



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
63208457	26/11/2020 14:46	2769067_CONTESTACAO_Anexo_04	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
Total			6,25 %	R\$ 843,75





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, 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, 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 15370270





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, 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, 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: 850.568.04487 4 - Nome completo da vítima: Jôia Karla 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: Jôia Karla da Silva Rodrigues do Amaral 6 - CPF: 850.568.04487
7 - Profissão: diarista 8 - Endereço: Rua Pedro Vasconcelos 9 - Número: 483 10 - Complemento:
11 - Bairro: Central Parque Clube 12 - Cidade: Extremoz 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59575-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 84 2030-6349881710 20

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)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1859 CONTA: 8.9234 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vainascer)? ☐ 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, Natal RN 12/01/20

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





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

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 11/12/2019 15.10.52

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 12/10/2019 15.00.00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: S/N

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: PASSAGEM DA VILA

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RUA PRINCIPAL DE EXTREMOZ

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: EXTREMOZ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: RICARDO ALEXANDRE RODRIGO DO AMARAL

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Parda

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF:

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: POLICIAL MILITAR

3.15 Telefone(s): 84 996656918

3.17 Número: 483

3.19 Bairro: C.J. BOSQUE DAS FLORES

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: EXTREMOZ

3.2 Estado civil: Casado(a)

3.4 Pai: JOÃO DE SOUZA DO AMARAL

3.6 Mãe: JOZILENE RODRIGUES DO AMARAL

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 08/10/1975

3.14 RG: 13251 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: NATAL/RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: RUA PEDRO VASCONCELOS

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

7.1.3 Chassi: *****16236

7.1.5 Placa:

7.1.7 Marca: YAMAHA

7.1.9 Ano do Modelo: 2020

7.1.11 Cor do veículo: PRETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: RICARDO ALEXANDRE DO AMARAL

7.1.17 Nome do condutor: O MESMO

7.1.18 Observações: CNH DO CONDUTOR 04208634501

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam:

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.8 Modelo: YBR150 FACTOR ED

7.1.10 Ano de Fabricação: 2019

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

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 CAÍSSEM E ELE FRATUROU O BRAÇO ESQUERDO E SUA ESPOSA TEVE UMA FRATURA EXPOSTA NO BRAÇO ESQUERDO E FORAM SOCORRIDOS PELA SAMU VTR USB-65 (MACAIBA), 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

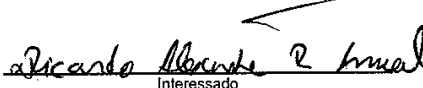
Complemento: INFORMANDO OS DADOS PESSOA DA VÍTIMA: JOSEFA RAFAELA DA SILVA RODRIGUES DO AMARAL, RG Nº 001.325.529, CPF 850.568.044-87, NATURAL DE SÃO JOSÉ DE CAMPESTRE/RN E DATA DE NASCIMENTO 21/05/1972. NADA MAIS DISSE.

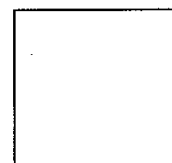
11. DECLARAÇÃO

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

Data 11/12/2019 15.10.52


Policial


Interessado



Polegar direito

Protocolo: J2019021002505 - Código de autenticação: 98fe1543f8b3de084957c295f152436e

Página 1 2



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: 850.568.04487 4 - Nome completo da vítima: Jozia Kapela 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: Jozia Kapela da Silva Rodrigues do Amaral 6 - CPF: 850.568.04487
7 - Profissão: diarista 8 - Endereço: Rua Pedro Vasconcelos 9 - Número: 483 10 - Complemento:
11 - Bairro: Central Parque Clube 12 - Cidade: Extremoz 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59575-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 84 2030-6349881710 20

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1859 CONTA: 8.9234 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vainascer)? ☐ 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, Natal RN 12/01/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



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: 000000008423-4

Nr. da Autenticação 80148A6A1B5A7129





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



FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 179968/1

Data: 12/10/2019

CHAMADO

TARM: FABIANA MARIA DA SILVA ALVES

Médico Regulação: ALEXANDRE DE ABREU FREIRE

Rádio Operador: GABRIEL FERNANDES DUTRA PONTES

Médico Cena: NATALIA DE SOUZA GUEDES

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 65 (MACAÍBA)

Equipe VTR: JOSE CARLOS MUNIZ - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
SÉRGIO RICARDO ALVES C - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

*REGULAÇÃO MÉDICA	TROTE	INFORMAÇÃO	ENGANO	QUEDA DA LIGAÇÃO	CONTATO COM EQUIPE SAMU	TRANSF./INTERNAÇÃO
-------------------	-------	------------	--------	------------------	-------------------------	--------------------

Cidade: EXTREMOZ

Nome do Solicitante: EDIVAN

Telefone: (84) 98716-9721

Nome do Paciente:

RICARDO ALEXANDRE RODRIGUES DO AMARAL

Idade: *

44 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

Endereço: RN SENTIDO EXTREMOZ

Nº:

Bairro:

Outro Bairro: RN

Referência/Complemento: PROX PORTAL DE EXTREMOZ/PROX DA LAGOA DE EXTREMOZ

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

Observações Rádio Operador: PACIENTE AOS CUIDADOS DO DR ADRIANO.

Queixa Primária: CARRO*MOTO

Quem Solicitou:

Distância do paciente:

Local:

Histórico Regulação Médica:

12/10/2019 15:13:57 - Dr(a). ALEXANDRE DE ABREU FREIRE

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: DUAS VITIMAS DE COLISÃO CARRO - MOTO, UMA DEAMBULANDO COM A QUAL FALO AO TELEFONE E APRESENTA PEQUENAS ESCORIAÇÕES. A OUTRA VITIMA ENCONTRA-SE AO SOLO, CONSCIENTE, E COM RELATO DE DOR NO BRAÇO. SEM SINAIS DE DIFORMIDADE OU SANGRAMENTO DE GRANDE MONTA. LIBERO USB COD 3

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

Apoio:



OBSERVAÇÕES

Data: 12/10/2019 15:15:55 Usuário: (RADIO OPERADOR) GABRIEL FERNANDES DUTRA PONTES

Observação: Controle de frota: USB 65 ACIONADA.

Data: 12/10/2019 16:10:47 Usuário: (TARM) FABIANA MARIA DA SILVA ALVES

Observação: LIGO PARA HOSPITAL CLÓVIS SARINHO PORÉM O MEDICO NÃO QUIS ACEITA O PACIENTE PASSO PARA DR ALEXANDRE.

Data: 12/10/2019 18:42:20 Usuário: (RADIO OPERADOR) GABRIEL FERNANDES DUTRA PONTES

Observação: Controle de frota: PACIENTE AOS CUIDADOS DO DR ADRIANO.

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:	Regulação Médica:	Solicitação VTR:	Saída VTR:	Chegada Local:
12/10/2019 15:09:34	12/10/2019 15:13:57	12/10/2019 15:15:11	12/10/2019 15:15:52	12/10/2019 15:47:00
Saída Local:	Chegada Destino:	Liberação Destino:	Liberação VTR:	
12/10/2019 16:30:00	12/10/2019 17:48:00	12/10/2019 18:15:00	12/10/2019 18:42:14	



SINAIS VITAIS / OUTROS ACHADOS

Tipo de APH:

TRAUMA - ACIDENTE AUTO X MOTO ▼

Hipótese Diagnóstica:

Sinais Vitais:

12/10/2019 15:41

1º PA - 100x70

2º FC - 65

3º FR - 20

4º SAT - 97%AA

6º GLASGOW - 15

Antecedentes:

☐ Cardiopatia ☐ Diabetes ☐ Epilepsia ☐ Etilismo ☐ Hipertensão ☐ HIV ☐ Nefropatia ☐ Neoplasia ☐ Pneumopatia ☐ Sequela AVC

Outros Antecedentes:

Pupilas:

Direita:

-- SELECIONE -- ▼

Esquerda:

-- SELECIONE -- ▼

Situação:

-- SELECIONE -- ▼

Reativas:

-- SELECIONE -- ▼

Nível de consciência:

☐ Normal☐ Confuso☐ Torporoso☐ Inconsciente

Respiração:

☐ Não Respira☐ Normal☐ Ruidosa / Dispneia☐ Via aérea obstruída☐ Via aérea pérvia

Sudorese:

-- SELECIONE -- ▼

Coloração da pele:

-- SELECIONE -- ▼

Sangramento:

-- SELECIONE -- ▼

História Progressiva da Moléstia Atual:

DEC DORSAL APÓS SE MOVIMENTAR E SEM CAPACETE, RETIRADO PELO POPUPAAR. DOR EM OMBRO E COTOVELO ESQ COM RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO. DERMIS ESTRUTURAS INTEGRAS. SEGUNDA VITIMA, JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMARAL, CORTE CONTUSO EM COTOVELO ESQUERDO. 9120X80 FC 80 FR 20 50298).

Uso de algum Medicamento:

Alergia:

Prioridade:

☒ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul

Observação:

Evento Adverso:

Observação do Apoio:

CONEXÃO

Remoção

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL (NP) - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE -- ▼

H. ligação ao serv prop.:

-- SELECIONE -- ▼

Recebido por:

Número do conselho:

Número da ficha de Remoção:

☐ Vaga Negada☐ Vaga Zero

Motivo da entrada:

-- SELECIONE -- ▼

Ass:

PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:

ACIDENTE DE TRABALHO?

☐ Sim ☒ Não

VIOLENCIA A VULNERAVEIS?

☐ Sim ☒ Não



COSERN

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

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rus Memoz, 153, Baldo, Natal - RN, CEP 58025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | InsC Est. 20035199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

RICARDO ALEXANDRE RODRIGUES DO AMARAL

CPF: 024.081.884-90

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA PEDRO VASCONCELOS 483 QD-44

LT-D

CENTRAL PARQUE CLUBE/AREA URBANA
EXTREMOS RN
59575-000

PERÍODO	UNICA	DATA
03/05/2019	UNICA	14/11/2019
14/11/2019	3011436944	27/05/2020

7013875647	11/2019
11/12/2019	16/12/2019
205,34	

Consumo Ativo(KWh)
Acréscimo Bandeira AMARELA
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Contrib. Ilum. Pública Municipal

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
254,000000	0,66578427	169,10
		2,87
		6,50
		27,07

TOTAL DA FATURA

205,34

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
217106893	CAT	15-10-2019	3.399,00	14-11-2019	3.652,00	30	1,00000		254,00

PERÍODO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Descrição	R\$	%
NOV19 254	178,27	18,00	32,08	Geração de Energia	69,37	38,35%
OUT19 276	178,27	1,00	1,52	Transmissão	6,42	3,80%
SET19 249	178,27	1,00	1,52	Distribuição (Cosern)	40,38	22,85%
AGO19 266	178,27	1,00	1,52	Perdas de Energia	10,83	6,08%
JUL19 318	178,27	1,00	1,52	Encargos Setoriais	9,38	5,26%
JUN19 285	178,27	1,00	1,52	Tributos	42,89	24,08%
MAY19 279	178,27	1,00	1,52	Total	178,27	100%
APR19 264	178,27	1,00	1,52			





COSERN

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

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Manoel, 150, Baldo, Natal - RN, CEP 58025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | InsC Est. 20035199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

RICARDO ALEXANDRE RODRIGUES DO AMARAL

CPF: 024.081.884-90

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA PEDRO VASCONCELOS 483 QD-44

LT-D

CENTRAL PARQUE CLUBE/AREA URBANA
EXTREMOS RN
59575-000

PERÍODO	UNIDADE	LEITURA
03/05/2018	ÚNICA	14/11/2019
14/11/2019	3011436944	2745438

7013875647	11/2019
11/12/2019	16/12/2019
205,34	

Consumo Ativo(KWh)
Acréscimo Bandeira AMARELA
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Contrib. Ilum. Pública Municipal

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
254,000000	0,66578427	169,10
		2,87
		6,50
		27,07

TOTAL DA FATURA

205,34

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR LEITURA	DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
217106893	CAT	15-10-2019	3.399,00	14-11-2019	3.652,00	30	1,00000		254,00

PERÍODO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	CONTRIBUIÇÃO	VALOR	%
NOV19 254	178,27	18,00	32,08	Geração de Energia	R\$ 69,37	38,35%
OUT19 276	178,27	1,00	1,52	Transmissão	R\$ 6,42	3,80%
SET19 249	178,27	1,00	1,52	Distribuição (Cosern)	R\$ 40,38	22,85%
AGO19 266	178,27	1,00	1,52	Perdas de Energia	R\$ 10,83	6,06%
JUL19 318	178,27	1,00	1,52	Encargos Setoriais	R\$ 9,38	5,26%
JUN19 285	178,27	1,00	1,52	Tributos	R\$ 42,89	24,06%
MAY19 279	178,27	1,00	1,52	Total	R\$ 178,27	100%
ABR19 264	178,27	1,00	1,52			



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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

Pelo exposto, eu Ricardo Alexandre Rodrigues do Amaral

inscrito (a) no CPF/CNPJ 024.081.884 / 90, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Josya Rayana da S. Rodrigues do Amaral inscrito (a) no CPF sob o Nº 850.568 044 87

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Josya Rayana da S. Rodrigues do Amaral

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>483</u>	Complemento:	
Bairro:	<u>Central Parque Clube</u>	Cidade:	<u>Extremoz</u>	Estado:	<u>RN</u>
E-mail:		CEP:	<u>59579-000</u>	Tel.(DDD):	

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

Ricardo Alexandre R. do Amaral
Assinatura do Declarante

HJPB - HOSPITAL DR. 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 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:

Paciente chegou ao pronto-socorro de bicicleta com trauma de cabeça e membros superiores. Apresenta contusão e deformidade no cotovelo direito. Exame físico: VA péssima, AL cervicalgia, eufórico, estável. Glasgow = 15. Cotovelo direito com contusão e deformidade.

Prescrição:

① Indicar RX de cotovelo

RX realizado
Assinatura do Médico Realizante

② Radiografia de punho e antebraço do cotovelo direito.

③ Encaminhar paciente ao ortopedista de PSCS/HMWB.

Alta por decisão médica(); Internação(); Enc.outro Serviço(); Evasão()

Data: 12/10/19. Hr: 17:38 Ass. Médico:

18/10

19:10

Confere com Original
Data 20/12/19

Dr. Francisco de Moraes L. Júnior
Cirurgião Geral / Urologia
CRM-RN 6723
CRM-PE 276



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA DO RN
HOSPITAL DR. J. ERO BEZERA - Hospital Amigo da Criança
RUA ARAQUARI, S/Nº - NATAL/RN - CEP 59.110-390

RECEITUÁRIO MÉDICO

ENCANTAMENTO
NOME

* AO PSCS:

Encantamento paciente
Loreta Rafael da Silva
R. do Amaral, 47 anos

vítima de trauma por
queda de motocicleta.

Portava capacete, nega perda de
consciência, náuseas, vômito e
cefaleia. Nega queixas torácicas,
abdominais e pelvianas.

Apresenta escoriações em mm II.

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

A - VAP sem cervicalgia

B - MVQ em SAT 100%

C - HD estável FC: 75 bpm

D - Úterio e Colaborativa

E - lesão contusa em cotovelo

Solista avaliação e conduta
na ortopedia

Natal

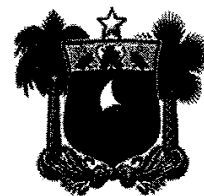
11.10.19
(171432)

Dr. Francisco de Assis
Cirurgião Geral
CRM: 6723
R. 27957





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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 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
Origem: AMBUL. SAMU RN

Tipo: REFERENCIADO
*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 ESCORRIACOES EM MMII, LESAO CONTURSO-EM
COTOVELO ESQUERDO

Hora: - Paciente vítima de queda de moto. Múltiplas
lesões de contusão, amarelos de dor
em cotovelo E. Já avaliada no HSPB,
uma para aval. de estômago.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

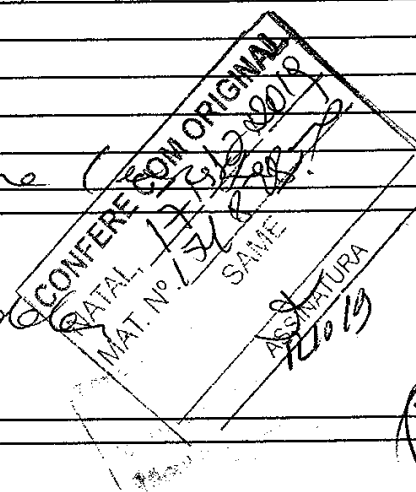
A VS alvear púrpura
B Espirra 02 anelamento
C Estômago hipoventilado
D G15
E FCC em cotovelo E + petura

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Lesão no antebraço
Alvear flexão, indolente
Pele extenuada.

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID



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

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

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 28534 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

PACIENTE COM HISTORIA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM COTOVELO ESQUERDO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
PROCEDIMENTO CIRURGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RX E EXAME FISICO

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S42.4 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO ÚMERO*408020547. TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO OU FRATUR

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 / Assistente:

GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS

4781 / RN

Data da Solicitação 12/10/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

() Acidente de Trabalho Típico

() Acidente de Trabalho Trajeto

CNPJ da Seguradora: _____

CNPJ da Empresa: _____

Nº do bilhete: _____ Série: _____

CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

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

Número da Autorização:



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALERGIAS)

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)

Rx | braço E AP + perfil
antebraço E AP + perfil

CONDUTA PRIMÁRIAS MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

Dr. Benah Pessoa
Cirurgia Geral
CRM/RN 19174

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

ortopedico

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





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

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Josele R S R do Brasil Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório: Físt. exporto oesofágica @

Indicação terapêutica: Longeja + desbridamento Urgência (☒) Eletiva ()

INTERVENÇÃO

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

Operador: Antônio Marmonte CRM/CRO:

1º Auxiliar: CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador: CRM/CRO:

Anestesista: Justino CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- ① Exame em sala de cirurgia
- ② Reparo USG
- ③ Longeja e desbridamento FCC
- ④ Sutura com nylon 3-0
- ⑤ Curativo e troca de gaze

Dr. Marcelino Alves
CRM/RN 7559 TCT 19233
Otorrinolaringologista
Cir. Ombro e Cotovelo

0413040178(3) L90.8(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 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.



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

Dt Nasc: 21/05/1972

Idade: 47 anos 4 meses 22 dias Sexo: F

Etnia: SEM
INFORMACAO

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

Cidade: EXTREMOZ

Telefone: 84 96656918 84 96656918

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 UMEROS
408020547 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

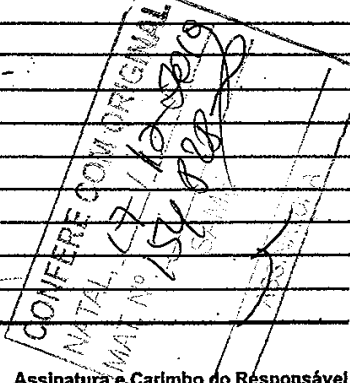
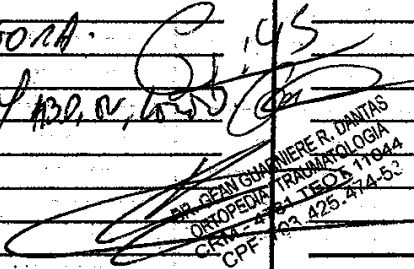
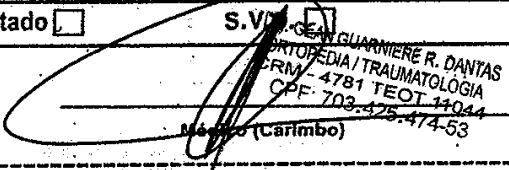
RESUMO DE ALTA

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 17/10/2019
15482870
ASSINATURA

NATAL, 12 de Outubro de 2019.

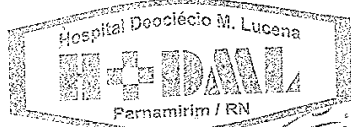
ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:	
ANAMNESE	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA <i>FRAT. EXPOSTA DE OMBILHO</i>	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****	LABORATÓRIO
	OUTROS
CONDUÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<i>1) Ao ee 1/10/2019 - C/INJUNTO C/INJUNTO</i> <i>2) C/INJUNTO de 10/10/19</i> <i>3) S/INJUNTO de 10/10/19</i>	
 Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável
ESTIMIO DO PACIENTE: <i>INTERNA</i> Nº do Boletim de Atendimento:	
TERMINAMENTO NA CLÍNICA: <i>ORTOPEDIA</i> DATA: / / HORA:	
DATA: / / DATA: <i>1/2 OUT, 2019</i> HORA: <i>19:27h</i>	
Indicação Médica <input checked="" type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:	
BITO: DATA: / / HORA:	
Indique à família <input type="checkbox"/> com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input checked="" type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	
 Médico (Carimbo)	
Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação	
ESTIMIO DO PACIENTE: Nº do Boletim de Atendimento:	
TERMINAMENTO NA CLÍNICA: DATA: / / HORA:	
DATA: / / DATA: / / HORA:	
Indicação Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:	
BITO: DATA: / / HORA:	
Indique à família <input type="checkbox"/> com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	



MAE MAR. A. NEIVA LOPES
C-5-1704 0048 1542 9765



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARANAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 0059

NOME: João Roberto da Silva Rodrigues AMARAL
IDADE: 21/05/72 COR: Pau SEXO: masculino ESTADO CIVIL: casado
NATURALIDADE: Joazeiro PROFISSÃO: doméstica PROCEDÊNCIA: Joazeiro
ENDEREÇO: Rua Vasco Celso - 293 BAIRRO: Extremo
CIDADE: Extremo DATA: 14/11/2019 HORA: 18:28

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ 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 fratura de
devido a queda

EXAME FÍSICO

em 13/10/19
Examinado do HURB.

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

HRDML / SESAP
CONFERI C/O ORIGINAL
Parnamirim-RN
10/11/19
Mat 20538





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 HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA	4- CNES 3515168		
Identificação do Paciente			
5- PACIENTE JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMARAL	6- NUMERO DO PRONTUÁRIO 168192		
7- CARTÃO NACIONAL/SUS 704 0048 1542 9763	8- DATA DE NASCIMENTO 21/05/1972	9- SEXO FEMININO	10- RAÇA/COR
11- NOME DA MÃE MARIA AVELINA DA CONCEICAO	12- TELEFONE DE CONTATO 99992-1994		
13- NOME DO RESPONSÁVEL PRISCILA RAFAELA SILVA R. DE AMARAL (FILHA)	14- TELEFONE DE CONTATO		
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA PEDRO VASCONCELOS, 243			
16- MUNICÍPIO EXTREMOZ	17- BAIRRO CENTRO	18- UF RN	19- CEP 59575-000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente nope trauma no
m.s.e. Dor + limitação funcional

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Queixa interna

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 Colúmbelo E

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Trat. Cirúrgico

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO
() CNS () CPF

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

38- () AC. TRÂNSITO

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

39- () ACI. TRABALHO TRAJETO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGAO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

HRDML / SESAP
CONFERE C/ ORIGINAL
Parnamirim-RN
10/10/19
Medelben Mat 201538





PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

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

DATA DE ADMISSAO

ALTA

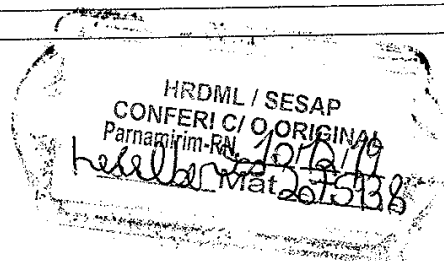
21-11-2019

OBITO

HISTÓRIA CLÍNICA

Problemas
traumáticos do LWC

Dr. Ricardo Emmanuel N. Monteiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5387 - TEOT 12425



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"/> BUCO-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

Intenir para cirurgia

Dr. Ural de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 4315

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

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



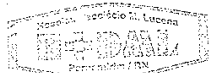
Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital				Enfermaria		Leito		Nº prontuário																																																																																																																																																																																																																																																																			
Nome <u>Josefa Rosal do S. R. do Amaral</u>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Data <u>19.11.19</u>		Pressão arterial		Pulso		Respiração		Temperatura																																																																																																																																																																																																																																																																			
Idade <u>47a</u>		Sexo <u>F</u>		Cor		Peso		Outros																																																																																																																																																																																																																																																																			
Tipo sanguíneo		Hermatias		Hemoglobina		Hematócrito		Glicemia																																																																																																																																																																																																																																																																			
Urina																																																																																																																																																																																																																																																																											
Ap. respiratório - <u>NDN</u>						Asma		Bronquite																																																																																																																																																																																																																																																																			
Ap. circulatório - <u>4AS (losartana, Amlodipino, HCTZ)</u>						Eletrcardiograma																																																																																																																																																																																																																																																																					
Ap. digestivo - <u>NDN</u>				Dentes <u>Presentes</u>		Pescoco		Ap. urinário																																																																																																																																																																																																																																																																			
Estado mental <u>Glasgow 15</u>				Ataracicos		Corticoides		Alergia <u>Não</u>																																																																																																																																																																																																																																																																			
Diagnóstico pré-operatório <u>Fratura de omero</u>						Estado físico <u>Bom</u>		Risco <u>ASA II</u>																																																																																																																																																																																																																																																																			
Anestesias anteriores -																																																																																																																																																																																																																																																																											
Medicação pré-anestésica -						Aplicada às		Efeito																																																																																																																																																																																																																																																																			
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">Agentes Anestésicos</td> <td>ECG</td> <td><u>RSRSASRSRSRS</u></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>SO₂</td> <td><u>100 100 100 100 100</u></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Líquidos</td> <td></td> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										Agentes Anestésicos	ECG	<u>RSRSASRSRSRS</u>								SO ₂	<u>100 100 100 100 100</u>								Líquidos																																																																																																																																																																																																																																														
Agentes Anestésicos	ECG	<u>RSRSASRSRSRS</u>																																																																																																																																																																																																																																																																									
	SO ₂	<u>100 100 100 100 100</u>																																																																																																																																																																																																																																																																									
Líquidos																																																																																																																																																																																																																																																																											
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">Oper.</td> <td rowspan="2">Anest.</td> <td rowspan="2">O Resp.</td> <td rowspan="2">P Pulso</td> <td>260</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>250</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td>240</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td>230</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td>220</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td>210</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td>200</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td>190</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td>180</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td>170</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td>160</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td>150</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td>140</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td>130</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td>120</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td>110</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td>70</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td>50</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										Oper.	Anest.	O Resp.	P Pulso	260						250												240										230										220										210										200										190										180										170										160										150										140										130										120										110										100										90										80										70										60										50										40										30										20										10					
Oper.	Anest.	O Resp.	P Pulso	260																																																																																																																																																																																																																																																																							
				250																																																																																																																																																																																																																																																																							
				240																																																																																																																																																																																																																																																																							
				230																																																																																																																																																																																																																																																																							
				220																																																																																																																																																																																																																																																																							
				210																																																																																																																																																																																																																																																																							
				200																																																																																																																																																																																																																																																																							
				190																																																																																																																																																																																																																																																																							
				180																																																																																																																																																																																																																																																																							
				170																																																																																																																																																																																																																																																																							
				160																																																																																																																																																																																																																																																																							
				150																																																																																																																																																																																																																																																																							
				140																																																																																																																																																																																																																																																																							
				130																																																																																																																																																																																																																																																																							
				120																																																																																																																																																																																																																																																																							
				110																																																																																																																																																																																																																																																																							
				100																																																																																																																																																																																																																																																																							
				90																																																																																																																																																																																																																																																																							
				80																																																																																																																																																																																																																																																																							
				70																																																																																																																																																																																																																																																																							
				60																																																																																																																																																																																																																																																																							
				50																																																																																																																																																																																																																																																																							
				40																																																																																																																																																																																																																																																																							
				30																																																																																																																																																																																																																																																																							
				20																																																																																																																																																																																																																																																																							
				10																																																																																																																																																																																																																																																																							
SIMBOLOS		<u>Fentanyl - 250 mcg</u> <u>Succinilcolina - 60 + 20 mg</u> <u>Propofol - 150 mg + 100 mcg</u> <u>Rocuronio - 30 mg</u> <u>Ropi 1% - 0.1 FA (10 ml)</u> <u>Lido 2% - 0.1 FA (10 ml)</u> <u>Cefalotina - 0.2g</u> <u>TOT nº 07 - 0.1VN</u> <u>Diprison - 0.2g</u> <u>Pexonol - 10 mg</u> <u>Dinocicoma - 40 mg</u> <u>Ondanset - 8 mg</u> <u>Li - 1000 ml</u> <u>Dep. - 40 mg</u> <u>Nech. - 0.4 mg</u>																																																																																																																																																																																																																																																																									
E																																																																																																																																																																																																																																																																											
ANOTAÇÕES																																																																																																																																																																																																																																																																											
POSIÇÃO		<u>Decúbito ventral</u>																																																																																																																																																																																																																																																																									
Agentes <u>Ver acima</u>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Técnica <u>Bloqueio interescalemico E + Anestesia geral</u>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Operação <u>TTO. cirurgico da patula de cotovelo</u>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Cirurgiões <u>Dra. Eulalia</u>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Anestesistas <u>Dra. Larissa Tomasi</u>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Observações <u>Via aérea difícil (TOT seq. rápida + Bougie)</u>																																																																																																																																																																																																																																																																											
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias																																																																																																																																																																																																																																																																											

Larissa Tomasi
Anestesiologia
CRM RN 6270
007701994-61

Perda sanguínea





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: José Carlos da Silva Rodrigues Idade: 47 D/N: 21/05/72
Pront.: 208192 Município: Aracaju Procedência: (X) Interno () Externo
Data da cirurgia: 19/11/19 Hora Admissão: Bloco: 15:00 Sala: 03 Hora Saída: 15:00 Peso: ± 62 kg
Alergias: () Não () Sim Comorbidades: (X) HAS () DM () Outras
Uso de medicações: () Não (X) Sim Insulina + Aspirina Jejum: () Não (X) Sim
SSW Admissão: PA: 120/80 mmHg Pulso: 70 bpm FL: 70 rpm FC: 70 bpm SpO₂: 98 % T: 36 °C
Enfermeiro(a): Deiane Instrumentador(a): Luiz Circulante: Pablo R. Teo de Oliveira
Cirurgia: TRAT. CIR. FRATURA DE COTOVELO ESQ. Especialidade: Ortopedia Sala: 03
Hora Início: 14:30 Hora Término: 15:30 Tipo de cirurgia: (X) Eletiva () Urgência (X) Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: DR. SULLA Aux.: DR. SULLA Residente: DR. SULLA
Anestesia: () Local () Sedação (X) Geral TOT: 20 (X) Bloqueio () Raquidiana Ag.º () Peridural () Cateter () s/cateter
Ag.º 01 Cateter nº: 01 Início: 14:30 Garrote: (X) Smarch () Pneumático Início: 14:30 Término: 15:30
Anestesiologista: DR. LOMAS

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

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>76</u>	<u>68</u>		Bpm
Pulso	<u>76</u>	<u>66</u>		Bpm
Oximetria	<u>99</u>	<u>98</u>		%
Capnografia		<u>30</u>		%
PA	<u>124/80</u>	<u>123/78</u>		mmHg

POSICÃO	COXIM	MMSS
<input type="checkbox"/> Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Cabeça	<input type="checkbox"/> Anatômicos
<input checked="" type="checkbox"/> Ventral	<input type="checkbox"/> Pescoço	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Lateral	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Fletidos
<input type="checkbox"/> Litotômica	<input type="checkbox"/> Lombar	<input type="checkbox"/> MMH
<input type="checkbox"/> Trendelenburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input checked="" type="checkbox"/> Canivete		<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Proclive		<input type="checkbox"/> Fletidos

ACESSO VENOSO	PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
<input type="checkbox"/> Puncão Arterial	<input type="checkbox"/> Sim (X) Não () Metal () Descartável
<input type="checkbox"/> Puncão Venosa Periférica	
<input type="checkbox"/> Puncão Venosa Central	
<input type="checkbox"/> Dissecção venosa	
Local:	
Cateter:	

SONDAGEM GÁSTRICA	TRICOTOMIA
<input type="checkbox"/> SNG nº	<input type="checkbox"/> Sim (X) Não
Retorno:	
<input type="checkbox"/> SVE nº	
SVA nº	
Diurese:	
Profissional responsável:	

EXAMES SOLICITADOS	IMPLANTE CIRÚRGICO
<input type="checkbox"/> Hemograma	Drenos:
<input type="checkbox"/> Coagulograma	Tela:
<input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	Cateter:
<input type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)	Ostomia:
	Fio de KC: <u>02 (1.5mm)</u> Parafuso - tipo:
	Placa - Tipo:
	Outros: <u>FIO DE CERCAGEM</u>

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: <u>BÁSICA</u> Quant. Material: <u>OK</u>
Val.: <u>21/11/19</u> Contagem de gaze e compressa: () Não () Sim



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA	REGULAÇÃO	OBS
ORTOPEDIA	WALFREDO GURGEL	
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	PROFISSÃO	
CASADA	DOMESTICA	
ENDEREÇO (RUA, Nº)		
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
ENDEREÇO		
O MESMO		
DIAGNOSTICO PROVISORIO		
DIAGNOSTICO DEFINITIVO		

DATA DE ADMISSÃO

ALTA

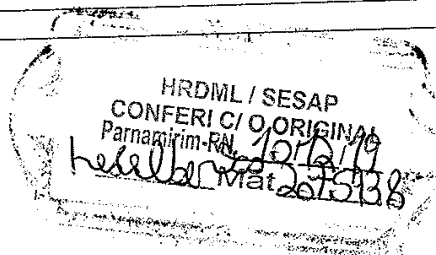
21-11-2019

OBITO

HISTORIA CLINICA

Problema
fractura do ulna

Dr. Ricardo Emmanuel M. Mendes
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5387 - TEOT 12425





HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA
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: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Fisiológico: _____ ml (X) Soro Ringer Simples: 1 ml Quantidade total de volume
() Soro Glicosado: _____ ml () Soro Ringer Lactato: _____ ml administrado: _____

ANATOMO 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 () O₂ ambiente Curativo: () Oclusivo () Compressivo () Bolsa de
colostomia () Outro: _____
Diurese: () Espontânea () Normal () Hematúria () 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 O₂ () O₂ Ambiente
Mobilização MMII: (X) Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMIS: (X) Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não (X) Sim Tipo: AVP Local: MSD Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim () Não Especifique: _____
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

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão		<u>68</u>			<u>97</u>	
30'		<u>70</u>			<u>96</u>	
60'						
Alta		<u>73</u>			<u>96</u>	

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: _____ ml
Soro Fisiológico: _____ ml
Ringer: _____ ml
Irrigação vesical contínua: _____ ml

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

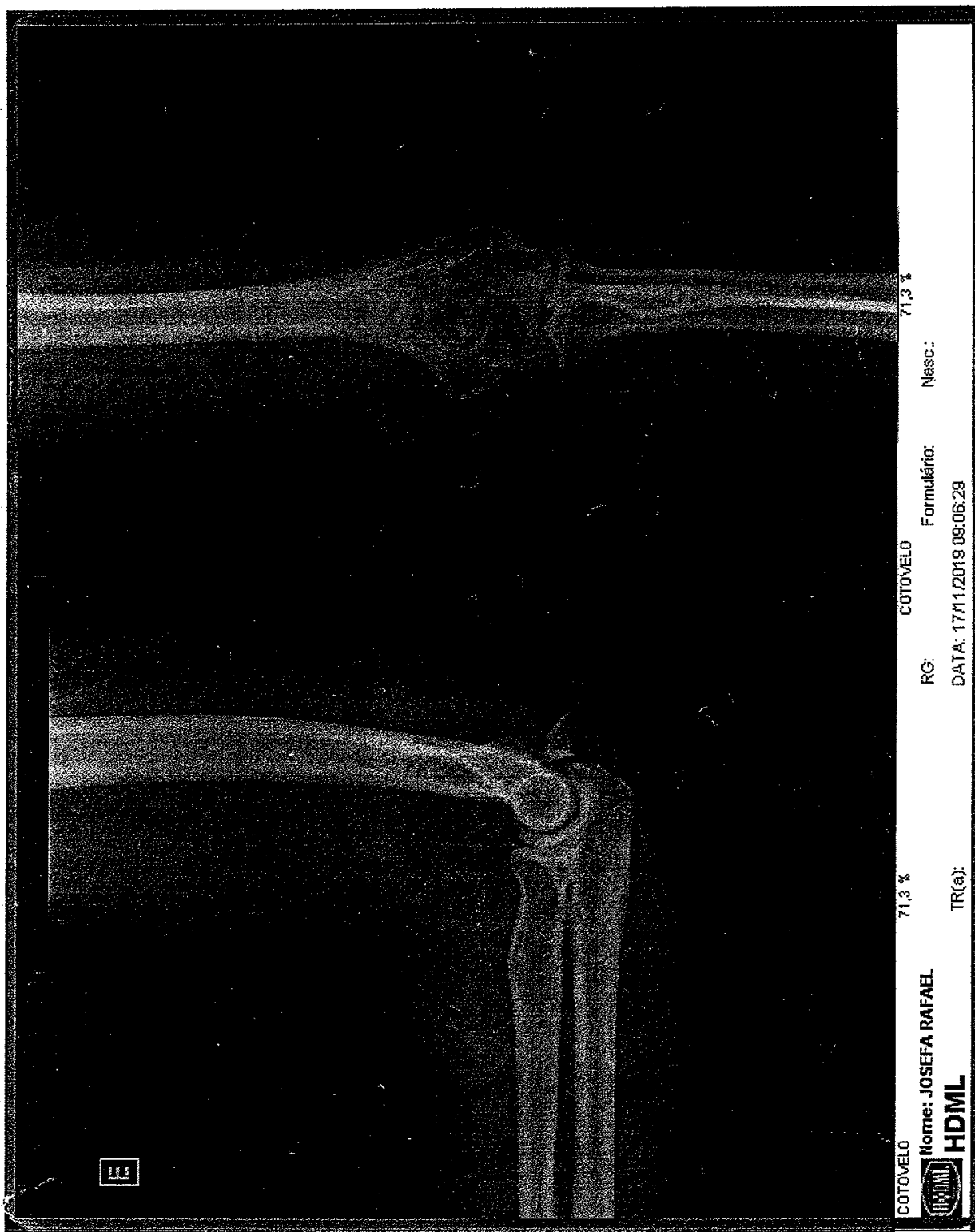
	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação
Recebido da SO				
Desprezado URPA				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

Paciente encaminhado a cl. art. acompanhada pelo enfermeiro após procedimento cirúrgico.

Ass: [Assinatura] Coren: 25985





COTOVELO

71,3 %

COTOVELO

71,3 %

Nome: JOSEFA RAFAEL



HDML

RG:

Formulário:

Nasc.:

TR(a):

DATA: 17/11/2019 09:06:29





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Sec. ria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Prônio Socorro Clóvis SarinhoCPF
85056804487LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL

PONTAL DO

2 - CNES

718-RPD

ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE

JOSEFA ROFAEL DA SILVA RODRIGUES AMORAL

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

R S R do Amoral

6 - Nº DO PROTOCOLO

CARTÃO NACIONAL / SUS

701004815427763

8 - DATA DE NASCIMENTO

21-05-1972

9 - SEXO

470

MASCULINO

1

FEMININO

2

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARCIA AUGUSTA DO CONCEIÇÃO

11 - TELEFONE DE CONTATO

96656918

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA VASCONCELOS 843

13 - MUNICÍPIO

ENFERMEIRO

14 - BAIRRO

EXTENSÃO 2

15 - UF

RN

16 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fnt. clínicos @

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fnt. clínicos

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

Fnt.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fnt. clínicos @

21 - CID INICIAL

S520

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fnt. clínicos @

25 - LEITO / CLÍNICA

26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Dr. Maxsuelton Alves
CRM/RN 7569 TEOT 15233
Ortopedia e Traumatologia
Cir. Ortopédica e Ostevelo

27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

28 - DT SOLICITAÇÃO

13.11.14

29 - CLASSE DO PROCEDIMENTO

30 - CNS / CPF

31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRANSITO

33 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - Nº DO BILHETE

35 - BÔNUS

36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO

37 - CNPJ

38 -

40 -

39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO

DESCRIÇÃO... 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 AVALIAÇÃO

54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

47 - DT AUTORIZ.

51 - DT AUTORIZ.

48 - CNS / CPF

52 -

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

HRDML / SESAP
CONFERIR C/O ORIGINÁRIO
Paranámirim, RN
10/11/14
10/11/14
10/11/14

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, crônicas, 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=20112614465928300000060593159>

Número do documento: 20112614465928300000060593159

Num. 63208457 - Pág. 31

Vigim

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE PERÍCIA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

JOSE RAFAEL DA S. R. DO ANJAL

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 001.325.529 DATA DE EXPEDIÇÃO 30/01/2017

NOME JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO ANJAL

FILIAÇÃO JOSE RAFAEL DA SILVA
MARIA AVELINA DA CONCEIÇÃO

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

DOC. OFIC. CERT. DE CASAMENTO 1-8-22 P-101 RG-4217
JOAO CANARA RN-2 CARTÃO 1

CPF 850.368.044-87

3a. VIA

Josefa Ferreira do N. Junior

LEI Nº 7.116 DE 25/03/83



ULTIMA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODOS
OS TERRITORIOS NACIONAIS
1234284673

NOME
RICARDO ALEXANDRE RODRIGUES DO AMARAL

DOC. IDENTIDADE / OUTRO IDENTIFICADOR
13251 PM RN

CPF 024.081.884-90 DATA NASCIMENTO 08/10/1975

RUACAO
JOAO DE SOUZA DO
AMARAL
JOZILENE RODRIGUES DO
AMARAL

PERMISSAO ACC CATIA AB

Nº REGISTRO 04208634501 VALIDADE 17/04/2021 1ª HABILITACAO 20/09/1996

Observações

Ricardo Alexandre R. do Amaral

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSAO
NATAL, RN 18/04/2016

31654280409
RN702397005

PROIBIDA PLASTIFICAR
1234284673



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
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMARAL, brasileiro(a),
estado civil: CASADA, Profissão: DIACONIA, Data do Acidente 12/10/19
Cobertura INVALIDEZ portador(a) do RG 1.325.529, órgão expedidor
ITEB/RN do CPF: 850.568.041-87 residente no(a)
RUA PEDRO VASCONCELOS nº 483
bairro: BOSQUE DAS FLORES, município: EXTREMOZ / RN.

OUTORGADO:

Nome: PICASSO ALEXANDRE RODRIGUES DO AMARAL brasileiro(a)
estado civil: CASADO Profissão: MILITAR ESTADUAL portador(a) do RG
13 251, órgão expedidor PM/RN do CPF: 024.086.884-90 residente
no(a) RUA PEDRO VASCONCELOS nº 483
bairro: BOSQUE DAS FLORES, município: EXTREMOZ / 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.

Cartório Extremoz
RECONHEÇO

EXTREMOZ / RN 23/12/2019

Local e Data

Josefa Rafael da S. do Amaral

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

Cartório Único de Extremoz
Av. Joaquim de Góes, 07 - Centro - Taboão Rodolpho Maurício de Souza
Cep 59575-000 - Extremoz-RN - Fone (41) 3279-5222

Reconheço AUTÊNTICA a firma de JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES DO AMARAL: Doc 16
Confira a autenticidade em: <https://reco.digital.tjn.jus.br>
Selo Digital: RN20190094102002601/SEC
Extremoz, 23 de Dezembro de 2019 08:32:33
Em testemunho da verdade
JULIO JOSÉ SILVA NASCIMENTO
Cod: 15771DNA00500122 Usuário: adriell

AA392501

LEDO E RECONHECIDA A ASSINATURA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0015461/20

Vítima: JOSEFA RAFAEL DA SILVA RODRIGUES D

CPF: 850.568.044-87

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 12/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSEFA RAFAEL DA SILVA
RODRIGUES DO AMARAL

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 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: 13/01/2020
Nome: RICARDO ALEXANDRE RODRIGUES DO AMARAL
CPF: 024.081.884-90

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/01/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

RICARDO ALEXANDRE RODRIGUES DO AMARAL

GERCIA LOURENCO DA SILVA

