



Número: **0834575-06.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **23ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **18/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SANDRO TAVARES DE LIMA (AUTOR)		ERIC TORQUATO NOGUEIRA (ADVOGADO) CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO (ADVOGADO) BRUNO HENRIQUE CORTEZ DE PAULA (ADVOGADO)	
MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62446464	05/11/2020 14:49	2762228_CONTESTACAO_Anexo_04	Outros 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: 24/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SANDRO TAVARES DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00034

CONTA: 000000042564-5

Nr. da Autenticação 20EFF1BED9B3116E





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ANTONIO DE FREITAS
inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.397.644 / 07, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
SOMERO TAVARES DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 070497334 / 07
do sinistro de DPVAT cobertura INURACIOZ da Vítima SOMERO TAVARES DE LIMA
inscrito (a) no CPF sob o Nº 070497334 / 07, 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 Líder-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: <u>RUA TAVADOR GUARACIOZ SARMA</u>	Número: <u>701</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>PAZUARA</u>	Cidade: <u>MAZAC</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: _____	CEP: <u>59.122-740</u>	Tel. (DDD): <u>(84) 99820-8542</u>

Local e Data: MAZAC RN 14 DE JULHO DE 2020

ANTONIO DE FREITAS

Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017



14/01/2020

samunatal.hopto.org:8089/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=289123&Digito=1&ReadOnly=1

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Data: 25/10/2019

Nº: 289123/1

CHAMADO

TARM: MICARLA PAULIANE FERREIRA GOMES
Rádio Operador: EWERTON ALEXANDRE VIEIRA SANTOS
Equipe Enfermagem Cena:
VTR: USB 10 (CENTRAL)

Médico Regulação: ROGERIO OSCAR FERNANDES
Médico Cena: THIAGO RODRIGUES DE OLIVEIRA
Usuário Pós-Cena:
Equipe VTR: THIAGO DE LIMA OLIVEIRA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
JOSÉ ORLANDO F.DE JESUS - TECNICO DE ENFERMAGEM

REGULAÇÃO MÉDICA TROTE INFORMAÇÃO ENGANO TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: CABO EVARISTO

Telefone: ;084999875238

Nome do Paciente:
SANDRO TAVARES DE LIMA

Idade: *

34 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

Endereço não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: -5.8107583 Longitude: -35.2108646

Endereço: BERNADO VIEIRA

Bairro: LAGOA SECA

Outro Bairro:

Referência/Complemento: CRUZAMENTO COM PRUDENTE

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Queixa Primária: COLISAO MOTO-MOTO

Quem Solicitou: PM

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

25/10/2019 18:26:23 - Dr(a). ROGERIO OSCAR FERNANDES

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE MOTO X MOTO

REGULAÇÃO: 3 VÍTIMAS, AS 3 VÍTIMAS ESTÃO CONSCIENTE E RESPIRAM BEM E SEM SANGRAMENTO, UMA VÍTIMA COM LUXAÇÃO, OUTRAS VÍTIMAS COM ESCORIAÇÕES.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: Código 7

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apoio:

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:
25/10/2019
18:24:33
Saída Local:
25/10/2019
19:42:13

Regulação Médica:
25/10/2019
18:26:23
Chegada Destino:
25/10/2019
19:45:29

Solicitação VTR:
25/10/2019
18:56:41
Liberação Destino:
25/10/2019
19:52:27

Saída VTR:
25/10/2019
18:56:43
Liberação VTR:
25/10/2019
19:52:29

Chegada Local:
25/10/2019
19:38:46

munatal.hopto.org:8089/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=289123&Digito=1&ReadOnly=1

1/2

Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 05/11/2020 14:49:09

https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110514490764700000059889287

Número do documento: 20110514490764700000059889287

Num. 62446464 - Pág. 3

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 10181 /2019

Prontuário: 1190255

Paciente: **149088 - SANDRO TAVARES DE LIMA**

Cartão SUS: 705008291895657

CPF: 07049733407

Dt Nasc: 18/08/1985

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Idade: 34 anos 5 meses 12 dias Sexo: M

Etnia: PARDA

Nome da mãe: LUZINETE CORREIA DE LIMA

Nome do pai: FRANCISCO TAVARES DE LIMA

Rua/Av: CARTEIRO MANOEL NETO

Complemento:

CEP: 59133384

Telefone: 84 988786251 84 988786251

Especialidade: ORTOPEDICA

Responsável: SANDRO TAVARES DE LIMA -

Usuário: SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS

Nº: 10

Bairro: PAJUÇARA

Cidade: NATAL

Unidade: 4 ANDAR

Leito: 432

Admissão: 25/10/2019 21:14:07 Alta: Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S52.4 - FRATURA DAS DIAFISES DO RADIO E DO CUBITO [ULNA]
408020431 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL - 30/01/2020
MAT. Nº 139.828-5
ASSINATURA

NATAL, 30 de Janeiro de 2020.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM





Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou

CNES: 2653923
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **149088 SANDRO TAVARES DE LIMA** Prontuário:
CNS: Nascimento: 18/11/1984 Sexo: Masculino Cor: PARDA
Mãe: LUZINETE TAVARES DE LIMA Pai:
Endereço: RUA CARTEIRO MANOEL NETO, 10 - PAJUÇARA - NATAL Fone: 88786251 /
Município: NATAL Código Municipal IBGE: 240810 UF: RN CEP: 59133-384

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 30161 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM REALTO DE QUEDA DE MOTO COM FT EXPOSTA PUNTIFORME EM ANTEBRAÇO DIR

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
SA ACIMA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RX + EXAME FÍSICO

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S52.4 FRATURA DAS DIÁFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]*408020431. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAI

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

ANTEBRAÇO, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão

☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

MAURO CARNEIRO CALHAU

CRM: 3063 / RN

Data da Solicitação 25/10/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____

Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp: _____

CBOR: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____

Orgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

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

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Sandro Tavares Reg. Nº
Diagnóstico pré-operatório: Ruptura do antebraço esquerdo.
Indicação terapêutica: Cirurgia + desbridamento + haste + placa Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: 26/10/19 - Início: Término: Duração:
Operador: Amaro Alencar CRM/CRO:
1º Auxiliar: CRM/CRO:
2º Auxiliar: CRM/CRO:
Instrumentador: 0415040055 (3) 297 R\$ 545
Anestesista: 040820431 (2) 552.4 CRM/CRO R\$ 265, 29

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Paciente em DTH sob anestesia.

abordagem de MBS

artroscopia + artroscopia + cirurgia

abordagem de fratura de rádio

ligamento do ST

desbridamento de tecido de necrose

fechamento da placa

Cureta

Tela avulsiva



26/10/19
01:00

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 éticos e humanitários.





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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **55539 /2019**
Admissão: **25/10/2019 19:57:43**

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: **149088 - SANDRO TAVARES DE LIMA** (34 a 5 m 12 d)

Nascimento: 18/08/1985 Natural: NATAL.BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: 705008291895657 CPF: 07049733407 Prof: PASTELEIRO
Mãe: LUZINETE CORREIA DE LIMA Pai: FRANCISCO TAVARES DE LIMA
Logradouro: CARTEIRO MANOEL NETO, 10 Cidade: NATAL
CEP: 59133384 Bairro: PAJUÇARA
Telefone: 84 .988786251 Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

Tipo: REFERENCIADO

*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS: COLISÃO MOTO/MOTO					Classificação: 25/10/2019 19:53:46				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: FRATURA DE RADIO E UNA ESCORIAÇÕES

Hora: ____:____

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: 25/10/2019 21:14:06 - INTERNADO

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por UZIMAR PEREIRA VALE, Impresso em 30 de Janeiro de 2020.





BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 55539 /2019
Admissão: 25/10/2019 19:57:43

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: **149088** - SANDRO TAVARES DE LIMA (34 a 11 m 7 d)

Nascimento: 18/11/1984 Natural: NATAL.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS:

CPF:

Prof:

Mãe: LUZINETE TAVARES DE LIMA

Pai:

Logradouro: CARTEIRO MANOEL NETO, 10

Cidade: NATAL

CEP: 59133384

Bairro: PAJUÇARA

Telephone: 84 88786251

Cidade: NATAL
Compl: SEM DOCUMENTOS FORNECIDOS PELA ESPOSA

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

*Empresa:

[illegible]

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: FRATURA DE RADIO E UNA ESCORIAÇÕES

Queixas: FRATURA DE RADIO E UNA ESCORIAÇÕES
 Hora: —:— Paciente vítima de Colisão moto-moto, 4h
 cerca de 1h e 30 minutos, Trazeu para seu
 qual relata Fratura exposta em Antebraço Esquer-
 do. Neos pensa na consequência, Neos Vômitos;
 Neos trauma torácico e abdominal.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vias aéreas presentes;
B Expirado em ar ambiente. AP: MV+, simétricos, SNA;
C Hemodinâmica estável, Ba perfusão da AC: RCB, 2T, RVF, SPC;
D Glóbulos IS, sem defect focal;
E Escaneação com Iodo e não necessária, antígeno com TALA;

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

AND: FRACTION, I DON'T KNOW + others on June;

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por UZIMAR PEREIRA VALE. Impresso em 25 de Outubro de 2019



[Handwritten signature in blue ink]





Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

0001: 3167841-1

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou

CNES: 2653923
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **149088 SANDRO TAVARES DE LIMA**
CNS: **705008291895557** Nascimento: 18/11/1984 Sexo: Masculino
Mãe: LUZINETE TAVARES DE LIMA Pai:
Endereço: RUA CARTEIRO MANOEL NETO, 10 - PAJUÇARA - NATAL
Município: NATAL Código Municipal IBGE: 240810 UF: RN

Prontuário:
Cor: PARDA
Fone: 88786251 /
CEP: 59133-384

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 30161 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM REALTO DE QUEDA DE MOTO COM FT EXPOSTA PUNTI-FORME EM ANTEBRAÇO **X** E

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
SA ACIMA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RX + EXAME FÍSICO

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:
S52.4 FRATURA DAS DIÁFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]*408020431. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIA

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

ANTEBRAÇO, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes ☐ Hipertensão ☐ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão ☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

MAURO CARNEIRO CALHAU

CRM: 3063 / RN

Data da Solicitação 25/10/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: Nº do bilhete: Série:

() Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: CNAE da Emp.: CBOR:

() Acidente de Trabalho Trajeto

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: Orgão Emissor:

Número da Autorização:

Data da Autorização: Assinatura/Carimbo:



SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar***Flavilla**432***IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ouCNES: 2653923
CNES:**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**Nome: **149088 SANDRO TAVARES DE LIMA**

CNS: 705008291895657

Nascimento: 18/08/1985

Sexo: Masculino

Prontuário: 1190255

Cor: PARDA

Mãe: LUZINETE CORREIA DE LIMA

Pai: FRANCISCO TAVARES DE LIMA

Endereço: RUA CARTEIRO MANOEL NETO, 10 - PAJUÇARA - NATAL

Fone: 88786251 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE:

240810 UF: RN

CEP: 59133-384

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo Nº 31402 / 2019

*987 71 8444***JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM MSD

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S52.4 FRATURA DAS DIÁFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]*408020423. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAF

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

ANTEBRAÇO, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes☐ Hipertensão☐ Obesidade☐ Faz Antibioticoterapia☐ Lesão por pressão ☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assinte:

AMARO ALVES DE SOUZA JÚNIOR

*AMARO ALVES
CRM 5439*

CRM: 5439 / RN

Data da Solicitação 04/11/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____ Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

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





Id. Paciente: 55539/2019 Data Exame: 25/10/2019 20:42:33

Paciente: SANDRO TAVARES DE LIMA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: LEONARDO/JS

Idade: 34 ano(s)

ANTEBRACO LA
81,2 % 49





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA

COMPLEXO ESTADUAL DE REGULAÇÃO DIVANEIDE FERREIRA DE SOUSA - CER/SUS/RN

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



LAUDO MÉDICO PARA INTERNAÇÃO - CIRURGIA ORTOPÉDICA (inserir no site)

<https://www.regulacaorn.com.br>

Estabelecimento Solicitante (item obrigatório):	
Estabelecimento Executante (preenchido pelo prestador):	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: <i>Samuel Torres de Lima</i>	
SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	IDADE: <i>34 anos</i> DATA: <i>49 / 12 / 19</i>
CARTÃO DO SUS: <i>705 0082 9189 5657</i>	DATA DO NASCIMENTO: <i>10.08.1985</i>
RG: <i>002.391.876</i>	CPF: <i>070.497.334-07</i>
TELEFONES: <i>98770-8444 / 98870-6251</i>	
ENDEREÇO: <i>Rua Carlos Henrique Neto, nº 10</i>	
BAIRRO: <i>Pajuçara</i>	MUNICÍPIO DE ORIGEM: <i>Natal/RN</i>

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS (Especificar motivo do trauma e data da fratura): <i>Paciente com fratura de antebraço @ há 60 dias.</i>		
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO: <i>Tratamento Cirúrgico</i>		
RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS (anexar Raio x, se possível): <i>R: fratura de antebraço @</i>		
COMORBIDADES ASSOCIADAS E OUTRAS INFORMAÇÕES: <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> SEM COMORBIDADES <input type="checkbox"/> LESÃO POR PRESSÃO <input type="checkbox"/> USO DE ANTIBIÓTICOS <input type="checkbox"/> USO DE FIXADOR EXTERNO		
DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>Fratura de antebraço @</i>	CID PRINCIPAL: <i>552</i>	SIS REG (CÓDIGO DO PROCEDIMENTO): <i>040802042-3</i>

Data da fratura: 25.08





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA

COMPLEXO ESTADUAL DE REGULAÇÃO DIVANEIDE FERREIRA DE SOUSA - CER/SUS/RN

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



LAUDO MÉDICO PARA INTERNAÇÃO - CIRURGIA ORTOPEDIA (inserir no site)
<https://www.regulacaorn.com.br>

Estabelecimento Solicitante (item obrigatório):	
Estabelecimento Executante (preenchido pelo prestador):	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE:	Sandro Torres de Lima.		
SEXO:	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	IDADE: 34 anos.
CARTÃO DO SUS:		DATA DO NASCIMENTO:	
RG:		CPF:	
TELEFONES:			
ENDEREÇO:			
BAIRRO:		MUNICÍPIO DE ORIGEM:	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS (Especificar motivo do trauma e data da fratura):	Paciente com fratura de antebraço @ há 60 dias.	
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO:	Tratamento Cirúrgico	
RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS (anexar Raio x, se possível):	R: fratura de antebraço @	
COMORBIDADES ASSOCIADAS E OUTRAS INFORMAÇÕES:	<input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> SEM COMORBIDADES <input type="checkbox"/> LESÃO POR PRESSÃO <input type="checkbox"/> USO DE ANTIBIÓTICOS <input type="checkbox"/> USO DE FIXADOR EXTERNO	
DIAGNÓSTICO INICIAL:	CID PRINCIPAL:	SIS REG (CÓDIGO DO PROCEDIMENTO):
fratura de antebraço @	552	040802042-3



Paciente: **SANDRO TAVARES DE LIMA**

Registro: **79633**

Num. RG: **2391876**

CPF: **070.497.334-07** Nascimento: **18/08/1985** 34 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **CARTEIRO MANOEL NETO**

N.: **10**

Bairro: **ALECRIM**

Cidade: **NATAL**

UF: **RN**

CEP: **59040220**

Fone: **84988786251**

Profissão: **COZINHEIRO DE RESTAURANTE**

Mãe: **LUZINETE CORREIA DE LIMA**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **6**

Entrada: **20/12/2019 8:54** Previsão saída: **21/12/2019 11:00** Atendente: **NIVACB**

Convênio: **SUS MUNICIPAL**

Matrícula/CNS: **705008291895657**

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

CRM: **2156**

SALA 003

Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

Parentesco:

Termo de Responsabilidade

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

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

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

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

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

Assinatura: [X] Paciente [] Responsável

SANDRO TAVARES DE LIMA

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

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

CONFERE COM ORIGINAL

EM, 12/02/2020

Beatriz

Observações

PACIENTE COM 2 RX





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

Data: 20/12/2019 08:55

FICHA DE INTERNAMENTO

Dados do Paciente

Paciente: **SANDRO TAVARES DE LIMA**

Registro: **79633**

Num. RG: **2391876**

CPF: **070.497.334-07** Nascimento: **18/08/1985** 34 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **CARTEIRO MANOEL NETO**

N.: **10**

Bairro: **ALECRIM**

Cidade: **NATAL**

UF: **RN**

CEP: **59040220**

Fone: **84988786251**

Profissão: **COZINHEIRO DE RESTAURANTE**

Mãe: **LUZINETE CORREIA DE LIMA**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **6**

Entrada: **20/12/2019 8:54**

Previsão saída: **21/12/2019 11:00** Atendente: **NIVACB**

Convênio: **SUS MUNICIPAL**

Matricula/CNS: **705008291895657**

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

CRM: **2156**

SALA 003

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____

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

Doc. Apresentado: _____ Diagnostico Definitivo: _____

Procedencia: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatorio sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratorios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurológico: _____

Ap. Urinario e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

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

CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

Data: 20/12/2019 08:55

Dados do Paciente

Paciente: **SANDRO TAVARES DE LIMA** Registro: **79633**
Num. RG: **2391876** CPF: **070.497.334-07** Nascimento: **18/08/1985** 34 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **CARTEIRO MANOEL NETO** N.: **10** Bairro: **ALECRIM**
Cidade: **NATAL** UF: **RN** CEP: **59040220** Fone: **84988786251**
Profissão: **COZINHEIRO DE RESTAURANTE** Mãe: **LUZINETE CORREIA DE LIMA**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **6** Entrada: **20/12/2019 8:54** Previsão saída: **21/12/2019 11:00** Atendente: **NIVIACB**
Convênio: **SUS MUNICIPAL** Matrícula/CNS: **705008291895657**
Médico: **Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA** CRM: **2156**

SALA 003

Dados do Responsável

Responsável:
Parentesco:

CPF:

RG:

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

1. - Autorizo o(a) Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA, a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia:
2. - O(A) Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
3. - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

Razão por que o paciente não assinou o presente Termo de Ciência e Consentimento e Responsabilização:
Preenchido pelo responsável do paciente

Assinatura: [X] Paciente [] Responsável

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

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

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

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

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA - CRM 2156



Código Solicitação: 316784177

Número AIH: 241910106972-6

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL MONSENHOR WOLFREGO GURGEL
Unidade Executante:
HOSPITAL MEMORIAL
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - TIROL

Central Reguladora
Data de Solicitação
Data de Autorização
Data de Reserva
Data de Internação
Data Prevista de Alta
Data de Alta
Motivo da Alta

NATAL
25.11.2019 - 11:47:41
25/11/2019 - 14:11:51
26.11.2019
26.11.2019
28.11.2019
26/11/2019 - 12:31:13
1.2 ALTA MELHORADO

CNES:
2653923
CNES:
2408252
Município Executante
NATAL

Operador
Operador
Operador
Operador

82893691404ANATALIA
62725246334ENDEL
18129862204LUCIMAR
33391521449FRANCISCA

DADOS DO PACIENTE

CNS:
705008291895657
Nome do Paciente
SANDRO TAVARES DE LIMA
Nome da Mãe
LUZINETE CORREIA DE LIMA
Sexo:
MASCULINO
Data de Nascimento:
18/08/1985 (34 anos)
Tipo Logradouro:
RUA
Número:
10
País de Residência:
BRASIL
Telefone(s):
(84) 98778-6251 (Exibir Lista Detalhada)

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:
MAXARANGUAPE - RN
Raça:
PARDA
Tipo Sanguíneo:

Logradouro:
CARTEIRO MANOEL NETO
Bairro:
PAJUCARA
Município de Residência:
NATAL

Complemento:
CEP:
59133-384
UF:
RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:
02402766476
CPF do Médico Executante:
19561917807
Diagnóstico Inicial - CID:
S527 - FRATURAS MÚLTIPAS DO ANTEBRAÇO
Caráter
11 - Urgência
Clínica:
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
Procedimento Solicitado:
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO (C/ SÍNTESE)

Nome do Médico Solicitante:
KLEIDSON ANTONIO DE ARAUJO BASTOS
Nome do Médico Executante:
HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

Status da Solicitação:
APROVADA

Classificação de Risco
- Emergência, necessidade de atendimento imediato
Clínica Complementar:
Nenhuma
Código:
0408020423

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO (C/ SÍNTESE), REFERENCIADO POR HISTÓRIA E NECESSIDADE FUNCIONAL.</td>
Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
LAUDO+RX+EX.LAB.
Condições que Justificam a Internação:
TRATAMENTO CIRÚRGICO

PACIENTE

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:
25.11.2019 - 11:47:41

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



SUS

Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Executante: O solicitante ou

CNES: 2653923

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **149088 SANDRO TAVARES DE LIMA**

CNS: 705008291895657

Nascimento: 18/08/1985

Sexo: Masculino

Prontuário: 1190255

Cor: PARDA

Mãe: LUZINETE CORREIA DE LIMA

Pai: FRANCISCO TAVARES DE LIMA

Endereço: RUA CARTEIRO MANOEL NETO, 10 - PAJUÇARA - NATAL

Fone: 88786251 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE:

240810 UF: RN

CEP: 59133-384

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo Nº 31402 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM MSD

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

TRATAMENTO CIRURGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

SS2.4 FRATURA DAS DIÁFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]*408020423. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAF

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

ANTEBRAÇO, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão

☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

AMARO ALVES DE SOUZA JÚNIOR

AMARO ALVES
CRM 5439

CRM: 5439 / RN

Data da Solicitação: 04/11/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora:

Nº do Seguro:

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa:

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

() Acidente de Trabalho Trajeto

CNAE da Empresa

Cep: 59022-020 - Natal/RN

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado

CONFERE COM ORIGINAL

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador:

Orgão Emissor:

Número da Autorização:

Data da Autorização: ____/____/____

Assinatura/Carimbo: _____





Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **149088 SANDRO TAVARES DE LIMA**

Prontuário:

CNS: 7050025181505 Nascimento: 18/11/1984

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: LUZINETE TAVARES DE LIMA

Pal:

Endereço: RUA CARTEIRO MANOEL NETO, 10 - PAJUÇARA - NATAL

Fone: 88786251 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE:

240810 UF: RN

CEP: 59133-384

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 30161 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM REALTO DE QUEDA DE MOTO COM FT EXPOSTA PUNTIFORME EM ANTEBRAÇO DR

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
SA ACIMA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RX + EXAME FÍSICO

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S52.4 FRATURA DAS DIÁFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]*408020431. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIA

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

ANTEBRAÇO, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão

☒ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

MAURO CARNEIRO CALHAU

CRM: 3063 / RN

Data da Solicitação 25/10/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência: () Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

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

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
CNAE da Fmp: _____
AV. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, _____
Número da Autorização: _____





Hospital Memorial
São Francisco

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: SANDRO TAVARES DE LIMA

Data do Procedimento: 20122019

Registro: 79633 IH: 6

Diagnóstico pré operatório: S524 FRATURA DAS DIAFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO (ULNA)

Código do procedimento

0408020423

Cirurgia realizada

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE AMBOS OS OSSOS

Equipe cirúrgica:

Cirurgião: EDUARDO LOPES DE SANTANA

CRM

2156

Anestesiologista: FRANCISCO DA SILVA MELO

4539

Instrumentador: FELIPE

Grau de Contaminação: Limpo

Profilaxia Antimicrobiana:

Anatomopatológico: Não

Exame: Não se aplica

Descrição dos materiais especiais utilizados:

PLACA RETA DCP 02
PARAFUSOS CORTICAIS 12

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados:

Descrição da cirurgia:

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL NA MESA CIRÚRGICA ASSEPSIA E QANTISSEPSIA, REDUÇÃO CIRÚRGICA E FIXAÇÃO COM PLACA RETA DCP E PARAFUSOS CORTICAIS SEGUIDA DE REDUÇÃO CIRÚRGICA E FIXAÇÃO DA ULNA COM PLACA RETA DCP E PARAFUSOS CORTICAIS.

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____

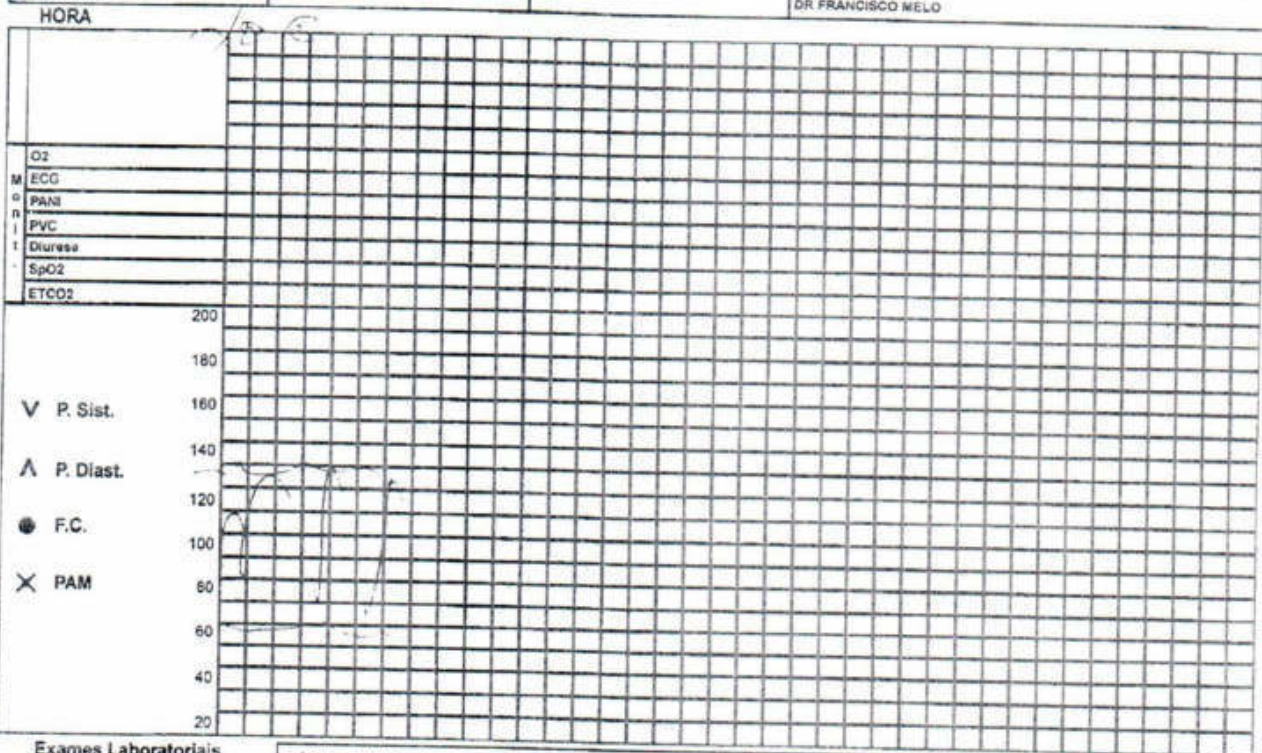
CRM: 2156 - EDUARDO LOPES DE SANTANA
20/12/2019 18:22:07



BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

Paciente: **SANDRO TAVARES DE LIMA** **SANDRO TAVARES DE LIMA** **633** **IH: 6**

Cirurgia Realizada: **TC FRATURA DE ANTEBRAÇO A ESQUERDA**
Data: **20/12/2019**
Cirurgião: **DR EDUARDO LOPES** 1º Auxiliar: **DR FRANCISCO MELO** 2º Auxiliar: **DR FRANCISCO MELO** Anestesiologista: **DR FRANCISCO MELO**



Exames Laboratoriais

pH		
PaCO2		
HCO3		
CO		
EB2		
PaO2		
SHCO2		
Hb		
Hc		
Na		
K		
Ca		
Clcose		

FENTANIL	500MG	03ML
MIDAZOLAN	15MG	01ML
NEOCAINA	0,5%	
DIMORF	0,2MG	
SUFENTANIL	10MG	
ROCURONIO	50MG	
ATRACURIO	25MG	
PROPOVAN	1%	
EFEDRINA	50MG	
ARAMIN	10MG	
CEFAZOLINA	1G	02AMP
DIPIRONA	1G	02AMP
DRAMIN	3MG	
DEXAMETASONA	10MG	
RANITIDINA	50MG	
ONDASETRONA	8MG	
NEOCAINA	0,5%	
ISOBARICA	0,5X	
CEYOPROFENO	100mg	
SF0,9%	500	04FRS

TÉCNICA ANESTÉSICA: BLOQUEIO PLEXO-SEDACÃO

BLOQUEIO: LOCAL DA PUNÇÃO: NÍVEL ANESTESIA: AGULHA: TIPO: LATÊNCIA: LIQUOR:

BLOQUEIO MOTOR: g **POSIÇÃO:** Antes: Depois: **APARELHO:** **TÉCNICA:** ABERTO **INTUBAÇÃO/OXIGENAÇÃO:** ORAL **TRAUMÁTICA/NAO**

SONDA: N° **CUFF:** **INDUÇÃO:** **MANUTENÇÃO:** **CONDIÇÃO FINAL:** **REFLEXOS:**

BALANÇO

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

DR. FRANCISCO DA SILVA MELO
ANESTESIOLOGISTA SBA 15714
CRM: 4539 - CPF: 565.148.404-34
RQE 3526

DURAÇÃO: 30MIN **INÍCIO:** 17:30 **FINAL:** 18:00





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

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

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: **79633** IH: **6** Paciente: **SANDRO TAVARES DE LIMA**
Nascimento: **18/08/1985** **34** anos Internação: **20/12/2019 08:54:18** Leito: **SALA 003**

ANTES DO ATO CIRÚRGICO

20/12/2019 14:25:37 - COREN - 975123 - RAFAEL OLIVEIRA SILVA

Observações:

CLIENTE ADMITIDO(A) NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE ANTEBRAÇO. CONSCIENTE, ORIENTADA (O), RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, PUNÇIONADO(A) EM SALA COM CATETER VENOSO Nº20 EM MS, VIABILIZANDO SF0.9% E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Doença pré-existente: NÃO

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

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

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): NÃO

Outros Exames:

Assinatura Responsável

SRPA

COREN - 975123 - RAFAEL OLIVEIRA SILVA

Nível consciência: CONSCIENTE E ORIENTADO

Oxigenoterapia: EM O² AMBIENTE

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

Hipotensão: NÃO Raio X de Controle: SIM-QTD: NO LE

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE DE POI, CONSCIENTE, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, NA HVP, VIABILIZANDO SF0.9%, COM CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO, DIURESE ESPONTÂNEA, PRECISA REALIZAR RX PÓS DE CONTROLE, ANEXO AO PRONTUÁRIO EXAMES, SEGUE ACOMPANHADO ATÉ O LEITO DO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM.
VERIFICADO SSVV: PA=120X80 MMHG, FC=82 BPM, SPO2= 99%

Assinatura Responsável

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

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

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Data: 20/12/2019 18:32

Dados do Paciente

Registro: **79633**

IH: **6**

Paciente: **SANDRO TAVARES DE LIMA**

Nascimento: **18/08/1985**

34 anos

Internação: **20/12/2019 08:54:18**

Leito: **SALA 003**

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: **SEDAÇÃO + BLOQUEIO**

Anestesiologista: **DR. MELO**

Tipo: **FRATURA DIAFISARIA DE ANTEBRAÇO ESC**

Cirurgião: **DR MARCELO REGO**

Instrumentador: **FELIPE + RENAN**

Circulante: **VANESSA**

Tipo curativo: **LIMPO**

Tem material para biópsia/cultura: **NAO**

Inf.sanguinea: **NÃO**

Monitoração correta: **SIM**

Placa de bisturi: **SIM**

Antibiótico profilático?: **2 G CEFAZOLINA**

Início da cirurgia: **17:24**

Fim da cirurgia:

Tempo de cirurgia:

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, EM O2 AMBIENTE, NEGA ALERGIA + COMORBIDADES, PUNÇIONADO EM MSD JELCO 20, PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIAS, CURATIVO LIMPO E OCLUIDO, ENCAMINHADO AO SRPA SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Pontencial de Contaminação: **Limpa**

VANESSA COSTA DA SILVA LINO
Técnico(a) COREN - 877745

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



**Prescrição Médica / Evolução Clínica**

Paciente: **SANDRO TAVARES DE LIMA** Idade: **34 anos**
Convênio: **SUS MUNICIPAL** Reg.: **79633** Prontuário:
Unidade: **CENTRO CIRURGICO** Peso: **53,0 kg** Altura: **1,58r**
Leito: **SALA 003**
Admissão: **20/12/19 08:54** 0 dia(s) de internação
Diag.: **S527 - Fraturas múltiplas do antebraço \ Fraturas do cúbito [ulna] e do rád**

20/12/2019 18:20	Horários de Aplicação	2156
1) DIETA LIVRE, Ao dia	D0	
2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500ML Uso: 01 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.	D0	
3) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%	D0	
4) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.	D0	
5) RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	D0	
6) DÍPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD	D0	
7) METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.	D0	
8) RIVAROXABANA 15MG comprimido 1 comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única. 06H APÓS CIRURGIA.	D0	
9)	D0	
10) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 08 em 08 horas	D0	
11) CURATIVO, Ao dia	D0	
12) , Se necessário	D0	

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2156

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





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: SANDRO TAVARES DE LIMA

Convênio: SUS MUNICIPAL

Unidade: CENTRO CIRURGICO

Leito: SALA 003 3136

Admissão: 20/12/19 08:54

Diag.: S527 - Fraturas múltiplas do antebraço | Fraturas do cúbito [ulna] e t

Idade: 34 anos

Prontuário:

Peso: 53,0 kg Altura: 1,5

0 dia(s) de internação

20/12/2019 18:30 18:00

	Horários de Aplicação	
1. DIETA LIVRE, Ao dia	D0 (SND)	
2. SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500ML Uso: 01 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.	D0 10:00 14:00	
3. TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%	D0 22:00 06:00 14:00	
4. CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.	D0 22:00 06:00	
5. RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	D0 10:00 18:00	
6. DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD	D0 00:00 18:00	
7. METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.	D0 (SN)	
8. RIVAROXABANA 15MG comprimido 1 comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única. C6H APÓS CIRURGIA.	D0	
9.	D0 (SN)	
10. SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 08 em 08 horas	D0 22:00 06:00 14:00	
11. CURATIVO, Ao dia	D0 (MANUT)	
12. , Se necessário	D0 (SN)	

Eduardo

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2156

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





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: SANDRO TAVARES DE LIMA

Convênio: SUS MUNICIPAL

Unidade: UNIDADE III

Leito: ENFERMARIA 313B

Admissão: 20/12/19 08:54

Diag.: S527 - Fraturas múltiplas do antebraço \ Fraturas do cúbito [ulna] e do ra

Idade: 34 anos

Prontuário:

Peso: 53,0 kg Altura: 1,58m

1 dia(s) de internação

21/12/2019 07:51

1) tala axilo palmar
Uso: Pela manhã.

Horários de Aplicação

215h

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2156

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





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: SANDRO TAVARES DE LIMA
Convênio: SUS MUNICIPAL Reg.: 79633 Idade: 34 anos
Unidade: UNIDADE III Prontoário:
Leito: ENFERMARIA 313B Peso: 53,0 kg Altura: 1,58r
Admissão: 20/12/19 08:54 1 dia(s) de internação
Diag.: S527 - Fraturas múltiplas do antebraço \ Fraturas do cúbito [ulna] e do rád

21/12/2019 10:51

Horários de Aplicação

2156

1) ALTA HOSPITALAR, No momento

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2156

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





Hospital Memorial
São Francisco

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

EVOLUÇÃO DIÁRIA DE CURATIVO

Dados do Paciente

Paciente: **SANDRO TAVARES DE LIMA**

Registro: **79633**

Nº Internação: **6**

Nascimento: **18/08/1985** 34 anos Data Internação: **20/12/2019 08:54:18**

Leito: **ENFERMARIA 313B**

Limpeza:

Tipo de Ferida: **LIMPA**

Localização: **PÓS DE DIAFESE ESQUERDO**

Condições do Leito: **APRESENTANDO EXSUDATO EM GAZES EM**

EXSUDATO DA FERIDA

☐ Seroso ☐ Purulento ☐ Sanguinolento ☐ Serossanguinolento ☐ Piosanguinolento ☒ Sem Exsudato

PELE - PERILESIONAL

☐ Inteira ☐ Escoriada ☐ Sinal Flogísticos ☐ Descamada ☐ Alergica/Dermatite ☐ Macerada

Quantidade: **Selecione uma opc** Odor: **Selecione uma opc**

BORDAS:

☐ Distintas ☐ Regulares ☐ Irregulares

OBSERVAÇÕES GERAIS

UTILIZADO: S.F. 0.9%, AGULHA 40X12, GAZES, LUVAS DE PROCEDIMENTOS, LUVAS ESTERIL, 02
ATADURAS DE 10CM, 10CM DE ESPARDRAPO.

21/12/2019 12:13:41
Técnico(a) COREN - 256755

MARIA DE FATIMA DE LIMA

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





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

REGISTRO DE ENFERMAGEM - UNIDADE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: SANDRO TAVARES DE LIMA

Registro: 79633 N° Internação: 6

Nascimento: 18/08/1985 34 anos Data Internação 20/12/2019 08:54:18

Leito: ENFERMARIA 313B

OBSERVAÇÕES GERAIS

ÀS 16:30H PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO EM O° AMBIENTE, PÓS-OPERATÓRIO
DE FRATURA DE ANTEBRAÇO REALIZADO TALA AXILO PALMAR CONFORME
PRESCRIÇÃO MÉDICA.

Flávia
Jeffeceliane

21/12/2019
OUT - 817262

FLÁVIA JEFFECELIANE DO N BERNARDINO

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



Hospital Memorial
São Francisco

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

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **SANDRO TAVARES DE LIMA**

Registro: 79633

IH: 6

Nascimento: **18/08/1985** 34 anos Data Internação: **20/12/2019 08:54:18**

Leito: **ENFERMARIA 313B**

Turno: **Diurno**

Antecedentes: **NEGA COMORBIDADES**

Exame Diagnóstico: **1º DPO DE DIAFESE ESQUERDO**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Isolamento de contato: **Não**

Antecedentes Medicamentosos: **DESCONHECE**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Sinais Vitais

Oxigenioterapia

Temperatura: **35,5 °C**

Saturação O2: **99%**

Respiração:

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial: **120x80**

Frequência Cardíaca: **79**

Fluxo Venoso

Dieta

Exame

VO

Data: **20.12.2019**

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **COLETOR**

Intestinais: **PRESENTE**

Aspectos:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

REALIZADO PELA COMISSÃO

Medicações:

ADMINISTRAÇÃO DE HORÁRIO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA

ÀS 13:25 01 AMPOLA DE TRAMAL. PACIENTE REFERIA FORTES DORES

Interferência:

RECEBIDO ÀS 07:00 HORAS. PACIENTE 34 ANOS, SEM ACOMPANHANTE, CONSCIENTE, ORIENTADO, RESPIRANDO EM O2 AMBIENTE, DIETIVO DE BOA ACEITAÇÃO, DEAMBULA SEM AUXÍLIO, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES EM BANHEIRO, REALIZADO BANHO, PULSO PERÇÃO + TROCA DE ROUPA DE CAMA, RECEBEU VISITA DE SEU MÉDICO ASSISTENTE, ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA, SEGUE NO LITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM, AGUARDANDO TRANSPORTE, SAÍU DA UNIDADE 3 ÀS 15:40 ACOMPANHADO POR MARCEIRO E SUA ACOMPANHANTE EM CADEIRA PARA REALIZAR COLOCAÇÃO DE TALA GESSADA EM PS, E EM SEGUIDA PARA SEU DEQUILIO, LEVANDO SEUS PERTENCES + ORIENTAÇÕES MÉDICAS.

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____

Suely Batista

COREN: 1168012 - SUELY BATISTA DE AGUIAR SILVA

21/12/2019 07:22:27

Página: 1



RECEITUÁRIO MÉDICO

Laudo Médico

Sandro Tavares de Lima - 34 anos

Data do Acidente: 25/10/19

Paciente sofreu acidente motociclístico que resultou em fratura grave de antebraço esquerdo.

Quadro clínico

História recente sequelas com perda de 75% de flexão no pulso esquerdo e dor.

Atto Médico
15/04/2020

TP AV. PRESIDENTE MÉDICI Nº 256 IGAPÓ- Natal/RN CEP 59106000

CNPJ 06126677/0001-57 FONE: 3315-6901/ 3615-6900



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 CADERNETA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

ANTONIO DE FREITAS

1682962766

1625711 ITEP-RN

008.347.646-07 DATA NASCIMENTO 14/12/1979

ANTONIO ANTONIO DE FREITAS
 PATINA PEREIRA DE FREITAS

02686435172

30/09/2023 27/12/1997

OBSERVAÇÕES

Antonio de Freitas

LOCAL: NATAL, RN DATA EMISSÃO: 01/10/2018

Luiz Edgard Machado Pereira
 Diretor Geral - Detran/RN

57481052148
 RN704302157

RIO GRANDE DO NORTE

18 ABR 2019

PROT...



DETRAN - RN 11675 / 00125 Nº 0142440/34/3		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO	
VIA	01064060020	R.N. IN C.	EXERCÍCIO
1	01064060020	*****	2019
ALVARÃO OLIVEIRA DA SILVA			
CPF / CNPJ	075.787.244-10	PLACA	QGD6577
PLACANT / UF	5C2KD08007D057512	CHASSI	QGD6577
QGD6577 / RN	5C2KD08007D057512	COMBUSTÍVEL	
ESPECIE TIPO	ANO / FAB.	2015	2015
MARCA / MODELO	2015	2015	2015
QCV / 162 CILINDRADAS	CATEGORIA	COOR. PREDOMINANTE	VERSÃO
1	0.00	1º	1º
2	0.00	2º	2º
3	0.00	3º	3º
4	0.00	4º	4º
5	0.00	5º	5º
6	0.00	6º	6º
7	0.00	7º	7º
8	0.00	8º	8º
9	0.00	9º	9º
10	0.00	10º	10º
11	0.00	11º	11º
12	0.00	12º	12º
13	0.00	13º	13º
14	0.00	14º	14º
15	0.00	15º	15º
16	0.00	16º	16º
17	0.00	17º	17º
18	0.00	18º	18º
19	0.00	19º	19º
20	0.00	20º	20º
21	0.00	21º	21º
22	0.00	22º	22º
23	0.00	23º	23º
24	0.00	24º	24º
25	0.00	25º	25º
26	0.00	26º	26º
27	0.00	27º	27º
28	0.00	28º	28º
29	0.00	29º	29º
30	0.00	30º	30º
31	0.00	31º	31º
32	0.00	32º	32º
33	0.00	33º	33º
34	0.00	34º	34º
35	0.00	35º	35º
36	0.00	36º	36º
37	0.00	37º	37º
38	0.00	38º	38º
39	0.00	39º	39º
40	0.00	40º	40º
41	0.00	41º	41º
42	0.00	42º	42º
43	0.00	43º	43º
44	0.00	44º	44º
45	0.00	45º	45º
46	0.00	46º	46º
47	0.00	47º	47º
48	0.00	48º	48º
49	0.00	49º	49º
50	0.00	50º	50º
51	0.00	51º	51º
52	0.00	52º	52º
53	0.00	53º	53º
54	0.00	54º	54º
55	0.00	55º	55º
56	0.00	56º	56º
57	0.00	57º	57º
58	0.00	58º	58º
59	0.00	59º	59º
60	0.00	60º	60º
61	0.00	61º	61º
62	0.00	62º	62º
63	0.00	63º	63º
64	0.00	64º	64º
65	0.00	65º	65º
66	0.00	66º	66º
67	0.00	67º	67º
68	0.00	68º	68º
69	0.00	69º	69º
70	0.00	70º	70º
71	0.00	71º	71º
72	0.00	72º	72º
73	0.00	73º	73º
74	0.00	74º	74º
75	0.00	75º	75º
76	0.00	76º	76º
77	0.00	77º	77º
78	0.00	78º	78º
79	0.00	79º	79º
80	0.00	80º	80º
81	0.00	81º	81º
82	0.00	82º	82º
83	0.00	83º	83º
84	0.00	84º	84º
85	0.00	85º	85º
86	0.00	86º	86º
87	0.00	87º	87º
88	0.00	88º	88º
89	0.00	89º	89º
90	0.00	90º	90º
91	0.00	91º	91º
92	0.00	92º	92º
93	0.00	93º	93º
94	0.00	94º	94º
95	0.00	95º	95º
96	0.00	96º	96º
97	0.00	97º	97º
98	0.00	98º	98º
99	0.00	99º	99º
100	0.00	100º	100º



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199787/20
Vítima: SANDRO TAVARES DE LIMA
CPF: 070.497.334-07
CPF de: Próprio
Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A
Data do acidente: 25/10/2019
Titular do CPF: SANDRO TAVARES DE LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANTONIONE DE FREITAS : 008.347.644-07

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

SANDRO TAVARES DE LIMA : 070.497.334-07

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: 16/07/2020
Nome: ANTONIONE DE FREITAS
CPF: 008.347.644-07

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2020
Nome: Maria Luíza Gonçalves da Silva
CPF: 122.394.894-30

ANTONIONE DE FREITAS

Maria Luíza Gonçalves da Silva



PROCURAÇÃO

Outorgante:

SANDRO TAVARES DE LIMA, brasileiro (a), estado civil SOLTEIRO,
profissão autônomo, residente e domiciliado à Rua CARTEIRO MANOEL MELO,
Nº 10, Bairro PAJUCARA, Município de NATAL, Estado de (o) RN,
portador (a) do RG nº 002 391 876,
e CPF nº 070 492 334-07.

Outorgado:

ANTONIO DE FREDAS, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO,
profissão MAO DE CLIMA, residente e domiciliado à Rua TRAV. J. MATEUS SARAIVA,
Nº 701, Bairro PAJUCARA, Município de NATAL, Estado de (o) RN,
portador (a) do RG nº 026 864 35172,
e CPF nº 008 347 649-07.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio de Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr. SANDRO TAVARES DE LIMA, ocorrido em 25/10/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado de entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da vítima.



NATAL RN, 15 de 15/10/2019 de 20 20

X SANDRO TAVARES DE LIMA

Outorgante

CPF Nº 070 492 334-07

OBS: Reconhecer firma em cartório por autenticidade verdadeira.



PRIMEIRO OFÍCIO DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE
Rua do Largo, 11 | Amarante | CEP: 59.296-917 | São Gonçalo do Amarante - RN
Fone: (84) 3614-2167 | E-mail: cartorio1sga@gmail.com

Reconheço AUTÊNTICA a firma
de SANDRO TAVARES DE LIMA, Dou. 16
Selo Digital: RN20200063230015045KOD
Confira a autenticidade em: <http://selo.digital.tjm.jus.br>
São Gonçalo, 15 de julho de 2020 12:38:36
Em testemunho da verdade

ESCREVENTE AUTORIZADO

Cad: 159480NA27386350 Usuário: Luana

Jetherson Santos
Escrevente



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199787/20

Vítima: SANDRO TAVARES DE LIMA

CPF: 070.497.334-07

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SANDRO TAVARES DE LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANTONIONE DE FREITAS : 008.347.644-07

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

SANDRO TAVARES DE LIMA : 070.497.334-07

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: 16/07/2020
Nome: ANTONIONE DE FREITAS
CPF: 008.347.644-07

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2020
Nome: Maria Luíza Gonçalves da Silva
CPF: 122.394.894-30

ANTONIONE DE FREITAS

Maria Luíza Gonçalves da Silva



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200253418 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SANDRO TAVARES DE LIMA **Data do acidente:** 25/10/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TERÇO DISTAL DO RÁDIO E ULNA ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE)
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO 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 DEFICIT FUNCIONAL INTENSO DO PUNHO ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME LAUDO MÉDICO ACOSTADO NA PÁGINA 34.

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 intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25





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, 17 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200253418

Vítima: SANDRO TAVARES DE LIMA

Data do Acidente: 25/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIONE DE FREITAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SANDRO TAVARES DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15951109





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, 30 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200253418

Vítima: SANDRO TAVARES DE LIMA

Data do Acidente: 25/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIONE DE FREITAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SANDRO TAVARES DE LIMA

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\$ 2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: SANDRO TAVARES DE LIMA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000034

Conta: 0000042564-5

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:

☐ OMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

030492334-07

SANDRO TAVARES DE LIMA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 402/2012

5 - Nome completo:

SANDRO TAVARES DE LIMA

6 - CPF:

030492334-07

7 - Profissão:

AUTÔNOMO

8 - Endereço:

RUA CARPENTINO MANOEL NETO

9 - Número:

10

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

Pajucara

12 - Cidade:

MAIAL

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59.133-385

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):
(85) 98833.6586

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0034

CONTA:

00042564

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:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civ)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau do 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 (vivo/nascido)?

☐ 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 - Assinatura da vítima/beneficiário

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

MAIAL RN 14 DE JULHO DE 2020

x SANDRO TAVARES DE LIMA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 103899

1 - LOCAL E DATA

Local AV. BERNARDO VIEIRA/AV. PRUD. DE MORAIS Bairro LAGOS NOVA
Cidade/UF NATAL RN P. Ref. MACIÚDO COSTA
Data 25/10/2019 Hora do acidente 18:25 Hora do registro 18:50 Dia da semana SEXTA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi RG08837 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. HONDA CG 160 TITAN Cor (NATAL) PRETA Ano 2018/2018
Proprietário ELIELSON SILVA CALADO Nº de Ocupantes 02
Condutor ELIELSON SILVA CALADO Data de Nasc. 07/08/1988
Endereço R. ARAPIRACA Nº 03 Fone 98832-0566
Bairro NOVO OLIS Cidade NATAL UF RN
CPF Nº 071.239.944-08 CNH Nº 05412927527 Validade 08/06/2021 Categoria AB
Local de Trabalho PROGRESSO XTACAO Fone 3214-2034
End. R. BERNARDO VIEIRA Nº 220 Bairro LAGOS NOVA Cidade NATAL

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi MVL 9285 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. YAMAHA / YBR 125 Cor PRETA Ano 2007/2007
Proprietário MARCONI SIMÃO DOS SANTOS Nº de Ocupantes 01
Condutor SANDRO TAVARES DE LIMA Data de Nasc. 18/08/1985
Endereço RUA CARLOS MARQUES NETO Nº 10 Fone 98878-6257
Bairro PAISUGARA Cidade NATAL UF RN
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade / / Categoria _____
Local de Trabalho AUTÔNOMO Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade / / Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade / / Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

ção Nº do Boletim: 103899 Nº da Ocorrência: 956075 Data Registro: 29/10/2019 Hora Registro: 10:54:35 Número/Controle: 6AC74CA46C8876E4



7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. BERNARDO VIEIRA

Em que sentido? QUINTAS - MORRO BRANCO

Em que faixa? MÉDIA

Versão do condutor ALGEMAR QUE, TRANSITAVA NORMALMENTE E AO TENTAR CONVERGIR À DIREITA NA AV. PRUD. DE MORAIS, FOI SURPREENDIDO PELO V2 COLIDINDO NA SUA LATERAL. O V1 (ALGEMAR) AFIRMA QUE ESTAVA COMO PISCA LIGADO PARA FAZER A CONVERGÊNCIA.

Assinatura do Condutor do V1 Algemar Que

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. BERNARDO VIEIRA

Em que sentido? QUINTAS - MORRO BRANCO

Em que faixa? MÉDIA

Versão do condutor ALGEMAR QUE, TRANSITAVA UM POUCO À FRENTE DO V1, QUANDO FOI SURPREENDIDO POR MARIANO CONVERGINDO À SUA FRENTE, O V2 TENTOU DESVIAR MAIS NÃO CONSEGUIU. O V2 AFIRMA QUE UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO TRANCOU O V1, QUE PARA NÃO COLIDIR DESVIOU E TRANCOU O V2.

Assinatura do Condutor do V2 SANDRO TAVARES DE LIMA

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V3 _____

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V4 _____

ção Nº do Boletim: 103899 Nº da Ocorrência: 956075 Data Registro: 29/10/2019 Hora Registro: 10:54:35 Número/Controle: 6AC74CA46C8876E4



103899

8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./ Tempo	Tipo da Pista	Caract./ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Active Íngreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input checked="" type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulina	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Active Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input checked="" type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Íngreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s) _____
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input checked="" type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. _____ KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

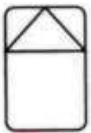
ÁRVORE
VESTÍGIOS
SEMÁFORO
PEDESTRE
BICICLETA OU MOTO
CARRO DE PEQUENO PORTE
CAMINHÃO OU ONIBUS
CARRETA

Hand-drawn sketch on grid paper showing a street intersection. Labels include: "TUPAL" (top), "MOPO BRANCO" (right), "50 ONIBUS" (left), "AV. BERNARDO UGALDE" (right), "AV. DEOD. DE MORAES" (bottom), and "SEMAFORO" (bottom center). Arrows indicate traffic flow.

10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

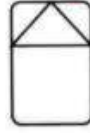
AVARIAS DO VEÍCULO 1

*PARA O CARRO DO TAMBOR, MARCA
DE ~~BRUNO~~ A, ESTRELA VERMELHA,
ESTRIBO LATERAL, APOIO
DO GABO PIA, PARCEL, PIS
CA DIREITO.

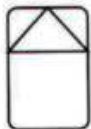


AVARIAS DO VEÍCULO 2

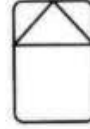
*CARRO DO, PISCA P/ DIREITO, PARA
LAMA MONTADO, PAINEL,



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 4



ção Nº do Boletim: 103899 Nº da Ocorrência: 956075 Data Registro: 29/10/2019 Hora Registro: 10:54:35 Número/Controle: 6AC74CA46C8876E4



11 - ☒ Vítima: condutor de ☒ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome ERILSON SILVA CALADO
RG N° 2954711 Órgão Expedidor 17EP RN Data de Nascimento 07/08/1988

Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

12 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome MAXWELL FLORENÇO DOS SANTOS
RG N° 002419912 Órgão Expedidor 17EP RN Data de Nascimento 10/10/1988

Endereço AV. DOS CALADOS (CONDOMÍNIO VITA) N° _____ Fone 98897-5103
Bairro PITIMBU (BL. FLORENÇA APÍBOS) Cidade NATAL UF RN
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

13 - ☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: CLÓVIS SALUNO Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome SAMUEL TAVARES DE LIMA
RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____

Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____
RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____

Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa 03E 0766 Cidade NATAL UF RN Marca/Modelo _____

Nome SAMU 10 RG N° _____ Órgão Exp. _____

Endereço _____ N° _____

Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

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

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

AS VÍTIMAS DO CAMPO 11 E 12 NÃO AGUARDARAM O ATO
DIAMETO DA SAMU.

O CONDUTOR DO V2 NÃO APRESENTOU DOCUMENTAÇÃO EM TEMPO
HABIL, E FICOU EM ATENDIMENTO MÉDICO ENQUANTO NÃO OBTEN
DO MOTOS DE PROIBIÇÃO À DOCUMENTAÇÃO.

O V2 FOI ENTÃO APRESENTADO AO SR. CAVALCANTE DA SILVA
CMH. 05059805277, CPF 094.295.724-47, QUE IDENTIFICOU-SE
COMO PRIMO DO V2. ASSI, HOMEM FAZENDO DA SILVA

Nome Completo do Agente HAMILTON SILVA DE SOUZA

POSTO/GRAD.: CB PM N° 20010383 Viatura AG-028 Subunid.: 330. AG-01A

Local e Data NATAL, 25 de OUTUBRO de 2019.

Assinatura do Agente de Trânsito

ção N° do Boletim: 103899 N° da Ocorrência: 956075 Data Registro: 29/10/2019 Hora Registro: 10:54:35 Número/Controle: 6AC74CA46C8876E4





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTALIDADE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

020492334-07

SANDRO JAVARES DE LIMA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 045/2012

5 - Nome completo:

SANDRO JAVARES DE LIMA

6 - CPF:

020492334-07

7 - Profissão:

ANTONIO

8 - Endereço:

RUA CARPENTINO MANOEL NETO

9 - Número:

10

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

Pajucara

12 - Cidade:

MAIAL

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59.133-389

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):
(85) 98833-6586

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0034

CONTA:

00042564

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, nem discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou 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 assinatura (vinculoso)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

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

Assinatura (devidamente autografada)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data:

MAIAL RN 14 DE JULHO DE 2020

x SANDRO JAVARES DE LIMA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS-001 V002/2019





PREFEITURA DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 NATAL



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **SANDRO TAVARES DE LIMA**, foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 25/10/2019, aproximadamente às 18h24min, na Avenida Bernardo Vieira, Lagoa Seca, nesta Cidade. **Sob nº de ocorrência 289123/1**, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 14 de janeiro 2020.


CLAUDIO AUGUSTO CAMARA DE MACEDO
Coord. Geral do Serviço de Transporte Sanitário Municipal e SAMU 192 Natal
Matrícula 72.468-1

Rua Potiguares, 300 - Dix Sept Rosado - Natal/RN - CEP: 59054-280
Tel.: (84) 3232-9222 (84) 3232-9211 - e-mail: admsamunatal@yahoo.com.br

