



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	Tipo
62852446	17/11/2020 13:29	2766755_CONTESTACAO_Anexo_04	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, contatos 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 15695461





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: 069.586.924-89 4 - Nome completo da vítima: 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: 069.586.924-89
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Pico do Calcegi 9 - Número: 19 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Bela Parnamirim 12 - Cidade: Parnamirim 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59140-003
15 - E-mail: (94) 9 9131-3008 (84) 9 9806-1091 16 - Tel.(DDD):

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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2008 CONTA: 000 94983 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado:
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Parnamirim 27 de Dezembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Josiane Fernandes de Moraes
43 - Assinatura do Procurador (se houver) Marcelo Bernardino de Souza

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 CALCÂNEO 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?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
() Sim **(X) 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 (*).
(X) "Vítima em tratamento" () "Sem sequelas permanentes"
Esta avaliação médica deve ser repetida em 90 dias (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

Uraí de Oliveira
DR. URAÍ 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 CALCANHAR 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



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: 069.586.924-89 4 - Nome completo da vítima: 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: 069.586.924-89
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Pico do Calungi 9 - Número: 19 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Bela Parnamirim 12 - Cidade: Parnamirim 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59140-003
15 - E-mail: (94) 9 9131-3008 (84) 9 9806-1091 16 - Tel.(DDD):

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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2008 CONTA: 000 94983 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivasas)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Parnamirim 27 de Dezembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



BOLETIM DE ATENDIMENTO

NOME: Josiane Fernandes de Moraes IDADE: 31 DN: 26-05-88
RG: _____ CPF: _____ SUS: 160 429317340004
SEXO: Masc. () Fem. (X) EST. CIVIL: Solteiro^(M) () Casado^(M) () União Estável () Divorciado^(M) ()
NOME DA MÃE: Ana Maria Fernandes TEL: 9 9623 4910
NOME DO ACOMPANHANTE: _____
RUA: Rua Pico do Galvão Nº: _____
BAIRRO: Bela Parnamirim CIDADE: _____
DATA: 08-12-19 HORA: 17:39 REGISTRO: 99-cl

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SSVV				ESCALA DE GLASGOW	
VERMELHO	PA: <u>152 X 115</u>	SPO ₂ : <u>98%</u>	HORA: _____	AO	15
LARANJA	FC: <u>124 bpm</u>	HGT: _____	TÉC. DE ENFERMAGEM: _____	RV	
VERDE	FR: _____	DOR: _____		RM	
AZUL	TEMP.: _____	PESO: _____		TOTAL	

COMORBIDADES: HAS () DM () DISLIPIDEMIA () OUTRAS: NÃO
ETILISTA () TABAGISTA ()
ALERGIAS: NÃO (X) SIM ()

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO

17:42 PACIENTE REGATA TEN SONOPO ACIDENTE CARRO ATINGA
APRESENTA CONTUSÃO NO PS

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

Última desmaio por causa de alguns minutos Negro Unilateral
desmaio/síncope. Dor no peito esquerda/abdominal

EXAME FÍSICO

Assim cardíaco em equilíbrio de peso sem inchaço
de tórax e abdome - 1/2 sangramento - 4/10

CONFERE COM O ORIGINAL

Em: 26/12/19

Ass: _____
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





04008 DO EVIANTE
JOSAFILTONIA DE MORAIS

CPF 009 582 974-89/MS 160429:1/34

ANEXO DA UNIDADE CONSUMIDORA

BELA PARNAMIRIM/AREA URBANA
 PARNAMIRIM/RN
 59140-001

CLASSIFICAÇÃO
DE RENDIMENTO
BAIXA RENDA COM JES

02731314 UNCLAS 12-11-2000

IDENTIFICACION	NOMBRE CLIENTE	DIRECCION INSTALACION

7002305598 07/2019

23/07/2019 16/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 93,50

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

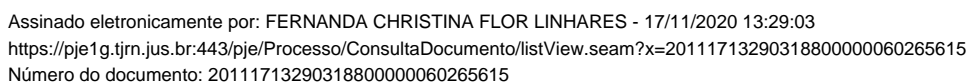
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO UN.	VALOR (R\$)
Consumo, Abto. até 30 (Vh)	93,00000000	0,22177812	20,62
Consumo Abto superior a 100 até 220 (Vh)		0,55851100	5,20
Acrescimo Bandeira AMARELA	88,00000000	0,57131003	50,42
Contrib. Ium. Publica Municipal			0,82
CMS Parcela Subvencionada			8,37
Multa por atraso NF 024263013 - 15/05/19			7,17
Multa por atraso NF 025692014 - 14/06/19			2,02
Multa por atraso NF 024263013 - 15/05/19			1,74
Multa por atraso NF 025692014 - 14/06/19			0,72
Atualização ICMS NF 024263013 - 15/05/19			0,54
Atualização ICMS NF 025692014 - 14/06/19			0,32
Bonus ITAPU - art 21 par. III 428/2002			-1,56
TOTAL DA FATURA			

TOTAL DA FATURA

93.50

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO REGISTRO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSUMO (MIN)
		1 - GAZA	DEBITO	1 - GAZA	DEBITO		



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 NORTERUA MERMOSZ 150, BALDO
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0

COSERN

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

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

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

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços do Rio Grande do Norte

ARSEP 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE SEVERINA JULIA DE LIMA	DATA DE VENCIMENTO 11/12/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 04/12/2019	CONTA CONTRATO 7001931380
ENDEREÇO RUA BRASILICIO CAMILO 122 -FT - ANEQUIM/AREA URBANA -59173-000 GOIANINHA RN -	TOTAL A PAGAR R\$ 63,66	DATA DA APRESENTAÇÃO 04/12/2019	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
PERÍODO CONSUMO 04/11/2019 a 04/12/2019	CONSUMO 82		
ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 18,00 valor do imposto R\$ 10,25			
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO		
Destaque aqui			



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/BIBLIOTECABEB/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 Marcendes Bernardino de Souza

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

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

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidz/ Dams da Vítima Josiane 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 Brasilício Camilo</u>	Número:	<u>122</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Bairro:	<u>Anaquim</u>	Cidade:	<u>Goianinha</u>	Estado:	<u>RN</u>
E-mail:				CEP:	<u>59173-000</u>
				Tel.(DDD):	<u>(84) 99806-109</u> <u>(84) 99134-3008</u>

Local e Data: Parnamirim 27 de Dezembro de 2019.

Marcendes Bernardino de Souza

Assinatura do Declarante





CLÍNICA

OITAVA ROSADO

honda fido

Joane Fernandes de Azevedo

3100 # 08/12/19

Paciente apen. supracotado que gerou
traum. cortocorturo no M.D. Em quadro
infecionado e gerou internog prolongado
em leito de quimio.

Absolvi dor, a edua residual dñ
de perda de flexão < 30%.

T93

Dr(a):

Data:

08/01/2020

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

BARAUNA:
Rua Expedito Alves, s/n
Centro

SERRA DO MEL:
R. Col. Severiano Lacerda de Costa, 2234
Vila Brasília
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





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



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 PARANTESCO COM A VÍTIMA É PROCURADOR
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA BRASÍLÍCIO CAMILO
 Nº 122 COMPLEMENTO - BAIRRO ANEQUIM
 CIDADE GOIANINHA UF RS 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 AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE 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, TAIS 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, TAIS 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 10/01/2020
 IDENTIDADE 1896734
 ASSINATURA Marcondes Bernardino de Souza

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA 10/01/2020
 NOME Rau Oliveira
 ASSINATURA ce.



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

CPF de: Próprio

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





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
POLÍCIA 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 de direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que daí originar, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



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 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORA	Assinatura e Identificação
<p>1) Dipirona comp 500mg</p> <p>2) Preparar p/ sutura (Suturas)</p> <p>Dr. Henrique Azevedo Médico CRM-RN 10240</p>	18h	<p>Roseana R. Nogueira</p> <p>ADMINISTRATIVO</p> <p>COREN-RN 608-340-TE</p>
<p>18:15</p> <p>Regulada com tração - hemia - grande bacia / n.m. walked</p> <p>Gargal</p> <p>1/2 dose de Clotrimazol 75mg / 3ml - amp (IM)</p> <p>2. Limpeza da ferida e curativo</p>		
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM		
DESTINO DO PACIENTE		
<p>LIBERADO () TRANSFERIDO (X)</p> <p>08/12/19 AS 18:29</p> <p>LOCAL: Polítrama - n.m. walked Gargal</p>	<p>RETIROU-SE À REVELIA</p> <p>1 / 1 AS :</p>	<p>ÓBITO</p> <p>1 / 1 AS :</p>



Loxice Fumels de Loras

*R.
Oculista Paulus baldus
O Codomo de bento*

Dr(a):

Data:

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

BARAÚNA:
Rua Expedito Alves, S/N
Centro

SERRA DO MEL:
R. Col. Severino Lázaro da Costa, 2214
Vila Brasília
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







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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 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

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: 160429317340004

CPF:

Prof:

Mãe: ANA MARIA FERNANDES

Pai:

Logradouro: PILOTO PEREIRA TIM, 79

CEP: 59140001

Bairro: CENTRO

Cidade: PARNAMIRIM

Telefone: 84 99389033

Compl: (BR-101)

Motivo: ATROPELAMENTO 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: ____:____

Vitima de trauma Carb-Contus em
M.I.D. N.º lesões em outros segmentos.
Lesão em pé D. N.º lesões em outros segmentos.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A	
B	um prelo de au Cole
C	
D	SC: 15.
E	

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Dr. Ricardo Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5001 TEOT 11295
lim em fe 6 medal d
pi D

*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(ALÉRGICAS)
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

CONDUTA PRIMÁRIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3	HORA:	DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: DATA / / HORA

SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:

ÓBITO: DATA / / HORA

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



BOLETIM DE ATENDIMENTO

NOME: Jordiane Fernandes de Moura IDADE: 31 DN: 26-05-88
RG: _____ CPF: _____ SUS: 160 4243 1739009
SEXO: Masc. () Fem. (X) EST. CIVIL: Solteiro^(M) () Casado^(M) () União Estável () Divorciado^(M) ()
NOME DA MÃE: Ana Maria Fernandes TEL: 99623-4910
NOME DO ACOMPANHANTE: _____
RUA: Rua Pico do Galvão Nº: _____
BAIRRO: Bela Parnamirim CIDADE: _____
DATA: 08-12-19 HORA: 17:39 REGISTRO: 99-cl

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SSVV

ESCALA DE GLASGOW

<p>VERMELHO</p> <p>LARANJA</p> <p>VERDE</p> <p>AZUL</p>	PA: <u>152 X 115</u>	SPO ₂ : <u>98%</u>	HORA: _____	<p>AO</p> <p>RV</p> <p>RM</p> <p>TOTAL: <u>15</u></p>
	FC: <u>124 bpm</u>	HGT: _____	TÉC. DE ENFERMAGEM: _____	
	FR: _____	DOR: _____		
	TEMP: _____	PESO: _____		

COMORBIDADES: HAS () DM () DISLIPIDEMIA () OUTRAS: N.S.A.
ETILISTA () TABAGISTA ()
ALERGIAS: NÃO (X) SIM ()

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO

17:39 paciente REGATA com SONNIDO ACIDOTICO CARDO ATING
apresenta CONTUSÃO NO PS

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

história relatada por quem foi atingido minutos depois do acidente
quando estava trabalhando, depois que se levantou do trabalho

EXAME FÍSICO

sem alterações no exame físico, sem alterações no exame físico

CONFERE COM O ORIGINAL

Fm 16/12/19







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

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA DE GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	4
Oftalmos se abrem espontaneamente.	
Oftalmos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3.)	3
Oftalmos se abrem por estímulo doloroso	2
Oftalmos não se abrem.	1
Resposta verbal (MRV)	
Orientado: Responde coerentemente e apropriadamente às perguntas sobre sua nome, idade, endereço, está, a posição, a data e etc.)	5
Confuso: Responde às perguntas concretamente, mas há alguma desorientação e confusão	4
Palavras incoerentes (Não abstrata, mas sem troca conversacional)	3
Sons ininteligíveis. (Concorda sem articulação palatral)	2
Acusos.	1
Resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz testes simples quando lhe é ordenado)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada inspecional a dor.	4
Padrão flexão à dor (Decorticação).	3
Padrão extensão à dor (Decerebração).	2

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4
	9-12 = 3
	6-8 = 2
	4-5 = 1
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20 = 4
	6-9 = 3
	1-5 = 2
	0 = 1
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90-120 = 4
	70-89 = 3
	50-69 = 2
	0-49 = 1

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)*

03 - 05-grave (necessidade de intervenção imediata);
06-3a moderado;
14-15-leve

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

** A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com testes superiores a 3 anos. Na Escala Qualitativa aplica-se ao doente que classifica a intensidade de sua dor de acordo com as seguintes definições:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pic Post
0	1	2	3	4

"Escala de Trauma Revisada (RTS): Sim indica de sobrevivência para pacientes de trauma traçado. Referência: Adaptada de Champion DL, Sacco WJ, Copes, et al. A revision of the Trauma score. J Trauma 20(1) 424, 1989.

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: <i>Centro Cirúrgico</i> N° do Boletim de Atendimento: _____	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: <i>Ortopedia</i> DATA: / / HORA:	
SAÍDA: DATA: / / HORA:	
Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:	
ÓBITO: DATA: / / HORA:	
Entregue à família com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:		N° do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:		DATA: / /	HORA:
SAÍDA:		DATA: / /	HORA:
Decisão Médica <input checked="" type="checkbox"/>		À Revelia <input type="checkbox"/>	Transferido para:
ÓBITO:		DATA: / /	HORA:
Entregue à família		com Atestado <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>





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

RECEITUÁRIO MÉDICO

Data: 08/12/19

Nome: Josiane Fernandes de
Morais

ENCAMINHAMENTO

AO POLITRAUMA - H.M. WOLFF-
de Gungel - Dia seguinte
Paciente acamada, 33 anos,
vítima de atropelamento por
automóvel há 08 horas, com trauma
na perna em 1º Direito. Regra
Trauma hemiano.

Exame Físico

- BEG, branco 15
- Lesão contusão em
região de calcâneo direito, com
deformidade discreta, sangramento ativo.
Não dispor de radiografia.

Solicito a avaliação

Dr. Igor Valdeir
Régis
CRM/RN 226





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: **155207 JOSIANE FERNANDES DE MORAIS**

CNS: 160429317340004

Nascimento: 26/05/1988

Sexo: Feminino

Prontuário: _____

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 CALCANEIO DIREITO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
RISCO DE COMPLICAÇÃO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
SEMILOGIA E RAO X



Diagnostico 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 TEOT 11295

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

CALCANEIO, FX;1

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

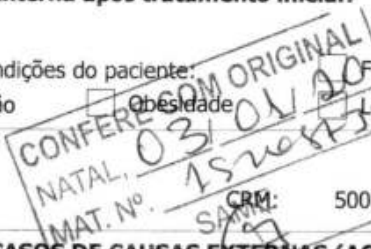
☒ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão

☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

RICARDO ARAUJO



CRM: 5001 / RN

Data da Solicitação 08/12/2019

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: _____





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

RELATÓRIO DE
HISTÓRIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICO

Nome

Josiane Fernandes

Idade:

Nº Registro:

Leito:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data:

09/12/19.

Hora:

Ontem

Através de trauma em pé D

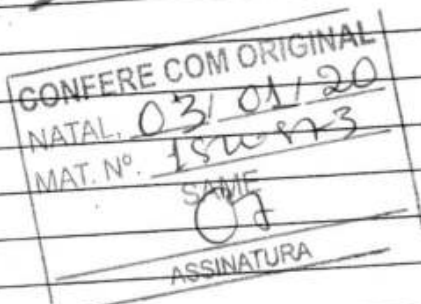
trauma exposto na região D.

Bom perf. distal.

Leito amplexo A. limpo, desinfectado
e coberto.



AMARO ALVES
CRM 5439



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

FICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL

Identificação

Enfermaria: _____ Leito: 332 UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 08/12/2019 Alta: _____
Nome: JESIANE FERNANDES DE MORAIS Naturalidade: NATAL
Idade: 31 Sexo: () Masculino (X) Feminino Data de Nascimento: 26/05/1988
RG: 2518425 Estado Civil: UPMOGUIN Nível de Instrução: ENS. Médio
Filiação: Pai: JOSIVALDO BARBOSA DE MORAIS
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: DESEMPREGADA Trabalho c/ vínculo empregatício () Não () Sim
() Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPS () SAG
Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa: _____

Forma de Acesso ao Serviço

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

Crítérios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo? _____
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: ANA MARIA FERNANDES
Parentesco: MRC 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 Atropelamento. Orientado a família qto às Noivas.

Saída

Objeto: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs.
Vta hospitalar () Transferência () Destino: _____
Orientações/Encaminhamentos: _____

Rosa Helena C. de Souza
Assistente Social
CRESPEN 0574

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 Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

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

ÁREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____
ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____
OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



JALECON* _____ ACESSO CENTRAL: _____
INSTRUMENTADO: Tec. Morges da
CIRCULANTE: Tec. Damião
TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUI (X) PERIDUAL () B.P.B. () LOCAL ()
OBS.: _____
ANESTESISTA: Dr. Bráulio
INÍCIO DE ANESTESIA: 02:15
TÉRMINO DE ANESTESIA: 03:00
ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: oxacilina 2g
HORA: 02:10

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.





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

BÓLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Joiane Fernandes de Morais Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório: fratura Externa de Calcâneo D

Indicação terapêutica: limpeza + desbridamento + imobilização Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

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

Operador: AMARO ALVES

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista:

CRM/CRO:

CRM/CRO:

CRM/CRO:

CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Paciente em BHH sob anestesia

abundante de MID

aspiração + antirrotin + amputação

abundante de fôros de fratura

Limpada Externa de SF

desbridamento de tecido devitalizado

fechamento por plástica

Curativo

Tala Bota

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.



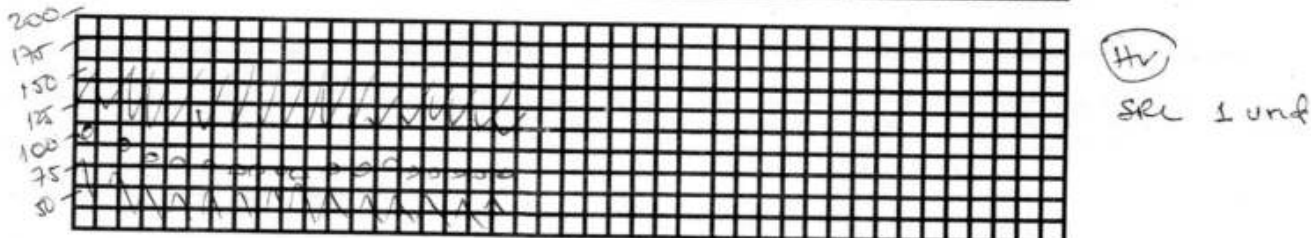
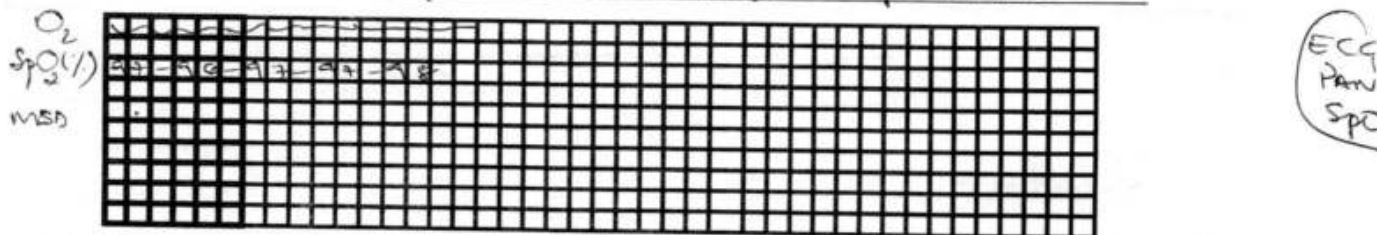


GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

ORT. URG

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: JOSIANE FERNANDES DE MORAIS ASA: FE
Idade: 31 Sexo: - Registro: 1191752
Diagnóstico: Fratura Exposta de Calcâneo Data: 09.12.19
Cirurgia Realizada: Limpeza + tratam cirúrgico de fratura exposta calcâneo
Cirurgião: Amorim Auxiliar: Q
Anestesiologista: Princila Enfermagem: Deysisson + Margalida / enfermeira
História Clínica Admissional: Jejum 12h sólidos e 6h água. uso Aco.
neq. alergia alimentar/medicamentosa. Acesso or
al, estável colaborativa. Pielite aguda.
Trauma 20 + 4h abra.
Técnica Anestésica: Raquianestesia 25g Quincke curta, paravertebral
simples, punção única, LCR cristalino, sem
intercorrências.
Sedação leve. Ventilação Espontânea



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

Anestésicos Utilizados:

- Do 1. OXACILINA 2g or - 4fe 2. Ag raqui 25g
3. Fentanyl 20mcg or - 1amp/2ml 4. neo pes 1g/2ml 1amp
5. Cetamina 15 mg or - 1amp/2ml 6. ketofina 80mcg 1amp 0.2ml (IT)
7. - 8. -
9. Scor 5ml nasal. Pilat 10. -
11. - 12. -
13. - 14. -

Encaminhamento: A Sela, aldrate. Kronic 9/10

Dr. Priscila Maciel
CRM 17087

Assinatura do Anestesiologista - CRM

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

