



Número: **0813716-42.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **10/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.754,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE IVANILDO DA SILVA FILHO (AUTOR)		KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60686047	29/09/2020 07:20	2753887_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	02/09/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE IVANILDO DA SILVA FILHO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00036-1

CONTA: 000000097026-3

Nr. da Autenticação B041400014F43972



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200227052 **Cidade:** Tibau **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE IVANILDO DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 31/12/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

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 MODERADO DO PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





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, 09 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200227052

Vítima: JOSE IVANILDO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 31/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE IVANILDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE IVANILDO DA SILVA FILHO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSE IVANILDO DA SILVA FILHO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000036-1

Conta: 0000097026-3

Tipo: CONTA CORRENTE

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: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 701.086.054-85 4 - Nome completo da vítima: José Ivanildo da S. Filho

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

5 - Nome completo: José Ivanildo da S. Filho 6 - CPF: 701.086.054-85
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Antonio Francisco de Freitas 9 - Número: 753 10 - Complemento:
11 - Bairro: Rincão 12 - Cidade: Moxoró 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59600-001
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (84) 9676-0456

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: ☒ RECURSO 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: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 0036 1 CONTA: 97.026 3 (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 (mãe/mães)? ☐ 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, Moxoró, 03/06/2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE Ocorrência

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva.
A aceitação deste documento está condicionada a verificação de sua autenticidade pela Internet na área de acompanhamento e consulta de registro de Ocorrências da Delegacia Virtual, no endereço <http://www.defesasocialrn.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL

Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001022520

1.2 Data de Expedição: 01/06/2020 11:57:57

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 31/12/2019 20:10:00

2.3 Número: S/N

2.5 Complemento:

2.7 Bairro: CENTRO

2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Logradouro: CRUZAMENTO DAS RUAS SALEIA E BEIJIPIRA

2.4 CEP: 58.678-000

2.6 Ponto de Referência: PRÓXIMO À PADARIA NOLASCO

2.8 Cidade: TIBAU

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSÉ IVANILDO DA SILVA FILHO

3.3 Etnia: PARDO

3.5 Mãe: ANTONIA AMANDA DA SILVA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 70108605485

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: AUTÔNOMO

3.15 Telefone(s):

3.17 Número: 753

3.19 Bairro: RINCÃO

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: JOSÉ IVANILDO DA SILVA

3.6 Data de Nascimento: 15/04/1999

3.8 RG: 003372107 - SSP/RN

3.10 Passaporte:

3.12 Naturalidade: MOSSORÓ/RN

3.14 E-Mail: MOSSOROSEGUROS@GMAIL.COM

3.16 Logradouro: RUA ANTONIO FRANCISCO DE FREITAS

3.18 CEP: 59600001

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S)

(NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS DA Ocorrência

7. DOS FATOS

7.1 Histórico

A vítima informa que no dia, local e horário informado, transitava, como condutor, em uma motocicleta Honda XR 250 TORNADO, Chassi 9C2MD34008R034633, Renavam 00142394360, Placa NNJ 3012/RN, 2008/2008, de cor amarela, licenciada em nome de Alessandro Nogueira de Amorim, quando foi surpreendido por um automóvel, o qual adentrou na via de forma repentina, colidindo contra a vítima, que caiu ao solo bruscamente, sendo socorrido por populares e encaminhado até a Unidade de Saúde Mista Santa Terezinha, em Tibau/RN, e após isto foi transferido ao Hospital Regional Dr. Tarcisio de Vasconcelos Maia, em Mossoró/RN.

8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

9. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Comunicante: JOSÉ IVANILDO DA SILVA FILHO

Data: 01/06/2020 15:06:20

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.

Atendimento: 1702742 - RUBENS PAES BEZERRA FILHO

Impresso por: WEB em 02/06/2020 09:08:25

FINAL DO BOLETIM DE Ocorrência

X JOSÉ IVANILDO DA S. FILHO





Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva.
A aceitação deste documento está condicionada a verificação de sua autenticidade pela Internet na área de acompanhamento e consulta de registro de Ocorrências da Delegacia Virtual, no endereço <http://www.defesasocial.m.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL

Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001022520

1.2 Data de Expedição: 01/06/2020 11:57:57

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 31/12/2019 20:10:00

2.3 Número: S/N

2.5 Complemento:

2.7 Bairro: CENTRO

2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Logradouro: CRUZAMENTO DAS RUAS BALEIA E BEIJIPIRA

2.4 CEP: 59.678-000

2.6 Ponto de Referência: PRÓXIMO À PADARIA NOLASCO

2.8 Cidade: TIBAU

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSÉ IVANILDO DA SILVA FILHO

3.3 Etnia: PARDO

3.5 Mãe: ANTONIA AMANDA DA SILVA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 70108605485

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: AUTÔNOMO

3.15 Telefone(s):

3.17 Número: 753

3.19 Bairro: RINCÃO

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: JOSÉ IVANILDO DA SILVA

3.6 Data de Nascimento: 15/04/1999

3.8 RG: 003372107 - SSP/RN

3.10 Passaporte:

3.12 Naturalidade: MOSSORÓ/RN

3.14 E-Mail: MOSSOROSEGUROS8@GMAIL.COM

3.16 Logradouro: RUA ANTONIO FRANCISCO DE FREITAS

3.18 CEP: 59600001

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)

6. DADOS DA OCORRÊNCIA

7. DOS FATOS

7.1 Histórico

A vítima informa que no dia, local e horário informado, transitava, como condutor, em uma motocicleta Honda XR 250 TORNADO, Chassi 9C2MD34008R034633, Renavam 00142394360, Placa NNJ 3012/RN, 2008/2008, de cor amarela, licenciada em nome de Alessandro Nogueira de Amorim, quando foi surpreendido por um automóvel, o qual adentrou na via de forma repentina, colidindo contra a vítima, que caiu ao solo bruscamente, sendo socorrido por populares e encaminhado até a Unidade de Saúde Mista Santa Terezinha, em Tibau/RN, e após isto foi transferido ao Hospital Regional Dr. Tarcísio de Vasconcelos Maia, em Mossoró/RN.

8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

9. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Comunicante: JOSÉ IVANILDO DA SILVA FILHO

Data: 01/06/2020 15:06:20

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.



Atendimento: 1702742 - RUBENS PAES BEZERRA FILHO

Impresso por: WEB em 02/06/2020 09:08:25

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

x JOSÉ IVANILDO DA SILVA FILHO



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Ivanildo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 503.271.604 / 97,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Ivanildo da Silva Filho inscrito
(a) no CPF sob o Nº 701.086.054 / 85, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da vítima
o mesmo, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua: Antonio Francisco de Freitas</u>		<u>753</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Rincão</u>	<u>Mossoró</u>	<u>RN</u>	<u>59600-001</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)

Mossoró, 03 de junho de 2020

Local e Data

José Ivanildo da Silva

Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 70111 /2019

Admissão: 31/12/2019 21:14:37

OK

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 55331 - JOSE IVANILDO DA SILVA FILHO (22 a 8 m 16 d)

Nascimento: 15/04/1997

Natural: MOSSORO.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 700001220795806

CPF: 70108605485

Prof:

Mãe: ANTONIA AMANDA DA SILVA

Pai: JOSE IVANILDO DA SILVA

Logradouro: ANTONIO FRANCISCO DE FREITAS, 753

CEP: 59630512

Bairro: RINCAO

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.997088235

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: FAMILIA

*Empresa:

OBS:						Classificação:		PESO:	
						31/12/2019 21:11:46			
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: colisão moto x carro. ecg: 15, apresenta dor em pulso direito c/ edema e falta de mobilidade local

Hora: 15:00

colisão moto x carro vítima de acidente de trânsito com fratura de pulso direito.

EF: Estorções e cotovelo direito.

Neurovascular de M.S.D. Integros

Dor e deformação no pulso direito

Rx: Fratura completa de 1/3 distal do Rádio Dir.

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
2 500mg de Oxycodone 5/5 Oxycodone 5/5 Dor e deformação no pulso direito			
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ 01/10/2020			
B.1.10			
SAME / ARQUIVO			

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

CID: Proc.: Data: / /19. Hr: Médico:

*Gerado via SX por KLEBER RICARDO DE FRANCA BEZERRA. Impresso em 31 de Dezembro de 2019.
Carimbar)

(Assinar e



1486777757
 1486777757

