



Número: **0804216-31.2020.8.20.5112**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Apodi**

Última distribuição : **28/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA (AUTOR)		WANDER ALISON COSTA DOS SANTOS (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63525203	06/12/2020 08:51	2771146_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação

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: 30/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03483

CONTA: 000000020667-6

Nr. da Autenticação 70C88A834303DF49



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190704469 **Cidade:** Apodi **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA **Data do acidente:** 16/09/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINAS 05 E 10.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1343903247

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTERUA HERMOZ, 155, BAÍDO
NATAL - RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59015-250
CNPJ 08324135-0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055135-0

COSERN

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28-04-02

Ligação Gratuita:

-TELEATENDIMENTO COSERN- 116

-Atendimento ao Deficiente Auditivo ou de Falar: 0800 261 0142

-Ouvidoria: 0800 054 0404

Agência Reguladora de Serviços do Rio Grande do Norte-

ARSEP 0500 727 0157 -Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARTA AUXILIADORA DA SILVA
NASCIMENTO

DATA DE VENCIMENTO

22/11/2019

DATA EMISSÃO DA NOTA

FISCAL
14/11/2019

CONTA CONTRATO

7006346914

ENDEREÇO

RUA BOA VISTA 28 -CENTRO/AREA
URBANA -59795-000 FELIPE GUERRA
RN -

TOTAL A PAGAR

R\$ 102,03

DATA DA APRESENTAÇÃO

14/11/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

033061356

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
Monofásico
B1

PERÍODO CONSUMO

15/10/2019 a 14/11/2019

CONSUMO

134

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 18,00 valor do imposto R\$ 16,92

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO

7006346914

MÊS/ANO

11/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 102,03

VENCIMENTO

22/11/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este canhoto será usado em
leitora ótica.

838000000017 020300384070 006346914204 013184557439



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

03/12/2019

Via para Pagamento de Conta de Energia

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1343903812

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTERUA MERMÃOZ 150, BALDO
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ: 08324186/0001-51
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20255199-0

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 25-04-02

Ligação Gratuita:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

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

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Registradora de Serviços do Rio Grande do Norte-

ARSEP 0800 727 0157 -Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE ELANO GUILHERME GOIS E SILVA	DATA DE VENCIMENTO 02/12/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 18/11/2019	CONTA CONTRATO 7010502181
ENDEREÇO RUA JOSE FIRMINO DE OLIVEIRA 195 CS- -LIBERDADE -CENTRO/AREA URBANA -59795-000 FELIPE GUERRA RN -	TOTAL A PAGAR R\$ 146,50	DATA DA APRESENTAÇÃO 18/11/2019	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
		NÚMERO DA NOTA FISCAL 033226152	

PERÍODO CONSUMO 17/10/2019 a 18/11/2019	CONSUMO 194
---	-----------------------

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 18,00 valor do imposto R\$ 24,62

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO
------------------------------	---------------------------

Deslague aqui

CONTA CONTRATO 7010502181	MÊS/ANO 11/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 146,50	VENCIMENTO 02/12/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
-------------------------------------	---------------------------	------------------------------------	---------------------------------	---

838900000013 465000384070 010502181203 012583765738



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradorealider.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: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-51-89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ombudsman: 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 nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu HELADIO GUILHERME GOIS E SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 098.907.284 / 12 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSILANNO NASCIMENTO DA COSTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 139.828.684 / 24

do sinistro de DPVAT cobertura INVÁLIDEZ da Vítima JOSILANNO NASCIMENTO DA COSTA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 139.828.684 / 24, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECEISSION Renda: RECEISSION e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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 JOSE FIRMINO DE OLIVEIRA</u>	Número: <u>195</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>CIDADE ALTA</u>	Cidade: <u>FEMPE GUERBA</u>	Estado: <u>BN</u>
E-mail:	CEP: <u>59795-000</u>	Tel (DDD): <u>(84) 99998-5065</u>

Local e Data: FEMPE GUERBA - BN - 27 DE NOVEMBRO DE 2019

HELADIO GUILHERME GOIS E SILVA
Assinatura do Declarante





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 61556 /2019

Admissão: 16/09/2019 11:43:52

CIRURGIA GERAL - AMARELO

20.9641

Paciente: 49352 - JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA (21 a 9 m)

Nascimento: 16/12/1997

Natural: APODI.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 162384265600003

CPF: 13982868424

Prof:

Mãe: MARIA AUXILIADORA SILVA NASCIMENTO

Pai: JOSERAN DA COSTA

Logradouro: BOA VISTA, 28

CEP: 59795000

Bairro: CIDADE ALTA

Cidade: FELIPE GUERRA

Telefone: 84.98547984

Compl:

Motivo(allegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

*Empresa:

OBS: FELIPE GUERRA

Classificação:

16/09/2019 11:35:41

PESO:

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

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: QUEDA DE MOTO, COM PROVAVEL FRATURA EXPOSTAA EM TIBIA

Hora: 11h

Relato Trauma direto no Pern. D
Inchido, corado, hidrotico
AR: N. vel
AB: Flacido e indolor
CD: Dito de

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORARIO	ASSINT.
1) Analg. 500mg			
2) Antib. 1g/12h		1 ^a 2 ^a	
3) Analg. 500mg			
4) Analg. 500mg			
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA ESTA CONFORME O ORIGINAL SANE MOSSORÓ 13/11/2019 BIM			
SANE/ARQUIVO			
		303010019	
		700.3	

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito (x) Interna: (Preencher CID, PROC)

CID

Proc.

Data:

/19. Hr:

Médico:

*Gerado via SX por FRANCISCO KLEBER PINHEIRO MEDEIROS. Impresso em 16 de Setembro de 2019.
Carimbar

Assinar e
Carimbar



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 06/12/2020 08:51:21

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120608512084800000060887221

Número do documento: 20120608512084800000060887221

Prontuário: 209646



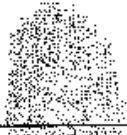
SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA** (Fia: 4864/2019), CPF:13982868424.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 16 de Setembro de 2019.


Paciente ou responsável

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA - H.R.T.M.

DATA 02/10/19

Assinatura

CCIH - HRTM

DATA 02/10/19

Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA

ESTÁ COM O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 13/11/2019

SAME ARQUIVO



43.90- RELATÓRIO ACIDENTE VITÓRIA COM CHAMADO
BOM DIA, AQUI A BOM DIA VITÓRIA COM 34.800
MUNDO 20010607/115 EXCELENTE 112000 40000000
MADRID 05005 60103 040000 00000000
MUNDO MUNDO A COM 00000000

On Antonio Pinheiro de A. 1120
CHOCADA/TRAUMATOLOGIA
00000000

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SABE DOSSORÓ 13/11/2019
BIM
SABE / ARQUIVO



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

2 - CNES
2503689

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

4 - CNES
2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA (8 - 4864/2019)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
209646

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
162384265600003

8 - DATA DE NASCIMENTO
16/12/1997

9 - SEXO
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR
PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE
MARIA AUXILIADORA SILVA NASCIMENTO

DDD
84

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE
96547984

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA

DDD
84

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE
96547984

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
BOA VISTA, 28 / - CIDADE ALTA

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
FELIPE GUERRA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
240370

18 - UF
RN

19 - CEP
59795000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURAS ENVOLVENDO REGIÕES MÚLTIPLAS DE UM MEMBRO INFERIOR

24 - CID 10
PRINCIPAL
T01.3

25 - CID 10
SECUNDÁRIO
S82.8

26 - CID 10
CAUSAS ASSOC.
V89.9

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPI

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

13186183472

29 - CLÍNICA
CIR

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
2

31 - DOCUMENTO
() CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) - ROL SOLICITANTE / ASSISTENTE

13186183472

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

ANTONIO PINHEIRO DE ALMEIDA NETO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
16/09/2019

35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

13186183472

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOE

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR

LIGINEY LINO DE OLIVEIRA

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

980016001835565

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SOME ACESSO 13/11/2019

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

SOME / ARQUIVO





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Josivaldo Nascimento da Costa Reg Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: Fratura exposta da tibia (diófila) direita

Indicação terapêutica: _____

INTERVENÇÃO

Início: 13:40 Fim: 14:40 Duração: _____

Operador Dr. Fabiano

1ª Auxiliar: Dr. Pinheiro

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: _____

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

() Limpa () Pot. Contaminada (X) Contaminada () Infectada

Paciente em decúbito dorsal sob raquianestesia, assepsia e antissépsia; colocação de campo estéril; ampliado quimanto de exposição e realizado debridamento e lavagem exaustiva com SFO 9%; Observado fratura caldada com cominuição; fixado com fixador externo linear 3500mm; sutura de pele; anelito estéril: PSRA.

Fabiano Dantas de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia

16/09/19

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
JANE MOSSORO 13/11/2019

150745176
CRM/RN: 6672

SAME / ARQUIVO





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

DÉBITO CIRÚRGICO

Nome do paciente: Francisco Alexandre da Costa do Pront.:
Cirurgia: III cirurgia das ossas da perna Data: 16-09-19
Cirurgião: Dr. Falcão Auxiliar: Pinheiro Instrumentadora: Art. Cleide
Anestesista: Dr. João Pinto Anestesia: Rogee
Início da Cirurgia: 14:20 Término: 19:50

MATERIAL USADO	QUANTIDADE
* COMPRESSAS	5 unid.
* GASES	02 pacote
* ESPARADRAPO	
* COMPRESSAS	
* LÂMINA DE BISTURI Nº	
* LUVAS 7/5	02 unid.
* EQUIPO PARA SORO	
* S CALPS Nº	
* JELCOS	
* CATETER PARA SUBCLAVIA Agulha p/ Rogee	01 unid.
* SERINGAS DE 01 ML	
* SERINGAS DE 03 ML	
* SERINGAS DE 05 ML	
* SERINGAS DE 10 ML	01 unid.
* SERINGAS DE 20 ML	
* AGULHAS DESCARTÁVEIS 4x12	01 unid.
* Sonda ENDOTRAQUEAL Nº	
* TRAQUEOSTOMO	
* Sonda URETRAL Nº	
* Sonda FOLEY Nº	
* Sonda NASOGÁSTRICA Nº	
* CATETER PARA O2	
* Sonda PARA ASPIRAÇÃO Nº	
* COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	
* BOLSA DE COLESTOMIA	
* DRENO DE PENROSE Nº	
* DRENO DE TORAX Nº	
* ATADURA GESSADA	
* FAIXA DE CREPOM	02 unid.
* ALGODÃO ORTOPÉDICO	
* CATGUT CROMADO	
* CATGUT SIMPLES	
* FIO DE ALGODÃO	
* MONONYLON	
* OUTROS FIOS	
* USO DO BISTURI ELÉTRICO	
* USO DE OXIGÊNIO	
* SOLUÇÃO DE PVPI ALCOÓLICA	
* SOLUÇÃO DE PVPI DEGERMANTE	Bowl
* SOLUÇÃO DE PVPI TÓPICO	
* SOLUÇÃO DE ETHER	
* SOLUÇÃO DE ÁGUA OXIGENADA	
* SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%	
* SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER SIMPLES	
* MANITOL	06 unid.
* XILOCAINA A 2%	03 unid.
* ABD	03 unid.
	1.00 unid. 04 unid.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SOME MOSSORO 13/11/2019

SOME/ARQUIVO



DATA: 20/09/2019

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA 21 ANOS
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 306-4
DATA DA ADMISSÃO: 16/09/19 FELIPE GUERRA -RN CODIGO: 49352

DATA	EVOLUÇÃO
Nº fraturas: 01	4º DIH: FX EXPOSTA DIAFISE DA TÍBIA DIREITA (EM USO DE FIXADOR EXTERNO) QP: SEM QUEIXAS NO MOMENTO EF: BEG, COTE, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO E AFEBRIL . ACV: RCR, 2T, SEM SOPRO. BNF AR: MV+ EM AMBOS HEMITORAX. SRA. ABDOMEN: ATÍPICO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO. RHA+ SITUAÇÃO: LABORATORIO (18/09/19): HB: 13.5 LEUCO: 8600 PLAQ: 263000 UREIA: 26 CR: 1,00 TGO: 29 TGP: 15 GUIA PARA SOLICITAÇÃO DE SISREG PREENCHIDA - AGUARDA MARCAÇÃO CIRURGIA RISCO CIRÚRGICO BAIXO CD: <i>ALTA C/ orientações</i> VPM

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA VO PARA HAS E DM	
2	SFO,9% 2000 ML EV PARA 24 HORAS	
3 D3	OXACILINA 1G + 100ML SFO,9% EV 6/6 HORAS	
4 D2	CLINDAMICINA 600MG + 100ML SFO,9% EV 6/6 HORAS	
5	DIPIRONA 1G+ 8ML ABD EV 6/6 HORAS	
6	TRAMADOL 50MG + 100ML SFO,9% EV 8/8 HORAS SN	
7	OMEPRAZOL, 40MG VO 1XDIA EM JEIUM	
8	CLEXANE 40MG SC 1XDIA AS 16 HORAS	
9	PLASIL - 01 AMPOLA NO SORO 8/8 HORAS SE NAUSEA/VOMITO	
10	SSVV + CCGG 6/6H	

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE BOSSORÓ 13/11/2019
SANE / ARQUIVO

Dr. Leandro A. C. Freitas
CRM: 10.000 / RBO 25080



REGISTRO DE INTERNAMENTO		
Nº AIH: _____	Nº ATENDIMENTO: 483641	DATA: 05/11/2019
TIPO DE INTERNAMENTO: _____	LEITO: TERREO104 €	HORA: _____
ACOMODAÇÃO: ENFERMARIA	CONVENIO: SUS	
MATRÍCULA: 708602036278382	VALIDADE: _____	
Criado por João Pedro Gomes Lucas em 05/11/2019 07:39		

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME: JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA	SEXO: Masculino
DATA DE NASCIMENTO: 16/12/1997	RG: 003776589 CPF: _____
FILIAÇÃO MÃE: MARIA AUXILIADORA DA SILVA NASCIMENTO	
FILIAÇÃO PAI: _____	
ENDEREÇO: BOA VISTA	Nº 28
BAIRRO: CENTRO	CIDADE: FELIPE GUERRA
ESTADO: RN	CEP: 59795-000
FONE: (84) 99690-0121	FONE: (84) 99662-1803

SUMÁRIO DE ALTA	
TIPO DE ALTA: ☒ MÉDICA ☐ ADMINISTRATIVA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ OBITO	
DATA: 06/11/2019	HORA: _____ ASS. RESPONSÁVEL DO SETOR: _____

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO
Paciente submetido a tratamento cirúrgico de fratura de fêmur direito com boa evolução. PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA CNPJ: 09.417.742/0001-91 Confere com o Original Data: 06/11/2019 <i>João Pedro Gomes Lucas</i> CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



PACIENTE: JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA

CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TÍBIA + OSTEOTOMIA + TENOPLASTIA + ENXERTO

ÓSSEO

REG. PACIENTE Nº
COD. PROCEDIMENTO(S):

EQUIPE MÉDICA		EQUIPAMENTOS / TEMPO DE USO		GASOMETRIA / TEMPO DE USO		DATA:	
CIRURGIÃO: THIAGO ARARUNA CRM 6619		BISTURI ELÉTRICO:		GÁS CARBÔNICO:		HORA:	
1º AUXILIAR: Dr. Thiago Araruna CRM 6619		CAPINOGRAFO:		NITROGENIO:		TERMINO:	
2º AUXILIAR: Anestesista: Dr. Thiago Araruna CRM 6619		INTENS. DE IMAGENS:		Gº SOB CATETER:		SANGUE:	
3º AUXILIAR: Anestesista: Dr. Thiago Araruna CRM 6619		MONITOR CARDIACO:		OXÍM. DE PULSO:			
ANESTESISTA: ARTUR SILVEIRA CRM 6607		SERRA ELÉTRICA:					
INSTRUMENTADOR(A):							
CATGUT CROMADO 1.0	ATRACURIO	SERVOFORANE		ÁGUA OXIGENADA		CAPA DE VÍDEO	
CATGUT SIMPLES 5.0	C. PAPAVERINA 50MG/2ML	TRAMOL		ALCOOL 70%		TUBO 5/ BALÃO 3.0	
CERA OSSEA	GLODIN	PROPOFOL		ALCOOL IODADO		TUBO C/ BALÃO 3.0	
ETHYBOND 2.0	CLORETO DE SUXAMETÔNIO	SORO		DETERGENTE ENZIMÁTICO		ARRUELAS	
FIO ALGODÃO C/ AGULHA	DEXAMETASONA 4MG	ABD 1000ML		DETERGENTE ENZIMÁTICO		ASPIRADOR	
MONOCRYL 3.0	DUPIRONA	ABD 10ML		FORMOL		CIDEX POR ML	
NYLON 2.0 (2CM)	DIPROSPAM	FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML		PVPÍ DEGERMANTE		CIMENTO ORTOPÉDICO	
NYLON 2.0 (4CM)	DRAMIN 86DL	FISIOLÓGICO 0,9% 250ML		PVPÍ TÓPICO		DRILL ELÉTRICO	
PDS II 1.0	EFEDRINA	FISIOLÓGICO 0,9% 500ML		VASELINA		FIO DE KIRSCHNER	
PROLENE 2.0	EPINEFRINA	GLUCOSADO 5% 250ML				FIO DE LUQUE	
VICRYL 0	FENERGAN 50MG 2ML	GLUCOSADO 5% 500ML		ALGODÃO GIBOLA		FIXADOR EXTERNO	
	FUROSEMIDA	GLUCOSE 50% AMPOLA		CATETER TIPO ÓCULOS		GANCHO	
ISOFLURANO	GLICONATO DE CÁLCIO 10%	RINGER LACTATO 500ML		COLETOR DE URINA FECHADO		GEOFOAM	
LINDOCAINA 10% SPRAY	HIDROCORTISONA 500MG	RINGER SIMPLES 500ML		COMPRESSA CIRÚRGICA		GRAMPO	
LINDOCAINA 2% C/ VASO	IPSILON 1G	EPITESAN		ELETRODOS		HASTER	
LINDOCAINA 2% GEL	IPSILON 4MG	NEOMICINA		EQUIPO MACROC/ INJETOR		LAMINA DE SHAVER	
LINDOCAINA 5/ VASO	METOCLOPRAMIDA	SUBFADAZINA DE PRATA		EQUIPO P/ SANGUE		LIGAMENTO SINTÉTICO	
NEOCAINA C/ VASO	NIBRINA	TROFORDEMIN		ESCOVA DESCARTÁVEL		PARAF. INTERF. TITANEO	
NEOCAINA 5/ VASO	ONDASETRONA	PERFURO CORTANTE		ESCOVA SECA		PARAFUSO ANCORA	
NOVABUPI 5/ VASO	PROSTIGMINE	AGULHA DE STIMULEX		ESPARADRAPO		PARAFUSO CANULADO	
SERVO FLORANO	RANITIDINA	AGULHA		GASES 10X10 PCT 20		PARAFUSO CORTICAL	
XILOCAINA C/ VASO	SELOKEN 5 MG / 5ML	AGULHA P/ RAQUIN		GORRO DESCARTÁVEL		PARAFUSO ESPONJOSO	
XILOCAINA 5/ VASO	TILATIL 40MG	AGULHAS		LUVAS DE PROCEDIMENTO		PARAFUSO TRANSVERSO	
	TRABIL 50MG/50ML	JELCO		LUVAS ESTERÉIS		PINO	
ADRENALINA		LAMINA DE BISTURI		MASCARA		PINO DESLIZANTE	
AMINOFLINA	DOLANTINA	SCALPS		MASCARAS DESCARTÁVEL		PLACA	
AMODARONA	FENTANIL	ATADURA CREPOM		MICROPORRE		PLAST ANEL 1.4	
ATROPINA	FLUMAZENIL	ATADURA DE ALGODÃO		MICROPORRE LARGO		PROTESE	
BUSCOPAM SIMPLES	ISOFLOLANE	ATADURA GESSO		POLIFIXO 2 VIAS		SURGICEI	
CAFAZOLINA 1G	KETAMINA	MALHA TUBULAR		PRÓ-PE		SONDAS	
CAPTAPRIL 25MG	MIDAZOLAM	SOLUÇÃO		SERINGA DE INSULINA			
CEFALOTINA 1G	MIDAZOLAM	CLOREXIDINA ALCOOLICA		SERINGA DESC. 10ML		NASO LONGA 04	
CEFETRIAXONA 1G	NARCAN	CLOREXIDINA AQUOSA 2%		SERINGA DESC. 20ML		SONDA DE FOLEY	
CLORETO DE POTÁSSIO 19%	NILPERIDOL	CLOREXIDINA DEGERMANTE		SERINGA DESC. 3ML		URETRAL 4	
	NURAIMI			SERINGA DESC. 5ML		SONDA CURTA	

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Joséildo Nascimento da Costa Nº REGISTRO 483641

Data Nascimento 16/12/97 IDADE 21 Sexo M LEITO 104 E Data de Admissão 05/11/19

MÉDICO: Dr. Thiago

ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

JEJUM COMPLETO INCLUINDO AGUA? () Não (X) Sim início 23:00 PESO: 62 Kg Altura: _____ cm

RETIRADA DE PRÓTESES/ORTESE/ADORNOS: (X) SIM () NÃO

ALERGIAS: (X) NÃO () SIM: Não

DOENÇAS PREGRESSAS: () DM () HAS () TABAGISMO () HIV () Hep B () Hep C () Arritmias () DPOC () AVC ()
Marcapasso () Outros: Não Medicamentos de uso frequente: Não

Consentimento Cirúrgico Preenchido () Não () Sim

Exames: (X) Labor (X) Raio x () USG () JTC () RNMC () Risco cirúrgico Outros: _____

Encaminhado: () Deambulando () Cadeira de Rodas (X) Maca () consciente () Inconsciente () Orientado ()
Desorientado

Anotações de Enfermagem: _____

Conferido informação acima por: Dr. Paulo M. Freitas da Silva Admitido na sala: _____ Hora _____

ETAPA I: PRÉ-INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta Exat. Plasma "D"

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO: (X) Limpa () Contaminada () Potencialmente Contaminada () Infectada

- Equipe completa presente (X) Sim () Não
- Paciente com identificação e cirurgia confirmada (X)
- Termo de consentimento (X) Cirúrgico () hemoterapico () não, caso não esteja assinado contatar o médico.
- Local da intervenção marcado corretamente (X) sim () não () não aplicável
- Bisturi elétrico disponível e testado (X)
- Aparelho de Anestesia (X)
- Equipamento de Vídeo ()
- Monitor Multi-Parâmetro (X)
- Saída de: Oxigênio (X) Ar Comprimido () Vácuo ()
- Aspirador cirúrgico disponível e testado (X)
- Mesa cirúrgica testada (X)



12. Hemoderivados solicitados e reservados () sim (X) Não () Não aplicável
 13. Paciente tem alergia conhecida () sim (X) não
 14. Aparelho de anestesia testado (X) sim () não
 15. Esterilizações dos instrumentais com indicadores (X) sim () não

ETAPA II: PRÉ-INCISÃO

16. Confirma nome do paciente, local da intervenção e cirurgia proposta (X)
 17. Confirma preparo da pele com clorexidine Degermante e tópica (X) Sim () não
 18. Confirmar antibiótico profilático administrado (X) sim () não aplicável
 19. Paciente em posição adequada (X) sim () não

EQUIPE DE ENFERMAGEM

20. Confirmar se a disponibilidade dos materiais e equipamentos solicitados para cirurgia (X)
 20. Confirmar com a equipe médica se os exames necessários estão disponível (X)
 21. Confirma bisturi elétrico e placas instalados corretamente (X)

INTRA-OPERATÓRIO

Posicionamento: Dorsal (X) Lateral direita () Lateral esquerda () Posição Ginecológica ()
 () Decúbito Proclie () Decúbito Ventral

Monitorização cardíaca: (X) sim () não PNI/Manguito em: SGE Placa neutra: Local: MRE

Passado faixa de smarch: Não (X) sim, em: MID Início 13:26 Término 14:15

Soluções Antissépticas Usadas no Campo Operatório: (X) Clorex degermante () Clorex aquoso
 (X) Clorex Alcoolica () PVPI degermante
 () PVPI tintura ()

Infusões: SF0,9% 250 ml R.Lactato: 5000 ml Simples _____ ml SG5% _____ ml

Drenos: () Penrose nº _____ () Porto-vac nº _____ () Tórax nº _____

Sinais vitais: PA 90/60 mmHg FC: 60 bpm Sat: 99 % T: _____ °C Hora: _____

Anestesia: Início 13:20 Término 14:15 () Geral Inalatório () Geral Venosa (X) Sedação () Local
 () Peridural (X) Raqui () Bloqueio: _____

IOT: (X) Não () sim - Cânula nº _____ IOT aramado: (X) não () sim nº _____

AVP: () não (X) sim 150, Jelco nº 2 por Dr. Arthur

Cateter O2: () não (X) sim SNG: (X) NÃO () SIM Nº _____ SVD (X) NÃO () SIM Nº _____

Ferida operatória: Curativo Limpo

Cultura: _____ Anát.Patológico: (X) Não () Sim _____ Unid _____

Material Explantado: _____

Conferido por Quina Intercorrência 5/

ETAPA III: ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

Confirmar se a contagem de compressas, instrumentais e agulhas foi realizada (X) sim () não

Caso a cirurgia realizada não tenha sido a proposta,

Medicações administradas (anotar horários) Clotetina 1PA + dipirona 50mg +
paracetamol 10mg + ibuprofeno 10mg + diclofenaco 10mg + clonitazena
10mg + fentanil 1PA;



OPME: () NÃO ☒ SIM, qual

01 Aboca 10 F extra
02 PF Nº 20
02 PF Nº 22 7 lob.
04 PF Nº 24

ex 4,5

Anotações de Enfermagem e Intcorrências

5/

Início da cirurgia: 13:30 Término da cirurgia: 14:30

CIRURGIÃO: Dr. Marcelo ASSISTENTE: ANESTESIOLOGISTA: Dr. Arthur
INSTRUMENTADORA: Ramelde CIRCULANTE: Joao ENFERMEIRA: Edmar

URPA (Unidade de Recuperação pós-anestésica)

Condições de admissão do paciente:

☒ Acordado () Sonolento () agitado Ar ambiente () MV 50%

() Cateter de O2 () TQT ☒ AVP () AVC

() Hipotensão () Hipertensão () Bradicardia () Taquicardia () Tremor () Dor () Baixa Saturação

() Hemorragias () Desorientação () Agitação () Dispneia () Broncoespasmo () Outros

Medicações Administradas na URPA (anotar horários)

Encaminhado para o andar

AVP ☒ AVC () SNG () SVD FECHADA () DRENOS () CURATIVOS LIMPO ()

GESSO EM: MSD () MSE () MID () MIE ()

EXAMES: () Labort () Raio x () USG () TC () RNM () RISCO CIRURGICO () OUTROS

ENCAMINHADO: ☒ Enfermaria () UTI () Alta Hospitalar () Outros

Anotações de Enfermagem:

ENCAMINHADO POR:

Ana Paula
COREN-RN 001.112.555-2

HORA:





Prontoclinica Dr. Paulo Gurgel

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

PACIENTE: Isabella Nascimento da Costa

DIAGNOSTICO MÉDICO: t.b.c. @

PROCEDÊNCIA: ☒ DOMICILIAR () HOSPITALAR: QUAL: 119

ALERGIAS: Não

EVOLUÇÃO: 05/11/19

HORÁRIO: 10h

MÉDICO: Thiago

SETOR: Temo

LEITO: 104 E

IDADE: 22 anos

ASPECTO GERAL

☒ CONSCIENTE () ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
☒ ATIVO () REATIVO () HIPOATIVO
☐ HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
☐ COMATOSO () SEDADO () ANASARCA () EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

() AVP: _____
() AVC: _____
() Jelco: _____
() Scalp: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

() HV _____
() BI _____
ATB _____

PELE

☒ HIDRATADA () RESSECADA () ICTÉRICA
☐ NORMOCORADA () HIPOCORADA () CIANOSE
☐ EXTREMIDADE FRIAS () NORMOTÉRMICA
☐ HIPOTERMIA: _____
☐ HIPERTERMIA: _____
☐ DRENO Local: _____
Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

☒ EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO () TIRAGEM: _____
☐ RUÍDOS ADVENTÍCIOS TIPO: _____
☐ TAQUICÁRDICO () NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES: Resposta de lab. feita com + Rx pulm. pedicando
Alta de sala em 2 dias.

VENTILAÇÃO

☒ O2 AMB () MV _____ % () HOOD: _____
() ENTUBADO TOT Nº _____
OBS: _____

ELIMINAÇÕES

DIURESE

☒ ESPONTÂNEA () SVA A CADA: _____
☐ HEMATÚRIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA
☐ POLIÚRIA () SVD _____
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

☒ ESPONTÂNEA
() ESTÍMULO: _____ DIAS
() AUSENTE _____
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMEN

☒ FLACIDO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
☐ DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
☐ TIMPÂNICO () MACIO () RUÍDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

☐ DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS
☒ SOBRE MACA () MULETA

DIETA

() AO SEIO () ORAL/COPINHO () GTM
☐ SÓ/SNG _____
☐ RESÍDUO GÁSTRICO: _____
☒ ZERO () VÔMITO _____ vezes

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO: 05/11/19

HORÁRIO: _____

ASPECTO GERAL

☒ CONSCIENTE () ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
☒ ATIVO () REATIVO () HIPOATIVO
☐ HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
☐ COMATOSO () SEDADO () ANASARCA () EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

☒ AVP: _____
() AVC: _____
() Jelco: _____
() Scalp: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

☒ HV _____
() BI _____
☒ ATB _____

VENTILAÇÃO

☒ O2 AMB () MV _____ % () HOOD: _____
() ENTUBADO TOT Nº _____
OBS: _____

ELIMINAÇÕES

DIURESE

☒ ESPONTÂNEA () SVA A CADA: _____
☐ HEMATÚRIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA
☐ POLIÚRIA () SVD _____
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

☒ ESPONTÂNEA



PELE

☒ HIDRATADA () RESSECADA () ICTÉRICA
☒ NORMOCORADA () HIPOCORADA () CIANOSE
☐ EXTREMIDADE FRIAS ☒ NORMOTÉRMICA
☐ HIPOTERMIA: _____
☐ HIPERTERMIA: _____
☐ DRENO Local: _____
 Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

☒ EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO () TIRAGEM: _____
☐ RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
☐ TAQUICÁRDICO () NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO

() ESTÍMULO: _____
 () AUSENTE _____ DIAS
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO**ABDOMEN**

☒ FLACIDO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
☐ DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
☐ TIMPÂNICO () MACIÇO () RUÍDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

☐ DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS
☒ SOBRE MACA () MULETA

DIETA

☐ AO SEIO ☒ ORAL/COPINHO () GTM
☐ SOG/SNG _____
☐ RESÍDUO GÁSTRICO: _____
☐ ZERO () VÔMITO _____ vezes

OBSERVAÇÕES: RX por OR. S/A.

EVOLUÇÃO ____/____/____

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

ASPECTO GERAL

☐ CONSCIENTE () ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
☐ ATIVO () REATIVO () HIPOATIVO
☐ HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
☐ COMATOSO () SEDADO () ANASARCA () EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

☐ AVP: _____
☐ AVC: _____
☐ Jelco: _____
☐ Scalp.: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

☐ HV _____
☐ BI _____
☐ ATB _____

PELE

☐ HIDRATADA () RESSECADA () ICTÉRICA
☐ NORMOCORADA () HIPOCORADA () CIANOSE
☐ EXTREMIDADE FRIAS () NORMOTÉRMICA
☐ HIPOTERMIA: _____
☐ HIPERTERMIA: _____
☐ DRENO Local: _____
 Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

☐ EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO () TIRAGEM: _____
☐ RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
☐ TAQUICÁRDICO () NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO

HORÁRIO:**VENTILAÇÃO**

☐ O2 AMB () MV _____% () HOOD: _____
☐ ENTUBADO TOT Nº _____
 OBS: _____

ELIMINAÇÕES**DIURESE**

☐ ESPONTÂNEA () SVA A CADA: _____
☐ HEMATÚRIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA
☐ POLIÚRIA () SVD _____
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

☐ ESPONTÂNEA
☐ ESTÍMULO: _____
☐ AUSENTE _____ DIAS
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO**ABDOMEN**

☐ FLACIDO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
☐ DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
☐ TIMPÂNICO () MACIÇO () RUÍDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

☐ DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS
☐ SOBRE MACA () MULETA

DIETA

☐ AO SEIO () ORAL/COPINHO () GTM
☐ SOG/SNG _____
☐ RESÍDUO GÁSTRICO: _____
☐ ZERO () VÔMITO _____ vezes

OBSERVAÇÕES: _____

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro



PACIENTE Osvaldo N. da Costa
APTO.: _____ Nº REGIST. _____
CONVEN. _____

USO DE:	DATA / H	USO DE:	DATA
BOMBA DE INF. DIL.		ECG	
NEBULIZADOR Nº		OXIG./UMIDIF.	
ASPIRADOR DIL.		BERÇO AQUECIDO	
CURATIVO		FOTOTERAPIA	
		INCUBADORA	

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ASSINAT.
05.11.19	10:00	Paciente admitido ao setor para realização de procedimentos de enfermagem em sala de emergência.	Dr. Paulo Gurgel
05.11.19	13:30	Paciente recebeu o S.C. em sala de emergência.	Dr. Paulo Gurgel
05.11.19	16:40	Paciente recebeu o S.C. em sala de emergência.	Dr. Paulo Gurgel
05.11.19	18h	Paciente apresentou náuseas e vômitos, administrado 1 amp + 100ml S.F. EV.	Dr. Paulo Gurgel
05.11.19	20h	Administração de 1 amp + 100ml S.F. EV.	Dr. Paulo Gurgel
05.11.19	22h	Administração de 1 amp + 100ml S.F. EV.	Dr. Paulo Gurgel
05.11.19	23h	Administração de 1 amp + 100ml S.F. EV.	Dr. Paulo Gurgel
06.11.19	8h	Administração de 1 amp + 100ml S.F. EV.	Dr. Paulo Gurgel
06.11.19	11:10	Administração de 1 amp + 100ml S.F. EV.	Dr. Paulo Gurgel
06.11.19	11:35	Paciente saiu de alta hospitalar com acompanhamento da família, encaminhado para o ambulatório, em uso de medicação. Prescrição de 10 dias de tratamento com 10 dias de acompanhamento. Prescrição de 10 dias de acompanhamento.	Dr. Paulo Gurgel



DÉBITOS	
SERINGA 01	
SERINGA 03 cc	
SERINGA 05 cc	
SERINGA 10 cc	1
SERINGA 20 cc	1
EQUIPO MICROGOTAS	
EQUIPO P/B	
EQUIPO P/ SANGUE	
RELCO Nº	
SCALP Nº	
POLIFIX	
LUVAS PROCEDIMENTO	1
LUVAS ESTER. Nº	
GASES PCT	1
ESPARADRAPO	200
MICROPORE	
PVPI	
ETER	
ALCOOL 70%ml	
ALIGUÃO BOLA	
ASU. HA. DESC.	200
CREPOM Nº	1
ALGODÃO ORTOP.	
CEPACOL ml	
POMADA	
SONDA DE FOLEY	
SONDA URETRAL	
SONDA NÁSO	
COLETOR FECHADO	
COLETOR ABERTO	
LAMINA BISTURI	
ELETRODO	
MAISC. DESCAT	1
SORO FÍSIO. 0,9%	
FITA HGT	
Clayton R. Rocha S.A.	

[illegible]



PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE:	<u>Josévaldo</u>	REGISTRO Nº	
APTO.:		CONVENIO	
MÉDICO:			

DATA / HORA	DESCRIÇÃO MÉDICA
08/12/19 12:00h	Admission paciente admitido para tratamento cirúrgico de fratura de fêmur direito com placa e parafusos
08/12/19 15:35h	Na sala operatória paciente submetido a artroscopia de joelho + osteotomia de perfuração de tíbia com placa e parafusos para correção de deformidade em valgo e bony block de túnel anterior
08/12/19 19:30h	S-1 Paciente em repouso sem dor sem náuseas e vômitos sem febre sem alterações hemodinâmicas em observação regular

[Stamp: 1499-1031-6139 MARIANO, Efigenio, ortopedista, CRM 1499-1031-6139]

[Stamp: 5189-1031-6139 MARIANO, Efigenio, ortopedista, CRM 5189-1031-6139]

Dr. Thiago Jose da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1499-1031-6139





CONTROLE HÍDRICO E T.P.R.

Aptg

CONVÊNIO.: _____

MÉDICO:

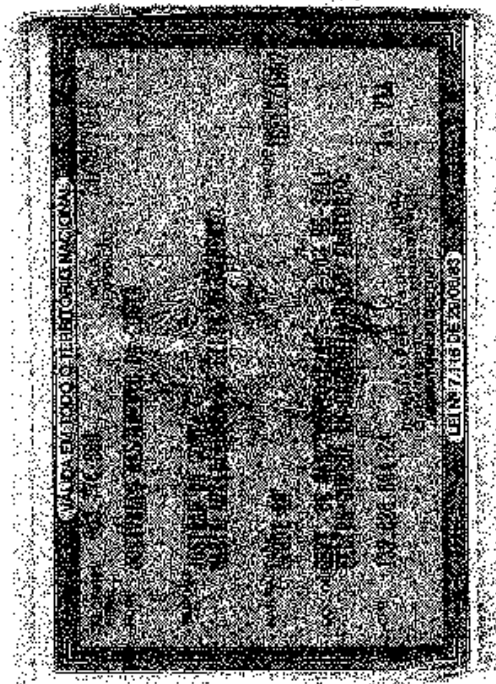
REG:

NOME:

serviço do N. da Costa

NOME:	DIA	HORAS	PRESSAO ARTERIAL	RESPIRACAO	TEMPERATURA	PULSO	DIETA	VOMITO	DIURESE	EVACUACAO	ASSINATURA
	05.11.19	17:00	120 x 80	--	36.1° C	--	--	--	--	--	J. Viana
	05.11.19	18:00	110 x 80	--	35.9° C	--	--	--	--	--	J. Viana
	05.11.19	08:00	120 x 70	--	35.6	--	--	--	--	--	Dr. Paulo
	06.11.19	06:30	120 x 60	--	35.2	--	--	--	--	--	Dr. Paulo

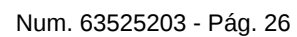




Livia



VALERIA PER TOTO
© TERRA PIRELLA GÖTTSCHE LOWE
1284238515



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DETRAN - RN		Nº 011397321972
48004513/2014		15818044350
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO		
1	00908763364	*****
LUIZ GONÇALVES DA SILVA CASTILHO		
S FRANCISCA MARIA DE MORAIS, 79		
CENTRO		
52.736-000 FELIPE GUERRA/RN		
078.269.124-44		MTM9699
FRANCISCO JAMURCIO DE OLIVEIRA		
PLACA/MTM	9C2V030707A067046	
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL	
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO-APLICAVE	GASOLINA	
MARKA/COLO	ANO/FAB	ANO/MD
HONDA/CG 125 FAN	2008	2007
CAPOT/CIL	CATEGORIA	CORRESPONDENTE
CCV/124 CILINDRADAS	PARTICULAR	PRETA
OBSERVAÇÕES		
MOTOR: JC30E77067046		
FELIPE GUERRA	04/03/2015	
 São Paulo, 04 de Março de 2015 Coordenador Geral do Registro de Veículos		



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOSSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA, brasileiro(a),
estado civil: SOLTEIRO, Profissão: RECUSOU, Data do Acidente 16.09.2019
Cobertura INVALENTE portador(a) do RG 008.776.589, órgão expedidor
SSP/RN do CPF: 139.828.684-24 residente no(a)
RUA BOA VISTA nº 28,
bairro: CENTRO / ÁREA URBANA, município: FELIPE GUERRA / RN.

OUTORGADO:

Nome: HELANO GUILLERME GOMES E SILVA, brasileiro(a)
estado civil: SOLTEIRO Profissão: RECUSOU, portador(a) do RG
002.393.092, órgão expedidor SSP-RN e do CPF: 098.301.284-42, residente
no(a) RUA JOSÉ FIATINO DE OLIVEIRA nº 195,
bairro: CIDADE ALTA, município: FELIPE GUERRA / 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.

FELIPE GUERRA - RN / 27 DE NOVEMBRO DE 2019
Local e Data

X JOSSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA
Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

Cartório Unico de Felipe Guerra
Av. Mira Solva, 959, Cidade Alta, CEP nº 59705-000
(84) 99999-8549

Reconheço por AUTENTICIDADE a assinatura
de JOSSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA

Seio Digital: RN201800943750001406CUC
Cartão de Autenticidade em: <http://validadigital.org.br/valida>
Felipe Guerra/RN, 27 de Novembro de 2019, 18:37

AA765373

CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
FELIPE GUERRA/RN
CPF: 65.673.004-15



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455507/19

Vítima: JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA

CPF: 139.828.684-24

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/09/2019

Titular do CPF: JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

HELANO GUILHERME GOIS E SILVA : 098.307.284-12

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

JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA : 139.828.684-24

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: 17/12/2019
Nome: HELANO GUILHERME GOIS E SILVA
CPF: 098.307.284-12

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

HELANO GUILHERME GOIS E SILVA

THIARA VIRGINIA DA HORA





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, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190704469

Vítima: JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA

Data do Acidente: 16/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HELANO GUILHERME GOIS E SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA

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 15263727

Pag. 00163/00164 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 04 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190704469

Vítima: JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA

Data do Acidente: 16/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HELANO GUILHERME GOIS E SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000003483**

Conta: **0000020667-6**

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

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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)

AGÊNCIA: 3489 CONTA: 206676

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 por invalidez permanente, 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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(s) (se não)? ☐ 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 a provarem responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001.V002/2019

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

338-771645036-1

04/DEZ/2019

HORA DE 15:17:03

LOT: 17.020385-0

TERM: 060619

LOCALIDADE: FELIPE GUERRA

AG. VINCULADA: 3483

CONTROLE: 041863557

COMPROVANTE DE DEPOSITO EM DINHEIRO

3483 013 00020667-6

JOSIVALDO N DA COSTA

VALOR

0000

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MINUTOS

338-771645036-1

1ª VIA





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE APODI
Telefone: (84) 3333-2737

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 867/2019

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo do Acidente: COLISÃO

Data e Hora do Acidente: 16/09/2019 às 09h30min.

Local da Ocorrência: Avenida Miraselva- Felipe Guerra/RN

Comunicante: A vítima

Identidade RG.:

CPF:

Profissão: Agricultor

Telefone: 99690-0121

Endereço:



Identificação da Vítima:

Nome: JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA

Identidade RG.: 3.776.589

CPF: 139.828.684-24

Naturalidade: Apodi/RN

Data Nascimento: 16/12/1997

Pai: Josivan da Costa

Mãe: Maria Auxiliadora da Silva Nascimento

Endereço: Rua Boa Vista, 28-Alta, Cidade Alta- Felipe Guerra/RN

Condutor ou Passageiro? Condutor não habilitado

Identificação do Veículo:

Tipo: MOTOCICLETA

Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN

Placa: MZM9699

Cor: PRETA

Chassi: 9C2JC30707R067046

RENAVAM: 00905751566

Proprietário: LUIZ GONZAGA DA SILVA NASCIMENT

ANO: 2006/2007

Condutor: JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA

HISTÓRICO:

O comunicante comparece a esta delegacia para formalizar a ocorrência de ACIDENTE DE TRANSITO (COLISÃO); Que a vítima seguia na Avenida Miraselva na cidade de Felipe Guerra, quando colidiu com uma motocicleta que entrou repentinamente na pista; Que a vítima foi socorrida pela ambulância de Felipe Guerra e levada para o Hospital de Felipe Guerra e depois transferida para o Hospital Tarcísio Maia na cidade de Mossoró; Que a vítima sofreu fratura exposta na tíbia direita em decorrência do acidente; Que a vítima foi submetida a procedimento cirúrgico. E nada mais disse.

OBS.: É de inteira responsabilidade do/a comunicante, a informação prestada neste BO. Se comprovadamente falsa a comunicação, sujeitar-se-á o responsável as sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável – Artigo 340 do Código Penal.

Providências: Registro do fato; e Expedição do B.O.

Local e data deste Registro: Apodi/RN, 27 de novembro de 2019.

Josivaldo Nascimento da Costa
Comunicante / Vítima

APC - Izabel Aprigida de Carvalho Neta
Matrícula: 129.235-8





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3483 CONTA: 206676 AGÊNCIA: CONTA:

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 por invalidez permanente: uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivo/nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

45 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

46 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

47 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

48 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

49 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

