



Número: **0804910-42.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **11/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA DA GUIA DA SILVA (AUTOR)		Rocco Meliande Neto (ADVOGADO)	
Vera Cruz Seguradora S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59613728	09/09/2020 12:03	<a href="#">Contestação</a>	Contestação
59614547	09/09/2020 12:03	<a href="#">2748292_CONTESTACAO_Anexo_04</a>	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: 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





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

**Rio de Janeiro, 15 de 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](http://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 GUILA 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 GUILA DA SILVA 6 - CPF: 074.761.304-48  
7 - Profissão: DISCIPULADA 8 - Endereço: AV. PEDRO A. CABRAL 9 - Número: 556 10 - Complemento:  
11 - Bairro: R.D. DOS COQUEIROS 12 - Cidade: NATAL 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.115-000  
15 - E-mail: 074.761.304-48 15 - Tel.(DDD): 074.761.304-48

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\$1.00 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)

AGÊNCIA: 0034 053 CONTA: 85304 3  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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(s) ao nascer? ☐ 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 alterado

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 GUILA DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

1 V002/2019



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

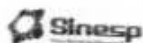
Situação: Envolvido, Meio Empregado

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

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 09/09/2020 12:03:16

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009091203163000000057204114>

Número do documento: 2009091203163000000057204114

Num. 59614547 - Pág. 5



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 Motocicleta/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	Envolvimentos
Maria da Guia da Silva	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

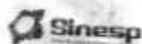
Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (sou) responsável pelas informações acima escritas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 342-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

MARIA DA GUIA DA SILVA

Maria da Guia da Silva

(Comunicante / Vítima)



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







SESAP/RN - HOSPITAL MONSEÑOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHC



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  
Telefone: 84 88888888 Compl: SEM DOCUMENTOS

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	SAME	20	82	37	15	

### HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA DE MIE

Hora: \_\_\_\_\_

Acidente moto - com lesão t40mm, sem capote, sem perda de consciência ou reações. Refere dor em coxa @ e capalho nupre uso de capote. Psicologado.

### EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A VPL sem cefalalgia
- B sem lesões em membros
- C sem lesões, reflexos fisiológicos e normais. Refere dor
- D sem lesões
- E MIE imobilizada + torniquete independente

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

FILHO DE PIRONIA + DEPENDENTE SOCIAL

\*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

POLIZED LHO

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

\*Gerado via SX por GLAUBER STEVEN RAMOS DE MEDEIROS. Impresso em 06 de Outubro de 2018.



**MONITORAMENTO ESPECIALIZADO 1:** *MON - 10.00*

**ANAMNESE**

*Relato de ocorrência medicamentosa com efeitos neurológicos.*

*ECG: 15. Sem alterações*

*TC crânio: sem alterações*

*col. Abn. VCR de entranha*

**EXAME FÍSICO**

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**

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

**LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS**

**OUTROS**

**CONDUÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)**

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

*CONFERE COM ORIGINAL*  
*NATAL. 12/12/19*  
*MAT. Nº. 1520343*  
*SAME*  
*ASSINATURA*

**Assinatura e Carimbo do Responsável**

**Assinatura e Carimbo do Responsável**

**ORIENTAÇÃO TEÓRICA**

**ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW**

Abertura Ocular (AO)	
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal (não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem	1
<b>Resposta verbal (RV)</b>	
Orientado (Responde conscientemente e apropriadamente às perguntas sobre local, tempo, estado ambiental, etc., e pessoa, e data e etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas conscientemente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Falhas incoerentes (Fala apática, mas sem total desorientação)	3
Sons ininteligíveis (Gemeos sem articular palavras)	2
Assente	1
<b>Resposta motora (RM)</b>	
Obedece a ordens verbais. (Parar sempre quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Resposta incoerente a dor	4
Reflexo flexo à dor (Desorientação)	3
Reflexo extensor à dor (Desorientação)	2
Sem resposta motora.	1
<b>Total</b>	

**"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS"**

DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4
	9-12 = 3
	6-8 = 2
	3-5 = 1
FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20 = 4
	12-20 = 3
	6-9 = 2
	1-5 = 1
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90 = 4
	70-89 = 3
	40-69 = 2
	0 = 1

**CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)\***

63 - 69: Grave (necessidade de intubação imediata)

55-59: Moderado

14-15: 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 doentes com lesões e que estejam com idade superior a 16 anos. No Excerto Qualifica o nível de acordo com a classificação e intensidade de sua dor de acordo com as seguintes definições:

SEM DOR	LEVE	Moderado	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

**Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 09/09/2020 12:03:16**

**Num. 59614547 - Pág. 8**

<b>ANAMNESE</b> <div style="font-size: 24px; font-family: cursive; text-align: center;">Paciente em fratura suscitada por trauma</div>	
<b>EXAME FÍSICO</b>	
<b>IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA</b>	
<b>EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***</b>	<b>LABORATÓRIO</b>
	<b>OUTROS</b>
<b>CONDOTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)</b> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 140px;"></div>	<b>ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM</b> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 140px;"></div>
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável

Dr. Gaudêncio da A. Filho  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM/RN 347

<b>DESTINO DO PACIENTE:</b>		<b>Nº do Boletim de Atendimento:</b>	
<b>INTERNAMENTO NA CLÍNICA:</b> <i>Ortopedia</i>		<b>DATA:</b> /    /	<b>HORA:</b>
<b>SAÍDA:</b>		<b>DATA:</b> /    /	<b>HORA:</b>
<b>Decisão Médica</b> <input type="checkbox"/> <b>À Revelia</b> <input type="checkbox"/> <b>Transferido para:</b>			
<b>ÓBITO:</b> <b>DATA:</b> /    / <b>HORA:</b>			
<b>Entregue à família</b> <b>com Atestado</b> <input type="checkbox"/> <b>S.V.O.</b> <input type="checkbox"/> <b>I.T.E.P.</b> <input type="checkbox"/>			

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

<b>DESTINO DO PACIENTE:</b>		<b>Nº do Boletim de Atendimento:</b>	
<b>INTERNAMENTO NA CLÍNICA:</b>		<b>DATA:</b> /    /	<b>HORA:</b>
<b>SAÍDA:</b>		<b>DATA:</b> /    /	<b>HORA:</b>
<b>Decisão Médica</b> <input type="checkbox"/> <b>À Revelia</b> <input type="checkbox"/> <b>Transferido para:</b>			
<b>ÓBITO:</b> <b>DATA:</b> /    / <b>HORA:</b>			
<b>Entregue à família</b> <b>com Atestado</b> <input type="checkbox"/> <b>S.V.O.</b> <input type="checkbox"/> <b>I.T.E.P.</b> <input type="checkbox"/>			



## EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

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

## EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

RX Tórax AP  
 Rx Pelvis AP  
 Rx Femur @ APIS  
 Ecografia

Heitor Araújo de Andrade  
 RADILOGISTA GERAL  
 CRM-RN-8258

## LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

## CONDUTA PRIMÁRIA-MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

- Dipeptona - 01 amp. + ABD EV  
 - Rx 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 da Ortopedia

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

+ Dr. Nunes

Vari Lourenço Rodrigues  
 MÉDICO  
 CRM-RN 8766

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

UR

HORA: 18:05

DATA: 20/10/18

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 WOLFREDO 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

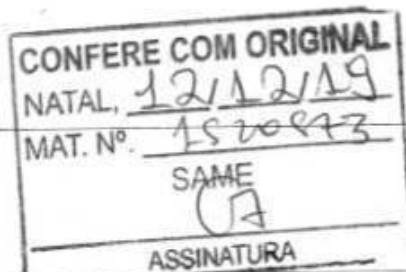
Código Municipal IBGE: 240810

UF: RN

CEP: 59015-380

**JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO****PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:**

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 5597

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

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

**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_ Órgão 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

Maria da Cruz da Silva

Leito:

Idade:

Nº Registro:

DATA

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

26/10/19

Paciente foi submetido a cirurgia de fratura exposta da tíbia e fíbula da perna esquerda, com internamento.

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

27/10/19

Paciente evoluiu bem, sem febre, com boa evolução.

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

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL. 12/12/19  
MAT. Nº. 182575  
SAME  
OF  
ASSINATURA

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergência clínica, cirúrgica, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sarinho  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

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 10279/18  
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: \_\_\_\_\_

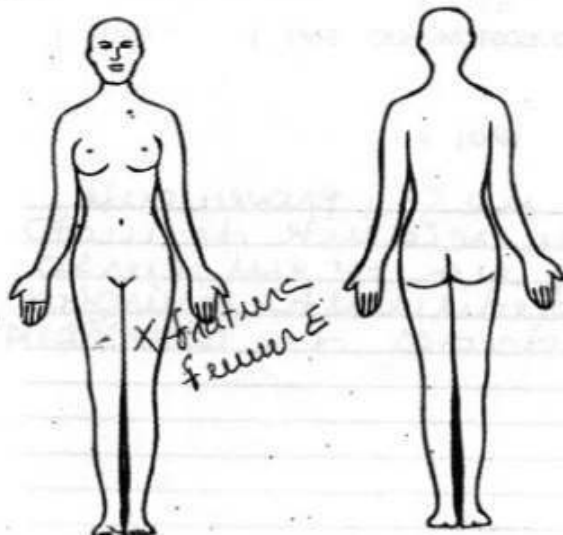
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM (x) NÃO ( )

OBSERVAÇÃO: Rx

ÁREA DE TRICOTOMIA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

ÁREA DE PUNÇÃO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



INSTRUMENTADORA: Auxiliadora ALECO N°: \_\_\_\_\_ ACESSO CENTRAL: \_\_\_\_\_  
CIRCULANTE: boundes

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: \_\_\_\_\_

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.





## GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

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

BOLETIM  
OPERATÓRIO

## IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Manoel de Jesus de S. S.* Reg. NºDiagnóstico pré-operatório: *Fratura de fêmur D.*

Indicação terapêutica:

Urgência (☒) Eletiva (☐)

## INTERVENÇÃO

Data: Início: Término: Duração:

Operador: *D. RAYMON*

CRM/CRO:

1º Auxiliar: *D. GUSTI*

CRM/CRO:

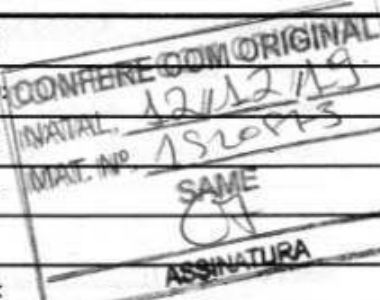
2º Auxiliar:

CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista: *D. DEUD*

CRM/CRO:



## RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

*Fratura fechada de fêmur D.**- Redução + fixação de aperto**- Tímido repetitivo transiluminado D.**- Ferida de 7 cm x 2 cm**- Abc com drenagem*

Dr. Manoel de Jesus de S. S.  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM - 5148

*04.08.05.023-3(3) 572.3 (119,50)*

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

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

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o tra de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores humanitários.



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 09/09/2020 12:03:16

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090912031630000000057204114>

Número do documento: 20090912031630000000057204114



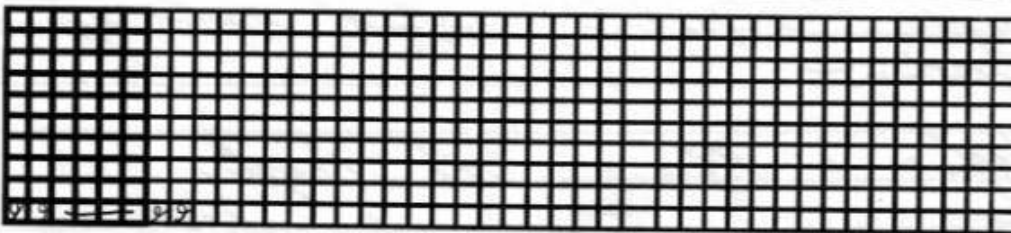


GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

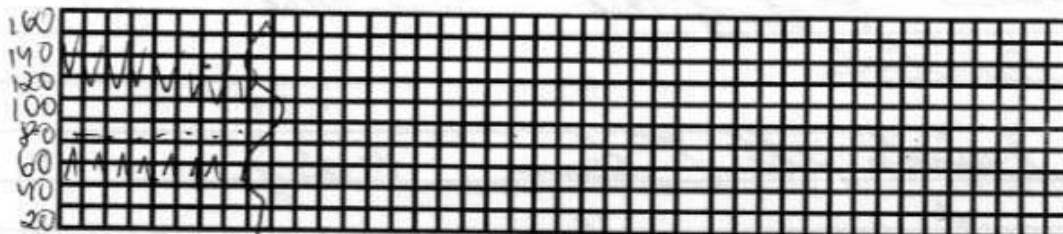
## FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Marcel 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 / Respiração de ventilação sedação  
venosa, sob respiração espontânea / paciente  
estável e encaminhado a SRPA



502



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

Anestésicos Utilizados:

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

Encaminhamento: à SRPA

Délio - 6555-RN

Assinatura do Anestesiologista - CRM

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 09/09/2020 12:03:16

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090912031630000000057204114>

Número do documento: 20090912031630000000057204114

Num. 59614547 - Pág. 15

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

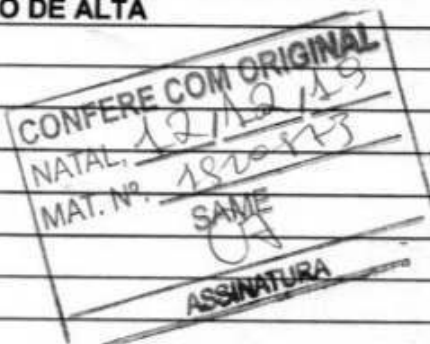
Obito:

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  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**NOMINADO LUIS VITAL FREIRE**

DOCUMENTO: 1099157 SEP 20

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

Função:  
**SEBASTIAO FREIRE**  
**GENEVIA VITAL FREIRE**

PERMITE: ACC: 0225087480

VALIDADE: 13/11/2019 15/04/2003

*Assinatura de Luis Vital Freire*

DATA: 14/11/2013

LOCAL: PARANGARÉ, RN

78845412024

02701857472

DETRAN - RN (RIO GRANDE DO NORTE)

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

882090202

882090202

ARUANA SEGURO

ARUANA SEGURODORA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURODORA S/A

ARUANA SEGURODORA

ARUANA SEGURODORA

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 FERREIRA

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.



Outorgante MARIA DA GUIA DA SILVA

(VEJA ORIENTAÇÃO SOBRE AUTENTICIDADE DE DOCUMENTOS OU RECONHECIMENTO DE FIRMAS NO [WWW.COSESPSEGUROS.COM.BR](http://WWW.COSESPSEGUROS.COM.BR))

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



MOD. 8.20.179 24/01/2008 REDE



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 09/09/2020 12:03:16

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009091203163000000057204114>

Número do documento: 2009091203163000000057204114

Num. 59614547 - Pág. 19

## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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

