



Número: **0844741-97.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **15/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.350,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado
JOSIANE FERNANDES DE MORAIS (AUTOR)		DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES (ADVOGADO)
Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais (RÉU)		
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)		
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
62852 446	17/11/2020 13:29	<u>2766755_CONTESTACAO_Anexo_04</u>
		Outros documentos



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 Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200142571 Vítima: JOSIANE FERNANDES DE MORAIS

Data do Acidente: 08/12/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSIANE FERNANDES DE MORAIS

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 n° 15695461



Pag. 00377/00378 - carta 01 - INVÁLIDEZ



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 17/11/2020 13:29:03
<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011171329031880000060265615>
Número do documento: 2011171329031880000060265615

Núm. 62852446 - Pág. 1



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, 26 de Abril de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200142571 Vítima: JOSIANE FERNANDES DE MORAIS

Data do Acidente: 08/12/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSIANE FERNANDES DE MORAIS

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: JOSIANE FERNANDES DE MORAIS

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000002008

Conta: 0000094983-4

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
169.586.924-89 Josiane Fernandes de Moraes

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

5 - Nome completo: Josiane Fernandes de Moraes		6 - CPF: 169.586.924-89
7 - Profissão: Recuso	8 - Endereço: Rua Rico do Cabugi	9 - Número: 19
11 - Bairro: Centro Parnamirim	12 - Cidade: Parnamirim	13 - Estado: RN
14 - CEP: 59140-003	15 - E-mail: (94) 9 9134-3008 / (84) 9 9806-1091	16 - Tel.(DDD): (94) 9 9134-3008 / (84) 9 9806-1091
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR		
17 - Nome completo do Representante Legal:		
18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 2008	CONTA: 000 94983 4	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.		

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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

Introdução digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Parnamirim 27 de dezembro de 2019.**

Josiane Fernandes de Moraes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Fernanda Bernardino de Souza

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200045720
Nome do(a) Examinado(a): Josiane Fernandes de Moraes
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Pico do Cabugi, 19 Casa
Bela Parnamirim Parnamirim RN CEP: 59140-001
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 2518425
Data local do acidente: [08/12/2019]
Data local do exame: [04/02/2020] NATAL [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA EXPOSTA DE CALCÂNEO DIREITO.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO LIMPEZA DE FERIMENTO E SUTURA AO NÍVEL DO CALCANEU DIREITO.
Data da Alta: VÍTIMA EM TRATAMENTO

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
APRESENTA FERIMENTO AINDA EM CICATRIZAÇÃO NA REGIÃO DO CALCÂNEO DIREITO.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
 Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
 Sim Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em 90 dias "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): Região Corporal (Sequela):
% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo % do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Urai de Oliveira
DR. URAI DE OLIVEIRA
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-RN 4315





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL DE PARNAMIRIM - PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000967/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/01/2020 15:18 Data/Hora Fim: 03/01/2020 15:33
Delegado de Polícia: Luiz Gonzaga Pontes de Lucena

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial de Parnamirim
Data/Hora do Fato: 08/12/2019 17:25

Local do Fato

Município: Parnamirim (RN)
Logradouro: NA RUA PICO DO CABUGI

Bairro: Bela Parnamirim
Nº: 19

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSIANE FERNANDES DE MORAES (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade:RN - Natal Sexo: Feminino Nasc: 26/05/1988
Profissão: Do Lar
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Ana Maria Fernandes Nome do Pai: Josivaldo Barbosa de Moraes

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 069.586.924-89

Endereço

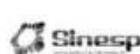
Município: Parnamirim - RN
Logradouro: RUA BICO DO CABUGI Nº: 19
Bairro: BELA PARNAMIRIM
Telefone: (84) 99707-1836 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE COMPARECEU A ESTA UNIDADE POLICIAL, PARA INFORMAR QUE FOI VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, QUE A COMUNICANTE ESTAVA NA CALÇADA DA SUA RESIDENCIA, QUANDO UM VEICULO QUE NÃO SABE INFORMAR O TIPO, PERDEU O CONTROLE SUBINDO A CALÇADA E LHE ATROPELANDO, QUE A COMUNICANTE TEVE UMA FRATURA NO CALCÁNDAR DO PE DIREITO, CONFORME BOLETIM DE ATENDIMENTO UPA DE Nº 99, QUE FOI SOCORRIDA PELO PRÓPRIO MOTORISTA DO VEICULO QUE CAUSOU O ACIDENTE PARA A UPA DE NOVA ESPERANÇA DE PARNAMIRIM, E SENDO ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL WALFREDO GURGEL, NADA MAIS DISSE O COMUNICANTE.



Delegado de Polícia Civil: Luiz Gonzaga Pontes de Lucena
Impresso por: José Ricardo de Oliveira
Data de Impressão: 03/01/2020 15:33
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 17/11/2020 13:29:03
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111713290318800000060265615>
Número do documento: 20111713290318800000060265615

Num. 62852446 - Pág. 5



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
169.586.924-89 Josiane Fernandes de Moraes

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

5 - Nome completo: Josiane Fernandes de Moraes		6 - CPF: 169.586.924-89
7 - Profissão: Recuso	8 - Endereço: Rua Rico do Cabugi	9 - Número: 19
11 - Bairro: Centro Parnamirim	12 - Cidade: Parnamirim	13 - Estado: RN
14 - CEP: 59140-003	15 - E-mail: (94) 9 9134-3008 / (84) 9 9806-1091	
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR		
17 - Nome completo do Representante Legal:		
18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 2008	CONTA: 000 94983 4	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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (várias)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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
Imagem digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Parnamirim 27 de dezembro de 2019.**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) **Josiane Fernandes de Moraes**

43 - Assinatura do Procurador (se houver) **Fernanda Bernardino de Souza**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



BOLETIM DE ATENDIMENTO

NOME: Josiane Fernandes de Melo IDADE: 31 DN: 26-CS-88
RG: CPF: SUS: 160 42931739 0009

SEXO: Masc. () Fem. (X)

EST. CIVIL: Solteiro(X) Casado(X) União Estável () Divorciado(X)

NOME DA MÃE: Ana Maria Fernandes

TEL: 9 9623-4910

NOME DO ACOMPANHANTE:

RUA: Rua Pico do Salgueiro

Nº:

BAIRRO: Bela Parnamirim

CIDADE:

DATA: 08-12-19

HORA: 17:39

REGISTRO: 99-cl

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

		PA:	SPO:	SSVV			ESCALA DE GLASGOW
VERMELHO	LARANJA	152 X 116	981				AO
		FC: 129 Sp	HGT:		TÉC. DE ENFERMAGEM:		RV
VERDE		FR:	DOR:		Auxiliar Enfermeiro M. Ativo Colen RN		RM
AZUL		TEMP.:	PESO:				TOTAL

COMORBIDADES: HAS () DM () DISLIPIDEMIA () OUTRAS: TABAGISTA ()

ETILISTA () ALERGIAS: NÃO SIM ()

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO

17:42 paciente relatou ter sonhado acordado com alucinações visuais e auditivas. Tinha queimaduras na pele.

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

Vítima desapareceu por volta das 04h00minutos da noite (horário local) de hoje (sábado). Força queimadura na pele

EXAME FÍSICO

Foram encontradas um edema da face e contusões na pele

CONFERE COM O ORIGINAL

Em: 26/12/19

Ass.: *[Assinatura]*

UPA - NOVA ESPERANÇA



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: 20/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSIANE FERNANDES DE MORAIS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02008

CONTA: 000000094983-4

Nr. da Autenticação AA2044A790E2977E



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 17/11/2020 13:29:03
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111713290318800000060265615>
Número do documento: 20111713290318800000060265615

Num. 62852446 - Pág. 8

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

CONTAS DE ENERGIA ELÉTRICA • FATURA • NOTA FISCAL

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Menezes, 150, Bairro, Nata - RN, CEP: 59025-250
CNPJ: 08.324.196/0001-41 / Inscrição Estadual: 20055190-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO FUTURISTA: LÉS DE MORAIS

CPF: 069 588 924-89 NIS: 76042931734

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

BELA PARNAÍBA EM ÁREA URBANA
PARNAÍBA/RN
59140-001

ELABORADA POR:
BELA PARNAÍBA EM ÁREA URBANA
PARNAÍBA/RN
59140-001

DATA DA NOTA FISCAL: 07/07/2019
DATA DE EMISSÃO: 04/07/2019
DATA DE VENCIMENTO: 16/08/2019
TOTAL A PAGAR (R\$): 93,50

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
Consumo Ativo ac 20 kWh	QUANTIDADE	PREÇO BR	VALOR
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	89.0000000	0,5713100	50,42
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,82
Corret. Ium. Pública Municipal			8,37
ICMS-Parcela Subvençional			7,17
Multa por atraso-NF 024263012 - 15/06/19			2,02
Multa por atraso-NF 0242630214 - 14/06/19			1,74
Juros por atraso-NF 024263013 - 15/05/19			0,72
Juros por atraso-NF 024263014 - 14/06/19			0,54
Atualização ICPM-NF 024263012 - 15/06/19			0,32
Atualização ICPM-NF 024263014 - 14/06/19			0,51
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/02			-1,58
TOTAL DA FATURA			93,50

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MENSAL	TIPO DA FUNÇÃO	% IDENTIF.	ANTERIOR	DETERMIN.	% GAZETA	ATUAL	DETERMIN.	Nº DE NAS	CONSTANTE	1.00000	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
--------------	----------------	------------	----------	-----------	----------	-------	-----------	-----------	-----------	---------	--------	---------------

05/12/2019

Via para Pagamento de Conta de Energia

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1344045832

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE

RUA MERMOS 150, BALDÓ
NATAL - RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Grátis:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvir 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços do Rio Grande do Norte - ARSEP 0600 727 0167 - Ligação Grátis de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligação Grátis de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE!
SEVERINA JULIA DE LIMA

DATA DE VENCIMENTO
11/12/2019
TOTAL A PAGAR
R\$ 63,66

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
04/12/2019
DATA DA APRESENTAÇÃO
04/12/2019
NÚMERO DA NOTA FISCAL
033941603

CONTA CONTRATO
7001931380
CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Monofásico
B1

PERÍODO CONSUMO
04/11/2019 a 04/12/2019

CONSUMO
82

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Aliquota 18,00 valor do imposto R\$ 10,25

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 17/11/2020 13:29:03
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111713290318800000060265615>
Número do documento: 20111713290318800000060265615

Num. 62852446 - Pág. 10



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/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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Marcosander Bernardino de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 061.089.354 / 80, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Tereziane Fernandes de Moraes inscrito (a) no CPF sob o Nº 069.586.924 / 89,

do sinistro de DPVAT cobertura invalididade permanente da Vítima Tereziane Fernandes de Moraes

inscrito (a) no CPF sob o Nº 069.586.924 / 89, 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 Brasilicío Camilo</u>	Número:	<u>122</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Bairro:	<u>Aneguim</u>	Cidade:	<u>Gaianinha</u>	Estado:	<u>RN</u>
E-mail:				CEP:	<u>59173-000</u>

Local e Data: Paramirim 27 de Dezembro de 2019.

Marcosander Bernardino de Souza

Assinatura do Declarante



**CLÍNICA
OLÍVIA ROSADO**

Hora de Fáceo

Fazem Fornadas de dor

São # 08/12/19

Pessoas que sofrem de dor crônica e devido
a isso cortocircuitos no cérebro. Em que
afetaram e gerou intervalos prolongados
e em menor frequência.

Sintomas de dor e redução da
de perda de fluxo < 30%.

T83

Dr(a):



Data:

08/01/2020

MOSSORÓ:
Rua Juvenal Lamartine, 119
Centro
Fones: (84) 3315-6900 / 3315-6901
166-6069

BARAÚNA:
Rua Expedito Alves, 5/N
Centro
Fone: (84) 9.8782-0474

SERRA DO MEL:
R. Col. Severiano Lúcio da Costa, 2224
Vila Bresser
Fone: (84) 9.8782-0474

ASSU:
Av. Senador João Câmara, 1304
Centro

PARNAMIRIM:
Av. Bella Parnamirim, 880
Vila Nova

NATAL:
Av. Presidente Medice, 256
Igapó - Zona Norte





Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 17/11/2020 13:29:03
<https://pjef1.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111713290318800000060265615>
Número do documento: 20111713290318800000060265615

Num. 62852446 - Pág. 13

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200045720 Cidade: Parnamirim Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOSIANE FERNANDES DE MORAIS Data do acidente: 08/12/2019 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NO MEMBRO INFERIOR DIREITO. P5
FRATURA EXPOSTA DO CALCÂNEO DIREITO. P19

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P18
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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





SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSIANE FERNANDES DE MORAIS.
DATA DO ACIDENTE 08/12/2019 CPF DA VÍTIMA 069586924-89
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTEESCO COM A VÍTIMA É PROCURADOR.
ENDERECO DO PORTADOR RUA BRASILICO CAMILO
Nº 122 COMPLEMENTO - BAIRRO ANEQUIM.
CIDADE GOIANINHA UF PR CEP 59173-000
E-MAIL TELEFONE (84) 99134-3008

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÉNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAI COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAI COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
• MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA 10/01/2020IDENTIDADE 189.6734ASSINATURA marcondes bernardino de souza

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA 10/01/2020NOME Rau OliveiraASSINATURA o.

Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 17/11/2020 13:29:03

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011171329031880000060265615>

Número do documento: 2011171329031880000060265615

Num. 62852446 - Pág. 15

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013533/20

Vítima: JOSIANE FERNANDES DE MORAIS

CPF: 069.586.924-89

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/12/2019

Titular do CPF: JOSIANE FERNANDES DE MORAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA : 061.089.354-80

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

JOSIANE FERNANDES DE MORAIS : 069.586.924-89

- 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: 10/01/2020
Nome: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA
CPF: 061.089.354-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/01/2020
Nome: Rau Campelo de Oliveira
CPF: 069.952.894-12

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Rau Campelo de Oliveira



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 17/11/2020 13:29:03
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111713290318800000060265615>
Número do documento: 20111713290318800000060265615

Num. 62852446 - Pág. 16



AUTOATENDIMENTO - AG. PARNAMIRIM
DATA: 26/12/2019 HORA: 11:20:29
TERMINAL: 20081017 CONTROLE: 200810170218

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2008 013.00094983-4
NOME: JOSIANE FERNANDES DE MORAIS
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 2,00

TELEFONE DEPOSITANTE: 84 99471-4813

NÚMERO DO ENVELOPE: 3940853498

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PÓLICIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL DE PARNAMIRIM - PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000967/2020

ASSINATURAS

José Ricardo de Oliveira
Responsável pelo Atendimento

Josiane Fernandes de Moraes
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins da direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Cautelosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORA	Roseane Ribeiro COREN-RN 608-340-TE
1) Dipirona 500mg IM 2) P. reagent p/ sulfato (suspenso) Dr. Henrique Azevedo Médico CRM-RN 10240	18:41	
18:15		
* Resgatado com Dra. Lúcia - causa mortis N.M. malha Gengal fator: 1) Scleritecos 75mg/3ml - amp (IM) 2) limpeza da farinxa e laringe		

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DESTINO DO PACIENTE

LIBERADO (X)	TRANSFERIDO(X)	RETIROU-SE À REVELIA	ÓBITO
08/11/2020 AS 18:29	/ / / AS : :	/ / / AS : :	/ / / AS : :

LOCAL: Pólitrauma - N.M. malha (Gengal)

Liberado para ir



**CLÍNICA
OITAVA ROSADO**

Lorena Fábio de Souza

*H
Osteite óssea dolorosa
Osteite de bento*

Dr(a):

*Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 0222*

Data:

30/03/2020

MOSSORÓ:
Rua Juvenal Lamartine, 119
Centro
Fone: (84) 3315-6900 / 3315-6901
166-6069

BARAÚNA:
Rua Expedito Alves, S/N
Centro

SERRA DO MEL:
Av. Dr. Severiano Lázaro da Costa, 2214
Vila Brasília
Fone: (84) 9.8782-0474

ASSU:
Av. Senador Ivo Góis, 1304
Centro

PARNAMIRIM:
Av. Bella Parnamirim, 880
Vila Nova

NATAL:
Av. Presidente Medice, 256
Igapo - Zona Norte





Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 17/11/2020 13:29:03
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111713290318800000060265615>
Número do documento: 20111713290318800000060265615

Num. 62852446 - Pág. 21



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 64107 /2019

Admissão: 08/12/2019 19:31:57

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: **155207 - JOSIANE FERNANDES DE MORAIS** (31 a 6 m 13 d)

Nascimento: 26/05/1988 Natural: NATAL.BRASIL

CNS: 160429317340004

CPF:

Sexo: F Cor: PARDA

Mãe: ANA MARIA FERNANDES

Logradouro: PILOTO PEREIRA TIM, 79

CEP: 59140001 Bairro: CENTRO

Telefone: 84 99389033

Prof:

Pai:

Cidade: PARNAMIRIM

Compl: (BR-101)

Motivo: ATROPELAM. POR CARRO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: UPA - UNIDADE DE PRONTO
ATENDIMENTO

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador

OBS:

Classificação: 08/12/2019 19:27:16

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: VITIMA DE ATROPELAMENTO/ TRAUMA EM PÉ DIREITO

Hora: ____

Vítima d traum Corb - Centro m
M.D. Ns lesão m outros segmentos.
Leu m pí D. Ns alug. atraf.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A	
B	
C	
D	
E	

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por EDMILSON MORAIS DE LIMA. Impresso em 08 de Dezembro de 2019.

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALÉRGIAS)

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

Dr.

Pedro
Flávio
Baptista
Gurgel
CRMIRN-5656

GERONOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

1-Volta
J. T. J. M. gásDr. Pedro
Flávio
Baptista
Gurgel
CRMIRN-5656

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

Dr. Pedro
Flávio
Baptista

HORA:

19-31

DATA:

ESPECIALISTA 2

Dr. Pedro
Flávio
Baptista
Gurgel

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

Dr. Pedro
Flávio
Baptista
Gurgel

HORA:

DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

DATA

/

/

HORA

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

SAIDA: () DECISÃO MEDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:

OBITO: DATA / / HORA

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

BOLETIM DE ATENDIMENTO

NOME: *Josiane Fernandes da Menezes* IDADE: *31* DN: *26-05-8*
 RG: CPF: SUS: *160 4213 1739 0005*
 SEXO: Masc. Fem. EST. CIVIL: Solteiro Casado União Estável Divorciado
 NOME DA MÃE: *Ana Maria Fernandes* TEL: *99623 4910*

NOME DO ACOMPANHANTE:

RUA: *Rua Poco do Salgueiro* Nº:
 BAIRRO: *Bela Parnamirim* CIDADE:

DATA: *08-12-19* HORA: *17:39*

REGISTRO: *79-cl*

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SSVV				ESCALA DE GLASGOW	
VERMELHO	PA: <i>152 X116</i>	SPO: <i>98%</i>	HORA: <i></i>	AO	<i>/</i>
LARANJA	FC: <i>129 6p</i>	HGT: <i></i>	TÉC. DE ENFERMAGEM:	RV	<i>/</i>
VERDE	FR: <i></i>	DOR: <i></i>	Auxiliar de Enfermagem	RM	<i>/</i>
AZUL	TEMP.: <i></i>	PESO: <i></i>	Cuidador de Idoso	TOTAL	<i>15</i>

COMORBIDADES: HAS DM DISLIPIDEMIA OUTRAS: *1634*
 ETILISTA TABAGISTA

ALERGIAS: NÃO SIM

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO

17:42 paciente relata ter sono rijo acordou com dor no peito

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

Uma jovem desfilada por conta de alguma infusão (água de coco) que sentiu dor no peito e fez exames de rotina.

EXAME FÍSICO

Exame físico normal. O paciente não tem nenhuma alteração na respiração, pulmões claros, coração regular, pressão arterial normal.

CONFERE COM O ORIGINAL

Fm 16-12-19





Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 17/11/2020 13:29:03
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111713290318800000060265615>
Número do documento: 20111713290318800000060265615

Num. 62852446 - Pág. 25



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 17/11/2020 13:29:03
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111713290318800000060265615>
Número do documento: 20111713290318800000060265615

Num. 62852446 - Pág. 26

ALGORITMO PI SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1- AVALE A RESPONSABILIDADE DA VITIMA 2- PEGA A OUTRA PESSOA (IGUQUE 192 GUARDADO) 3- ABARA VIA AEREA, E PEGA UM DESFIBRILADOR (DEA), 4- PEGA UM DESFIBRILADOR (DEA), 5- SE APNEIA, APÓS 2 VENTILAÇÕES DE RESGAPE (DEPOSITIVO BOLSA VALVA, MASCARILHA, OU FENARAL, BRANQUILHA EM LACTANTE), 7- SE PULSO 4- AVALE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 5- SE APNEIA, APÓS 2 VENTILAÇÕES DE RESGAPE (DEPOSITIVO BOLSA VALVA, MASCARILHA, OU FENARAL, BRANQUILHA EM LACTANTE), 7- SE PULSO 6- AVALE PULSO CAROTÍDEO, 8- AVALE PULSO CAROTÍDEO, 9- SE APNEIA, APÓS 2 VENTILAÇÕES DE RESGAPE (DEPOSITIVO BOLSA VALVA, MASCARILHA, OU FENARAL, BRANQUILHA EM LACTANTE), 10- SE APNEIA, APÓS 2 VENTILAÇÕES DE RESGAPE (DEPOSITIVO BOLSA VALVA, MASCARILHA, OU FENARAL, BRANQUILHA EM LACTANTE), 11- SE APNEIA, APÓS 2 VENTILAÇÕES DE RESGAPE (DEPOSITIVO BOLSA VALVA, MASCARILHA, OU FENARAL, BRANQUILHA EM LACTANTE), 12- SE APNEIA, APÓS 2 VENTILAÇÕES DE RESGAPE (DEPOSITIVO BOLSA VALVA, MASCARILHA, OU FENARAL, BRANQUILHA EM LACTANTE), 13- COLOCAR A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO.

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Dr. Fernando Araújo
Ortopedista Traumatologista
CRM 2001
TOD 11295

CONFÉRE COM ORIGINAL
NATAL 03/01/20
MAT. N° 1500813
09
ASSINATURA

Assinatura e Carimbo do Responsável

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW

Abertura Ocular (AO)	
Otros se abrem espontaneamente.	4
Otros se abrem ao comando verbal. (Não contundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3.)	3
Otros se abrem por estímulo doloroso	2
Otros não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Desorientado (Responde esporadicamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, local, endereço, etc., e pergunta, a data e etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas esporadicamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras incoerentes (Pala associada, mas sem traço conversacional.)	3
Mais incoerente. (Gemeando sem articular palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MMR)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	5
Lentidão voluntária dolorosa.	4
Retração involuntária à dor.	3
Pode falar à dor (Desorientação).	2
Pode evitá-lo à dor (Desorientação).	1

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS"

DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO*
11-150	=4
9-120	=3
6-60	=2
4-20	=1
30	=0
10-220	=4
>220	=3
8-30	=2
1-10	=1
06	=0
>900	=4
78-90	=3
56-70	=2
1-400	=1
00	=0

* Escala de Trauma Revisada (RTS): Sólo indica de voluntários normais de trauma fechado. Referência: Adams J.H., Champion H.R., Suero W., Cooper, et al: A revision of the Trauma score. J. Trauma 29(3):624, 1989.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)*

03-08=grave (necessidade de intubação imediata);
08-2=moderado;
16-15=leve

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

** A escala proposta aplica-se a pacientes conscientes e que colaboram com idade superior a 3 anos. Na Escala Quantitativa solicita-se ao deente que classifique a intensidade da dor de acordo com os seguintes adjetivos:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pot
0	1	2	3	4

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE.

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

SAÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica

À Revelia

Transferido para:

MÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado

S.V.O.

I.T.E.P.

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

SAÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica

À Revelia

Transferido para:

MÓBITO:

DATA: / /

HORA:

à família

com Atestado

S.V.O.

I.T.E.P.





Estado do Rio Grande do Norte
Prefeitura Municipal de Parnamirim - RN
Secretaria Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO MÉDICO

Data: 08/12/19

Nome: Doriane Fernandes de
Morais

ENCAMINHAMENTO

AO Poliatrauma - N. M. Wolfer-
de Gurgel - Dra. Renata

Paciente femme, 33 anos,
vítima de atropelamento por
automóvel na noite, com traum-
ame operado em 06 dias. Nege
Trauma crônico.

Exame Físico

- BEG, blangow 15
- Lesões contusas contusa em
regiões de collares direitos, com
deformidade disposta, sangramentos.
Não informar de radiografia.

Solicito a liberação

Dr. Igor Meldeir
CRM/RN 326
Helo



SUS Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **155207 JOSIANE FERNANDES DE MORAIS**

Prontuário:

CNS: 160429317340004

Nascimento: 26/05/1988

Sexo: Feminino

Cor: PARDA

Mãe: ANA MARIA FERNANDES

Pai:

Endereço: AVENIDA PILOTO PEREIRA TIM, 79 - CENTRO - PARNAMIRIM

Fone: 99389033 /

Município: PARNAMIRIM

Código Municipal IBGE:

240325 UF: RN

CEP: 59140-001

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 35959 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

FRATURA EXPOSTA DO CALCANEU DIREITO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

RISCO DE COMPLICAÇÃO



RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

SEMILOGIA E RAIOS X

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S92.1 FRATURA DO ASTRAGALO*408050241.REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DOS OSSOS DO TARSO

Dr. Ricardo Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5001 TEOF 11295

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

CALCANEO, FX;1

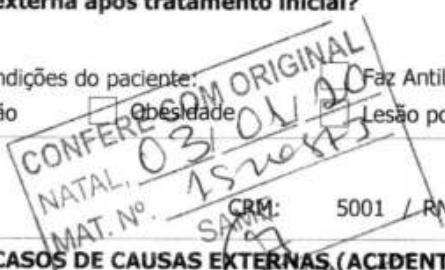
Informações importantes sobre as condições do paciente:

Diabetes Hipertensão Obesidade Faz Antibioticoterapia

Lesão por pressão Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assitente:

RICARDO ARAUJO



Data da Solicitação 08/12/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____ Nº do bilhete: _____ Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Orgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

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





Nome

Jotiane Fernandes

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data:

09/12/19.

Hora:

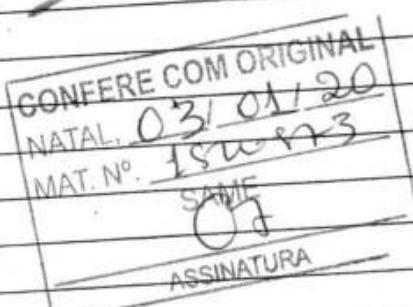
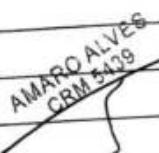
Ontopedia

A trapezoidal de trauma em pé D

Bruxismo

Braço não dist.

Foto comprov. lesão distal ant.
e inabilitad.



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 trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.





Identificação

Enfermaria: Leito: 332 UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 08/12/2019 Alta: / /
Nome: Josiane Fernandes de Moraes Naturalidade: Natal
Idade: 31 Sexo: () Masculino (X) Feminino Data de Nascimento: 26/05/1988
RG: 2518425 Estado Civil: Casada Nível de Instrução: EBS-Medio
Filiação: Pai: Josivaldo Barbosa de Moraes
Mãe: Ana Maria Fernandes
Endereço: Rua Piloto Pereira Tim, 79 - Centro
Telefone: 99389033 Cidade: PARNAMIRIM / RN
Contato: _____ () Residencial () Trabalho () Recado

Outras informações: Faz uso de () Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: DESPREGADA Trabalho c/ vínculo empregatício () Não () Sim
() Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPS () SAB
Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento (X) Trazido por familiares () Trazido pelo SAMU
() Socorrido em via pública () Outros meios
() Encaminhado: Hospital de origem: _____

Critérios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo? _____
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: ANNA MARIA FERNANDES
Parentesco: Mãe Telefone: 98042948
Endereço do Responsável: _____

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

Paciente vítima de Acidente de Trânsito. Orientado
A família qto os noinhos.

Saída

Íbito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs. _____

Vita hospitalar () Transferência () Destino: _____

Orientações/Encaminhamentos: _____

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 trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

Rosa Helena L.C.C. de Souza
Assistente Social
CRESS/RN 0676





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

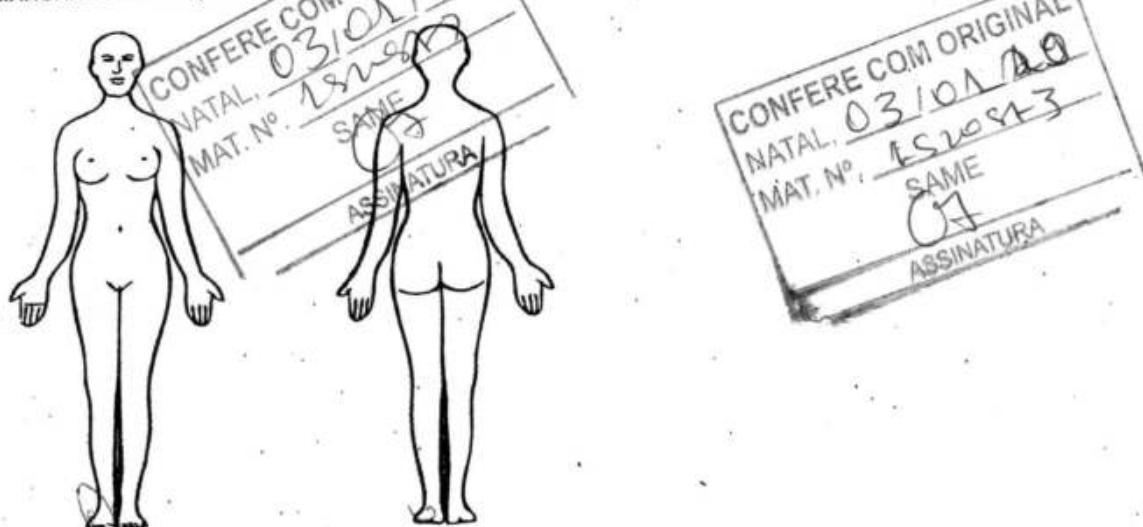
FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Edison Fernandes de Moraes IDADE: 31 anos
DATA DE NASCIMENTO: 26/05/1988 REGISTRO: 155207
DATA DE ADMISSÃO: 09/12/2019 HORA: 02:10
ADMISSÃO DO PACIENTE:
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Integro
HIDRATAÇÃO: SIM () NÃO () VIA: PERIFÉRICO: () ACESSO CENTRAL: ()
NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE () ORIENTADO () VIGIL () AGITADO ()
INCONSCIENTE: ()
ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () GRAVE ()
SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE () M.V. () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()
ALÉRGICO: SIM () NÃO () HIPERTENSO: SIM () NÃO ()
DIABÉTICO: SIM () NÃO () ASMÁTICO: SIM () NÃO ()
DOENÇA RENAL: SIM () NÃO () OUTRAS PATOLOGIAS: _____
MEDICAÇÕES EM USO: _____
CIRURGIAS ANTERIORES: _____
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO ()
OBSERVAÇÃO: _____

ÁREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____

ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____

OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



JALECO N°: _____ ACESSO CENTRAL: _____
INSTRUMENTADO: Tec. Monopolar
CIRCULANTE: Tec. Bipolar

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

OBS.: _____

ANESTESISTA: Dr. Bento

INÍCIO DE ANESTESIA: 02:15

TÉRMINO DE ANESTESIA: 03:20

ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: oxacilina 2g

HORA: 02:10

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.





IDENTIFICAÇÃO

Nome: Cíntiane fernandes de Moraes - Reg. N°

Diagnóstico pre-operatório: Fratura exposta de Calâneo

Indicação terapêutica: Ligatura + desinfecção + enxertia Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: 09/12/19 - Início: Término: Duração:

Operador: AMARO ALVES CRM/CRO: CONF. N.º 03/01/20 CONFERE COM ORIGINAL

1º Auxiliar: CRM/CRO: NATAL 03/01/20

2º Auxiliar: CRM/CRO: MAT. N.º 1500123 SAME

Instrumentador: CRM/CRO: ASSINATURA

Anestesista: CRM/CRO: ASSINATURA

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Paciente em BOFF sob anestesia

abordagem de mid

aspiração + anti edema + sangue

abordagem de ferro da fratura

Ligatura Exclusiva of set

desinfecção de ferida desinfecção

Achamento pr placa

Conclusão

Tela Beta

AMARO ALVES
CRM 3999

09/12/19
03:00

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 trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



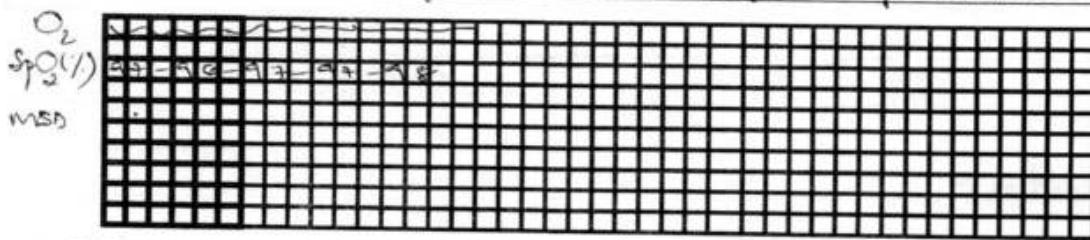


GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sacinho

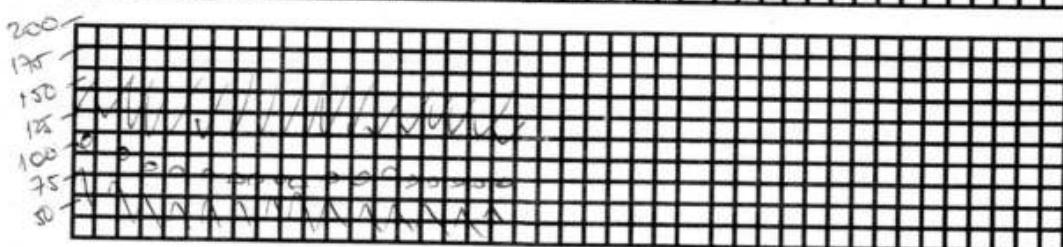
ORT. URG

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: JOSIANE FERNANDES DE MORAIS ASA: I E
Idade: 31 Sexo: - Registro: 1191752
Diagnóstico: Fratura Exposta de Calcanéus Data: 09.12.19
Cirurgia Realizada: Limppea + tratam eirúptico de fratura exposta calcâni
Cirurgião: Amaro Auxiliar: ✓
Anestesiologista: Priscila Enfermagem: Seylisson + Mayra / enfermeira
História Clínica Admisional: Jejum 12h sólidos e 6h áq. Uso Aco.
reja alergia alimentar/medicamentosa. Acesso ex-
perito, estável colaborativa. Piora acúrgica.
Fratura L2 - 9h abra.
Técnica Anestésica: Ranqueanesthesia 25g Quincho curta, parane-
diana simples, pinça Unica, ice cistalino, sem
intercorrências.
Sedação leve. Ventilação Espontânea



ECG
Pan
SpC



(Hv)
See I und

Início: X 02:15 O 02:30 Término: O 03:00 X 03:10

Anestésicos Utilizados

- Anestésicos Utilizados:

Do 1. Oxacilina 2g er - 4x2 2. Aj ragui 25g
3. Fentanil 20mcg er - 1amp/2ml 4. ned pes 12,5mg lamp
5. Petamina 15 mg er - 1amp/2ml 6. metfina 80mcg 1amp q2mug (IT)
7. _____
8. _____
9. 50% 5ml nasal Bifat.
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____

Encaminhamento: A SESA, adrede. Kronic 9/10

Dra. Paola Mazzatorta
FRENTE DOGMA
CRM-PR 17-1000A 17057

Assinatura de Anestesiologista - CRM

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO

