



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
59613 728	09/09/2020 12:03	<u>Contestação</u>	Contestação
59614 547	09/09/2020 12:03	<u>2748292_CONTESTACAO_Anexo_04</u>	Outros documentos

Juntada de contestação e documentos.



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 09/09/2020 12:03:14
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090912031309600000057204101>
Número do documento: 20090912031309600000057204101

Num. 59613728 - Pág. 1

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



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

Num. 59614547 - Pág. 1

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. 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 VITAI FREIRE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DA GUIA DA SILVA

Informamos que os pagamentos da

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 POUUPANCA

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidade 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: 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:
674.761.304-48 MARIA DA GUIA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: <i>MARIA DA GUIA DA SILVA</i>	6 - CPF: <i>674.761.304-48</i>		
7 - Profissão: <i>DISPAGRADORA</i>	8 - Endereço: <i>RUA PEDRO A CABRAL</i>	9 - Número: <i>556</i>	10 - Complemento: <i>NATAL</i>
11 - Bairro: <i>PB: DAS COQUEIRAS</i>	12 - Cidade: <i>NATAL</i>	13 - Estado: <i>RN</i>	14 - CEP: <i>58115-000</i>
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): <i>(84) 3-8206 3749</i>		

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:

<input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: *0039* CONTA: *35304* (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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 5.194/74), 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 Lider 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: <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:				
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima teve nascituro (ai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avôs vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

MARIA DA GUIA 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	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: MARIA DA GUIA DA SILVA (VITIMA , COMUNICANTE)	Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RN - Ceará-Mirim	Sexo: Masculino	Nasc: 12/09/1985
Profissão: Empregada Doméstica	Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Maria Narti 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
Número: 558
Telefone: (84) 98752-1828 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: São Gonçalo do Amarante - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Descrição: ENVOLVIDO	Veículo Adulterado? Não
Quantidade: 1 Unidade	Situação: Envolvido, Meio Empregado
Nome Envolvido: Desconhecido 1	Envolvidos
	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





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	
Name Envolvido	Envolvidos
Maria da Guia da Silva	Exibidor

RELATO/HISTÓRICO

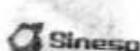
A DECLARANTE COMPARCEU A ESTA UNIDADE DE POLICIA, ONDE RELATOU QUE IA DE GARUPA NA MOTOCICLETA CADASTRADA, NESTE BO, QUANDO A MESMA FOI ATINGIDA POR UM VEÍCULO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA. APÓS A COLISÃO A VÍTIMA SOFREU ESCORIAÇÕES PELO CORPO E FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL WALFREDO GURGEL. NADA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

ASSINATURAS

Luiz Antonio Medeiros Emerenciano
Agente de Polícia
Matrícula 1943162
Responsável pelo Atendimento

Maria da Guia da Silva
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de efeitos que sou (az) Escrivão (responsável pelas informações escritas necessárias e claras que podem responder civil e criminalmente pela presente declaração que devo prestar, conforme previsto no Artigo 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



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 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 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:
Mãe: MARIA MARLI DA SILVA
Logradouro: IGNORADO, 1
CEP: 59015380 Bairro: IGNORADO
Telefone: 84 88888888

Pai:

Prof:

Cidade: NATAL
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	Saio2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
17:20	130/80	NATAL	88	SPAO	20	82	/	15	/

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA DE MIE

Hora: _____

Ediça moto - coro br + 40m, sem capacete, sem perda de
consciêncie ou retons. Perdeu dor em coro e cefaleia
negra no de capacete. Alcoolizado.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Ufum cervicais
- B lesões em os ossos
- C dor nove, distensão diafrágm + rebordo - Reles eston
- D dor pélvis
- E mte imobilizjoo + limitações subpelv

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Perdo díparous + devoluçao

TOMOGRAFIA HMW

Data:	06/10/18	Hora:	15:45
Técnico:	Fernando Pires		
Exame:	Pneu		
Medico:	P. J. P.		

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Parceiro

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



MONITORAMENTO ESPECIAIS DA VITIMA:	
ENAMNESE	
<p>Ritmo de coração irregular com eventos náuseas.</p> <p>ECG: 15- Síncope paroxistico</p> <p>TC: cardíaco: Síncope alterado</p> <p>clínico: Náuseas e vômitos</p>	
	
<p>Dr. Rafael de A. Barbosa Neurocirurgião CRM/RN 615</p>	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
<p>EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****</p>	
<p>LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS</p>	
<p>OUTROS</p>	
<p>CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)</p>	
<p>ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM</p>	
<p><i>CONFERE COM ORIGINAL</i></p> <p>NATAL: 12/12/10</p> <p>MAT. N°: 152673</p> <p>SAME</p> <p>ASSINATURA</p>	

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura/Grau (A/G)	4
Oftos se abrem espontaneamente.	4
Oftos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, sózinha ou em que 4, e não 3.)	3
Oftos se abrem por estímulo doloroso.	2
Oftos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRY)	
Orientado (Responde corretamente a apropriações) ou pergunta simples (Só nome, idade, endereço, nome, e profissão - e não o seu).	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão).	4
Pássaro (responde a palavras simples, mas não nome e profissão).	3
Sons Intelectuais. (Geme/mau sem articular palavras.)	2
Assente.	1
Melhor resposta motora (MMR)	
Obediente a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenada.)	6
Lacitaria intencionalmente dolorosa.	5
Retrivação inapropriada e des.	4
Padrão falso à dor (Descrição).	3
Padrão extensor à dor (Desconhecido).	2
Sons respostas motoras.	1
Total	

“ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
	03-150 = 6
ESCALA DE CONA DE GLASGOW	9-120 = 3
	8-80 = 2
	4-50 = 1
	30 = 0
	16-290 = 6
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	270 = 3
	8-90 = 2
	1-50 = 1
	00 = 0
	> 300 = 6
PRESSÃO ARTERIAL BRITÓICA	76-990 = 6
	56-570 = 2
	1-490 = 1

¹Escala de Trauma Revizada (RT): Bem indicada de sobrevida para pacientes de trauma ferido. Referência: Adaptado de Champion H.R., Sacco WM., Cope, et al. A revision of the Trauma score. J Trauma. 2002;52:1200.

**CLASSIFICAÇÃO DO TCE
(ATLS 2005)***

03 - 06=grave (inaccessibilidade de intubação imediata);
05- 3=moderado;
04- 1=ligeiro.

* Referência: TEASDALE G, JENNET B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974; ii: 844-6.

"A escola permanece aplicada a pessoas com mais de 18 anos. No Exame Qualitativo verifica-se que desempenha uma classificação de menoridade de sua dor

de acordo com as seguintes adjetivas:				
SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

ANALISES

*Fazendo em favor dos filhos das autoras
pm 5 mês*

EXAME FÍSICO

*Dr. Geraldo Ferreira de A. Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM/SP/247*

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:

Onguit

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) 160M(MEDICAÇÃO EM USO) 1400P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) NegL(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS) SinA(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA) Via Piber

V(PASSADO VACINAL) —

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

R₁ Tórax pl
R₁ Peito pl
R₁ Tórax + pl/8
Tecido

Heitor Andrade
 CRM/RN-8255
 ESPECIALISTAS

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMARIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

- Diprofene - 01 amp. + ABD EV
 Raio-X de Tórax sem sinais
 de - Hemo / Pneumotórax e ou Fx
 de ossos vizinhos. Paciente segue
 estável e referindo apenas
 dor em Coxas (), onde apresenta
 Fx de Femur.

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Col: Liberado da Cir. Geral

Solicito avaliação da Ortopedia

Yuri Lourenço Rodrigues
 MÉDICO
 CRM-RN 8766

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

+ Dr. Nunes

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1	<u>Or</u>	HORA: <u>18:05</u>	DATA: <u>06/10/18</u>
ESPECIALISTA 2	<u>Ortopedia</u>	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3	<u>Ortopedia</u>	HORA:	DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:	DATA	/	/	HORA
SAIDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:				

OBITO: DATA: / / HORA: / /

ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP



SUSLançamento 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 PACIENTENome: **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

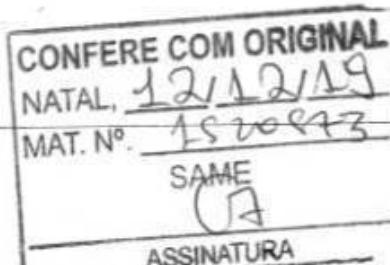
UF: RN

CEP: 59015-380

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

paciente com fratura subtrocantérica esq

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
procedimento cirúrgico

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

hc e rx

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S72.9 FRATURA DO FÉMUR, PARTE NÃO ESPECIFICADA*408050519 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE

Profissional Solicitante / Assitente:
ALIPIO CARMO NETO SEGUNDO

CRM: 4762 / RN

Data da Solicitação 06/10/2018

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS) 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****Nº Autorização da AIH:**

Profissional Autorizado: _____ Orgão Emissor: _____

Documento: () CNS () CPF nº _____

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





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

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

Name _____

Pronto Socorro Clóvis Sarinho
Museu do Ceará de Sobras

Leitor

Idade:

Nº Registro:

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

06/10/10

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR
Pode ser aplicado mundo
de bens e serviços MIE, etc
pela integração

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

11

Aut odriva, se gau

of VIM

~~Ramon Marcello M. Tavares
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN - 5148~~

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 12/12/19
MAT. N° 182873
SAME
ASSINATURA

Missão: Oferecer, no ambiente hospitalar, assistência à saúde para crianças e adolescentes com situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de saúde externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em razão à ética 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 Sartório
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 10279118

HORA: 21:50

DATA DE ADMISSÃO: 06/10/18

ADMISSÃO DO PACIENTE:

CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: ORTOPEDIA

HIDRATAÇÃO: SIM () NÃO () VIA: PERIFÉRICO: () ACESSO CENTRAL: ()

NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE () ORIENTADO () VIGIL () AGITADO ()

INCONSCIENTE: ()

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () GRAVE ()

SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE () M.V. () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()

ALÉRGICO: SIM () NÃO () HIPERTENSO: SIM () NÃO ()

DIABÉTICO: SIM () NÃO () ASMÁTICO: SIM () NÃO ()

DOENÇA RENAL: SIM () NÃO () OUTRAS PATOLOGIAS: _____

MEDICAÇÕES EM USO: _____

CIRURGIAS ANTERIORES: _____

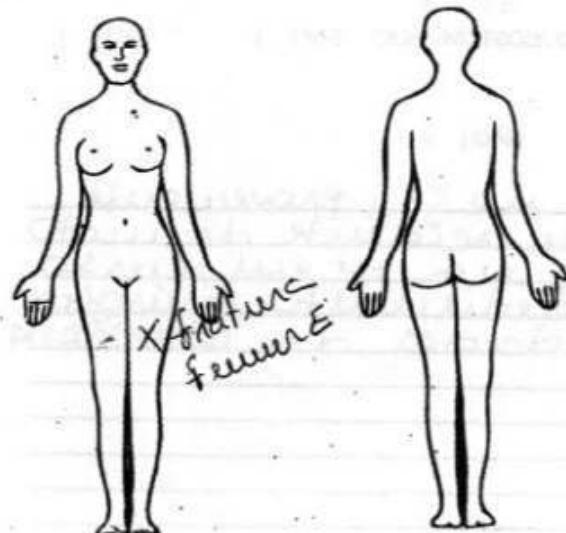
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO ()

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: bouller

TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUI () PERIDURAL () B.P.B. () LOCAL ()

OBS.: _____

ANESTESISTA: Dr. Délis

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: *Mauricio Coimbra da Silva* Reg. N°

Diagnóstico pré-operatório: *Fratura de fêmur D*

Indicação terapêutica: Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: Início: Término: Duração:

Operador: *Dr. Romualdo Góes*

CRM/CRO: CONFIRME COM ORIGINAL
NATAL 12/12/19
MAT. N° 1520713
SAME
ASSINATURA

1º Auxiliar: *Dr. Góes*

CRM/CRO:

2º Auxiliar:

CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista: *Dr. PELO*

CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- Feito Reabilitação com efeitos
de fisioterapia

- Preparo + Operação de Cetoplastia
femur operatório transbordado

- Curativo

- Fechado de ferida + efeitos

- Até amanhã

Eduardo Marques M. Leite
Ortopedista Traumatologista
CRM/RN - 5148

04.08.05.023-3(3) 5723 (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 tratamento de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



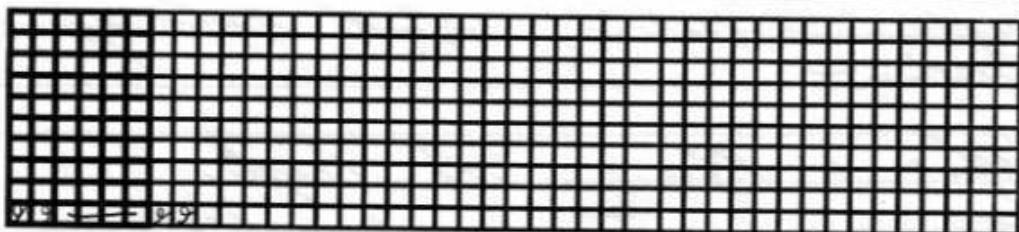


GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

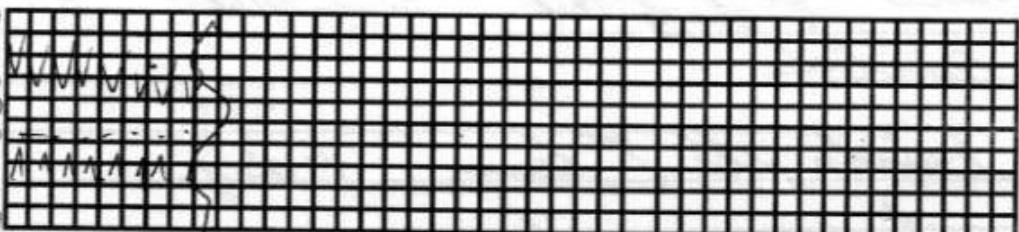
FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Mara da Guia da Silva ASA: I
Idade: 33anos Sexo: F Registro:
Diagnóstico: _____ Data: 06 - 10 - 18
Cirurgia Realizada: tragos esqueléticos
Cirurgião: Ramer Auxiliar: _____
Anestesiologista: Délis Enfermagem: _____
História Clínica Admisional: Queda de moto

Técnica Anestésica: Maintençao / revisão de venoclisis sedasfa
venosa, solv respiraçao espontânea, paciente
estável, encaminho à SRPA



Sob:



Inicio: 22:00 / 22:05

Término: 22:15 | 22:20

Anestésicos Utilizados:

1. Propofol 150mg - 2fl
2. Ripivaca 20
3. Lidocaína 100mg
4. Exametazona 10mg
5. Tenotac 40mg
6. Ondansetina 8mg
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____

Encaminhamento: à SRPA

Délis - 6555- RN

Assinatura do Anestesiologista - CRM

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO CHRGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 10279 /2018

Prontuário: 1176448

Paciente: 95932 - MARIA DA GUIA DA SILVA

Cartão SUS:

Idade: 33 anos 1 dia

CPF:

Sexo: F

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

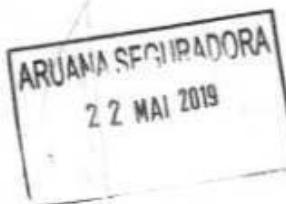
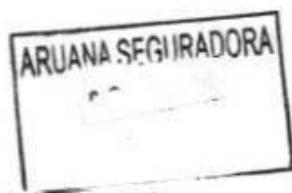
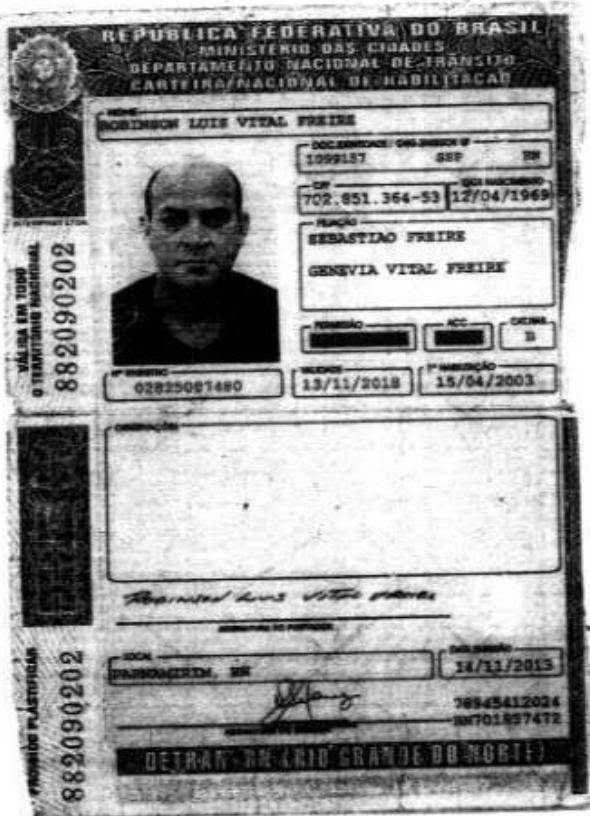
CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 12/10/19
MAT. Nº 18201123
SAME
ASSINATURA

NATAL, 06 de Outubro de 2018.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM







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

Num. 59614547 - Pág. 18

Procuração

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

1. Outorgante MARIA DA GUÍA DA SILVA,

portador(a) do documento de identidade nº 001.775.032, expedido por SSP, em
04/10/2019 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 762.859.364-53, residente na
RUA SANTA MARIA Nº 22, nº _____, complemento _____, Bairro PARANAMIRIM, cidade PARANAMIRIM, Estado R.N.

Amplos 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 GUÍA DA SILVA

(VEJA ORIENTAÇÃO SOBRE AUTENTICIDADE DE DOCUMENTOS OU RECONHECIMENTO DE FIRMAS NO WWW.COESPSEGUROS.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
Órgão de Registro Civil dos Pessoas Naturais e Falecidas da Fazenda e Provisão de Vida

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

Registro: 0015 086 08028 CPF/MF: 074.761.304-48
Selo Digital RN20190093506000887HAY <https://selodigital.tjrn.jus.br>

São Gonçalo de Amarante/RN 18 de dezembro de 2019

Sérgio Luiz de Oliveira Grande Bacelino da Silva Paulo Sérgio da Mota
Encaminhamento R\$2,00 + R\$ 1,00 (R\$ - Total = R\$3,00) Lai nº 8.618/2012

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0464174/19

Vítima: MARIA DA GUIA DA SILVA

CPF: 074.761.304-48

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/10/2018

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

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

