



Número: **0800873-55.2020.8.20.5135**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Almino Afonso**

Última distribuição : **11/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                    |                    | Procurador/Terceiro vinculado                |                          |
|-----------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------|--------------------------|
| RENATO PAULO DOS SANTOS (AUTOR)                           |                    | EDINEIDE SUASSUNA DIAS MOURA (ADVOGADO)      |                          |
| Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU) |                    | LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)     |                          |
| Documentos                                                |                    |                                              |                          |
| Id.                                                       | Data da Assinatura | Documento                                    | Tipo                     |
| 63853583                                                  | 15/12/2020 15:18   | <a href="#">2774796_CONTESTACAO_Anexo_03</a> | 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: | 24/08/2020 |
|------------------------|------------|

|                      |
|----------------------|
| NUMERO DO DOCUMENTO: |
|----------------------|

|              |          |
|--------------|----------|
| VALOR TOTAL: | 1.687,50 |
|--------------|----------|

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

CLIENTE: RENATO PAULO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00763

CONTA: 000000092896-9

---

---

Nr. da Autenticação BE87690E99F59CEF



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200287093 **Cidade:** Patu **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RENATO PAULO DOS SANTOS **Data do acidente:** 29/12/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 18/08/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TIBIA DISTAL ESQUERDA. PG. 5

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. PG. 8.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** P5/8

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                  | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um<br>tornozelo | 25 %                                            | Em grau médio - 50 %                                          | 12,5%     | R\$ 1.687,50             |
| Total                                           |                                                 |                                                               | 12,5 %    | R\$ 1.687,50             |





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

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200287093

Vítima: RENATO PAULO DOS SANTOS

Data do Acidente: 29/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDINEIDE SUASSUNA DIAS MOURA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RENATO PAULO DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 16027441





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

**Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200287093**

**Vítima: RENATO PAULO DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 29/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDINEIDE SUASSUNA DIAS MOURA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), RENATO PAULO DOS SANTOS**

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\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: RENATO PAULO DOS SANTOS**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000000763**

**Conta: 0000092896-9**

**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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 072.875.434-78 4 - Nome completo da vítima: Renato Paulo dos Santos

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

5 - Nome completo: Renato Paulo dos Santos 6 - CPF: 072.875.434-78

7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Sítio Varzea Grande 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Ruriciânia 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59805-000

15 - E-mail: renatoespalve@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (84) 9.9624-0048

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: 0763 CONTA: 00092896 9 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (as)? ☐ 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 provaram 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 - Impedimento legal de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_

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, Ruriciânia 10 de março de 2020

x Renato Paulo dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

natura do Representante Legal (se houver)



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE PATU  
Endereço: RUA LUCAS MATIAS, 51, COSTA E SILVA, PATU

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020103000017

1.2 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.3 Data do Expediente: 27/01/2020 11:19:00

1.4 Ligou CLOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 29/12/2019 05:10:00

2.2 Fato: Consumado

2.3 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Arma branca

2.6 Tipo do local: Em Veículo

2.7 Número: SN

2.8 Logradouro: RN-072, MUNICÍPIO DE LUCRÉCIA/RN

2.9 CEP:

2.10 Complemento:

2.11 Ponto de Referência:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIO E FAZENDAS

2.13 Cidade: LUCRÉCIA

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: RENATO PAULO DOS SANTOS

3.2 Estado civil: União Estável

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: JOSE FERREIRA DOS SANTOS

3.5 Estado: Parda

3.6 Mãe: RAIMUNDA NEUMA DA COSTA SANTOS

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF:

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 25/05/1969

3.13 Profissão: AGRICULTOR

3.14 RG: 002771131 - ITEP/RN

3.15 Telefone(s): 84 999555978

3.16 Passaporte:

3.17 Número: SN

3.18 Nacionalidade: FRUTUOSO GOMES RN

3.19 Bairro: ZONA RURAL

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: SÍTIO VÁRZEA GRANDE, ZONA RURAL DE LUCRÉCIA/RN

3.23 Cidade: LUCRÉCIA

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: \*\*\*\*\*42458

7.1.4 Renavam:

7.1.6 Placa: PAI8425

7.1.8 Estado:

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Modelo: CG150 FAN ESDI

7.1.9 Ano do Modelo: 2015

7.1.10 Ano de Fabricação: 2014

7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: JOANDERSON MARTINS PIRES

7.1.16 Veículo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor:

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE DECLAROU QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA CITADOS, ESTAVA SEGUINDO NA MOTOCICLETA SUPRAMENCIONADA, COM DESTINO A SUA RESIDÊNCIA, QUANDO, EM UMA CURVA, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, BATENDO NO MEIO-FIO E CAÍDO; QUE DEVIDO ACIDENTE O COMUNICANTE TEVE ESCORIAÇÕES PELO CORPO E FRATUROU (QUEBROU) A TÍBIA DA PERNA ESQUERDA; QUE SEU PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO FOI NO HOSPITAL PÚBLICO DA CIDADE DE LUCRÉCIA/RN, PELA MÉDICA RAFAELLY DE MORAES, CRM/RN Nº 8690; QUE O PRESENTE EXPEDIENTE É PARA FINS DE INDENIZAÇÃO JUNTO AO SEGURO DPVAT.

9.2 Informações do CLOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data: 27/01/2020 11:19:00

Policial

Interessado

Polícia direita

Atendimento: 1636332 - ALCIMAR CARLOS FERREIRA DA SILVA

Impresso por: 1636332 - ALCIMAR CARLOS FERREIRA DA SILVA em 27/01/2020 11:19:08

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Protocolo: J2020103000017 - Código de autenticação: f0580ad4e91e25c46730dafa748f55cd3

Página 11



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 15/12/2020 15:18:54

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121515185458600000061192602

Número do documento: 20121515185458600000061192602

Num. 63853583 - Pág. 6



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 PATU  
Endereço: RUA LUCAS MATIAS, 51, COSTA E SILVA, PATU

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020103000017

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 29/12/2019 05:10:00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Arma branca

2.6 Tipo do local: Em Veículo

2.8 Número: SN

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIO E FAZENDAS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: RENATO PAULO DOS SANTOS

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Parda

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF:

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: AGRICULTOR

3.15 Telefone(s): 84 999555978

3.17 Número: SN

3.19 Bairro: ZONA RURAL

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: LUCRÉCIA

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

1.2 Data de Expedição: 27/01/2020 11:19:00

1.4 Ligou CIOSP: Não

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RN-072, MUNICÍPIO DE LUCRÉCIA/RN

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: LUCRÉCIA

3.2 Estado civil: União Estável

3.4 Pai: JOSE FERREIRA DOS SANTOS

3.6 Mãe: RAIMUNDA NEUMA DA COSTA SANTOS

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 25/05/1989

3.14 RG: 002771131 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: FRUTUOSO GOMES RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: SÍTIO VÁRZEA GRANDE, ZONA RURAL DE LUCRÉCIA/RN

3.24 CEP:

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: \*\*\*\*\*12450

7.1.5 Placa: PAI8425

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2015

7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: JOANDERSON MARTINS PIRES

7.1.17 Nome do condutor:

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam:

7.1.6 Estado:

7.1.8 Modelo: CG150 FAN ESDI

7.1.10 Ano de Fabricação: 2014

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 COMUNICANTE DECLAROU QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA CITADOS, ESTAVA SEGUINDO NA MOTOCICLETA SUPRAMENCIONADA, COM DESTINO A SUA RESIDÊNCIA, QUANDO, EM UMA CURVA, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, BATENDO NO MEIO-FIO E CAINDO; QUE DEVIDO ACIDENTE O COMUNICANTE TEVE ESCORIAÇÕES PELO CORPO E FRATUROU (QUEBROU) A TÍBIA DA PERNA ESQUERDA; QUE SEU PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO FOI NO HOSPITAL PÚBLICO DA CIDADE DE LUCRÉCIA/RN, PELA MÉDICA RAFAELLY DE MORAES, CRM/RN Nº 8650; QUE O PRESENTE EXPEDIENTE É PARA FINS DE INDENIZAÇÃO JUNTO AO SEGURO DPVAT.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data 27/01/2020 11:19:00

Policial

Interessado

Polegar direito

Atendimento: 1636332 - ALCIMAR CARLOS FERREIRA DA SILVA

Impresso por: 1636332 - ALCIMAR CARLOS FERREIRA DA SILVA em 27/01/2020 11:19:08

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA





# HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 405, Km 03, Bairro Arizona, Pólo dos Ferros RN, Telefax (84) 3851-9840

## BOLETIM DE URGÊNCIA

|                                                                                                                                                       |                      |                                     |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| Nome: RENATO PAULO DOS SANTOS                                                                                                                         |                      | TEL:                                | Nº REG: 440161               |
| Nas: 25/05/1989                                                                                                                                       | 1-Masculino          | Marital                             | AGRICULTOR                   |
| Cert.nasc. <input type="checkbox"/> Título <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> RG <input checked="" type="checkbox"/> Nº            |                      | 002.771.131                         |                              |
| Pai: JOSE FERRIERA DOS SANTOS                                                                                                                         |                      | Mãe: RAIMUNDA NEUMA DA COSTA SANTOS |                              |
| Endereço: SÍTIO VARZEA GRANDE                                                                                                                         |                      | 0 ZONA RURAL                        | LUCRECIA RN                  |
| Responsável: CNS- 707 4050 2676 3071                                                                                                                  |                      | TEL:                                |                              |
| Endereço do Responsável: FONE 84 99835 0099                                                                                                           |                      |                                     |                              |
| Serviço: Urgência / emergência                                                                                                                        |                      | Enfermaria:                         | Leito:                       |
| Admissão: 29/12/2019                                                                                                                                  | Hora admissão: 08:01 | Data da Alta:                       | Hora da Alta:                |
| Dados Clínicos: PA: mmHg                                                                                                                              |                      | Pulso: Bpm                          | Temp: FR                     |
| Alega Acidente de Trabalho                                                                                                                            |                      | Sim <input type="checkbox"/>        | Não <input type="checkbox"/> |
| História: Causa eficiente da Lesão (alegada):<br><i>Tram para (E)<br/>que quebra a mocha<br/>o def. numeração<br/>p + 00 / 10 final compartilhada</i> |                      |                                     |                              |
| Lesões ou afecções encontradas:<br><i>Bo pulm litio (E)<br/>co solo angina pulmonar<br/>infarto + SICK</i>                                            |                      |                                     |                              |
| DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:                                                                                                                               |                      |                                     |                              |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:                                                                                                                               |                      |                                     |                              |
| Hora: 08:03                                                                                                                                           |                      | CRM                                 |                              |





HOSPITAL DR. CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 405 - Km D3 - Bairro Arizona, Pau dos Ferros RN, Telefax (24) 3351-9840

## EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA:

LEITO:

NOME:

Fernando de Souza

IDADE:

REGISTRO:

| DATA     | EVOLUÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                           |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 29/12/19 | <p><u>Ortopedia</u></p> <p>Frações de fêmur (E) com<br/>neumotórax de origem traumática.</p> <p>GP de desmumificação<br/>e fix<br/>e fratura comortamento</p> <p>CS Intenso e SLS RGO</p> |
| 30/12/19 | <p># FX dos ossos da perna (E)</p> <p>PETE EVOLUINDO BEM, SEM BUBIXOS,<br/>SEM SINAIS DE TVP. EM USO DE TALA<br/>TURO NO MIE.</p> <p>CAUSAS: - VPM<br/>- ABUNDANCIA CILINDRICA</p>        |
| 31/12/19 | <p># FX dos ossos da perna (E)</p> <p>PETE BEM, SEM BUBIXOS, SEM TVP.</p> <p>CAUSAS: - ABUNDANCIA CILINDRICA<br/>- VPM</p>                                                                |





# HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 405, Km 03, Bairro Anzanel, Pou das Fozes RN, Telefone (84) 3351-9549

## PRONTUÁRIO MÉDICO PARA INTERNAÇÃO

|                                            |             |         |                                     |                                                                                                                                            |                         |              |  |
|--------------------------------------------|-------------|---------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------|--|
| Nome: RENATO PAULO DOS SANTOS              |             |         |                                     |                                                                                                                                            |                         | PRONT: 98563 |  |
| Nas 25/05/1989                             | 1-Masculino | Marital | AGRICULTOR                          | Cert.nasc. <input type="checkbox"/> Título <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> RG <input checked="" type="checkbox"/> Nº | 002.771.131             |              |  |
| Pai: JOSE FERRIERA DOS SANTOS              |             |         | Mãe: RAIMUNDA NEUMA DA COSTA SANTOS |                                                                                                                                            |                         |              |  |
| Endereço: SÍTIO VARZEA GRANDE              |             |         | 0 ZONA RURAL                        |                                                                                                                                            |                         |              |  |
| Cidade: LUCRECIA                           |             | UF: RN  |                                     | Responsável: CNS- 707 4050 2676 3071                                                                                                       |                         |              |  |
| Endereço do Responsável FONE 84 99835 0099 |             |         |                                     |                                                                                                                                            |                         |              |  |
| Serviço: 1 -C. Cirúrgica                   |             |         | Enfermaria 34                       |                                                                                                                                            | Leito: B                |              |  |
| Admissão: 29/12/2019                       |             |         | Data da Alta: 02.01.20              |                                                                                                                                            | Dias de Permanência: 04 |              |  |
| Diag Inicial:                              |             |         |                                     |                                                                                                                                            |                         |              |  |
| Diag Principal:                            |             |         |                                     |                                                                                                                                            |                         |              |  |

Sumário de história Clínica, exame e tratamento

*Tratado com antibiótico (E).*

Complicações:

Complicações de alta:

Causa imediata do óbito:

Hora:

10:28

*[Assinatura]*

MAXUELTON ALVES  
Médico: CRM 15233  
CPF



# INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

|                                                  |               |
|--------------------------------------------------|---------------|
| 1 - Identificação do Estabelecimento Solicitante | 2 - CNES      |
| 3 - Identificação do Estabelecimento Executante  | 4 - CNES      |
| Hospital Dr. Cleodon Carlos de Andrade           | 2 4 0 9 2 7 5 |

## Identificação do Paciente

|                                 |                                                                                                                                            |                         |                          |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 5 - Nome do Paciente            | Cert.nasc. <input type="checkbox"/> Título <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> RG <input checked="" type="checkbox"/> Nº | 6 - Documento           | 7 - Nº do prontuário     |
| RENATO PAULO DOS SANTOS         |                                                                                                                                            | 002.771.131             | 98563                    |
| 8 - Cantão Nacional de Saúde    | 9 - Sexo                                                                                                                                   | 10 - Data de Nascimento | 11 - Telefone de Contato |
| 0                               | 1-Masculino                                                                                                                                | 25/05/1989              |                          |
| 12 - Nome da Mãe ou Responsável | 13 - Endereço ( Rua, Nº, Bairro )                                                                                                          |                         |                          |
| RAIMUNDA NEUMA DA COSTA SANTOS  | SITIO VARZEA GRANDE                                                                                                                        |                         |                          |
| 14 - Município de Residência    | 15 - Código IBGE Município                                                                                                                 | 16 - UF                 | 17 - CEP                 |
| LUCRECIA                        | 0                                                                                                                                          | RN                      | 59.805-000               |

## Justificativa da Internação

|                                                                                     |                       |                        |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------------|
| 18 - Principais Sinais e Sintomas                                                   |                       |                        |                              |
| Furt. de John (E)                                                                   |                       |                        |                              |
| 19 - Condições que Justificam a Internação                                          |                       |                        |                              |
| Fto. cumpre                                                                         |                       |                        |                              |
| 20 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados) |                       |                        |                              |
| No                                                                                  |                       |                        |                              |
| 21 - Diagnóstico Inicial                                                            | 22 - CID 10 Principal | 23 - CID 10 Secundário | 24 - CID 10 Causa Associadas |
| Furt. John (E)                                                                      | S822                  | Y848                   |                              |

## Procedimento Solicitado

|                                                    |                             |                                                           |                                                                           |
|----------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 25 - Descrição do Procedimento Solicitado          | 26 - Código do Procedimento |                                                           |                                                                           |
| Operação de John (E)                               | 10301060670                 |                                                           |                                                                           |
| 27 - Clínica                                       | 28 - Caráter Internação     | 29 - Documento                                            | 30 - Nº do Documento (CNS / CPF) do Profissional Solicitante / Assistente |
| 1-C. Cirúrgica                                     | 05                          | CNS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> |                                                                           |
| 31 - Nome do Profissional Solicitante / Assistente | 32 - Data Solicitação       | 33 - Assinatura e Carimbo (Nº do Registro no Conselho)    | 34 - Assinatura e Carimbo (Nº do Registro no Conselho)                    |
| MAXUELTON ALVES                                    | 29/12/2019                  | Dr. Maxuelton Alves                                       | CRM 156974-1/2019                                                         |

## Preencher em Caso de Causas Externas ( Acidentes ou Violências )

|                                                                                              |                                |                    |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------|------------|
| 35 - ( ) Acidente de trânsito                                                                | 36 - CNPJ da Seguradora        | 37 - Nº do Bilhete | 38 - Série |
| 39 - ( ) Acidente Trabalho Típico                                                            | 40 - CNPJ da Empresa           | 41 - CNAE Empresa  | 42 - CBOR  |
| 43 - ( ) Acidente Trabalho Trajeto                                                           | 44 - Vínculo com a Previdência |                    |            |
| ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Assegurado |                                |                    |            |

## Autorização

|                                                           |                                                                           |                            |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 45 - Nome do Profissional Autorizador                     | 46 - Cód Orgão Emissor                                                    | 47 - Número da Autorização |
|                                                           | M 240940704                                                               |                            |
| 48 - Documento                                            | 49 - Nº do Documento (CNS / CPF) do Profissional Solicitante / Assistente | 50 - Data Solicitação      |
| CNS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> |                                                                           | 29/12/2019                 |
| 51 - Assinatura e Carimbo (Nº do Registro do Conselho)    | 52 - Assinatura e Carimbo (Nº do Registro do Conselho)                    |                            |
|                                                           |                                                                           |                            |





RENATO PAULO DOS SANTOS

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE SUPRA CITADO(A) FOI SUBMETIDO A  
TRATAMENTO CIRÚRGICO EM TÍBIA ESQUERDA (FRATURA) NO  
DIA 24/01/2020, NECESSITANDO DE 120 DIAS DE  
AFASTAMENTO DO TRABALHO.

CID: S82.2

Atenciosamente,

Dr RANIERE NICACIO

CRM RN 7517

Natal, 24 DE JANEIRO de 2020.



**SUS - RN**

**FICHA DE REFERÊNCIA**

Unidade de Origem: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
 PACIENTE: Renato Paulo da Silva Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: M ☐ F ☐ Ocupação: \_\_\_\_\_  
 Nome do Responsável: \_\_\_\_\_

**DADOS CLÍNICOS**

Resumo Clínico: Alteração por acidente no  
Fratura de f. Bm Distal (F)  
 Resultado dos Exames: \_\_\_\_\_  
 Tratamento Já Realizado: \_\_\_\_\_  
 Impressão Diagnóstica: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_ DATA 12/02/2020  
Ranieri Nódio de Medeiros Silva  
Oftalmologista / Traumatologia  
CRM-RN 75177-00016029

**AGENDAMENTO**

Encaminhamento para a Especialidade: Orto Ped  
 Consulta marcada para a Unidade: CON de Paulo Brasil Município: \_\_\_\_\_  
 Para o Dr. Ranieri Nódio de Medeiros Silva às \_\_\_\_\_ horas do dia 12/02/2020  
Oftalmologista / Traumatologia  
CRM-RN 75177-00016029  
41 ou 18

**SUS - RN**

**FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA**

Unidade Referenciada: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
 PACIENTE: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

**ATENÇÃO PRESTADA**

Resumo Clínico: \_\_\_\_\_  
 Resultado dos Exames Realizados: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
 Consulta: \_\_\_\_\_  
 Observações: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Médico \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCRÉCIA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Unidade Mista de Lucrécia

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome: Renato Paulo dos Santos Idade: 30  
End: Rua Vazza Grande Bairro: Zona Rural  
Cidade: Lucrécia RN Sexo: ☒ M ☐ F  
Hora: 5:30 Lucrécia/RN 09 de Dezembro de 2019

História: Do. vítima de acidente motorciclístico  
apresenta dor, edema e deformação de  
M.I.E.

Exame Físico A: VA purúlea ao ambiente  
B: MV+ em AMT, Sat 98%  
C: bulhas cardíacas rítmicas e regulares em DT  
D: glaxos 15, pupilas reacionais fisiológicas.

T.A. 130x90 MMHG Pulso: Respiração Temp:

Diagnóstico Provisório: Trauma Perna E (fratura de Tibia)

Conduta: 1 Voltaren 75mg 3x1  
1 Diclofenaco 4mg 1x1  
3 Imobilizações

Observação de Enfermagem

☐ Retirou-se por decisão Médica

☐ A pedido

☐ A revelia

☐ Óbito Data: / / às hs.

TRANSFERIDO

Do Hospital e Maternidade Maria Laila da Costa

Para: Hospital Regional de

Lucrécia RN

Dra. Rafaelly de Moraes

Medica

CRM/RN - 8650

Médico Carimbo

\_\_\_\_\_  
Chefe de plantão

\_\_\_\_\_  
Responsável



CLÍNICA  
**FISIOESTE**

Remeto P. do Anterior.

Relatório Médico

Paciente atende de rotina  
de modo com dor em  
perna (E). Submetido a  
tratamento cirúrgico da  
hérnia de hiato (E). Em  
reabilitação. Segue orientado  
por fisio.

CID. 5823.

Dr. Maximiliano Alves  
CRM 10.111  
CRM 10.111

22/06/2020

Av. Francisco Costa, Nº 495, Centro, Lucrécia-RN 84 99818-1410  
fisioeste.m@gmail.com Instagram: @fisioeste.rn 84 99673-5770



04/01/20 # FX. DIAFUSA NA RA TÍBIA

PTE EVOLUINDO BEM, SEM DOR, SEM SINAIS DE TVP.

CONDUT: - AGUARDAR CIRCULACAO  
- VPM

Dr. Danilo Carlos de Carvalho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 15.179

02/01/2020 - Paciente em REG sem queixas.

CD = baixo risco cirúrgico

Fabiano Dantas de Carvalho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 15.179

02/01/2020

Paciente com fratura fechada da tíbia, com fíbula em boas condições.

CD = alta hospitalar para o paciente aguardar procedimento cirúrgico em domicílio.

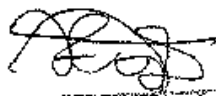
Fabiano Dantas de Carvalho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 15.179

HOSP. DR. CLEODON CARLOS DE ANDRADE

AUTENTICAÇÃO

CONFERE COM O ORIGINAL

PAU DOS FERROS - 02/01/2020



Francisco Filho Costa  
Chefe de Seção de Faturamento  
Pavão N° 0005





# HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 405, Km 03, Bairro Arizond, Pau dos Ferros RN, Telefax (84) 3351 - 9540

## BOLETIM DE URGÊNCIA

|                                                                                                                                            |                      |                                     |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------|----------------|
| Nome: RENATO PAULO DOS SANTOS                                                                                                              |                      | TEL:                                | Nº REG: 440161 |
| Nas 25/05/1989                                                                                                                             | 1-Masculino          | Marital                             | AGRICULTOR     |
| Cert.nasc. <input type="checkbox"/> Titulo <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> RG <input checked="" type="checkbox"/> Nº |                      | 002.771.131                         |                |
| Pai: JOSE FERRIERA DOS SANTOS                                                                                                              |                      | Mãe: RAIMUNDA NEUMA DA COSTA SANTOS |                |
| Endereço: SÍTIO VARZEA GRANDE                                                                                                              |                      | 0 ZONA RURAL                        | LUCRECIA RN    |
| Responsável: CNS- 707 4050 2676 3071                                                                                                       |                      | TEL:                                |                |
| Endereço do Responsável: FONE 84 99835 0099                                                                                                |                      |                                     |                |
| Serviço: Urgência / emergência                                                                                                             |                      | Enfermaria:                         | Leito:         |
| Admissão: 29/12/2019                                                                                                                       | Hora admissão: 08:01 | Data da Alta:                       | Hora da Alta:  |
| Dados Clínicos: PA..... mmHg Pulso:..... Bpm Temp:..... FR.....                                                                            |                      |                                     |                |
| Alega Acidente de Trabalho Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                                                       |                      |                                     |                |
| História - Causa eficiente da Lesão (alegada):<br><i>Tram para fazer a minha<br/>o def meu marido<br/>o + 100 / 100 km/h</i>               |                      |                                     |                |
| Lesões ou afecções encontradas:<br><i>Bo pulmão (E)<br/>co fco engrossado<br/>infarto + SJS KEG</i>                                        |                      |                                     |                |
| DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:                                                                                                                    |                      |                                     |                |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:                                                                                                                    |                      |                                     |                |
| CRM                                                                                                                                        |                      |                                     |                |
| Hora: 08:03                                                                                                                                |                      |                                     |                |





HOSPITAL DR. CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 405 - Km 03 - Bairro Arizona, Pau dos Ferros RN, Telefax (84) 3351-9840

## EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA:

LEITO:

NOME:

Fernando de Souza

IDADE:

REGISTRO:

| DATA     | EVOLUÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                       |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 29/11/19 | <p><u>Dietoterapia</u></p> <p>Fígado de fígado (E) com<br/>neumotórax de intervenção.</p> <p>EP &amp; de neuromuscular.<br/>&amp; + x<br/>&amp; síndrome de Guillain-Barre</p> <p>S. Infarto do S. S. S. R. G. C.</p> |
| 30/11/19 | <p># FX das ossas da perna (E)</p> <p>PETE EVOLUINDO BEM, SEM QUEIXAS,<br/>SEM SINAIS DE TVP. EM USO DE TALA<br/>+ CBO no MIE.</p> <p>Conduta: - VPM<br/>- AVALIAÇÃO CLÍNICA</p>                                      |
| 12/12    | <p># FX das ossas da perna (E)</p> <p>PETE BEM, SEM QUEIXAS, SEM TVP</p> <p>Conduta: - AVALIAÇÃO CLÍNICA<br/>- VPM</p>                                                                                                |

Dr. Danilo José de Paiva  
Ortopedia e Traumatologia

Dr. Danilo José de Paiva  
Ortopedia e Traumatologia



# HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 405, Km 03, Bairro Arizona, Pau dos Ferros RN, Telefax (84) 3351-9840

## PRONTUÁRIO MÉDICO PARA INTERNAÇÃO

|                                            |             |         |                                             |                                                                                                                                            |                         |
|--------------------------------------------|-------------|---------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Nome: RENATO PAULO DOS SANTOS              |             |         |                                             | PRONT: 98563                                                                                                                               |                         |
| Nas 25/05/1989                             | 1-Masculino | Marital | AGRICULTOR                                  | Cert.nasc. <input type="checkbox"/> Título <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> RG <input checked="" type="checkbox"/> Nº | 002.771.131             |
| Pai: JOSE FERRIERA DOS SANTOS              |             |         | Mãe: RAIMUNDA NEUMA DA COSTA SANTOS         |                                                                                                                                            |                         |
| Endereço: SÍTIO VARZEA GRANDE              |             |         | 0 ZONA RURAL                                |                                                                                                                                            |                         |
| Cidade: LUCRECIA                           |             |         | UF: RN Responsável: CNS- 707 4050 2676 3071 |                                                                                                                                            |                         |
| Endereço do Responsável FONE 84 99835 0099 |             |         |                                             |                                                                                                                                            |                         |
| Serviço: 1 -C. Cirúrgica                   |             |         | Enfermaria 14                               |                                                                                                                                            | Leito: B                |
| Admissão: 29/12/2019                       |             |         | Data da Alta: 02.01.20                      |                                                                                                                                            | Dias de Permanência: 04 |
| Diag Inicial:                              |             |         |                                             |                                                                                                                                            |                         |
| Diag Principal:                            |             |         |                                             |                                                                                                                                            |                         |

Sumário de história Clínica, exame e tratamento

*Tratado pelo Dr. (E)*

Complicações:

Complicações de alta:

Causa imediata do óbito:

Hora:

10:28

MAXUELTON ALVES  
Médico: CRM 15233  
CPF



| Unico de Saúde                                                                               |  | da Saúde                                                                  |  | <b>INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>                              |  |                                                                               |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>                                             |  |                                                                           |  |                                                           |  |                                                                               |  |
| 1 - Identificação do Estabelecimento Solicitante                                             |  |                                                                           |  | 2 - CNES                                                  |  |                                                                               |  |
| 3 - Identificação do Estabelecimento Executante                                              |  |                                                                           |  | 4 - CNES                                                  |  |                                                                               |  |
| Hospital Dr. Cleodon Carlos de Andrade                                                       |  |                                                                           |  | 2 4 0 9 2 7 5                                             |  |                                                                               |  |
| <b>Identificação do Paciente</b>                                                             |  |                                                                           |  |                                                           |  |                                                                               |  |
| 5 - Nome do Paciente                                                                         |  |                                                                           |  | 6 - Documento                                             |  | 6 - Nº do prontuário:                                                         |  |
| RENATO PAULO DOS SANTOS                                                                      |  |                                                                           |  | 002.771.131                                               |  | 98563                                                                         |  |
| 7 - Cartão Nacional de Saúde                                                                 |  |                                                                           |  | 8 - Data de Nascimento                                    |  | 9 - Sexo                                                                      |  |
| 0                                                                                            |  |                                                                           |  | 25/05/1989                                                |  | 1-Masculino                                                                   |  |
| 10 - Nome da Mãe ou Responsável                                                              |  |                                                                           |  | 11 - Telefone de Contato                                  |  |                                                                               |  |
| RAIMUNDA NEUMA DA COSTA SANTOS                                                               |  |                                                                           |  |                                                           |  |                                                                               |  |
| 12 - Endereço ( Rua, Nº, Bairro )                                                            |  |                                                                           |  | 14 - Código IBGE Município                                |  | 15 - UF                                                                       |  |
| SITIO VARZEA GRANDE                                                                          |  |                                                                           |  | 0                                                         |  | ZONA RURAL                                                                    |  |
| 13 - Município de Residência                                                                 |  |                                                                           |  | 16 - CEP                                                  |  | 17 - UF                                                                       |  |
| LUCRECIA                                                                                     |  |                                                                           |  | 59-805-000                                                |  | RN                                                                            |  |
| <b>Justificativa da Internação</b>                                                           |  |                                                                           |  |                                                           |  |                                                                               |  |
| 17 - Principais Sinais e Sintomas                                                            |  |                                                                           |  |                                                           |  |                                                                               |  |
| Fim de vida (G)                                                                              |  |                                                                           |  |                                                           |  |                                                                               |  |
| 18 - Condições que Justificam a Internação                                                   |  |                                                                           |  |                                                           |  |                                                                               |  |
| Fim de vida                                                                                  |  |                                                                           |  |                                                           |  |                                                                               |  |
| 19 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados)          |  |                                                                           |  |                                                           |  |                                                                               |  |
| N/A                                                                                          |  |                                                                           |  |                                                           |  |                                                                               |  |
| 20 - Diagnóstico Inicial                                                                     |  | 21 - CID 10 Principal                                                     |  | 22 - CID 10 Secundário                                    |  | 23 - CID 10 Causa Associadas                                                  |  |
| Fim de vida (G)                                                                              |  | S822                                                                      |  | Y848                                                      |  |                                                                               |  |
| <b>Procedimento Solicitado</b>                                                               |  |                                                                           |  |                                                           |  |                                                                               |  |
| 24 - Descrição do Procedimento Solicitado                                                    |  |                                                                           |  | 25 - Código do Procedimento                               |  |                                                                               |  |
| Cirurgia de Fim de vida (G)                                                                  |  |                                                                           |  | 10301060070                                               |  |                                                                               |  |
| 26 - Clínica                                                                                 |  | 27 - Caráter Internação                                                   |  | 28 - Documento                                            |  | 29 - Nº do Documento (CNS / CPF) do Profissional Solicitante / Assistente     |  |
| 1 - C. Cirúrgica                                                                             |  | 05                                                                        |  | CNS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> |  |                                                                               |  |
| 30 - Nome do Profissional Solicitante / Assistente                                           |  |                                                                           |  | 31 - Data Solicitação                                     |  | 32 - Assinatura e Carimbo (Nº do Registro no Conselho)                        |  |
| MAXUELTON ALVES                                                                              |  |                                                                           |  | 29/12/2019                                                |  | Dr. Maxuelton Alves<br>CRM/RN 7569 T5A<br>Médico de Traumatologia e Ortopedia |  |
| <b>Preencher em Caso de Causas Externas ( Acidentes ou Violências )</b>                      |  |                                                                           |  |                                                           |  |                                                                               |  |
| 33 - ( ) Acidente de trânsito                                                                |  | 36 - CNPJ da Seguradora                                                   |  |                                                           |  | 37 - Nº do Bilhete                                                            |  |
| 34 - ( ) Acidente Trabalho Típico                                                            |  | 39 - CNPJ da Empresa                                                      |  |                                                           |  | 40 - CNAE Empresa                                                             |  |
| 35 - ( ) Acidente Trabalho Trajeto                                                           |  |                                                                           |  |                                                           |  | 41 - CBOR                                                                     |  |
| 42 - Vínculo com a Previdência                                                               |  |                                                                           |  |                                                           |  |                                                                               |  |
| ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Assegurado |  |                                                                           |  |                                                           |  |                                                                               |  |
| <b>Autorização</b>                                                                           |  |                                                                           |  |                                                           |  |                                                                               |  |
| 43 - Nome do Profissional Autorizador                                                        |  |                                                                           |  | 44 - Cód Orgão Emissor                                    |  | Número da Autorização                                                         |  |
|                                                                                              |  |                                                                           |  | M 240940704                                               |  |                                                                               |  |
| 45 - Documento                                                                               |  | 46 - Nº do Documento (CNS / CPF) do Profissional Solicitante / Assistente |  |                                                           |  |                                                                               |  |
| CNS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>                                    |  |                                                                           |  |                                                           |  |                                                                               |  |
| 47 - Data Solicitação                                                                        |  | 48 - Assinatura e Carimbo (Nº do Registro do Conselho)                    |  |                                                           |  |                                                                               |  |
|                                                                                              |  | 29/12/2019                                                                |  |                                                           |  |                                                                               |  |





PRONTOCLÍNICA E MATERNIDADE  
Dr. Paulo Gurgel

Rua Monte Sinai, 1048 - Capim Macio - CEP 59078-360

CNPJ 09.417.742/0001-91

FONE: (84) 4008-5000

RENATO PAULO DOS SANTOS

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE SUPRA CITADO(A) FOI SUBMETIDO A  
TRATAMENTO CIRÚRGICO EM TÍBIA ESQUERDA (FRATURA) NO  
DIA 24/01/2020, NECESSITANDO DE 120 DIAS DE  
AFASTAMENTO DO TRABALHO.

CID: S82.2

Atenciosamente,

Dr RANIERE NICACIO

CRM RN 7517

Natal, 24 DE JANEIRO de 2020.



**SUS - RN****FICHA DE REFERÊNCIA**

Unidade de Origem: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
PACIENTE: Renato Paulo da Silva Prontuário: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: M ☐ F ☐ Ocupação: \_\_\_\_\_  
Nome do Responsável: \_\_\_\_\_

**DADOS CLÍNICOS**

Resumo Clínico: Retorno por observação  
Resultado dos Exames: Fratura de 1<sup>o</sup> Bm Distal (E)  
Tratamento já Realizado: \_\_\_\_\_  
Impressão Diagnóstica: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
Ranieri Nicácio de Medeiros Silva 18 / 02 / 2020  
Ortopedia / Traumatologia CRM DATA  
CRM-RN 7517700116029

**AGENDAMENTO**

Encaminhamento para a Especialidade Ortopedia  
Consulta marcada para a Unidade CON de Paulo Sérgio Município: \_\_\_\_\_  
Para o Dr. Ranieri Nicácio de Medeiros Silva às \_\_\_\_\_ horas do dia 18 / 02 / 2020  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-RN 7517700116029

**SUS - RN****FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA**

Unidade Referenciada: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
PACIENTE: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

**ATENÇÃO PRESTADA**

Resumo Clínico: \_\_\_\_\_  
Resultado dos Exames Realizados: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
Consulta: \_\_\_\_\_  
Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Médico CRM DATA





Nome: Renato Paulo dos Santos Idade: 30  
End: 44 Vozes Grandes Bairro: Zona Rural  
Cidade: Lucrécia RN Sexo: ☒ M ( ) F  
Hora: 5:30 Lucrécia/RN, 09 de Dezembro de 2019

Exame Físico A. VA pirada ao de ombante  
B. MV+ em AH T, Sat 98;  
C. bulhas cardíacas rítmicas e regulares em 2 T  
D. Glasgow 15, pupilas reativas fotométricas

Diagnóstico Provisório: Trauma Pérra E (fratura de Tibia E)

Conduta 1) Voltaren 75mg 5H  
2) Dexametasona 4mg 12h 5H  
3) Mobilizag 20

### Observação de Enfermagem

- ( ) Retirou-se por decisão Médica  
( ) A pedido  
( ) À revelia  
( ) Óbito
- Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**TRANSFERIDO**

Do Hospital e Maternidade Maria Lalá da Costa

Para: Hospital Regional de

Dra. Rafaelly de Moraes  
Medica

Médico Carimbo

**Chefe de plantão**

|             |  |
|-------------|--|
| Responsável |  |
|-------------|--|



ASL-0186924/20  
alcimaria.lima.pd.2156  
12/08/2020 10:06:25

CLÍNICA

**FISIOESTE**

Remeto P. do Sinto.

Relatório Médico

Paciente com história de queda  
de cabeça com dor em  
perna (L). Submetido a  
tratamento cirúrgico da  
perna de tibia (L). Em  
reabilitação. Surto oportunista  
por 90 dias.  
CID: S82.3

Dr. Maxuilton Alves  
CRM: 10.000/2010  
CBO: 312.01.00

Av. Francisco Costa, Nº 495, Centro, Lucrécia-RN 84 99818-1410  
fisioeste.rn@gmail.com Instagram: @fisioeste.rn 84 99673-5770



01/01/20 II FX. DIAFISARIA DA TÍBIA

PTE EVOLUINDO BEM, SEM DOR, SEM SINAIS DE TVP.

CONTAT: - AGUARDAR CIRCULÇÃO  
- VPN

Dr. Danilo de Paiva  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 6872

02/01/2020 - Paciente em BESS sem feixes.

CD = Relativo risco cirúrgico

Fabiano Dantas de Carvalho  
Ortopedia e Traumatologia  
TEOT: 15176  
CRM: 6872

02/01/2020

Paciente com fratura fechada da tíbia com feixe em boas condições.

CD = alta hospitalar para o paciente aguardar procedimentos cirúrgicos em domicílio.

Fabiano Dantas de Carvalho  
Ortopedia e Traumatologia  
TEOT: 15176  
CRM: 6872

HOSP. DR. CLEODON CARLOS DE ANDRADE

AUTENTICAÇÃO

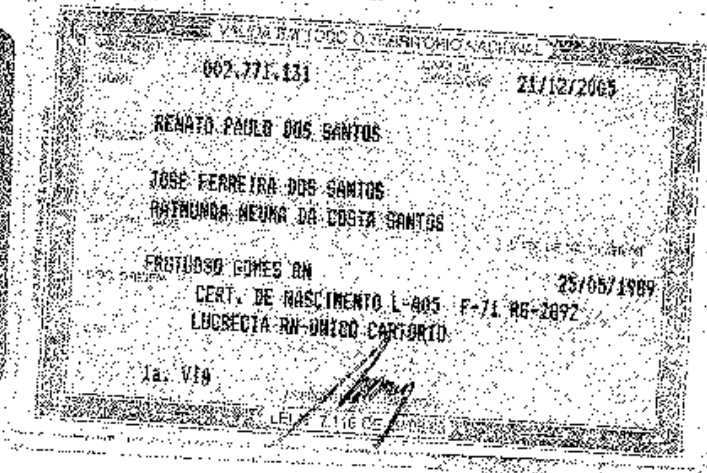
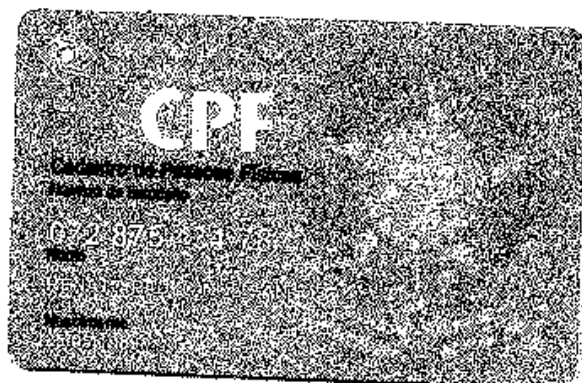
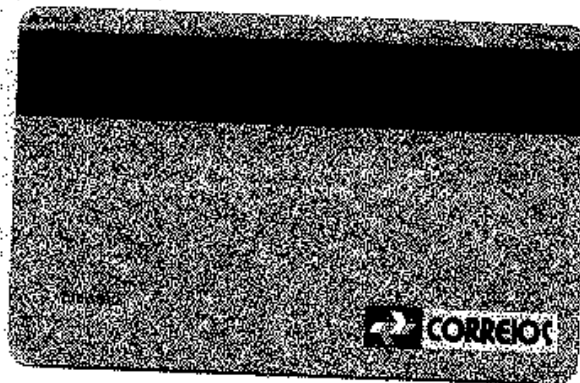
CONFERE COM O ORIGINAL

PAU DOS FERROS - RN 20/01/2020

Francisco Neto Costa

Chefe de Seção de Faturamento  
Portais N° 05/05





## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Renato Paulo dos Santos, brasileiro(a),  
estado civil: União Estável, Profissão: Agricultor, Data do Acidente: 29/12/2019,  
Cobertura invalides, portador(a) do RG 002771131, órgão expedidor  
SSP/RN e do CPF: 072.875.434-78, residente no(a)  
Sítio Várzea Grande, nº s/n,  
bairro: Zona Rural, município: Lucrécia, RN.

### OUTORGADO:

Nome: Odineide Suassuna Dias Moura, brasileiro(a)  
estado civil: solteira, Profissão: Advogada, portador(a) do RG  
002585997, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 065.107.534-30, residente  
no(a) Rua Chiquinho Galdino, nº 172,  
bairro: Centro, município: Lucrécia, 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 DPVAT, 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.

Lucrécia, 02 de julho de 2020.  
Local e Data

x Renato Paulo dos Santos  
Assinatura do Outorgante  
(Reconhecer firma por autenticidade)



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0186924/20

**Vítima:** RENATO PAULO DOS SANTOS

**CPF:** 072.875.434-78

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**Data do acidente:** 29/12/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** RENATO PAULO DOS SANTOS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### EDINEIDE SUASSUNA DIAS MOURA : 065.107.534-30

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

#### RENATO PAULO DOS SANTOS : 072.875.434-78

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/07/2020  
Nome: EDINEIDE SUASSUNA DIAS MOURA  
CPF: 065.107.534-30

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/07/2020  
Nome: ALCIMARIA DA SILVA LIMA  
CPF: 055.466.984-62

EDINEIDE SUASSUNA DIAS MOURA

ALCIMARIA DA SILVA LIMA

