Matrícula 1943152

Responsável pelo Atendimento

MARIA DA GUIA DA SILVA
Maria da Guia da Silva
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (sou) (encorajo) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado da Polícia Civil Luciano Augusto Pereira
Impresso por: Luiz Antonio Medeiros Emerenciano
Data de Impressão: 20/12/2019 09:56
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 51852 /2018
Admissão: 06/10/2018 18:12:45

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 95932 - MARIA DA GUIA DA SILVA (33 a 1 d)
Nascimento: 05/10/1985 Natural: NATAL.BRASIL

Sexo: F Cor: SEM
INFORMACAO

CNS: CPF: Prof:
Mãe: MARIA MARLI DA SILVA Pai:
Logradouro: IGNORADO, 1 Cidade: NATAL
CEP: 59015380 Bairro: IGNORADO Compl: SEM DOCUMENTOS
Telefone: 84 88888888

Motivo: CONSULTA DE URG/EMERGENCIA
Origem: AMBUL. SAMU RN

Tipo: REFERENCIADO
*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS: Classificação: 06/10/2018 18:10:24

HORA	P.A.	HGT	SaO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
17:20	130/80		98		20	82	36.5	15	

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA DE MIE
Hora: _____

Acidente moto - com lesão t40m, sem capacete, sem perda de consciência ou reações. Refere dor em coxa @ e cabeça. Necessário de capacete. Psicologado.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A VPM em eucalipto
- B sem lesões em membros
- C sem lesões, membros inferiores e superiores. Refere dor
- D sem lesões
- E sem lesões + hematomas e edema

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

FUO DE PRONIA + DE PRONIA + DE PRONIA

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

P001.00

TOMOGRAFIA MMW
Data: 06/10/18 Hora: 18:41
Técnico: [assinatura]
Exame: [assinatura]
Médico: [assinatura]

ALGORITMO PI SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1 - AVALIE A RESPOSTA DA VÍTIMA 2 - PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITALS) 3 - ABRAVA A VÍTIMA 4 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR) 5 - SE APNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSÁ, VALVA, MÁSCARA) 6 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRAQUIAL EM LACTENTE) 7 - SE PULSO AUSENTE, INICIE COMPRESSIONES TORÁICAS 100/min (PROPORÇÃO 30:2) ATÉ A CHEGADA DO DEB, 8 - DECA DISPONÍVEL: APLIQUE 1 CHOQUE 200 J (200 J DEB) 9 - RITMO CHOCÁVEL: APLIQUE 1 CHOQUE 200 J (200 J DEB) 10 - RITMO NÃO CHOCÁVEL: REINICIE RCP 30:2, 11 - AVALIE O RITMO A CADA 1 CICLO, 12 - FAÇA RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MOVIMENTE, 13 - COLOQUE A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO

ANAMNESE

Relato de acidente motociclístico sem elementos
neutros.
ECG: 15. Sem d'alta por
TC cado: sem alteração
clínica de lesões internas

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Outros se abrem espontaneamente.	4
Outros se abrem ao comando verbal (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3)	3
Outros se abrem por estímulo doloroso	2
Outros não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (REV)	
Orientado (Responde conscientemente e apropriadamente às perguntas sobre local, data, hora, estado, etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas conscientemente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras incoerentes (Fala solta, sem sentido contextual)	3
Sons ininteligíveis. (Responde sem articular palavras)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (RMT)	
Obedece a ordens verbais. (Paralisa membros quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Reflexos inespecíficos a dor	4
Reflexo flexo à dor (Decorticação)	3
Reflexo extensor à dor (Decorticação)	2
Sem resposta motora.	1
Total	

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4
	9-12 = 3
	6-8 = 2
	4-5 = 1
	3 = 0
FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20 = 4
	6-9 = 3
	5 = 2
	1-4 = 1
	0 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90 = 4
	70-89 = 3
	50-69 = 2
	1-49 = 1
	0 = 0

"Exatidão de Triagem Revisada (RTS): São índices de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Secco M.L. Copes, et al: A revision of the Trauma score. J. Trauma 20:524, 1985.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)*

02 - Grave (necessidade de intervenção imediata)
03 - Moderado
04 - Leve

* Referência: TEASDALE G. JENNET B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-84

"A escala proposta aplica-se a pacientes com lesões de crânio e coluna cervical, com nível superior a 7 anos. No Exatidão de Triagem Revisada, a pontuação de cada item de acordo com as seguintes definições:

SEM DOR	LEVE	Moderado	Intensa	Mor Perigoso
0	1	2	3	4

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2

*Paciente em fômites sem fômites
sem sinais*

ANAI NESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

/ /

HORA:

SAÍDA:

DATA:

/ /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

/ /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

/ /

HORA:

SAÍDA:

DATA:

/ /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

/ /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALERGIAS) NãoM(MEDICAÇÃO EM USO) MedP(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) NãoL(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS) SimA(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA) Vit. PiberV (PASSADO VACINAL) —

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

Rx Tórax AP
 Rx Pelve AP
 Rx Femur @ AP
 Ec Dop

Heitor Araújo de Andrade
 RACIAO GERAL
 CRM/RN 8258

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMARIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

- Dipirona - 01 amp. + ABD EV
 - Raio-X de Tórax sem sinais
 de Hemo/Pneumotórax ou Fx
 de arcos costais. Paciente segue
 estável e referindo apenas
 dor em Coxa @, onde apresenta
 Fx de Femur.

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Col: Liberada da Cir. Geral

Solicito avaliação de Ortopedia

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

+ Dr. Nunes

Yuri Lourenço Rodrigues
 MÉDICO
 CRM-RN 8766

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1°

MedHORA: 18:05DATA: 26/10/18

ESPECIALISTA 2

Ortopedia

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

SUS

Lab para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar
Nº 3483 / 2018

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou:

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **95932 MARIA DA GUIA DA SILVA**

Prontuário:

CNS:

Nascimento: 05/10/1985 Sexo: Feminino

Cor: SEM INFORMACAO

Mãe: MARIA MARLI DA SILVA

Pai:

Endereço: RUA IGNORADO, 1 - IGNORADO - NATAL

Fone: 88888888 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE: 240810

UF: RN

CEP: 59015-380

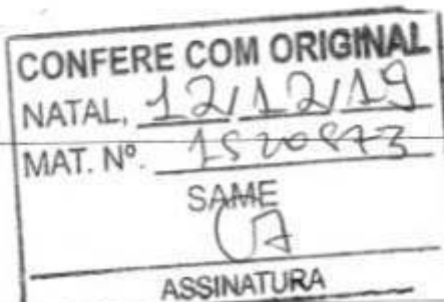
JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

paciente com fratura subtrocanterica esq

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

procedimento cirurgico



RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

hc e rx

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S72.9 FRATURA DO FÊMUR, PARTE NÃO ESPECIFICADA*408050519-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE

Profissional Solicitante / Assistente:

ALÍPIO CARMO NETO SEGUNDO

Dr. Genival Fernandes de A. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6647

CRM: 4762 / RN

Data da Solicitação 06/10/2018

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 CNPJ da Empresa: CNAE da Emp.: CBOR:

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: Orgão Emissor:

Documento: () CNS () CPF nº

Data da Autorização: / / Assinatura/Carimbo:

Nº Autorização da AIH:



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

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

EVOLUÇÃO
MULTIDISCIPLINAR

Nome

Menes de Deus da Silva

Leito:

Idade:

Nº Registro:

DATA

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

26/10/19

Cont. por afecção irreversível
de brônquios M/R, etc
sem intercorrências

Ramon Marcelo M. Teixeira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN - 5148

27/10/19

Cont. evoluindo, em fase
de VAP

Ramon Marcelo M. Teixeira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN - 5148

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL. 12/12/19
MAT. Nº. 182875
SAME
OF
ASSINATURA

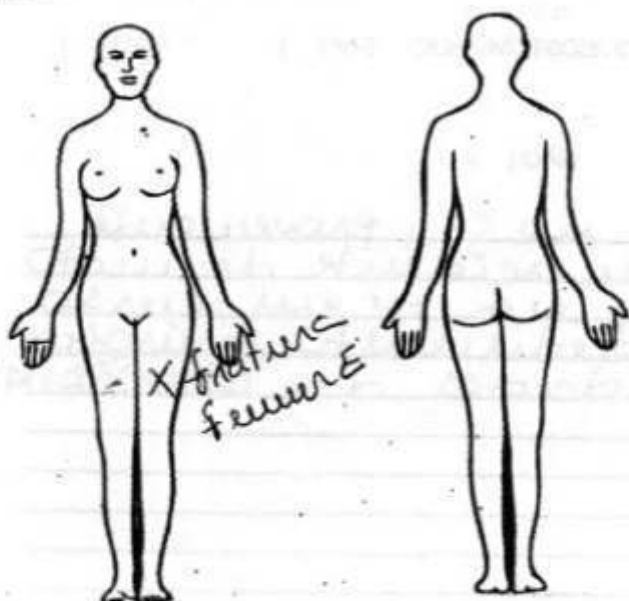


FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Maria da Guia da Silva
DATA DE NASCIMENTO: 05/10/1985 IDADE: 33 anos
REGISTRO: EIA 10279118
DATA DE ADMISSÃO: 06/10/18 HORA: 21:50

ADMISSÃO DO PACIENTE:
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: ORTOPEDIA
HIDRATAÇÃO: SIM (x) NÃO () VIA: PERIFÉRICO () ACESSO CENTRAL ()
NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE (x) ORIENTADO (x) VIGIL () AGITADO ()
INCONSCIENTE ()
ESTADO GERAL: BOM () REGULAR (x) GRAVE ()
SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE (x) M.V. () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()
ALÉRGICO: SIM () NÃO (x) HIPERTENSO: SIM () NÃO (x)
DIABÉTICO: SIM () NÃO (x) ASMÁTICO: SIM () NÃO (x)
DOENÇA RENAL: SIM () NÃO (x) OUTRAS PATOLOGIAS: _____
MEDICAÇÕES EM USO: _____
CIRURGIAS ANTERIORES: _____
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM (x) NÃO ()
OBSERVAÇÃO: Rx

ÁREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____
ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____
OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



JALECON: _____ ACESSO CENTRAL: _____
INSTRUMENTADOR: RA - Auxiliadora
CIRCULANTE: bounder
TIPO DE ANESTESIA: GERAL (x) RAQUI () PERIDURAL () B.P.B. () LOCAL ()
OBS: _____
ANESTESISTA: Dr. Delio
INÍCIO DE ANESTESIA: 22:05
TÉRMINO DE ANESTESIA: 22:15
ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: _____
HORA: _____



IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Marcelo de Jesus de S. S.* Reg. N°Diagnóstico pré-operatório: *Fratura de fêmur E*Indicação terapêutica: Urgência ☒ Eletiva ()

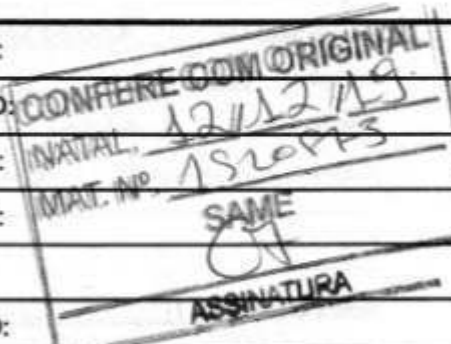
INTERVENÇÃO

Data: Início: Término: Duração:

Operador: *Dr. J. J. J.* CRM/CRO:1º Auxiliar: *Dr. G. G.* CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista: *Dr. DEUD* CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

*Feito estudo sobre o caso**Tratado + Operado de acordo**Tratado de acordo com o plano**Feito de acordo com o plano**At. com sucesso**Dr. Marcelo de Jesus de S. S.*
Ortopedia - Traumatologia
CRM/RN - 5148*04.02.05.023-3(3) 572.3 (419,50)*

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

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

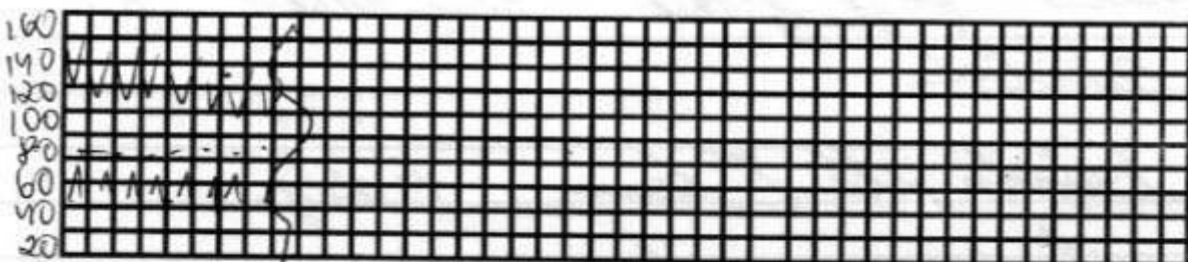
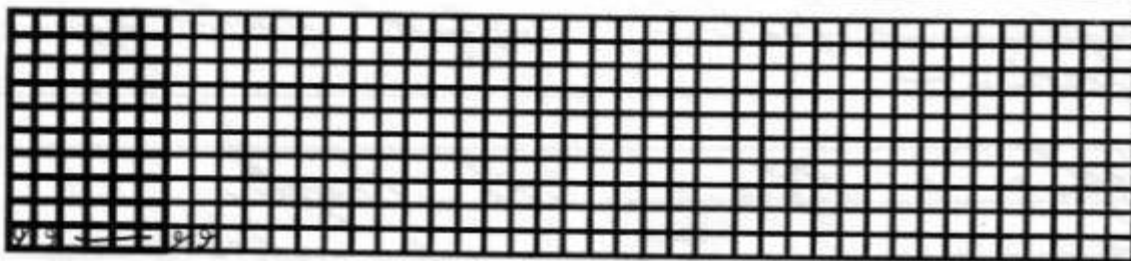


GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Salinho

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Mara da Guia da Silva ASA: I
Idade: 33 anos Sexo: F Registro: _____
Diagnóstico: _____ Data: 06-10-18
Cirurgia Realizada: tração esquelética
Cirurgião: Ramon Auxiliar: _____
Anestesiologista: Délio Enfermagem: _____
História Clínica Admissional: Queda de moto

Técnica Anestésica: Manutenção / Revisão de ventilação sedada
ventilador com respiração espontânea / 100% O₂
até o encaminhamento à SRPA



Início: 22:00 / 22:05 Término: 22:15 / 22:20

Anestésicos Utilizados:

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1. <u>propofol 150mg - 20</u> | 2. <u>Ripirana 20</u> |
| 3. <u>lidocaína 100mg</u> | 4. <u>clonidina 10mg</u> |
| 5. _____ | 6. <u>fentanyl 40mg</u> |
| 7. _____ | 8. <u>ondansetrona 8mg</u> |
| 9. _____ | 10. _____ |
| 11. _____ | 12. _____ |
| 13. _____ | 14. _____ |

Encaminhamento: à SRPA

Délio - 6555 - RN

Assinatura do Anestesiologista - CRM

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO CHARGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 10279 /2018

Prontuário: 1176448

Paciente: 95932 - MARIA DA GUIA DA SILVA

Cartão SUS:

Idade: 33 anos 1 dia

Sexo: F

CPF:

Etnia: SEM

INFORMACAO

Dt Nasc: 05/10/1985

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA MARLI DA SILVA

Nome do pai:

Rua/Av: IGNORADO

Complemento: SEM DOCUMENTOS

CEP: 59015380

Telefone: 84 88888888 84 88888888

Especialidade: ORTOPEDICA

Responsável: MARIA DA GUIA DA SILVA -

Usuário: SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS

Nº:1

Bairro: IGNORADO

Cidade: NATAL

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1005

Admissão: 06/10/2018 20:41:00

Alta:

18-10-19

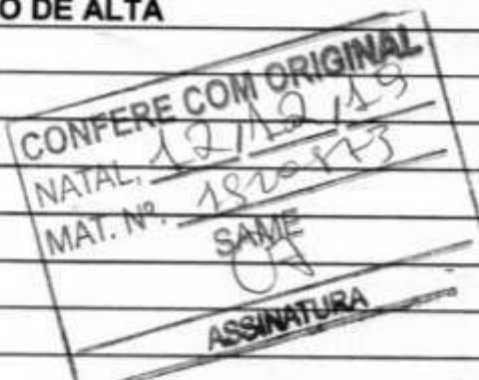
Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S72.9 - FRATURA DO FEMUR, PARTE NÃO ESPECIFICADA
408050519 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA



NATAL, 06 de Outubro de 2018.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO - CIENTÍFICO DE FISCIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - II




POLEGAR DIREITO

MARIA DÂGÊNIA DA SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

001.775.032

MARIA DA GUIA DA SILVA

FRANCISCO DO NASCIMENTO SILVA
MARIA MARLI DA SILVA

CEARA-MIRIM RN

CERT. DE NASCIMENTO L-016 F-193 88-11694
MATRABUSPE RN-CARTORIO UNICO CARTORIO

074.761.304-48

12/09/1983

04/06/2019

3a. VIA

Lei Nº 7.210 DE 20/07/1983

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

DOC. IDENTIFIC. / CATEGORIA: 1099157 SSP RN

CPF: 702.851.364-53 DATA NASCIMENTO: 12/04/1969

RENOME: SEBASTIAO FREIRE

GENEVIA VITAL FREIRE

RENOME: [] RG: [] CATEGORIA: B

Nº HABILITACAO: 02825087480 VALIDADE: 13/11/2018 15/04/2003

Assinatura: Robinson Luis Vital Freire

LOCAL: PARNAGUÁ, RN DATA: 14/11/2013

70945412024 70701857472

DETRAN - RN (RIO GRANDE DO NORTE)

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 882090202

882090202

ARUANA SEGURO

ARUANA SEGURO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2013

GENTE SEGURO S/A
2, Rua Politécnica, 700, Lapa 2, Natal, RN

ARUANA SEGURO

ARUANA SEGURO

22 MAI 2019

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante MARIA DA GUIA DA SILVA

portador(a) do documento de identidade nº 001.775.032 expedido por SSP em

04.06.2019 inscrito no CPF sob o nº 074.761.304-48 residente na

_____ nº _____

complemento _____ Bairro _____ cidade

_____ Estado _____

2. Outorgado ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

portador(a) do documento de identidade nº 1.099.157 expedido por SSP em

23.07.2019 inscrito no CPF sob o nº 702.854.364-53 residente na

RUA SANTA MARIA Nº 22 nº _____

complemento _____ Bairro BELA PARANAMIRIM cidade

PARANAMIRIM Estado R.N.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do **Seguro Obrigatório - DPVAT**, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

_____ de _____ de _____


OUTORGANTE

Outorgante MARIA DA GUIA DA SILVA

(VEJA ORIENTAÇÃO SOBRE AUTENTICIDADE DE DOCUMENTOS OU RECONHECIMENTO DE FIRMAS NO WWW.COSESPSEGUROS.COM.BR)

Tratando-se de pessoa não alfabetizada, a procuração deverá ser firmada em cartório, obrigatoriamente.

2º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Comarca de São Gonçalo do Amarante - Rio Grande do Norte
Estado do Rio Grande do Norte - Brasil

Procurador: Sérgio Luis de Fátima
São Gonçalo do Amarante - RN - CEP 59200-000
Fone/Fax: (84) 3276-1234 - CNPJ nº 08.945.123/0001-00
e-mail: procurador@coespseguros.com.br

RECONHECO por AUTENTICIDADE a(s) Assinatura(s) do(s) Senhor(es):
MARIA DA GUIA DA SILVA

Registro: 0015 086 08028 CPF/MF: 074.761.304-48

Selo Digital: RN20190093306000867HAY (<https://selodigital.jfm.jus.br/>)

São Gonçalo do Amarante/RN 18 de dezembro de 2019

Op.: Fátima Dantas

☐ Sérgio Luis de Fátima ☐ Grande Carolina de Silva ☐ Paulo Sérgio de Melo

Emolumentos: R\$2.83 (R\$2.140/66) - Total: R\$2.87 (Lei nº 9.618/2012)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0464174/19

Vítima: MARIA DA GUIA DA SILVA

CPF: 074.761.304-48

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA DA GUIA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROBINSON LUIS VITAL FREIRE : 702.851.364-53

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

MARIA DA GUIA DA SILVA : 074.761.304-48

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: 20/12/2019
Nome: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE
CPF: 702.851.364-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/12/2019
Nome: Euler Vinicius Chacon Freire
CPF: 017.072.314-35

ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

Euler Vinicius Chacon Freire