



Número: **0821692-27.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **25ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **24/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSEFA RAFAEL DA SILVA (AUTOR)	FELIPPE DE QUEIROZ BESSA BANDEIRA LEITE (ADVOGADO)
Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais (RÉU)	
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63208 457	26/11/2020 14:46	<a href="#"><u>2769067_CONTESTACAO_Anexo_04</u></a>	Outros documentos

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200017762      **Cidade:** Extremoz      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSEFA RAFAEL DA SILVA      **Data do acidente:** 12/10/2019      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
RODRIGUES DO AMARAL

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 17/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO OLECRANO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICA + DESBRIDAMENTO + SUTURA) E ALTA MÉDICA. PÁG 6

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO COTOVELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200017762**

**Vítima: JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMARAL**

**Data do Acidente: 12/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: RICARDO ALEXANDRE RODRIGUES DO AMARAL**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMARAL**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15370270

Pag. 00395/00396 - carta\_01 - INVALIDEZ



00030198



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 26/11/2020 14:46:59  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011261446592830000060593159>  
Número do documento: 2011261446592830000060593159

Num. 63208457 - Pág. 2

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 29 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200017762

Vítima: JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMARAL

Data do Acidente: 12/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RICARDO ALEXANDRE RODRIGUES DO AMARAL

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMARAL

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMARAL

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001859

Conta: 000008423-4

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, retorno 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](http://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:

A - Nome completo da vítima:  
850.568.044-87 Josefa Kavala da Silva Rodrigues do Amaral

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

5 - Nome completo: Josefa Kavala da Silva Rodrigues do Amaral	6 - CPF: 850.568.044-87
7 - Profissão: Querida	8 - Endereço: Rua Pedro Vazencelos
9 - Número: 483	10 - Complemento: Centro Parque Clube
11 - Bairro: Centro	12 - Cidade: Extremoz
13 - Estado: RN	14 - CEP: 59575-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 84 2030-634-988171020

## 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"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

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

<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"/> Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: 1859

CONTA: 8.9234

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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:	<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):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro/vainascer? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
---	--	--	---	--	--

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiária não alfabetizada

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, \_\_\_\_\_

Natal RN 12/01/20

José Paul S. R. do Amaral

Ricardo Alves do Amaral

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE EXTREMOZ

Endereço: RUA COMANDANTE DIDDIER VIANA, S/N, CONJUNTO ESTRELA DO MAR, EXTREMOZ

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM**

1.1 Protocolo: J2019021002505      1.2 Data de Expedição: 11/12/2019 15.10.52  
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO      1.4 Ligou CIOSP: Não

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

2.1 Data/Hora do Fato: 12/10/2019 15.00.00      2.2 Autoria: Desconhecida  
2.3 Fato: Consumado      2.4 Flagrante: Não  
2.5 Meio(s) empregado(s): Outros      2.6 Tipo do local: Via Pública  
2.8 Número: S/N      2.9 CEP:  
2.10 Complemento:      2.11 Ponto de Referência:  
2.12 Bairro: PASSAGEM DA VILA      2.13 Cidade: EXTREMOZ  
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

**3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)**

3.1 Nome Completo: RICARDO ALEXANDRE RODRIGO DO AMARAL      3.2 Estado civil: Casado(a)  
3.3 Nome Social:      3.4 Pai: JOÃO DE SOUZA DO AMARAL  
3.5 Étnia: Parda      3.6 Mãe: JOZILENE RODRIGUES DO AMARAL  
3.7 Sexo: MASCULINO      3.8 Orientação Sexual:  
3.9 CPF:      3.10 Identidade de Gênero:  
3.11 Nacionalidade:      3.12 Data de Nascimento: 08/10/1975  
3.13 Profissão: POLICIAL MILITAR      3.14 RG: 13251 - Itep/RN  
3.15 Telefone(s): 84 996656918      3.16 Passaporte:  
3.17 Número: 483      3.18 Naturalidade: NATAL/RN  
3.19 Bairro: CJ. BOSQUE DAS FLORES      3.20 E-Mail:  
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE      3.22 Logradouro: RUA PEDRO VASCONCELOS  
3.23 Cidade: EXTREMOZ      3.24 CEP:

**4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)**

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

**6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)**

**7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

7.1.1 Segurado: Não      7.1.2 Seguradora:  
7.1.3 Chassi: \*\*\*\*\*16236      7.1.4 Renavam:  
7.1.5 Placa:      7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
7.1.7 Marca: YAMAHA      7.1.8 Modelo: YBR150 FACTOR ED  
7.1.9 Ano do Modelo: 2020      7.1.10 Ano de Fabricação: 2019  
7.1.11 Cor do veículo: PRETA      7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA  
7.1.13 Nota Fiscal:      7.1.14 Número do Motor:  
7.1.15 Nome do proprietário: RICARDO ALEXANDRE DO AMARAL      7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:  
7.1.17 Nome do condutor: O MESMO  
7.1.18 Observações: CNH DO CONDUTOR 04208634501

**8. DADOS DA OCORRÊNCIA**

**9. DOS FATOS**

**9.1 Histórico**

O DECLARANTE INFORMA QUE ESTAVA EM DESLOCAMENTO NO LOCAL CITADO NESTA OCORRÊNCIA, COM SUA ESPOSA NA GARUPA, QUANDO UM VEÍCULO DO TIPO GOL DE COR PRETA E PLACAS OKC-6726, COLIDIU NA SUA MOTO NA TRASEIRA, FAZENDO COM QUE AMBOS CAISSEM E ELE FRATUROU O BRAÇO ESQUERDO E SUA ESPOSA TEVE UMA FRATURA EXPOSTA NO BRAÇO ESQUERDO E FORAM SOCORRIDOS PELA SAMU VTR USB-65 (MACAÍBA), SENDO ENCAMINHADOS PARA O HOSPITAL DE SANTA CATRINA E DEPOIS FORAM LEVADOS PARA O HOSPITAL CLÓVIS SARINHO. NADA MAIS DISSE.

**9.2 Informações do CIOSP**

**9.3 Outras Providências**

ENCAMINHADO AO SETOR COMPETENTE.

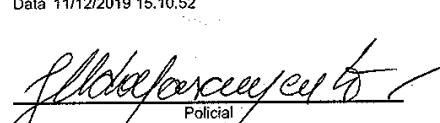
**10. COMPLEMENTOS**

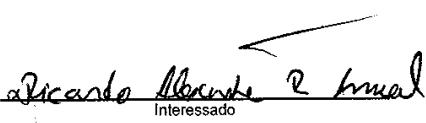
Data do Complemento: 23/12/2019  
Usuário: 1943189 - JEFFERSON VASCONCELOS DO NASCIMENTO  
Complemento: INFORMANDO OS DADOS PESSOA DA VÍTIMA: JOSEFA RAFAELA DA SILVA RODRIGUES DO AMARAL, RG Nº 001.325.529, CPF 850.568.044-87, NATURAL DE SÃO JOSÉ DE CAMPESTRE/RN E DATA DE NASCIMENTO 21/05/1972. NADA MAIS DISSE.

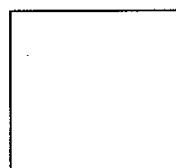
**11. DECLARAÇÃO**

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

Data: 11/12/2019 15.10.52

  
Ricardo Alexandre  
Policial

  
Interessado



Polegar direito



## 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: 850.568.044-87 A - Nome completo da vítima: Josefa Repaia da Silva Rodrigues do Amaral

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

5 - Nome completo:	Josefa Repaia da Silva Rodrigues do Amaral	6 - CPF:	850.568.044-87
7 - Profissão:	Querida	8 - Endereço:	Rua Pedro Vazencelos
9 - Número:	483	10 - Complemento:	
11 - Bairro:	Centro Parque Clube	12 - Cidade:	Extremoz
13 - Estado:	RN	14 - CEP:	59575-000
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD):	84
			20300634-988171020

### 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"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00        |

21 - DADOS BANCÁRIOS:

- |  |   |
|--|---|
| <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)  | Nome do BANCO: _____  |
| <input type="checkbox"/> Itaú (341)  |   |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)   |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)                                      |   |

AGÊNCIA: 1859

CONTA: 8.9234

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

### 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):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro/vainascer? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
---	--	--	---	--	--

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiária não alfabetizada

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, \_\_\_\_\_

Natal RN 12/01/20

José da Repaia da Silva Rodrigues do Amaral

Ricardo Alves da Silva Rodrigues do Amaral

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# 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: 23/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMAR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01859

CONTA: 00000008423-4

---

Nr. da Autenticação 80148A6A1B5A7129



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 26/11/2020 14:46:59  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011261446592830000060593159>  
Número do documento: 2011261446592830000060593159

Num. 63208457 - Pág. 7



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**  
SAMU 192 /RN

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fazem necessários, que foi encontrada a ocorrência de  
Nº 179968/1 referente ao paciente **JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO  
AMARAL**, 47 anos, atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN,  
no dia 12/10/2019 em Extremoz. Conforme ficha anexa.

Natal, 27 de novembro de 2019.

Ubiratan Wagner de Sousa  
Coordenador da Regulação Médica do SAMU 192 RN  
Matrícula:210991-3



END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 – BARRO VERMELHO - NATAL/RN  
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS  
CEP: 59.022-545 - FONE: 84 3209-5321





## SINAIS VITAIS / OUTROS ACHADOS

<b>Tipo de APH:</b>	<b>Hipótese Diagnóstica:</b>				
<b>TRAUMA - ACIDENTE AUTO X MOTO</b>					
<b>Sinais Vitais:</b>					
12/10/2019 15:41 1º PA - 100x70 2º FC - 65 3º FR - 20 4º SAT - 97%AA 5º GLASGOW - 15					
<b>Antecedentes:</b>					
Cardiopatia    Diabetes    Epilepsia    Etilismo    Hipertensão    HIV    Nefropatia    Neoplasia    Pneumopatia    Sequela AVC					
<b>Outros Antecedentes:</b>					
<b>Pupilas:</b>					
<b>Dirita:</b>	<b>Esquerda:</b>	<b>Situação:</b>	<b>Rreativas:</b>		
-- SELECIONE --	-- SELECIONE --	-- SELECIONE --	-- SELECIONE --		
<b>Nível de consciência:</b>					
Normal	Confuso	Torporoso	Inconsciente		
<b>Respiração:</b>					
Não Respira	Normal	Ruidosa / Dispneia	Via aérea obstruída	Via aérea pélvia	
<b>Sudorese:</b>					
-- SELECIONE --	Coloração da pele:	-- SELECIONE --	Sangramento:	-- SELECIONE --	
<b>História Pregressa da Moléstia Atual:</b>					
DEC DORSAL APÓS SE MOVIMENTAR E SEM CAPACETE, RETIRADO PELO POPUPAR. DOR EM OMBRO E COTOVELO ESQ COM RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO. DERNALS ESTRUTURAS INTEGRAS. SEGUNDA VITIMA, JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMARAL, CORTE CONTUSO EM COTOVELO ESQUERDO.9120X80 FC 80 FR 20 SO298.					
<b>Uso de algum Medicamento:</b>			<b>Alergia:</b>		
<b>Prioridade:</b>					
Vermelho    Laranja    Amarelo    Verde    Azul					
<b>Observação:</b>					
<b>Evento Adverso:</b>					
<b>Observação do Apoio:</b>					

## CONFERIDA

✓ Remoção

## REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

<b>Aguardando Vaga</b>			
<b>Estabelecimento:</b>	<b>Vaga Negada - Motivo:</b>		<b>H. ligação ao serv prop.:</b>
NATAL (NP) - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL	-- SELECIONE --		---
<b>Recebido por:</b>			
<b>Número do conselho:</b>			
<b>Número da ficha de Remoção:</b>			
<input type="checkbox"/> Vaga Negada	<input type="checkbox"/> Vaga Zero		
Motivo da entrada:			
ASS:			

## PERDIDOS

<b>Nome receptor:</b>	<b>Cargo receptor:</b>
<b>Descrição dos pertences:</b>	<b>Local deixado pertences:</b>
<b>Data:</b>	

AES/

## ACIDENTE DE TRABALHO?

Sim    Não

## VIOLÊNCIA A VULNERÁVEIS?

Sim    Não



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02																																																																																	
 <b>COSERN</b> Companhia Energética do Rio Grande do Norte Rua Memoz, 150, Baldo, Natal - RN, CEP 59025-250 CNPJ 08.324.196/0001-81   Inscrição Estadual: 20035189-0   <a href="http://www.cosern.com.br">www.cosern.com.br</a>																																																																																	
<b>DADOS DO CLIENTE</b>					<b>ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b>																																																																												
RICARDO ALEXANDRE RODRIGUES DO AMARAL					RUA PEDRO VASCONCELOS 483 QD- 44 LT-D																																																																												
CPF: 024.081.884-90					CENTRAL PARQUE CLUBE/AREA URBANA EXTREMÓZ RN 59575-000																																																																												
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL RESIDENCIAL					7013875647 11/2019																																																																												
0330594326 ÚNICA 14/11/2019					14/11/2019 16/12/2019																																																																												
14/11/2019 3011436944 2745438					205,34																																																																												
Consumo Álvo(kWh) Acréscimo Bandeira AMARELA Acréscimo Bandeira VERMELHA Contrib. Itum. Pública Municipal					QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)																																																																										
					254,00000000	0,68578427	169,10																																																																										
							2,67																																																																										
							8,50																																																																										
							27,07																																																																										
<b>TOTAL DA FATURA</b> 205,34																																																																																	
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)																																																																								
21710686003	CAT	15-10-2019	3.399,00	14-11-2019	3.652,00	20	1,00000		254,00																																																																								
Mesmo mês <table border="1"> <thead> <tr> <th>MES</th> <th>VALOR</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> <th>Geração de Energia</th> <th>R\$</th> <th>38,35%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NOV19</td> <td>254</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Transmissão</td> <td>R\$ 69,37</td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUT19</td> <td>275</td> <td>ICMS</td> <td>178,27</td> <td>18,00</td> <td>Distribuição (Cosern)</td> <td>R\$ 6,42</td> <td>3,50%</td> </tr> <tr> <td>SET19</td> <td>249</td> <td>PIS</td> <td>178,27</td> <td>1,08</td> <td>Perdas de Energia</td> <td>R\$ 40,38</td> <td>22,09%</td> </tr> <tr> <td>AGO19</td> <td>266</td> <td>COFINS</td> <td>178,27</td> <td>1,92</td> <td>Encargos Salariais</td> <td>R\$ 10,82</td> <td>6,06%</td> </tr> <tr> <td>JUL19</td> <td>318</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Tributos</td> <td>R\$ 9,38</td> <td>5,28%</td> </tr> <tr> <td>JUN19</td> <td>205</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Total</td> <td>R\$ 178,27</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>MAR19</td> <td>278</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ABR19</td> <td>264</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										MES	VALOR	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Geração de Energia	R\$	38,35%	NOV19	254				Transmissão	R\$ 69,37		OUT19	275	ICMS	178,27	18,00	Distribuição (Cosern)	R\$ 6,42	3,50%	SET19	249	PIS	178,27	1,08	Perdas de Energia	R\$ 40,38	22,09%	AGO19	266	COFINS	178,27	1,92	Encargos Salariais	R\$ 10,82	6,06%	JUL19	318				Tributos	R\$ 9,38	5,28%	JUN19	205				Total	R\$ 178,27	100%	MAR19	278							ABR19	264						
MES	VALOR	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Geração de Energia	R\$	38,35%																																																																										
NOV19	254				Transmissão	R\$ 69,37																																																																											
OUT19	275	ICMS	178,27	18,00	Distribuição (Cosern)	R\$ 6,42	3,50%																																																																										
SET19	249	PIS	178,27	1,08	Perdas de Energia	R\$ 40,38	22,09%																																																																										
AGO19	266	COFINS	178,27	1,92	Encargos Salariais	R\$ 10,82	6,06%																																																																										
JUL19	318				Tributos	R\$ 9,38	5,28%																																																																										
JUN19	205				Total	R\$ 178,27	100%																																																																										
MAR19	278																																																																																
ABR19	264																																																																																





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Ovidoria: 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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ricardo Alexandre Rodrigues do Amorim  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 024.081.884 / 90, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Jesica Rayane da S. Rodrigues do Pranval inscrito (a) no CPF sob o Nº 850.568.044 / 87  
do sinistro de DPVAT cobertura Inválida da Vítima Jesica Rayane da S. Rodrigues do Pranval  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 850568044 / 87, 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 Pedro Vasconcelos</u>	Número: <u>983</u>	Complemento:
Bairro: <u>Central Parque Clube</u>	Cidade: <u>Extremoz</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail:		CEP: <u>59575-000</u> Tel.(DDD):

Local e Data: Natal RN - 12/01/20

Ricardo Alexandre R. do Amorim

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017



**HJPB - HOSPITAL D R. JOSÉ PEDRO BEZERRA**  
**Boletim de Atendimento - EMERGÊNCIA**

**Dados do Paciente**

Número do Boletim: 24344/2019 Data/Hora: 12/10/2019 / 17:03:50h  
 Paciente: 315579 - JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMARAL  
 Dt Nasc: 21/05/1972 Idade: 47 anos Sexo: M Estado Civil: NÃO INFORMADO C N S:  
 Mãe: MARIA ALVELINA DA CONCEICAO  
 Pai: JOSE RAFAEL DA SILVA  
 Endereço: PEDRO VASCONCELOS , 483 Bairro: BOSQUE DAS FLORES  
 Cidade: EXTREMOZ CEP: 59575000 UF: RN  
 Telefone: 84 - 999921994 Identidade: Naturalidade/UF: SAO JOSE DO CAMPESTRE

**Classificação de Risco: NÃO CLASSIFICADO - 12/10/2019 16:57:03**

**Queixa Principal:**acidente de moto.

T.A.mmHg	Pulso	F.R.	TEMP.	HGT mg/dl	SPO2
142 88	73				100

**OBS:** nega alergia

**Dados de Atendimento**

Especialidade:CIRURGIA GERAL Motivo: CONSULTA DE URG/EMERG

Usuário: SANDRA PATRICIA CAMPOS DA CUNHA  
SILVA

Diag. Inicial:

**Sumário de Atendimento (Histórico, Exames Solicitados e Conduta)** \*Hora Atend:

Pete no trânsito da moto e vítima de colisão carro-moto.  
 ~ 1h. Comparesce desmaiado e sangue das narinas.  
 c/ ferimento contorção e deformidade.  
 (A) Vias respiratórias, si cervicalgia  
 (B) Espástico.  
 (C) Pecten.  
 (D) Glasgow = 15  
 (E) Sangue (E) e ferimento contorção e deformidade.

**Prescrição:**

(1) Radiografia de tórax

RX realizado  
 Assinatura do(a) Realizante

Assinatura

Observações apresenta fratura  
 em costela agudo.  
 Organizado para o atendimento  
 de PSUS/HM 6.

**Alta por decisão médica( ); Internação( ); Enc.outroServiço( ); Evasão( )**  
 Data: 12/10/19. Hr: 17:38 Ass. Médico:

18/10

19:10

Confere com Original  
 Data 20/10/19

Dr. Francisco de Moraes L. Júnior  
 Cirurgião Geral/Urologista  
 CRM-RN 6723  
 CRM-PE 270





SECRETARIA FESTADO DA SAÚDE PÚBLICA DO RN  
HÓSPITAL DR. JOSÉ BEZERRA - Hospital Amigo da Criança  
RUA ARAUQUARI, S/Nº - NATAL/RN - CEP 59.110-390

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME ENCANTINHAMENTO

\* SO PSC'S:

Encantinho paciente

Torefa Rafael da Silveira

R. do Amaral, 47 ans

vítima de trauma por  
queda de motocicleta.

Portava capacete, nega perda de  
consciência, náuseas, vomito e  
cefaleia. Negó queixas torácicas,  
abdominais e perineais.

Apresenta escoriações em VIII.

Apresenta lesão contusa em cotovelo  
esquerdo associado a fratura óssea  
exposta.

A - UAP sem cervicalgias

B - UVG em ABD > 100L

C - HD esternal FC: 78 bpm

D - Vaginal e Colabotativa

E - Fratura contusa em costela(s)

Solução analgésica e conservativa  
pela ortopedia

Natal 11.10.19

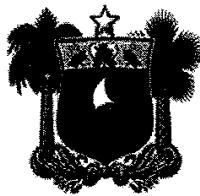
(17143an)

Dr. Francisco de Britto  
Cirurgião Geral / Urologista  
CRM-RN 6723  
CRM-FE 27957





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



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 53022 /2019

Admissão: 12/10/2019 18:28:54

## CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **147268 - JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMARAL** (47 a 4 m 22 d)

Nascimento: 21/05/1972 Natural: SAO JOSE DO CAMPESTRE.BRASIL Sexo: F Cor: SEM  
INFORMACAO

CNS: CPF: 85056804487 Prof:  
Mãe: MARIA AVELINA DA CONCEICAO Pai: JOSE RAFAEL DA SILVA  
Logradouro: PEDRO VASCONCELOS, 843  
CEP: 59575000 Bairro: EXTREMOZ Cidade: EXTREMOZ  
Telefone: 84 96656918 Compl:

Motivo: MOTO X CARRO - COLISÃO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU RN

\*Empresa:

Fluxograma:	Discriminador:								
OBS:	Classificação: 12/10/2019 18:25:51								
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

### HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: VITIMA DE QUEDA DE MOTO, COM ESCORRIÇAÇÕES EM MMII, LESAO CONTURSO-EM COTOVELO ESQUERDO

Hora: \_\_\_\_\_ Painel vitra de fundo da auto. Mele  
mele de cunharia. Quebra-se de dor  
no cotovelo E. Se arrebenta no HSPB,  
na pare art. de estrela..

### EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A V/S alies plint  
B Enorme OZ amilente  
C Estrela hemodinamica ent.  
D G/3  
E FCC e cotovelo E + retuna (sem originais)

### OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Joel x alterada  
fobe flexido, indol  
Pelvis alterada.

\*Saída: -

### DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

CONFIRMADO  
MAT. N. 13112019  
SAME  
ASSINATURA  
10/10/19



**SUS****Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
 Executante: O solicitante ou \_\_\_\_\_

CNES: 2653923  
 CNES:

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: **147268 JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMARAL**  
 CNS: Nascimento: 21/05/1972 Sexo: Feminino  
 Mãe: MARIA AVELINA DA CONCEICAO Pai: JOSE RAFAEL DA SILVA  
 Endereço: 10a RUA PEDRO VASCONCELOS, 843 - EXTREMOZ - EXTREMOZ  
 Município: EXTREMOZ Código Municipal IBGE: 240360 UF: RN CEP: 59575-000

Prontuário:  
 Cor: SEM INFORMACAO  
 Fone: 96656918 /  
 CEP: 59575-000

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 28534 / 2019

**JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM COTOVelo ESQUERDO

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX E EXAME FÍSICO

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S42.4 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO ÚMERO\*408020547.TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO OU FRATURA

CONFIRME COM ORIGINAL  
 DATA: 17/10/2019  
 MAT. N°: 15151282  
 ASSINATURA:

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

COTOVelo, FX;1

Informações importantes sobre as condições do paciente:

Diabetes  Hipertensão  Obesidade

Faz Antibioticoterapia

Lesão por pressão  Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assitente:

DR. GEAN GUARNIERE R. DANTAS  
 CRM - 4781 CRM/11044  
 GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS

CRM: 4781 / RN

Data da Solicitação 12/10/2019

**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 Trajetô

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

**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_ Orgão Emissor: \_\_\_\_\_

Número da Autorização:

Data da Autorização: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)			
A			
B			
C			
D			
E			
<b>A (ALÉRGIAS)</b>			
<b>M (MEDICAÇÃO EM USO)</b>			
<b>P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)</b>			
<b>L (LÍQUIDOS E ALIMENTOS INGERIDOS)</b>			
<b>A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)</b>			
<b>V (PASSADO VACINAL)</b>			
<b>EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM)</b>	<b>LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS</b>		
<i>R/ braço E AP + neg/ l antebraço E AP + neg/ l</i>			
<b>CONDUTA PRIMÁRIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS</b>	Dr. Renan Pessoa Cirurgia Geral CRM-RN 1774 - CRF-CE 2655 <i>Alho Ch. Sane</i>		
	<b>OUTROS</b> <b>ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM</b>		
<b>ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL</b>	<b>ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL</b>		
<b>ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE</b>			
ESPECIALISTA 1	HORA:	DATA:	
ESPECIALISTA 2	HORA:	DATA:	
ESPECIALISTA 3	HORA:	DATA:	
<b>DESTINO DO PACIENTE:</b>			
<b>INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:</b>	DATA	/ /	HORA
<b>SAÍDA: ( ) DECISÃO MÉDICA ( ) REVELIA ( ) TRANSFERIDO PARA:</b>			
<b>OBITO: DATA</b>	/ /	HORA	
<b>ENTREGUE À FAMÍLIA ( ) COM ATESTADO ( ) S.V.O ( ) ITEP</b>			





IDENTIFICAÇÃO

Nome: Josefa R S R do Amaral Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório: Fist exposto olecrano ( )

Indicação terapêutica: Lanugem e desbridamento Urgência ( ) Eletiva ( )

INTERVENÇÃO

Data: 13/10/19 Início: Término: Duração:

Operador: Antônio M. Alves CRM/CRO:

1º Auxiliar: CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador: CRM/CRO:

Anestesista: Gustavo CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- ① Realizou um desbridamento
- ② Fez novo USG
- ③ Lanugem e desbridamento FCC
- ④ Sutura com nylon 3-0
- ⑤ Centro à toca + lysox

Dr. Marquelin Alves  
CRM/RN 15640  
Ortopedista e Traumatologista  
Cir. Ombro e Cotovelo

0413040178/3) L 90.8 (741,69)

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



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
*Admissão de Internamento Hospitalar*

Nº FIA: 9740 /2019

Prontuário: 1189851

Paciente: 147268 - JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMARAL

Cartão SUS:

CPF: 85056804487

Idade: 47 anos 4 meses 22 dias

Sexo: F

Etnia: SEM

INFORMACAO

Dt Nasc: 21/05/1972

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA AVELINA DA CONCEICAO

Nome do pai: JOSE RAFAEL DA SILVA

Rua/Av: PEDRO VASCONCELOS

Complemento:

CEP: 59575000

Telefone: 84 96656918 84 96656918

Cidade: EXTREMOZ

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1009

Responsável: JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMAR -

Usuário: SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS

Nº:843

Bairro: EXTREMOZ

Admissão: 12/10/2019 19:45:04	Alta:	Óbito:	Dias de permanência:
-------------------------------	-------	--------	----------------------

DIAGNÓSTICO INICIAL: S42.4 - FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO ÚMERO

408020547 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

**RESUMO DE ALTA**

CONFIRME COM ORIGINAL  
MAIL 17/10/2019  
MAIL 17/10/2019  
MAIL 17/10/2019  
ASSINATURA:

NATAL, 12 de Outubro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:	
NAMNESE	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA <i>Fraj. exposta do ocozino (R)</i>	
XAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***	LABORATÓRIO
	OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	
<p>1) Aceite de náuseas e vômitos.</p> <p>2) Colchonete e gelo no rosto.</p> <p>3) Síntoma de dor e desconforto, na face.</p>	
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
<i>Dr. Gennarienre R. Dantas CRM-4781 TEOT 11044 CPF 703.415.474-53</i>	
Assinatura e Carimbo do Responsável	
Assinatura e Carimbo do Responsável	
ESTINO DO PACIENTE: <i>Medicina</i>	
Nº do Boletim de Atendimento:	
ATERNAMENTO NA CLÍNICA: <i>Oncogestão</i>	
DATA: / / HORA:	
IDA: <i>1/2 OUT, 2019</i>	
HORA: <i>19:27h</i>	
cisão Médica <input checked="" type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:	
BITO: DATA: / / HORA:	
tregue à família com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input checked="" type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	
<i>Dr. Gennarienre R. Dantas CRM-4781 TEOT 11044 CPF 703.415.474-53</i>	
Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação	
ESTINO DO PACIENTE:	
Nº do Boletim de Atendimento:	
ATERNAMENTO NA CLÍNICA:	
DATA: / / HORA:	
IDA: <i>1/2 OUT, 2019</i>	
HORA: <i>19:27h</i>	
cisão Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:	
BITO: DATA: / / HORA:	
tregue à família com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input checked="" type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	



4401 412, 4 201/012020

C-5-1704 0048 1542 9765



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA  
29-9665-6918 PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 0059

NOME: José da Praça G. S. Silva Rapilheiros AMARAL  
IDADE: 21/05/72 COR: Praça SEXO: Feminino ESTADO CIVIL: 115474  
NATURALIDADE: Brasil PROFISSÃO: Professora PROCEDÊNCIA: Extremos  
ENDERECO: Av. J. Pedro 11500 Pedro 243 BAIRRO: Extremos  
CIDADE: Extremos DATA: 19/11/1919 HORA: 18:28

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM  REGULAR  COM DISPNÉIA  CHOCADO  COMATOSO   
C/ HEMORRAGIA  EM CONVULSÃO  POLITRAUMATIZADO  AGITADO  OUTROS

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM  NÃO   
PUPILAS A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW) B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C  
TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

*Paciente com dor de dor no lado esquerdo*

EXAME FÍSICO

*em 13/10/19*

*Encaminhado do HNB.*

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

HRDML / SESAP  
CONFERIDO ORIGINA  
Parnamirim-RN

*heselbermat 10/11/19  
heselbermat 26/05/18*





Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMARAL

168192

7- CARTÃO NACIONAL SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

10- RACA/COR

704 0048 1542 9763

21/05/1972

FEMININO

11- NOME DA MÃE

12- TELEFONE DE CONTATO

MARIA AVELINA DA CONCEICAO

99992-1994

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

PRISCILA RAFAELA SILVA R. DE AMARAL (FILHA)

15- ENDERECO (RUA, N°)

RUA PEDRO VASCONCELOS, 243

16- MUNICÍPIO

17- BAIRRO

18- UF

19- CEP

EXTREMOZ

CENTRO

RN

59575-000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Febre, refe febre no  
m-s-e. Dor + infecção focial

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

Fractura

22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

Semiologia + Rx

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura Cotovelo C

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Fract. Cerv. Braco

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

Djalma Góes de A.  
2795

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

36- ( ) ACI. TRÂNSITO

38- CNPJ DA SEGURADORA

40- N° DO BILHETE

41- SÉRIE

37- ( ) ACI. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

38- ( ) ACI. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NAO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

HRDML / SESAP  
CONFERTO ORIGINAL  
Paraná - RN 10/11/2020  
Medellín Mat. 2075B8





## PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA ORTOPEDIA	REGULAÇÃO WALFREDO GURGEL	OBS
ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO 168192
DATA	HORA	CATEGORIA
15/11/2019	12:20	GIH
PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO	
JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMARAL	21/05/1972	
ESTADO CIVIL	PROFISSAO	
CASADA	DOMESTICA	
ENDERECO (RUA, N°)		
RUA PEDRO VASCONCELOS, 243		
MUNICIPIO	BAIRRO	UF
EXTREMOZ	CENTRO	RN
LOCAL DE TRABALHO	CEP 59575-000 TELEFONE	
FILIAÇÃO		
MARIA AVELINA DA CONCEICAO	JOSE RAFAEL DA SILVA	
RESPONSÁVEL	TELEFONE	
PRISCILA RAFAELA SILVA R, DE AMARAL (FILHA)	99992-1994	
ENDERECO		
O MESMO		

DIAGNOSTICO PROVISORIO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSAO ALTA 21-11-2019 OBITO

HISTÓRIA CLÍNICA

*Proteção  
funcional da articulação*

Dr. Silviano Emmanuel N. Nogueira  
Ortopedia e Traumatologia  
CNPJ/MF 5387 - TEOF 12425

HRDML / SESAP  
CONFERRIDO / O. ORIGINAL  
Parnamirim-RN 26/11/2020  
Referência Mat 265138



**EXAMES COMPLEMENTARES**

Ass. do Responsável

**ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE**

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUZO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

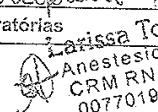
**CONDUTA***Interior para cíngulo*

Ass. do Responsável

**DESTINO DO PACIENTE**

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>Dacelio</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____ / _____ / _____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA _____ / _____ / _____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____	A REVELIA <input type="checkbox"/>
ÓBITO _____ / _____ / _____	HORA _____	
ENTREGUE _____	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
MÉDICO (Carimbo)	Núcleo Interno de Regulação N.I.R./MDML AUTORIZADO	CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)

# Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital					Enfermaria	Leito	Nº prontuário
Nome <b>Josefa Royal do S. R. do Amaral</b>					Idade <b>47a</b>	Sexo <b>F</b>	Cor
Data <b>19.11.19</b>	Pressão arterial	P脉	Respiração	Temperatura	Peso		Outros
Tipo sanguíneo	Hematíes	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia		
	Urina						
Ap. respiratório - NDN					Asma	Bronquite	
Ap. circulatório - HAS (hormartana, Antidiáspino, HCTZ)					Eletrocardiograma		
Ap. digestivo - NDN					Ap. urinário		
Estado mental Glasgow 15					Ataracicos	Corticoides	Alergia Negativa
Diagnóstico pré-operatório Fratura de clavícula					Estado físico Bom	Risco ASA II	
Anestesias anteriores							
Medicação pré-anestésica					Aplicada às	Efeito	
Agente Anestésicos ECG RSRSRSRSRSRS							
Liquidos SO <sub>2</sub> 100100100100100							
Oper.							
Anest.							
O Resp.:							
P Pulso							
SÍMBOLOS E	Fentanil - 250mcg Sucinilcolina - 60+70mcg Propofol - 1,50mg + 100mcg Rocuronio - 30mcg						
ANOTAÇÕES	Ropiv 1% - 01FA (10ml) Lidoc 2% - 01FA (10ml) Cefalotina - 02g TOT n° 07 - 01UN.						
POSIÇÃO	Dipirona - 02g Pclamol - 10ml Tencicrom - 10mcg Neost. - 01mcg Ondanset. - 1mg						
Agentes Ver acima							
Técnica Bloqueio interescalénico E + Anestesia geral							
Operação TTO. cirúrgico da rotura da costela							
Cirurgião Dr. Culolia							
Anestesistas Dr. Larissa Tomasi							
Observações via aérea difícil (JOT seq. rápida + Bougie)							
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias							
 Larissa Tomasi Anestesiologista CRM RN 6270 007701994-61							
 Perda sanguínea							



HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE CENA  
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: José de Souza Procedência: Interno D/N: 21/05/72  
 Pront. 36892 Município: Guarapari Procedência: ( ) Externo  
 Data da cirurgia: 19/11/19 Hora Admissão: Bloco: 1 Sala: 10 Hora Saída:  Peso: ± 62 kg  
 Alergias: ( ) Não Comorbidades: (X) HAS ( ) DM ( ) Outras  
 Uso de medicações: ( ) Não (X) Sim Albuterol + Isantou Jejum: ( ) Não (X) Sim  
 SSW Admissão: PA: mmHg P脉: bpm FL: bpm FC: bpm SpO<sub>2</sub>: % T: °C

Enfermeiro(a): Seilane Instrumentador (a): Leônidas Circulante: P. Pablo R. Teo de Oliveira  
Cirurgião: DR. C. L. FRATURA DE CO-TOMELHO ESG - Especialidade: Ortopedista Sala: C3  
 Hora Início: 14:10 Hora Término: 15:20 Tipo de cirurgia: Eletiva ( ) Urgência (X) Limpa ( ) Contaminada ( ) Infectada  
 1º Cirurgião: DR. S. S. S. S. S. S. Aux.:  Residente:

Anestesia: ( ) Local ( ) Sedação (X) Geral TOT Bloqueio: ( ) Raquidiana Ag. n° Peridural: ( ) c/cateter ( ) s/cateter

Ag. n°:  Cateter n°: 14-10 Garrote: (X) Smarch ( ) Pneumático Início: 14:20 Término: 15:10

Anestesiologista: Dra. Lourdes

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco MSD	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Letárgico	Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
<input type="checkbox"/> Coma	Cianótica	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input checked="" type="checkbox"/> Fístula Arteriovenosa	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> Desorientado	Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input type="checkbox"/> Sedado	Integra	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> Dífrusor
<input type="checkbox"/> Ansioso	C/lesões	<input checked="" type="checkbox"/> Choque	<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> BIC
<input type="checkbox"/> Deambula	Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfíglico	<input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia	<input type="checkbox"/> Desfibrilador
<input type="checkbox"/> V dificuldade	Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Dreno:	
<input type="checkbox"/> Acamado	Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Dispnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input type="checkbox"/> Perepiágico	Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Dispositivo O <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> Tração	
<input type="checkbox"/> Tetraplágico	Manchas		<input checked="" type="checkbox"/> Talas	
<input type="checkbox"/> Amputadas	S/Tricotomia			

SINAIS VITAIS	Início	Mais	Fim	Unid.
FC	86	68		Bpm
Pulso	86	66		Bpm
Oximetria	90	98		%
Capnografia		30		%
PA	134/80	130/80		mmHg

ACCESSO VENOSO	
Punção Arterial	HRDML / SESAP
Punção Venosa Periférica	GONFERIC / C. ORIGINA
Punção Venosa Central	Paranámirim-RN
Dissecção venosa	helicóberna

SONDAÇÃO GÁSTRICA	
SNG n°	
Retorno:	

CATETERISMO VESICAL	
SVF n°	SVA n°
Diurese:	

EXAMES SOLICITADOS	
<input checked="" type="checkbox"/> Hemograma	<input checked="" type="checkbox"/> Gasometria
<input checked="" type="checkbox"/> Coagulograma	<input checked="" type="checkbox"/> Outros
<input checked="" type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	<input checked="" type="checkbox"/> Glicosimetria:
<input checked="" type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)	

POSIÇÃO	COXIM	MVSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input checked="" type="checkbox"/> Ventral	<input checked="" type="checkbox"/> Pescoco	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input checked="" type="checkbox"/> Lateral	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos
<input checked="" type="checkbox"/> Litotômica	<input checked="" type="checkbox"/> Lombar	<input checked="" type="checkbox"/> MMIII
<input checked="" type="checkbox"/> Trendiemburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input checked="" type="checkbox"/> Canivete		<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input checked="" type="checkbox"/> Proclive		<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
<input checked="" type="checkbox"/> Metal	<input checked="" type="checkbox"/> Descartável
Local:	
ESTERILIZAÇÃO	TRICOTOMIA
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Local: <u>LISE</u>	Solução: <u>clorex</u> Local:

IMPLANTE CIRÚRGICO	
Drenos:	
Tela:	
Cateter:	
Ostomia:	
Fio de KC: <u>02</u> (1,5mm) Parafuso - tipo:	
Placa - Tipo:	
Outros: <u>FIO DE CERCLAGEM</u>	

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO	
Caixa cirúrgica: <u>BÁSICA</u>	Quant. Material: <u>04</u>
Val.: <u>21/11/19</u>	Contagem de gaze e compressa: ( <input checked="" type="checkbox"/> Não ( <input type="checkbox"/> Sim)





## PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA ORTOPEDIA	REGULAÇÃO WALFREDO GURGEL	OBS
ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO 168192
DATA	HORA	CATEGORIA GIH
15/11/2019	12:20	
PACIENTE JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMARAL		DATA DE NASCIMENTO 21/05/1972
ESTADO CIVIL CASADA	PROFISSAO DOMESTICA	
ENDERECO (RUA, Nº) RUA PEDRO VASCONCELOS, 243		
MUNICÍPIO EXTREMOS	BAIRRO CENTRO	UF RN CEP 59575-000 TELEFONE
LOCAL DE TRABALHO		
FILIAÇÃO MARIA AVELINA DA CONCEICAO	JOSE RAFAEL DA SILVA	
RESPONSÁVEL PRISCILA RAFAELA SILVA R. DE AMARAL (FILHA)		TELEFONE 99992-1994
ENDERECO O MESMO		
DIAGNOSTICO PROVISORIO		
DIAGNOSTICO DEFINITIVO		

DATA DE ADMISSAO

ALTA

21-11-2019

OBITO

HISTÓRIA CLÍNICA

Dr. Sérgio Emanuele M. Melo  
Ortopedia e Traumatologia  
CNPJ/MC 5387 - TEOF 12425

HRDML / SESAP  
CONFERI C/ O ORIGINAL  
Paraná/RN 10/11/19  
heleb... Mat 2075136





HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCE, ...  
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

HEMOTRANSFUSÃO:

( ) Hemoconcentrado \_\_\_\_\_ Unid. ( ) Plasma \_\_\_\_\_ Unid. ( ) Plaquetas \_\_\_\_\_ Unid.  
( ) Albumina \_\_\_\_\_ Unid. ( ) Expansor plasmático \_\_\_\_\_ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_  
h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_  
h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_

HIDRATAÇÃO VENOSA

( ) Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml ( ) Soro Ringer Simples: \_\_\_\_\_ ml Quantidade total de volume administrado: \_\_\_\_\_  
( ) Soro Glicosado: \_\_\_\_\_ ml ( ) Soro Ringer Lactato: \_\_\_\_\_ ml

ANÁTOMO PATOLÓGICO

(x) Não ( ) Sim Peça: \_\_\_\_\_ Peça para sepultamento: (x) Não ( ) Sim  
Swab para cultura: \_\_\_\_\_ Líquido: \_\_\_\_\_

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: ( ) limpo ( ) c/ exsudato ( ) Contaminada ( ) Aparelho gessado ( ) Bandagens ( ) Talas ( ) Outros:

INTERCORRÊNCIAS:

Ass: \_\_\_\_\_ Coren: \_\_\_\_\_

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: ( ) Consciente ( ) Inconsciente ( ) Narcose ( ) Coma ( ) Vigil ( ) Agitado  
Respiratório: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel ( ) O<sub>2</sub> ambiente Curativo. ( ) Oclusivo ( ) Compressivo ( ) Bolsa de colostomia ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Diurese: ( ) Espontânea ( ) Normal ( ) Hematuria ( ) Irrigação Vesical ( ) Oligúrico Destino após a cirurgia: \_\_\_\_\_

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO

Hora: 15:30 Data: 19/11/19 Nível de consciência: (x) Acordado ( ) Sonolento ( ) Narcose (x) Orientado  
( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Choroso Vias aéreas: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel ( ) Cateter O<sub>2</sub> ( ) O<sub>2</sub> Ambiente Mobilização MMII: (x) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade Mobilização MMSS: (x) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade Venoclise: ( ) Não (x) Sim Tipo: Anp Local: MS Sondas: ( ) Gástrica ( ) Enteral ( ) Vesical Drenos: ( ) Sucção ( ) Torácico ( ) Penrose ( ) Kherr Ostomias: ( ) Sim ( ) Não Específique: Irrigação vesical contínua: ( ) Retorno satisfatório ( ) Retorno Insuficiente ( ) Coágulos

Curativo: (x) Oclusivo ( ) Descoberto ( ) Limpo ( ) Sujo Monitorização: (x) ECG (x) Oxímetro ( ) PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA ( ) Náuseas ( ) Vômitos ( ) Sangramento ( ) Dor ( ) Bexigoma ( ) Alteração PA ( ) Alteração FC  
Relate: \_\_\_\_\_

SINAIS VITais

Líquidos administrados na URPA:

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor	Soro glicosado: _____ ml	Soro Fisiológico: _____ ml	Ringer: _____ ml	Irrigação vesical contínua: _____ ml
Admissão		68			97					
30'		70			96					
60'										
Alta		73			96					

Medicações administradas URPA:

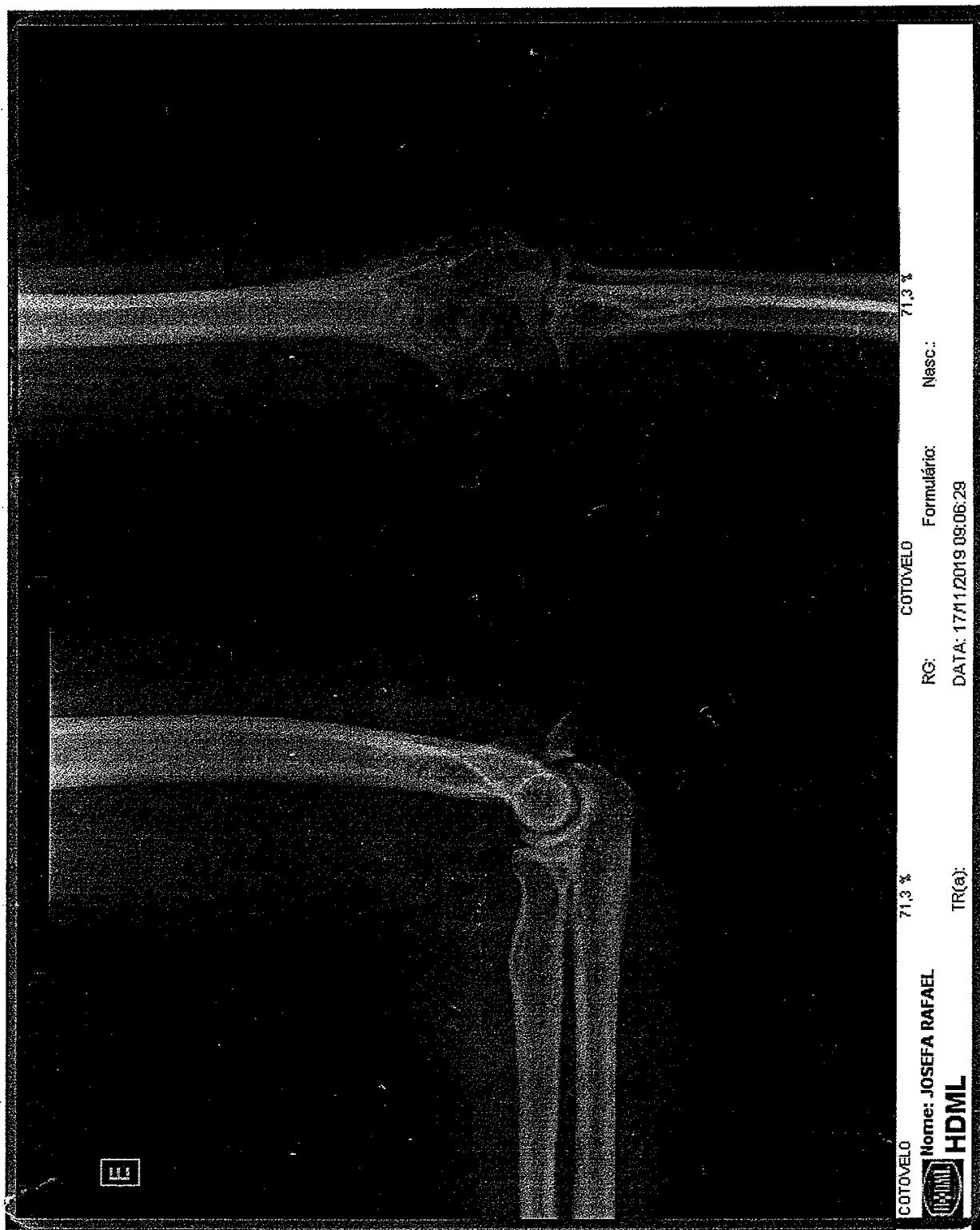
Eliminações:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura	Recebido da SO	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação

Evolução de Enfermagem/Intercorrências: Paciente encamado e estabilizado, acompanhado pelo magistrado, após procedimento emergencial

Ass: \_\_\_\_\_ Coren: 225983





COTÓVELO	71,3 %	RG:	71,3 %
Nome: JOSEFA RAFAEL	TR(a):	Formulário:	Nasc.:
<b>HDMIL</b>		DATA: 17/11/2019 09:06:29	



## GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Sec. da Saúde  
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

CPF  
85056804487

LAUDO PARA  
SOLICITAÇÃO DE AIH

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL

PIJINHAU OR.

2 - CNES

718-RPA

ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE

JOSEFO ROQUEL do Silve Rodrigues D'MORAL

4 - CNES

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1 - NOME DO PACIENTE

Jorge R S P de Amorim

6 - N° DO PROTOCOLO

1004815429763 21-05-1972 MASCULINO 1 FEMININO 2

7 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria; avô matr. do. CONCEPCAO

11 - TELEFONE DE CONTATO  
96656918

8 - ENDERÉCOS (RUA, Nº)

PESSOAS CONCEPCAO 843

9 - MUNICÍPIO

Belo Horizonte

14 - BAIRRO

Estrela NO

15 - UF

MG

16 - CEP

31250-000

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fistula amural

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fistula amural

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVOS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fistula amural

21 - CID INICIAL

S520

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - LAUDOS ASSOCIADOS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Operação amural

26 - LEITO / CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Maxsuelton Alves  
CRM/RN 7569 TEOT 15233  
Ortopedia e Traumatologia  
Cir. Ombro e Cotovelo

13.10.19

29 - DT SOLICITAÇÃO

30 - CNS / CPF

31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

32 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

33 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - N° DO BILHETE

35 - BÔNUS

36 - ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO

37 - CNPJ

38 -

40 -

39 - ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO

DESCRÍÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL

41 - CID PRINCIPAL

42 - CID SECUNDÁRIO

43 - ( )

44 - ( ) GRAVE

45 - ( ) GRAVÍSSIMA

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO

50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE

54 - N° DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO  
HOSPITALAR (AIH)

47 - DT AUTORIZ.

51 - DT AUTORIZ.

HRDML / SESAP  
CONFERI C/ OBRIGADA  
Paramirim RN 10/10/19

48 - CNS / CPF

52 -

helelber Mat 2075938

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

Motivo: 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 a luz dos valores éticos e humanitários.

010.019.106.1

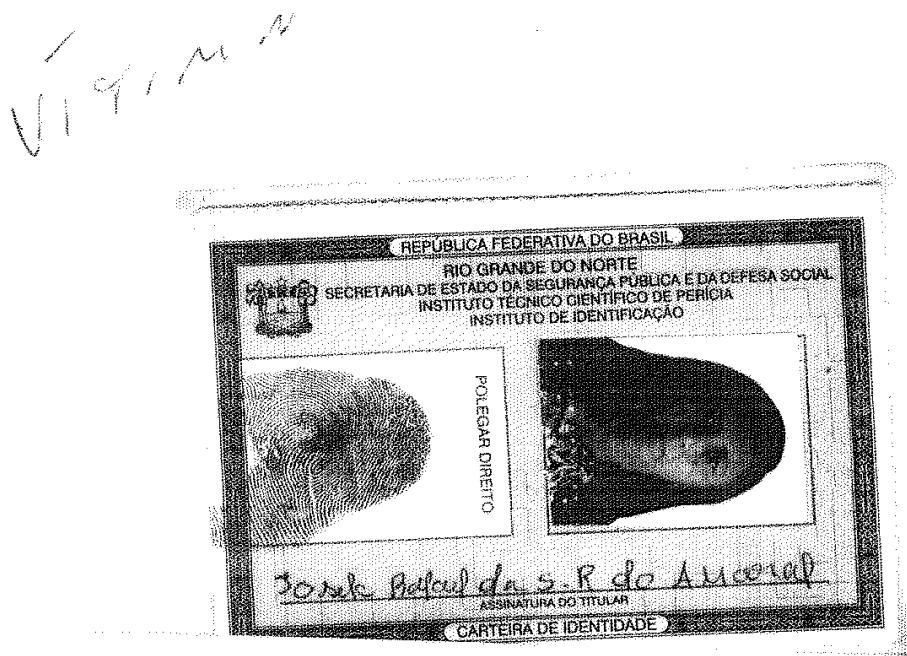


Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 26/11/2020 14:46:59

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011261446592830000060593159>

Número do documento: 2011261446592830000060593159

Num. 63208457 - Pág. 31



VAUDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 001.325.529 DATA DE EXPEDICAO: 30/01/2017

NOME: JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMARAL

FILIAÇÃO: JOSE RAFAEL DA SILVA MARIA AVELINA DA CONCEICAO

NATURALIDADE: SAO JOSE DO CAMPESTRE RN DATA DE NASCIMENTO: 21/05/1972

DOC. ORIGINAL: CERT. DE CASAMENTO L-4-22 P-101 RG-4217

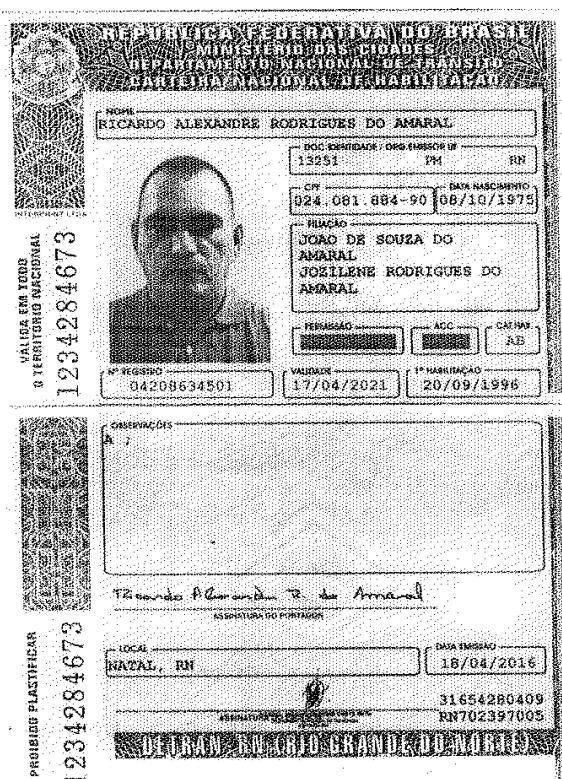
END. ORIGINAL: SAO JOSÉ DO CAMPESTRE - RN-2 CARTO 010

CPF: 650.368.044-87

3a. VIA

Josefa Rafaela da Silva Rodrigues do Amaral  
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO  
LEI N° 7.119/83





Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 26/11/2020 14:46:59  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011261446592830000060593159>  
Número do documento: 2011261446592830000060593159

Num. 63208457 - Pág. 33

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**

MÍNISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

Nº 014374545936  
DETRAN - RN  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 01281788VH | 2019-06-26 | 2019-06-26

RICARDO ALEXANDRE RUMBLETTI DO NAIYAL

024.081.988-6  
0645195

NEW YORK

PASSAGEIRO/RODADORES: LUCAS ALVES DA SILVA

DATA DE EXPEDIÇÃO: 08/08/2019

VALOR TOTAL DA PLACA: R\$ 623,60

SEGURO OBRIGATÓRIO PARA OS PESSOAS CAUSADAS POR MEIO DE CHOQUE AUTOMOTORES DE VEÍCULOS ESTRESCOIS DE CARGA, APENAS AS AUTOMÓVEIS DE PASSEIOS, TRANSPORTADAS DENTRO DE SEU TERRITÓRIO.

RN Nº 014374545936 | 01/01/2019 (DE SEGUNDO) DPVAT

ESTE É O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO MÊSSE

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.seguradoradireta.com.br  
SAC DPVAT 0800 012 1204

DATA: 024.081.988-60

DATA: 024.081.988-60 | 0645195

**PRÉMIO YAMAHA FZ-07 PREMIUM**

CAPTAÇÃO: 08/08/2019

CHAVE: 9660531801086236

DATA: 08/08/2019

VALOR: R\$ 10.000,00

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200017762      **Cidade:** Extremoz      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSEFA RAFAEL DA SILVA      **Data do acidente:** 12/10/2019      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
RODRIGUES DO AMARAL

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 16/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO OLECRANO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICA + DESBRIDAMENTO + SUTURA) E ALTA MÉDICA. PÁG 6

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO COTOVELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: JOSEFA RAFAELA SILVA RODRIGUES DO AMARAL, brasileiro(a),  
estado civil: CASADA, Profissão: TRABALHISTA, Data do Acidente 22/10/19  
Cobertura INVALIDEZ portador(a) do RG 1.325.529, órgão expedidor  
ITER/RN do CPF: 850.568.041-87 residente no(a)  
RUA PEDRO VASCONCELOS nº 483  
bairro: BOSQUE DAS FLORES, município: EXTREMOS / RN.

### OUTORGADO:

Nome: RICARDO ALEXANDRE RODRIGUES DO AMARAL, brasileiro(a)  
estado civil: CASADO Profissão: MILITAR ESTADUAL portador(a) do RG  
13251, órgão expedidor Pm / RN do CPF: 024.086.884-90 residente  
no(a) RUA PEDRO VASCONCELOS nº 483  
bairro: BOSQUE DAS FLORES, município: EXTREMOS / RN.

#### PODERES:

Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

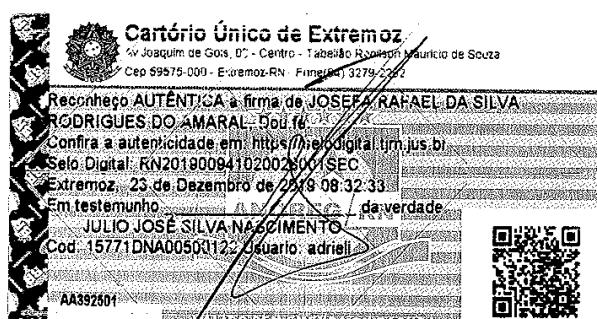


EXTREMOS / RN 23/12/2019

Local e Data

Sôfia Rafaela da S. & do Amaral

Assinatura do Outorgante  
(Reconhecer firma por autenticidade)



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0015461/20

**Vítima:** JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES D

**CPF:** 850.568.044-87

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 12/10/2019

**Titular do CPF:** JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMARAL

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**RICARDO ALEXANDRE RODRIGUES DO AMARAL : 024.081.884-90**

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

**JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMARAL : 850.568.044-87**

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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 13/01/2020

Data do cadastramento: 13/01/2020

Nome: RICARDO ALEXANDRE RODRIGUES DO AMARAL  
CPF: 024.081.884-90

Nome: GERCA LOURENCO DA SILVA  
CPF: 021.292.004-94

RICARDO ALEXANDRE RODRIGUES DO AMARAL

GERCA LOURENCO DA SILVA

