



Número: **0865831-64.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **19ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **03/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado
GILBERTO FELIX BARBOSA (AUTOR)		ERIC TORQUATO NOGUEIRA (ADVOGADO) CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO (ADVOGADO) BRUNO HENRIQUE CORTEZ DE PAULA (ADVOGADO)
MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A. (RÉU)		
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
64745 363	26/01/2021 15:34	<u>2779608_CONTESTACAO_Anexo_04</u>
		Outros documentos



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

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200336808 **Vítima: GILBERTO FELIX BARBOSA**

Data do Acidente: 10/05/2020 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: AURICEA MELO BEZERRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a). GILBERTO FELIX BARBOSA

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-DRVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 16146722



pag. 00589/00590 - carta 01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 26/01/2021 15:34:09
<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012615340907200000062021297>
Número do documento: 21012615340907200000062021297

Núm. 64745363 - Pág. 1



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, 08 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200336808 Vítima: GILBERTO FELIX BARBOSA

Data do Acidente: 10/05/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AURICEA MELO BEZERRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILBERTO FELIX BARBOSA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
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

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: GILBERTO FELIX BARBOSA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000759

Conta: 000009377-2

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,





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, 20 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200336808 Vítima: GILBERTO FELIX BARBOSA

Data do Acidente: 10/05/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AURICEA MELO BEZERRA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILBERTO FELIX BARBOSA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 20/10/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



Pag. 01455/01456 - carta 09 - INVALIDEZ

Carta n° 167233568



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 26/01/2021 15:34:09
<https://pjef1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012615340907200000062021297>
Número do documento: 21012615340907200000062021297

Num. 64745363 - Pág. 3



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:

619.742-344-87 | Gilberto Felix Barbosa

Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Gilberto Felix Barbosa

6 - CPF:

619.742-344-87

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

R- Nossa Sra. de Fátima

9 - Número:

21

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Baixa Delmira

12 - Cidade:

Mossoró

13 - Estado:

14 - CEP:

59644-600

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE A 18 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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa Econômica

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: 0759

CONTA: 9377

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 IMI, 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

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima teve

nascituro (vai nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha Irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

Sim

Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não autenticado

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

38 - 1^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Mayo 19-09-2020
Gilberto Felix Barbosa

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

NÃO AUTENTICADO

TESTEMUNHAS

Nº do documento: 21012615340907200000062021297

Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 26/01/2021 15:34:09

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012615340907200000062021297

Num. 64745363 - Pág. 4

Fis: 1
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PÓLICIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL DE PARNAMIRIM

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00053291/2020-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/09/2020 09:16:22 Data/Hora Fim: 14/09/2020 09:16:21

Origem:

Delegado de Polícia: Carlos Alberto Gonçalves Brandão Júnior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: 2º Distrito Policial de Parnamirim

Data/Hora do Fato: 10/05/2020 16:00 (Hora Aproximada)

Local do Fato

Município: Parnamirim (RN)

Bairro: Nova Parnamirim

Logradouro: AVENIDA AIRTON SENA

Nº: SN

Ponto de Referência: CRUZAMENTO COM A AVENIDA ABEL CABRAL

Tipo do Local: Zona Urbana

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Nome Civil: GILBERTO FELIX BARBOSA (VITIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 06/03/1969 Idade: 51

Profissão: Motorista

Estado Civil: Sem Informação

Naturalidade: João Câmara - RN

Nome da Mãe: MARIA OLINDINA FELIX

Nome do Pai: PEDRO BARBOSA

Documento(s)

RG: 1062513

CPF: 619.742.344-87

Endereço

Município: Mossoró - RN

Nº: 421

Logradouro: R N Sra de Fátima

CEP: 59.614-600

Bairro: Santa Delmira

Telefone: (84) 99626-4999 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Véiculo	Subgrupo Ciclomotor
Descrição MOTOCICLETA	CPF/CNPJ do Proprietário 100.548.244-60
Placa NNY7632	Renavam 00308116070
Número do Motor KC16E7B357206	Número do Chassi 9C2KC1670BR357206
Ano/Modelo Fabricação 2011/2011	Cor PRETA
UF Véiculo RN	Município Véiculo Macaíba



Impresso por: Rodeval Francisco de Sales

Data de Impressão: 14/09/2020 09:17:52

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Fls: 2

Visto:



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PÓLICIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL DE PARNAMIRIM

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00053291/2020-A01

Marca/Modelo	HONDA/CG 150 FAN ESI	Véhculo Adulterado?	Não
Situação	Malo Empregado, Envolvido	Última Atualização Dentran	28/05/2020
Situação do Véhculo	NADA CONSTA		
Nome Envolvido	Envolvidos		
GILBERTO FELIX BARBOSA	Possuidor		

RELATO/HISTÓRICO

O DECLARANTE COMPARCEU A ESTA DP NA DATA DE HOJE E INFORMOU QUE EM DATA,HORA E LOCAL SUPRACITADOS CONDUZIA A MOTOCICLETA NNY 7632 E AO PASSAR NO SEMÁFORO, FOI ATINGIDO POR UM VEHÍCULO DE DADOS NÃO IDENTIFICADOS;QUE COM O IMPACTO DA BATIDA FOI ARREMESSADO AO SOLO,TENDO SIDO SOCORRIDO PELO SAMU(3298761)E CONDUZIDO AO PRONTO SOCORRO DO HOSPITAL CLÓVIS SARINHO EM NATAL/RN(BAU 21509/2020),TENDO SIDO SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NO OMBRO ESQUERDO E TORNOCÉLO ESQUERDO;DEPOIS,NADA MAIS DISSE.

ASSINATURAS

Rodeval Francisco de Sales
Agente de Polícia
Matrícula 194.314-8
Responsável pelo Abandono

GILBERTO FELIX BARBOSA
Vítima, Comunicante

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assinadas e deixo constar que fui eu quem respondo(a) diante deste documento e empenho-me para prestar declaração que del sejam, conforme prevista nos Artigos 339-Denúncia Colateral e 340-Comunicação Pública de Crimes ou de Constituição do Débito Penal Brasileiro.



Impresso por: Rodeval Francisco de Sales
Data de Impressão: 14/09/2020 09:17:52

Página 2 de 2
PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 26/01/2021 15:34:09
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012615340907200000062021297>
Número do documento: 21012615340907200000062021297

Num. 64745363 - Pág. 6



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: **5 - CPF da vítima:** **619.742-344-87** **Nome completo da vítima:** **Gilberto Felix Barbosa**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	Gilberto Felix Barbosa	6 - CPF:	619.742-344-87
7 - Profissão:	Técico	8 - Endereço:	R- Nossa Sra. de Fátima
9 - Número:	21	10 - Complemento:	
11 - Bairro:	Bento Delmário	12 - Cidade:	Mossoró
13 - Estado:	14 - CEP: 59644-600		
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: **19 - Profissão do Representante Legal:**

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: **0759** CONTA: **9377** **2**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: **Caixa Econômica**

AGÊNCIA: **0759** CONTA: **9377** **2**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 IMI, 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: 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 **29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:** **30 - Vítima teve nascituro (vai nascer)?** Sim **31 - Vítima teve irmãos?** Sim **32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos: Falecidos:** **33 - Vítima deixou pais/avós vivos?** Sim Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não satisfeita

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

38 - 1^a | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2^a | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, **Mayo 19-09-2020**

Gilberto Felix Barbosa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



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: 02/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILBERTO FELIX BARBOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00759

CONTA: 00000009377-2

Nr. da Autenticação B0A1E6C0E87DE848



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 26/01/2021 15:34:09
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012615340907200000062021297>
Número do documento: 21012615340907200000062021297

Num. 64745363 - Pág. 8



COSERN

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

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mermoz, 150, Baldo, Natal - RN. CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

AURICEA MELO BEZERRA

CPF: 626 068 674-91

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA NOSSA SENHORA DE FÁTIMA 421
PROMORAR

SANTA DELMIRA/AREA URBANA
MOSSORÓ RN
59614-600

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	MÊS/ANO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
047376839	ÚNICA	26/08/2020	08/09/2020	08/2020	25/09/2020
APRESENTAÇÃO	Nº DO CUENTA	Nº DA INSTALAÇÃO	TOTAL A PAGAR (R\$)		
26/08/2020	3000305140	580200	106,80		

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	138.0000000	0,36942853	50,98
Consumo Ativo(kWh)-TE	138.0000000	0,32126015	44,33
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,58
Multa por atraso-NF 045844836 - 27/07/20			2,15
Juros por atraso-NF 045844836 - 27/07/20			0,39
Atualização IGPM-NF 045844836 - 27/07/20			0,72
Compensação DMIC 06/20			-0,35

TOTAL DA FATURA

106,80

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUALIZADA	DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
2160842443	CAT	27/07/2020	6593,00		26/08/2020	8731,00	30	1.00000		138,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MES (ANO) kWh	
AGO 20	138
JUL 20	163
JUN 20	139
MAI 20	132
ABR 20	158
MAR 20	138
FEB 20	146

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO
ICMS	95,31	10,00	9,53
PIS	95,31	1,00	1,00
COFINS	95,31	5,00	5,40

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R\$ 32,19	33,77%
Transmissão	R\$ 4,41	4,63%
Distribuição (Cosern)	R\$ 23,86	25,03%
Perdas de Energia	R\$ 6,02	6,32%
Encargos Sectoriais	R\$ 5,08	5,33%
Tributos	R\$ 23,75	24,92%
Total	R\$ 95,31	100%

Consumo Ativo(kWh)
Consumo Ativo(kWh)

TAXAS APLICADAS

0,27733000
0,24417000

Digitalizado com CamScanner





COSERN

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

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mermoz, 150, Baldo, Natal - RN. CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

AURICEA MELO BEZERRA

CPF: 626 068 674-91

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA NOSSA SENHORA DE FÁTIMA 421
PROMORAR

SANTA DELMIRA/AREA URBANA
MOSSORÓ RN
59614-600

CONTAGRATO	MÊS/ANO		
0528801013	08/2020		
APRESENTAÇÃO	Nº DO CUENTO	Nº DA INSTALAÇÃO	TOTAL A PAGAR (R\$)
26/08/2020	3000305140	580200	106,80

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	138.0000000	0,36942853	50,98
Consumo Ativo(kWh)-TE	138.0000000	0,32126015	44,33
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,58
Multa por atraso-NF 045844836 - 27/07/20			2,15
Juros por atraso-NF 045844836 - 27/07/20			0,39
Atualização IGPM-NF 045844836 - 27/07/20			0,72
Compensação DMIC 06/20			-0,35

TOTAL DA FATURA

106,80

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
2160842443	CAT	27/07/2020	6593,00	8731,00	30	1,00000		138,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MES (ANO) kWh	
AGO 20 138	
JUL 20 163	
JUN 20 139	
MAI 20 132	
ABR 20 158	
MAR 20 138	
FEB 20 146	

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS
PIS
COFINS

BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO
95,31	10,00	9,53
95,31	1,00	1,00
95,31	0,00	0,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R\$ 32,19	33,77%
Transmissão	R\$ 4,41	4,63%
Distribuição (Cosern)	R\$ 23,86	25,03%
Perdas de Energia	R\$ 6,02	6,32%
Encargos Sectoriais	R\$ 5,08	5,33%
Tributos	R\$ 23,75	24,92%
Total	R\$ 95,31	100%

Consumo Ativo(kWh)
Consumo Ativo(kWh)

0,27733000
0,24117000

Digitalizado com CamScanner





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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1396 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Alicícia Melo Bezerra

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 626-068-674 , 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Gilberto Felix Barboza Inscrito (a) no CPF sob o N° 619-742-344 , 87

do sinistro de DPVAT cobertura Individual da Vítima Gilberto Felix Barboza

Inscrito (a) no CPF sob o N° 619-742-344 , 87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 Nossa Senhora de Fátima</u>	Número:	<u>421</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Bento Alencar</u>	Cidade:	<u>Manaus</u>	Estado:
E-mail:				CEP: <u>69044-600</u>

Local e Data:

Manaus 14-09-2020

Alicícia Melo Bezerra
Assinatura do Declarante



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 21509 /2020

Admissão: 10/05/2020 17:36:26

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

Paciente: 173254 - GILBERTO FÉLIX BARBOSA (51 a 5 m 11 d)

Nascimento: 06/03/1969 Natural: NATAL, BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: 706705567994912 CPF: 61974234487 Prof:
Mãe: MARIA OLINDINA FELIX Pai: PEDRO BARBOSA
Logradouro: SAO JOAO, 30
CEP: 59072410 Bairro: FELIPE CAMARÃO Cidade: NATAL
Telefone: 84 987084605 Compl:

Motivo: ACIDENTE DE TRANSITO - MOTO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL *Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 10/05/2020 17:33:33

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

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISAO MOTO CARRO COM DOR EM OMBRO ESQUERDO
Hora: _____

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A

B

C

D

E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: 10/05/2020 21:33:15 - INTERNADO

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por UZIMAR PEREIRA VALE. Impresso em 17 de Agosto de 2020.



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

PARE007_R - Evolução do Paciente

Período 10/05/2020 17:36aà17/08/2020 23:59:00

Página 1 de 1

BAA: 21509/2020 Paciente: GILBERTO FELIX BARBOSA

17/08/2020 13:37

Data/Hora: 10/05/2020 21:01 Usuário: GUSTAVO MONTENEGRO SOARES Idade na data: 51 anos 2 meses 4 dias

Evolução:

fratura de ueo proximal e tornozelo esq

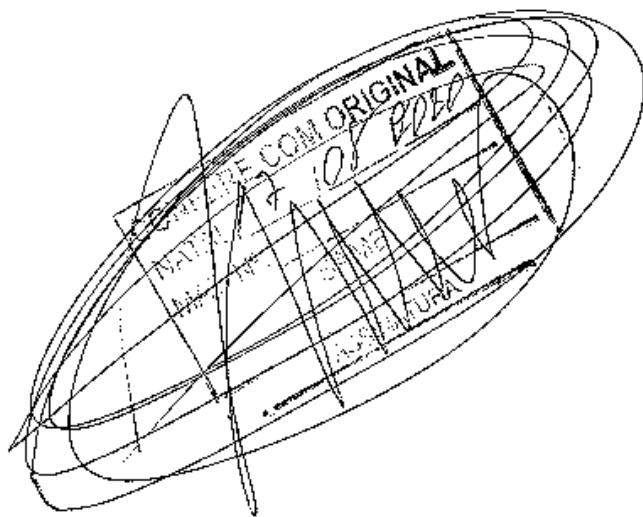
nega cormobidades

aps 12 hs averiguar edema em tnz

feio aih

GUSTAVO MONTENEGRO SOARES

CRM 5410 / RN





Paciente: 173254 - GILBERTO FELIX BARBOSA

BAA: 4-21509/2020

Idade: 51 ano(s) 5 mes(es) e 11 dia(s)

Nr. Arquivo:

Peso:

Prescrição Nº: 1

Data Atendimento: 10/05/2020 17:36

Início Validade: 10/05/2020 21:01 até 11/05/2020 18:59

Sala: POLITRAUMA

Hospital / Unidade: WG - POLITRAUMA

Convênio: SUS/GRATUITO

Médico Resp.: 125-GUSTAVO MONTENEGRO SOARES

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

10/05/2020 21:01:40 - fratura de ueo proximal e tornozelo esq
 nega cormobidades
 aps 12 hs averiguar edema em tnz
 feio aih

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - LIVRE						
MEDICAMENTO						
2 - DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2 ML Diluição: 18ml SF0,9%	1	AMP	IV	6h/6h		
3 - TRAMADOL 50MG/ML - 2ML	1	AMP	IV	8h/8h		
4 - RANITIDINA 25MG/ML - 2 ML Diluição: 16ml SF0,9%	1	AMP	IV	12h/12h		
5 - ENOXAPARINA 40MG/0,4 ML SC	1	SER	SC	24h/24h		
6 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML S/N vômitos/na	1	AMP	IV	8h/8h		
CUIDADOS						
7 - SSVV + CCGG						

GUSTAVO MONTENEGRO SOARES

CRM-5410/RN



	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	ANEXO I			
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR						
Identificação do Estabelecimento de Saúde						
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DO SOLICITANTE			2 - CNPJ			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES			
Identificação do Paciente						
5 - NOME DO PACIENTE			6 - N° DO PRONTUÁRIO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CRNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO			9 - SEXO
						Masc. <input type="checkbox"/> Fêmea <input checked="" type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE			11 - TELEFONE DE CONTATO Nº 20 - CELULAR			12 - TELEFONE DE CONTATO Nº 21 - FONE DE
			DDD			DDD
13 - NOME DO RESPONSÁVEL			14 - TELEFONE DE CONTATO Nº 22 - FONE DE			
15 - ENDERECO (RUA, Nº, BAIRRO)			16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			17 - COD. ISGE MUNICÍPIO
						18 - UF
						19 - CEP
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO						
20 - PRINCIPAIS SÍMOS E SINTOMAS C/ ÍNICIOS						
<p>Presença constante de dor intensa na face direita da mandíbula, apresentando-se de forma intensa e dolorosa, com sensação de aperto, associada à TMD. Foram observadas crises de dor intensa e frequente durante a noite.</p>						
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO						
<p>Presença de febre alta e dor intensa na face direita.</p>						
22 - PRINCIPAIS RESULTADO DE PROVOS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)						
<p>Exames de sangue</p>						
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL		24 - CID 10 PRINCIPAL		25 - CID 10 SECUNDARIO		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
Fibrose cística		S00				
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO						
28 - CODIGO DO PROCEDIMENTO						
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		31 - DOCUMENTO (CNS/CPI) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPI) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
() CNS () CPF						
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO		35 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		36 - N° DO BILHETE
						423
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)						
37 - 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO		38 - 1 - ACIDENTE TRABALHOTÍPICO		39 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - N° DO BILHETE
() EMPREGADO () EMPREGADOR		() AUTÔNOMO		() DESMERMÉDICO		41 - SÉRIE
() VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				() APOSENTADO		() NÃO SEGUADO
AUTORIZAÇÃO						
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		46 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR		52 - AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
() CNS () CPF						
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO / N° DE REGISTRO DO CONSELHO		53 - DATA		
HRBML / SESAP CONFIRA O ORIGINAL <i>Paraná - RN</i>						
<i>Mat. 201298</i>						





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL ESTADUAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



Paciente: **173254 GILBERTO FELIX BARBOSA**

Nascimento: 06/03/1969 Idade: 51 ano(s) 5 mes(es) 1 Natural: RN NATAL

Sexo: Masculino

CNS: 706705567994912 CPF: 61974234487

Cor: PARDA

Prof:

Mãe: MARIA OLINDINA FELIX

Pai: PEDRO BARBOSA

Endereço: RUA SAO JOAO, 30 - FELIPE CAMARÃO - NATAL

Cidade: RN NATAL

CEP: 59072-410 Telefone: (84) 987084605

BOLETIM Nº: 21509/2020

Sala Inicial: **POLITRAUMA**

Triagem:

Admissão: 10/05/2020 17:36

Boletim: 10/05/2020 20:55

Motivo: ACIDENTE DE TRANSITO - MOTO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

Queixa:

Observação:

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente alega acidente de trabalho? Sim Não Profissão e Empresa:

Notif. de viol. interpessoal/autoagressão: Sim Não

relata acidente de moto

dor e ombro esdq tnz sq

Alergia:

Medicação em uso:

EXAME FÍSICO

edema em tnz esq

Solicito exames :

Profissional: **GUSTAVO MONTENEGRO SOARES**

CRM: RN 5410

Saída: ()Liberação Médica; ()Revela; ()Internação; ()Óbito c/Declar; ()Óbito SVO/ITEP; ()Transferido para: _____

Data e Hora da Saída: ____/____/2019 ____:

Médico:





PRESCRIÇÃO MÉDICA - TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: GILBERTO FELIX BARBOSA. - ID.: 51 ANOS

DATA: 30/05/20

AD. : 14/04/20

ORTOPEDIA I

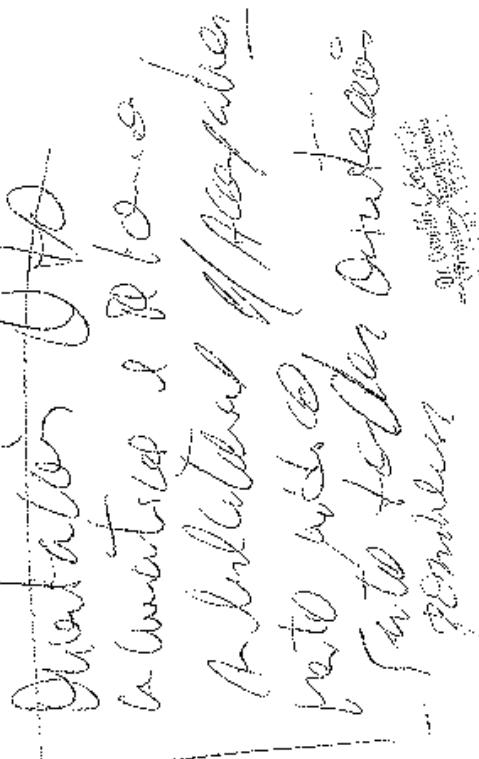
LEITO 26

A.D. : 14/04/20

1	DIETA LAXATIVA
2	CEFAZOLINA 1G + ABD EV 6/6H
3	DIAZEPAN 5 MG - 02 COMP VO À NOITE
4	TRAMAL 50 MG - 01 AMP ,EV, 8/8H
5	DIPIRONA 1 AMP + ABD EV 6/6H
6	ENOKOPARINA 40 MG - 01 AMP SC, 1X/DIA
7	OMEPRAZOL 40 MG - 01 COMP,VO, 1X/DIA PELA MANHÃ
8	ÓLEO MÍNERAL 10 ML ,VO, 3X/DIA
9	MUDANÇA DE DECUBITO DE 3/3H// CABECEIRA ELEVADA
10	LIMPEZA DE ESCORIACÕES COM SF 0,9% 3X/DIA
11	TRATIL 40 MG -01 AMP + ABD EV 1X/DIA
12	CURATIVO DIÁRIO
	SSVV CCGG

CD: MANTER ATB POR 24 HORAS, ALTA NO SÁBADO COM ORIENTAÇÕES PARA ACOMPANHAMENTO NO AMBULATÓRIO DE DR. STANISLAW NAS QUARTAS-TARDE

HRDML / SESAP
CONFERI C/D ORIGINAL
Parnamirim-RN
15/06/2000
Mai...
Mai...



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 26/01/2021 15:34:09

Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHINCHILLA TESON LINHARES - 26/07/2021 13:34:39
<https://pie1q.tirn.jus.br:443/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012615340907200000062021297>

Número do documento: 21012615340907200000062021287

Num. 64745363 - Pág. 18



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

HRDML / SESAP
CONFERI C/O ORIGINAL
Permitiram - RA 10/10/2010
hesi Dm 10/10/2010
Mat 10/10/2010



Al. -> Maria Olinda da Felix

RG - 406705564994912



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA

PARNAMIRIM /RN

Tlf 98108484

RG 001.062.513

CPF 619.742.3448-7

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA 23 N° Ortopedia

NOME: Gilberto Felix Bonfim

IDADE: 06.03.1966 CORPOSCO: SEXO: M ESTADO CIVIL: casado

NATURALIDADE: (VOC) Pernambuco PROFISSÃO: Taxista PROCEDÊNCIA:

ENDERECO: Rua S. JUAN N.º 30 BARRA: Felipe Lemos

CIDADE: Natal DATA: 14.05.2020 HORA: 08:36hs

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM NÃO

PUPILAS A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW) B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Verifica-se que o paciente é um homem de
44 anos com antecedentes de

EXAME FÍSICO: Exame físico normal
e pele seca

TC de órbita e T.N.E.

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

HEDMIL / SESAP
CONFERI C/ ORIGINAL
Parnamirim-RN

DIAGNÓSTICO INICIAL





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

Nega sintoma grupal

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Gelberto Felix Barbosa Idade: 51 D/N: 06/03/1969
 Pront: 169.513 Município: Flor da Mata Procedência: Interno Externo
 Data da cirurgia: 28/05/2020 Hora Admissão: Bloco: 13 Sala: 20 Hora Saída: _____ Peso: ± 75 Kg
 Alergias: Não Sim Comorbidades: HAS DM Outras: Ninguém
 Uso de medicações: Não Sim Jejum: Não Sim
 SSW Admissão: PA: mmHg P脉: bpm FL: bpm FC: bpm SpO₂: % T: °C

Enfermeiro(a): Walquíria Instrumentador (a): Luzian Circulante: Daniela
 Cirurgia: Cirurgia por fratura de fêmur Especialidade: Ortopédica Sala: _____
 Hora Início: 10:45 Hora Término: 16:45 Tipo de cirurgia: Eletiva Urgência Limpa Contaminada Infectada
 1º Cirurgião: José Mariano da Costa Júnior Residente: _____

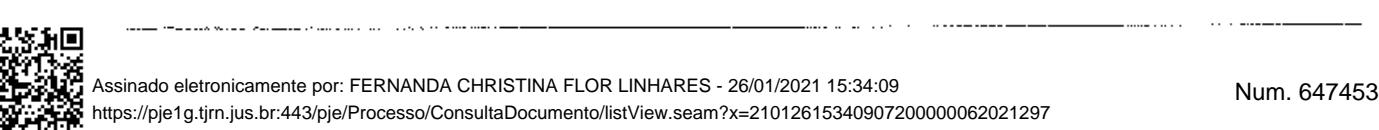
Anestesia: Local Sedação Geral TOT: Bloqueio Raquidiana Ag. n° _____ Peridural cateter s/cateter
 Ag. n° _____ Cateter n° _____ Início: Carrote Smarch Pneumático Início: _____ Término: _____
 Anestesiologista: Dra Paula Zwart

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

SINAIS VITais	Inicio	Meio	Fim	Unid.	POSIÇÃO	COXIM	MSS
ECG	<u>BB</u>	<u>80</u>	<u>74</u>	Bpm	Dorsal	Cabeça	Anatômicos
Pulso	<u>21</u>	<u>70</u>	<u>76</u>	Bpm	Ventral	Pescoço	Abduzidos
Diximetria	<u>26%</u>	<u>26%</u>	<u>27%</u>	%	Lateral	Tórax	Fletidos
Capnografia					Lilotómica	Lombar	MMI
PA	<u>100/60/80</u>	<u>100/60/80</u>	<u>100/60/80</u>	mmHg	Trendelenburg		Anatômicos
					Canivete		Abduzidos
					Proclive		Fletidos

ACESSO VENOSO		TIPO	PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
<input checked="" type="checkbox"/>	Puncão Arterial	CONFIRM C/ O ORIGINAL	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Matal <input type="checkbox"/> Descartável
<input checked="" type="checkbox"/>	Puncão Venosa Periféria	anexo RN: <u>16/04/10</u>	Local: <u>MSE</u>
<input checked="" type="checkbox"/>	Puncão Venosa Central		
<input checked="" type="checkbox"/>	Disssecção venosa		
Local:	<u>MSE</u>		
Catofar:			

SONDAGEM GÁSTRICA		IMPLANTE CIRÚRGICO
<input checked="" type="checkbox"/>	SNG n°	Drenos:
Retorno:		Tela:
CATETERISMO VESICAL		Cateter:
<input checked="" type="checkbox"/>	SVF n°	Ostomia:
Diurese:	SVA n°	Fio de KC:
Profissional responsável:		Parafuso - tipo: <u>16 cortical</u>
EXAMES SOLICITADOS		Placa - Tipo:
<input type="checkbox"/>	Hemograma	Outros: <u>Estilete 5,0</u>
<input type="checkbox"/>	Coagulograma	
<input type="checkbox"/>	Tipagem Sanguínea	
<input type="checkbox"/>	Radioscopia (Raio X)	
<input type="checkbox"/>	Gasometria	
<input type="checkbox"/>	Outros	
<input type="checkbox"/>	Glicosemíria:	





HOSPITAL REGIONAL DE ORLÉANS MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

HEMOTRANSFUSÃO:

() Hemoconcentrado _____ Unid. () Plasma _____ Unid. () Plaquetas _____ Unid.
() Álbumina _____ Unid. () Expansor plasmático _____ Unid.

Cirurgia dia 26

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

h: _____ h: _____ h: _____ h: _____
h: _____ h: _____ h: _____ h: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Fisiológico: _____ ml () Soro Ringer Simples: 500 ml Quantidade total de volume administrado: _____
() Soro Glicosado: _____ ml () Soro Ringer Lactato: _____ ml

ANÁTOMO-PATOLÓGICO

Não () Sim Peça: _____ Peça para sepultamento: Não () Sim
Swab para cultura: _____ Líquido: _____

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: () Limpo () com exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Talas () Outros:

INTERCORRÊNCIAS: Sem intercorrências, segue para o CRD.

Ass: DRB Coren: 374701

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: (X) Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado

Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Ozambiente Curativo, () Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro: _____

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

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

Hora: 16:30h Data: 23/05/2020 Nível de consciência: (X) Acordado () Sonolento () Narcose () Orientado () Desorientado () Agitado () Choroso Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Cateter O₂ (X) O₂: Ambiente Mobilização MMII: (X) Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal (X) Diminuída () Sem mobilidade Venóclise: () Não () Sim Tipo: _____ Local: _____ Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kher Ostomias: () Sim () Não Especifique: _____ Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos

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

INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Boquiga () Alteração PA () Alteração FC

Relate: _____

SINAIS VITais

Líquidos administrados na URPA:

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão		16			100%	
30'		38			100%	
60'		16			98%	
Alta		39			98%	

Soro glicosado: _____ ml

Soro Fisiológico: _____ ml

Ringer: _____ ml

Irrigação vesical contínua: _____ ml

Medicações administradas URPA:

Eliminações:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da irrigação
					Recebido da SO			
					Desprezado URPA			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: Encaminhado ao nôvo x de controle

Ass: Cláudia Nogueira de Melo Coren: 64745363



EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

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

CONDUTA**AUTORIZO ACOMPANHANTE**() SIM () NÃO

Ass. do Responsável

Médico**DESTINO DO PACIENTE**

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ / _____ / _____	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE Internado no Pediátrico Dr. Anderson de Oliveira Castos CRM: 1023	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____ / _____ / _____ HORA _____ PARÁ _____
RETIROU-SE POR DATA _____ / _____ / _____	DECISÃO MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/>	A REVELIA <input type="checkbox"/>
ÓBITO _____ / _____ / _____	HORA _____ HORA _____	
ENTREGUE À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.G. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)





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

Evolução de Enfermagem – Centro Cirúrgico

HEMOTRANSFUSÃO:

(Hemoconcentrado _____ Unid. (Plasma _____ Unid. () Plaquetas _____ Unid.
() Álbumina _____ Unid. () Expansor plasmático _____ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

Vitamina C intraléptica

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Fisiológico: _____ ml () Soro Ringer Simples: _____ ml Quantidade total de volume administrado: 1500 ml
() Soro Glicosado: _____ ml () Soro Ringer Lactato: _____ ml

ANATOMO PATOLÓGICO

() Não () Sim Peça: Peça para sepultamento: () Não () Sim
Swab para cultura: Líquido:

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

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

INTERCORRÊNCIAS: 1) Rinsipado arsponto () artérias préparadas e administradas pelo anestesista (2) Hemocacos preparadas e administradas pelo anestesista (3) Rinsipado excretado em pele (4) Tensão no pele e na operatória (5) Rinsipado furo de sonda (6) Tensão todo a equipe (7) Procedimento evangélico realizado sem intervenção de Deus:

Ass: Kleusa Coren: 107433

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: XConsciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado

Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel XO₂ ambiente Curativo: () Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro: _____

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

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

Hora: 9:50 Data: 20/05/2020 Nível de consciência: () Acordado () Sonolento () Narcose () Orientado

() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Cateter O₂/XO₂ Ambiente

Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMISS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade

Venólise: () Não () Sim Tipo: _____ Local: _____ Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical

Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim () Não Especifique:

Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos

Curativo: () Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo Monitorização: () ECG XOxímetro () PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA: () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexiga () Alteração PA () Alteração FC

Relate:

SINAIS VITais

Líquidos administrados na URPA:

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat %	Dor
Admissão	<u>66</u>	-	-	<u>48</u>		
30'	<u>67</u>	-	-	<u>99</u>		
60'	<u>66</u>	-	-	<u>100</u>		
Alta						

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura	Eliminações:				

Recebido da SO

Desprezado

URPA

Evolução de Enfermagem/INTERCORRÊNCIAS: Sob observação paciente encaminhado a clínica interpediatra condicione conciente e orientado

Ass: mpina Coren: 197112



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermagem	Leito	Nº prontuário																																																																																																																							
Nome			Idade	Sexo																																																																																																																							
Data	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura																																																																																																																							
Órgão sanguíneo	Hematíes	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia																																																																																																																							
	Urina			Urânia																																																																																																																							
Ap. respiratória			Audiômetro	Bronquite																																																																																																																							
Ap. circulatório			Eletrocardiograma																																																																																																																								
Ap. digestivo		Dentes	Pescoço	Ap. urinário																																																																																																																							
Estado mental		Atarépicos	Corticoides	Alergia																																																																																																																							
Diagnóstico pré-operatório			Estado físico	Hipotensores																																																																																																																							
Anestesias anteriores				Risco																																																																																																																							
Medicação pré-anestésica		Aplicada às	Efeito																																																																																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td rowspan="2">Agentes Anestésicos</td><td colspan="2">D²</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Liquidos</td><td>Oper.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td rowspan="15"> <input checked="" type="checkbox"/> Anest. <input checked="" type="checkbox"/> O Rean. <input checked="" type="checkbox"/> P Pulso <input checked="" type="checkbox"/> SIMBOLOS <input checked="" type="checkbox"/> ANOTAÇÕES <input checked="" type="checkbox"/> POSIÇÃO </td><td>260</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>250</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>240</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>230</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>220</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>210</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>200</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>190</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>180</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>170</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>160</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>150</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>140</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>130</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>120</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>110</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>					Agentes Anestésicos	D ²								Liquidos	Oper.				<input checked="" type="checkbox"/> Anest. <input checked="" type="checkbox"/> O Rean. <input checked="" type="checkbox"/> P Pulso <input checked="" type="checkbox"/> SIMBOLOS <input checked="" type="checkbox"/> ANOTAÇÕES <input checked="" type="checkbox"/> POSIÇÃO	260				250				240				230				220				210				200				190				180				170				160				150				140				130				120				110				100				90				80				70				60				50				40				30				20				10			
Agentes Anestésicos	D ²																																																																																																																										
Liquidos	Oper.																																																																																																																										
<input checked="" type="checkbox"/> Anest. <input checked="" type="checkbox"/> O Rean. <input checked="" type="checkbox"/> P Pulso <input checked="" type="checkbox"/> SIMBOLOS <input checked="" type="checkbox"/> ANOTAÇÕES <input checked="" type="checkbox"/> POSIÇÃO	260																																																																																																																										
	250																																																																																																																										
	240																																																																																																																										
	230																																																																																																																										
	220																																																																																																																										
	210																																																																																																																										
	200																																																																																																																										
	190																																																																																																																										
	180																																																																																																																										
	170																																																																																																																										
	160																																																																																																																										
	150																																																																																																																										
	140																																																																																																																										
	130																																																																																																																										
	120																																																																																																																										
110																																																																																																																											
100																																																																																																																											
90																																																																																																																											
80																																																																																																																											
70																																																																																																																											
60																																																																																																																											
50																																																																																																																											
40																																																																																																																											
30																																																																																																																											
20																																																																																																																											
10																																																																																																																											



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Gelberto Felix Barbosa Idade: 59 D/N: 06/03/1960
 Pront.: 169513 Município: João Pessoa Procedência: () Interno () Externo
 Date da cirurgia: 20/05/2021 Hora Admissão: Bloco: Sala: _____ Hora Saída: _____ Peso: _____
 Alergias: () Não () Sim Comorbidades: () HI-S () OM () Outras _____
 Uso de medicamentos: () Não () Sim Sejum: () Não () Sim
 SSVV Admissão: PA: _____ mmHg Pulso: _____ bpm Ff: _____ rpm FC: _____ bpm SpO₂: _____ % T: _____ °C

Enfermeiro(a): Cefo Wiegman Instrumentação (a): Fimocatéter Circulante: Kline

Cirurgia: RT com + de termosídeo (E) Especialidade: Ortopedia Sala: 01
 Hora Início: 08:52 Hora Término: 09:45 Tipo de cirurgia: Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
 1^a Cirurgião: Dr. Renato Residente: _____ Aux: Dr. Renato

Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: _____ Bloqueio () Raquidiana Ag.nº 26 () Peridural () c/cateter () s/cateter
 Ag.nº _____ Cateter nº: _____ Início: _____ Garrote: Smarch () Pneumático Início: 08:40 Término: 09:45
 Anestesiologista: Dr. JACKSON

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Jeico (N5)	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
Letárgico	<input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
Coma	<input checked="" type="checkbox"/> Cianótica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	Cat. Diálise	<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	Fístula Arteriovenosa	<input checked="" type="checkbox"/> PA
Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	SNG	Estimul. Nervo
Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Integra	<input checked="" type="checkbox"/> Choque	SVD	Dífrusor
Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfígmitico	Colostomia	BIC
Deambulá	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia*	Cistostomia	Desfibrilador
T/dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Dispnéia	Dreno:	
Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Dispositivo O ₂	Aparelho gessado	
Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente		Tração	
Tetraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Manchas		Talas	
Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia			

SÍMOS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	96	74	45	Bpm
Pulso	96	74	75	Bpm
Oximetria	96%	97%	97%	%
Capnografia	-	-	-	%
PA	120x60	101x71	114x90	mmHg

ACESSO VENOSO			
Punção Arterial	HRM/1 / SESAP		
Punção Venosa Periférica	CONFERR/ C/ O ORIGINA		
Punção Venosa Central	Paracatéter - RN		
Dissecção venosa	totalizada		

Local:	
Cateter:	

SONDAGEM GÁSTRICA	
<input checked="" type="checkbox"/> SNG nº	
Retorno:	

CATETERISMO VESICAL	
SVF nº	SVA nº
Diurese:	

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:	
EXAMES SOLICITADOS:	

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

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal.	Cabeça	Anatômicos
Ventral	Pescoco	Abduzidos
Lateral	Tórax	Fletidos
Urotômica	Lombar	MMR
Trendlemburg		Anatômicos
Canivete		Abduzidos
Proclive		Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO		
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Metal (<input type="checkbox"/>) Descartável
Local:	Riquadro	Incisões direitas e/ gê
DEGERMAÇÃO		TRICOTOMIA

Sim () Não Local: MTE Solução: (101+800) Local: MTE

IMPLANTE CIRÚRGICO		
Drenos:	l cateter	28
Tela:		34
Cateter:	espontâneo	R
Ostomia:	cateter	36
Fio de KC:		Parafuso - tipo:
Placa - tipo:	Ricombarcas 06 furos	
Outros:		

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
 Caixa cirúrgica: 315+200+1kg Quant. Material: _____
 Val: 14.05 Contagem de gaze e compressa: () Não () Sim

26.05
20.05



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermaria	Leito	Nº prontuário
Nome			Idade	51
Data 20/05/20		P脉搏	Sexo	M
Tipo sanguíneo		Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia
		Urina		Ureia
Ap. respiratório Asymptomatico		Alergia: Asma Bronquite		
Ap. circulatório Pulse em 97 mmHg - 110 bpm		Eletrocardiograma		
Ap. digestivo IN		Dentes	Pescoco	Ap. urinário
Estado mental Consciente e orientado		Atarapicos	Corticoides	Alergia: Nepe Hipotensores
Diagnóstico pré-operatório				Estado físico: ASA I Risco
Anestesias anteriores				
Medicação pré-anestésica		Aplicada às	Efeito	
Anestesiologista				
Assistente Anestesiologista				
Enfermeira				
Operador				
Enfermeiro				
O. Resp.				
P. Pulsos				
SÍMBOLOS				
E ANOTAÇÕES				
POSIÇÃO				
Ajetes				
Técnica				
Operação				
Cirurgião				
Anestesiologista				

200
 220
 240
 260
 280
 300
 320
 340
 360
 380
 400
 420
 440
 460
 480
 500
 520
 540
 560
 580
 600
 620
 640
 660
 680
 700
 720
 740
 760
 780
 800
 820
 840
 860
 880
 900
 920
 940
 960
 980
 1000

100
 120
 140
 160
 180
 200
 220
 240
 260
 280
 300
 320
 340
 360
 380
 400
 420
 440
 460
 480
 500
 520
 540
 560
 580
 600
 620
 640
 660
 680
 700
 720
 740
 760
 780
 800
 820
 840
 860
 880
 900
 920
 940
 960
 980
 1000

100
 120
 140
 160
 180
 200
 220
 240
 260
 280
 300
 320
 340
 360
 380
 400
 420
 440
 460
 480
 500
 520
 540
 560
 580
 600
 620
 640
 660
 680
 700
 720
 740
 760
 780
 800
 820
 840
 860
 880
 900
 920
 940
 960
 980
 1000

100
 120
 140
 160
 180
 200
 220
 240
 260
 280
 300
 320
 340
 360
 380
 400
 420
 440
 460
 480
 500
 520
 540
 560
 580
 600
 620
 640
 660
 680
 700
 720
 740
 760
 780
 800
 820
 840
 860
 880
 900
 920
 940
 960
 980
 1000

100
 120
 140
 160
 180
 200
 220
 240
 260
 280
 300
 320
 340
 360
 380
 400
 420
 440
 460
 480
 500
 520
 540
 560
 580
 600
 620
 640
 660
 680
 700
 720
 740
 760
 780
 800
 820
 840
 860
 880
 900
 920
 940
 960
 980
 1000

100
 120
 140
 160
 180
 200
 220
 240
 260
 280
 300
 320
 340
 360
 380
 400
 420
 440
 460
 480
 500
 520
 540
 560
 580
 600
 620
 640
 660
 680
 700
 720
 740
 760
 780
 800
 820
 840
 860
 880
 900
 920
 940
 960
 980
 1000

100
 120
 140
 160
 180
 200
 220
 240
 260
 280
 300
 320
 340
 360
 380
 400
 420
 440
 460
 480
 500
 520
 540
 560
 580
 600
 620
 640
 660
 680
 700
 720
 740
 760
 780
 800
 820
 840
 860
 880
 900
 920
 940
 960
 980
 1000

100
 120
 140
 160
 180
 200
 220
 240
 260
 280
 300
 320
 340
 360
 380
 400
 420
 440
 460
 480
 500
 520
 540
 560
 580
 600
 620
 640
 660
 680
 700
 720
 740
 760
 780
 800
 820
 840
 860
 880
 900
 920
 940
 960
 980
 1000

100
 120
 140
 160
 180
 200
 220
 240
 260
 280
 300
 320
 340
 360
 380
 400
 420
 440
 460
 480
 500
 520
 540
 560
 580
 600
 620
 640
 660
 680
 700
 720
 740
 760
 780
 800
 820
 840
 860
 880
 900
 920
 940
 960
 980
 1000

100
 120
 140
 160
 180
 200
 220
 240
 260
 280
 300
 320
 340
 360
 380
 400
 420
 440
 460
 480
 500
 520
 540
 560
 580
 600
 620
 640
 660
 680
 700
 720
 740
 760
 780
 800
 820
 840
 860
 880
 900
 920
 940
 960
 980
 1000

100
 120
 140
 160
 180
 200
 220
 240
 260
 280
 300
 320
 340
 360
 380
 400
 420
 440
 460
 480
 500
 520
 540
 560
 580
 600
 620
 640
 660
 680
 700
 720
 740
 760
 780
 800
 820
 840
 860
 880
 900
 920
 940
 960
 980
 1000

100
 120
 140
 160
 180
 200
 220
 240
 260
 280
 300
 320
 340
 360
 380
 400
 420
 440
 460
 480
 500
 520
 540
 560
 580
 600
 620
 640
 660
 680
 700
 720
 740
 760
 780
 800
 820
 840
 860
 880
 900
 920
 940
 960
 980
 1000

100
 120
 140
 160
 180
 200
 220
 240
 260
 280
 300
 320
 340
 360
 380
 400
 420
 440
 460
 480
 500
 520
 540
 560
 580
 600
 620
 640
 660
 680
 700
 720
 740
 760
 780
 800
 820
 840
 860
 880
 900
 920
 940
 960
 980
 1000

100
 120
 140
 160
 180
 200
 220
 240
 260
 280
 300
 320
 340
 360
 380
 400
 420
 440
 460
 480
 500
 520
 540
 560
 580
 600
 620
 640
 660
 680
 700
 720
 740
 760
 780
 800
 820
 840
 860
 880
 900
 920
 940
 960
 980
 1000

100
 120
 140
 160
 180
 200
 220
 240
 260
 280
 300
 320
 340
 360
 380
 400
 420
 440
 460
 480
 500
 520
 540
 560
 580
 600
 620
 640
 660
 680
 700
 720
 740
 760
 780
 800
 820
 840
 860
 880
 900
 920
 940
 960
 980
 1000

100
 120
 140
 160
 180
 200
 220
 240
 260
 280
 300
 320
 340
 360
 380
 400
 420
 440
 460
 480
 500
 520
 540
 560
 580
 600
 620
 640
 660
 680
 700
 720
 740
 760
 780
 800
 820
 840
 860
 880
 900
 920
 940
 960
 980
 1000

100
 120
 140
 160
 180
 200
 220
 240
 260
 280
 300
 320
 340
 360
 380
 400
 420
 440
 460
 480
 500
 520
 540
 560
 580
 600
 620
 640
 660
 680
 700
 720
 740
 760
 780
 800
 820
 840
 860
 880
 900
 920
 940
 960
 980
 1000

100
 120
 140
 160
 180
 200
 220
 240
 260
 280
 300
 320
 340
 360
 380
 400
 420
 440
 460
 480
 500
 520
 540
 560
 580
 600
 620
 640
 660
 680
 700
 720
 740
 760
 780
 800
 820
 840
 860
 880
 900
 920
 940
 960
 980
 1000

100
 120
 140
 160
 180
 200
 220
 240
 260
 280
 300
 320
 340
 360
 380
 400
 420
 440
 460
 480
 500
 520
 540
 560
 580
 600
 620
 640
 660
 680
 700
 720
 740
 760
 780
 800
 820
 840
 860
 880
 900
 920
 940
 960
 980
 1000

100
 120
 140
 160
 180
 200
 220
 240
 260
 280
 300
 320
 340
 360
 380
 400
 420
 440
 460
 480
 500
 520
 540
 560
 580
 600
 620
 640
 660
 680
 700
 720
 740
 760
 780
 800
 820
 840
 860
 880
 900
 920
 940
 960
 980
 1000

100
 120
 140
 160
 180
 200
 220
 240
 260
 280
 300
 320
 340
 360
 380
 400
 420
 440
 460
 480
 500
 520
 540
 560
 580
 600
 620
 640
 660
 680
 700
 720
 740
 760
 780
 800
 820
 840
 860
 880
 900
 920
 940
 960
 980
 1000

100
 120
 140
 160
 180
 200
 220
 240
 260
 280
 300
 320
 340
 360
 380
 400
 420
 440
 460
 480
 500
 520
 540
 560
 580
 600
 620
 640
 660
 680
 700
 720
 740
 760
 780
 800
 820
 840
 860
 880
 900
 920
 940
 960
 980
 1000

100
 120
 140
 160
 180
 200
 220
 240
 260
 280
 300
 320
 340
 360
 380
 400
 420
 440
 460
 480
 500
 520
 540
 560
 580
 600
 620
 640
 660
 680
 700
 720
 740
 760
 780
 800
 820
 840
 860
 880
 900
 920
 940
 960
 980
 1000

100
 120
 140
 160
 180
 200
 220
 240
 260
 280
 300
 320
 340
 360
 380
 400
 420
 440
 460
 480
 500
 520
 540
 560
 580
 600
 620
 640
 660
 680
 700
 720
 740
 760
 780
 800
 820
 840
 860
 880
 900
 920
 940
 960
 980
 1000

100
 120
 140
 160
 180
 200
 220
 240
 260
 280
 300
 320
 340
 360
 380
 400
 420
 440
 460
 480
 500
 520
 540
 560
 580
 600
 620
 640
 660
 680
 700
 720
 740
 760
 780
 800
 820
 840
 860
 880
 900
 920
 940
 960
 980
 1000

100
 120
 140
 160
 180
 200
 220
 240
 260
 280
 300
 320
 340
 360
 380
 400
 420
 440
 460
 480
 500
 520
 540
 560
 580
 600
 620
 640
 660
 680
 700
 720
 740
 760
 780
 800
 820
 840
 860
 880
 900
 920
 940
 960
 980
 1000

100
 120
 140
 160
 180
 200
 220
 240
 260
 280
 300
 320
 340
 360
 380
 400
 420
 440
 460
 480
 500
 520
 540
 560
 580
 600
 620
 640
 660
 680
 700
 720
 740
 760
 780
 800
 820
 840
 860
 880
 900
 920
 940
 960
 980
 1000

100
 120
 140
 160
 180
 200
 220
 240
 260
 280
 300
 320
 340
 360
 380
 400
 420
 440
 460
 480
 500
 520
 540
 560
 580
 600
 620
 640
 660
 680
 700
 720
 740
 760
 780
 800
 820
 840
 860
 880
 900
 920
 940
 960
 980
 1000

100
 120
 140
 160
 180
 200
 220
 240
 260
 280
 300
 320
 340
 360
 380
 400
 420
 440
 460
 480
 500
 520
 540
 560
 580
 600
 620
 640
 660
 680
 700
 720
 740
 760
 780
 800
 820
 840
 860
 880
 900
 920
 940
 960
 980
 1000

100
 120
 140
 160
 180
 200
 220
 240
 260
 280
 300
 320
 340
 360
 380
 400
 420
 440
 460
 480
 500
 520
 540
 560
 580
 600
 620
 640
 660
 680
 7



IV 2078
L-26
ordop-E

PEDIDO DE PARECER

Unidade Solicitante:

Paciente: Gilvete Felixse Pronúncio: _____

Motivo da Consulta:

E.C.G.
RISCO CIRÚRGICO

CRM

Br. Kelson Bastos
Ortopedia
CRM-4421

14.05.20

Data

Encaminhado à especialidade: _____ Município: _____

Consulta marcada para a Unidade: _____ Município: _____

Para o (a) Dr. (a): _____ às: _____ horas do dia: _____ / _____ / _____

RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante: _____ Município: _____

Paciente: Gilvete Felix Balvone Pronúncio: _____

(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões) Pre op. ortopedia (MT)
Negs: HAS/DM/Endocrin/ Derm/ Alergias. Assunto: _____
EKG: normal s/ alterações. PR: lento. FC: 74 bpm.
SE: RCR 275ms. AB: IV (0,5)ms EBD blanda (0,5)
Isolada. Hb: 13,0 Plic: 145000 env: 0,7 642.101. K+ 4,1
Pte CLASSE I - Baixo Risco

Diagnóstico: _____ CRM: _____

Médico: _____

Adriano M. B. Vidal
Endocrinologista
CRM/RN 4089

CRM

15.05.20

Data

Retornar à clínica solicitante: _____ Unidade: _____

Para o (a) Dr. (a): _____ às: _____ horas do dia: _____ / _____ / _____

HDRML/SESAP
CONFERI C/ ORIGINAL
Assinatura: _____
Data: 15/05/2021

13:35

MROS. LOGO

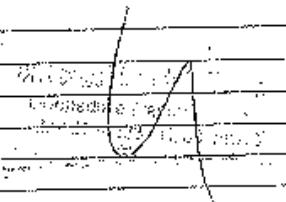
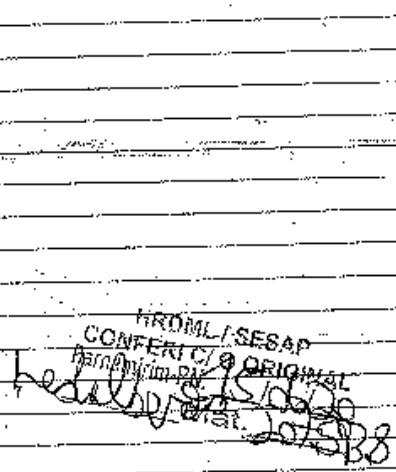
HRDML / SESAP
CONFERI C/ CORONAL
Parnamirim/RN

Assinatura 20/01/2021

31 a

Dilberto Felix Bobosa



 HOSPITAL SÃO LUCAS Hospital São Lucas - Rio de Janeiro Rua General Osório, 190 - Centro - RJ - CEP 22231-020 Fone/Fax: (21) 2252-1200 - 2252-1201		HOSPITAL FELIX BARBOSA Hospital Félix Barbosa - Rio de Janeiro Rua General Osório, 190 - Centro - RJ - CEP 22231-020 Fone/Fax: (21) 2252-1200 - 2252-1201	
Nome do paciente: 20/05/2020 N° protocolo:			
DR. CARLOS TAIRO / DR. RENATO		DR. JACKSON DOUGLAS	
Data operação: Operador	Enf. 1º auxiliar	Leito	
2º auxiliar	3º auxiliar	Instrumentador	
Anestesista	Tipo de anestesia		
FRATURA MALELO MEDIAL DO TORNOZELO ESQUERDO			
Diagnóstico pré-operatório			
Tipo de operação: FIXAÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA DO TORNOZELO			
Diagnóstico pós-operatório			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			
Descrição da Operação			
Via de abordagem em decúbito dorsal e cobracho anestesiado empregado - aspecto - vísceras			
2.1. EVAZIAMENTO MIE + GARROTEAMENTO			
3. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA E CAMPOS ESTÉREIS			
4. INCISÃO ANTEROMEDIAL, DISSECÇÃO POR PLANOS			
5. FIXAÇÃO DE FRATURA DO MALELO MEDIAL COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO - 06 Furos com 02 parafusos esponjoso distais e 03 parafusos corticais proximais ao foco.			
6. LIMPEZA EXASTIVA COM SF 0,9 + SUTURA POR PLANOS			
7. CURATIVO ESTÉRIL			
8. RETIRADA DO GARROTE			
9. BOA PERFUSÃO DISTAL			
10. RPA			
11. ATO SEM INTERCORRÊNCIAS			
			
			
CONFECÇÃO DE DOCUMENTO Fernanda Christina Flor Linhares - 26/01/2021 15:34:09			



SUS**Laudo para Solicitação de Autorização e Internação Hospitalar****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**licitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
representante: O solicitante ouCNES: 2653923
CNES:**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: **173254 GILBERTO FELIX BARBOSA**
 IS: 706705567994912 Nascimento: 06/03/1969 Sexo: Masculino
 Mãe: MARIA CLINDINA FELIX Pai: PEDRO BARBOSA
 Endereço: RUA SAO JOAO, 30 - FELIPE CAMARÃO - NATAL
 Município: NATAL Código Municipal IBGE: 240810 UF: RN CEP: 59072-410
 Fone: 987084605 /
 CEP: 59072-410

nica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 16963 / 2020

Prontuário:
Cor: PARDA**JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO****INCÍPIAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:**3 aidante de carro-moto
r em ombro e triz esq**INDICAÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:**t 1 e umro proximal esq
a ve tornozelo esq**RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:**

+ tc

agnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

2.3 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA*408050543/TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILAO TIBIAL

precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

LAO TIBIAL, FX;1

formações importantes sobre as condições do paciente:
 Diabetes Hipertensão Obesidade Faz Antibioticoterapia
 Lesão por pressão Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assitente:

ESTAVO MONTENEGRO SOARES CRM: 5410 / RN Data da Solicitação 10/05/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

- () Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: _____ Nº do bilhete: _____ Série: _____
 () Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____
 () Acidente de Trabalho Trajeto

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Orgão Emissor: _____ Número da Autorização: _____

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

HRML / SESAP

CONFIRA C/ O ORIGINAL



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia





www.amorsaude.com.br

RECEITUÁRIO

Dr
pt Gilberto Felix Barbosa
Lavado Médico

Atesto para os devidos fins que
o paciente apresentado tem histórico
de lesão automobilística e sequelas
definitivas em ambos (②) e particular
②. Limitações no movimento e dor
nos olhos. Cicatriz locais com
retrocessão. Falta por tratamento cirúrgico.
Solicito perícia.

Dr. Igo Weksler M. de Oliveira
ORTOPEDISTA/TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 6429

CIA: 588.3

542.9

123.3

125.5

Motivo: 09/01/2020

Rua 30 de Setembro, 28 - Centro - CEP 59600-060 - Mossoró - RN

Tel: (84) 2142-4926



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLÍGAR DIREITO



Fernanda Flor Linhares

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 26/01/2021 15:34:09
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012615340907200000062021297>
Número do documento: 21012615340907200000062021297

Num. 64745363 - Pág. 35

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

NOME
AURICELA VIELO FERREIRA

DATA DE
EXPEDIÇÃO

26/03/2015

FILIAÇÃO

**MARCEL VIEIRA DE OLIVEIRA
MARIA FLORENCIO DE VIELO FERREIRA**

NATURALIDADE

BRASILIA DF

DATA DE NASCIMENTO

20/01/1966

DOC. ORIGEM

**CETAT - CE - CNE-2141-L-002-341
UF PIAUÍ - PI-2141-L-002-341**

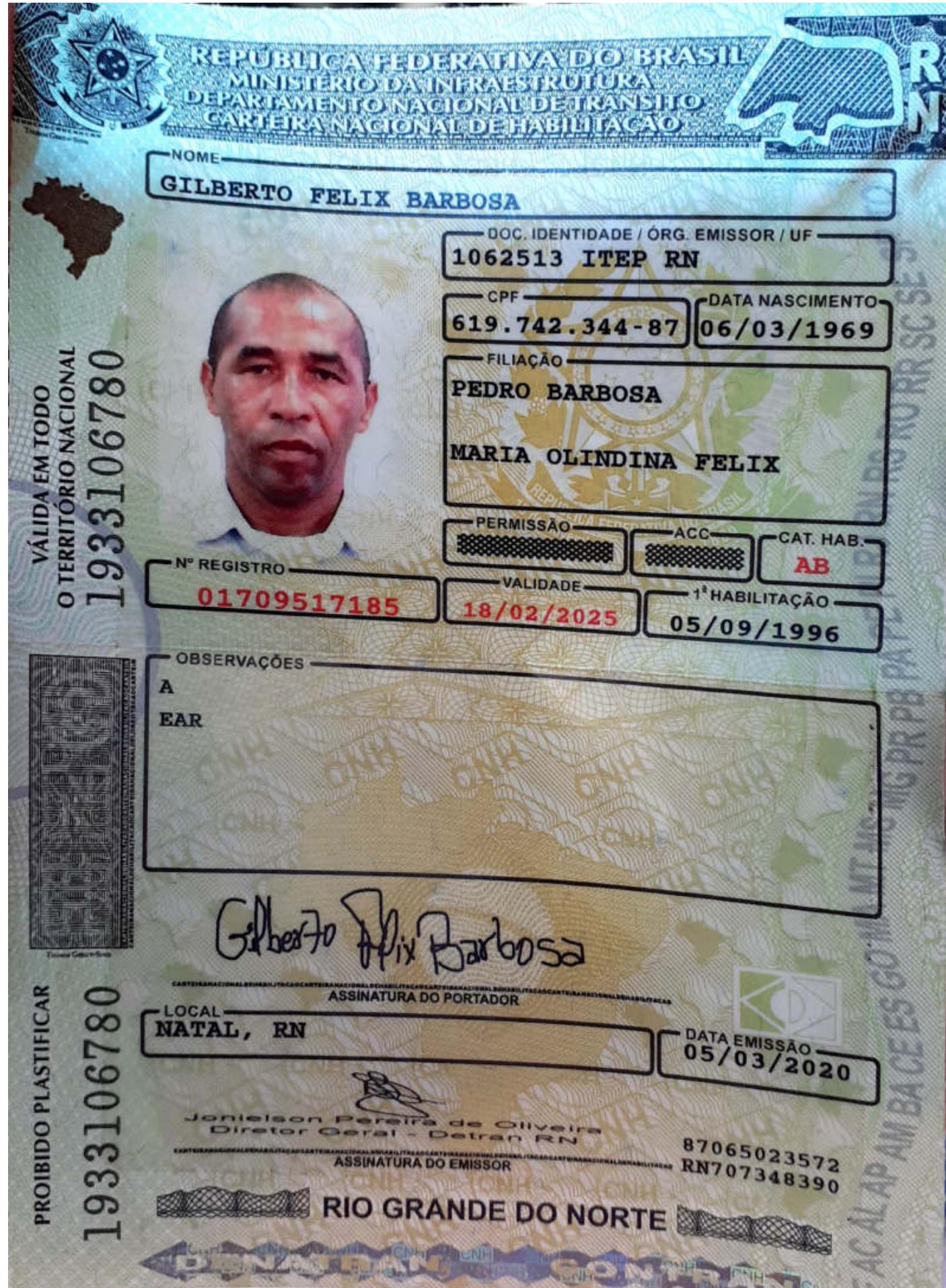
CPF
626.068.074-71

Josebras Ferreira do Nascimento Júnior
Coordenador de Identificação - **HPP/RN**

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Digitalizado com CamScanner

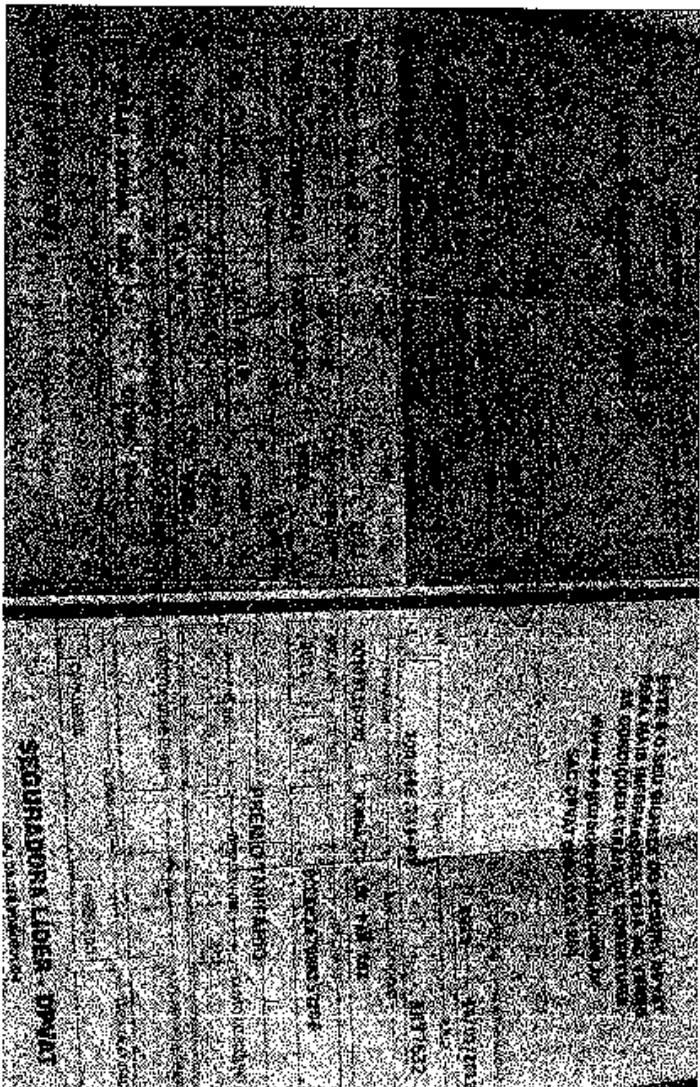


Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 26/01/2021 15:34:09
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012615340907200000062021297>
Número do documento: 21012615340907200000062021297

Num. 64745363 - Pág. 37



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 26/01/2021 15:34:09
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012615340907200000062021297>
Número do documento: 21012615340907200000062021297

Num. 64745363 - Pág. 38

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200336808 Cidade: Parnamirim Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: GILBERTO FELIX BARBOSA Data do acidente: 10/05/2020 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.
FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.
P.5/7/10/13/14/16/20/22

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.
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:
sequelas: MODERADO DE OMBRO ESQUERDO E MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total		25 %	R\$ 3.375,00	





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre Indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200336808

Nome do beneficiário:

Gilberto Felix Barbosa

Nome do solicitante:

Gilberto Felix Barbosa

Data da solicitação: 15/10/2020

DD/MM/AA

CPF do beneficiário: 61974234487

CPF do solicitante: 61974234487

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (84) 999555568

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail: GILBERTO BARBOSA 2024@GMAIL.COM

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

- DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

- DISCORDO DA NEGATIVA DISCORDO DO VALOR RECEBIDO DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
 Laudo do IML
 Boletim de Ocorrência
 Notas fiscais complementares
 Outros:

(DESCRIVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO DEVIDO AS SEQUELAS DEFINITIVAS, RELATADAS E COMPROVADAS NOS LAUDOS MÉDICOS CASO JUGUEM NECESSÁRIO MARQUEM UMA PERÍCIA MÉDICA PARA QUE EU SEJA EXAMINADO, EM MOSSORÓ-RN
DESDE JÁ EU AGRADECO PELA ATENÇÃO

MOSSORÓ 15/10/2020

Gilberto Felix Barbosa

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que seu endereço inicialmente no seu pedido do Seguro-DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200336808 Cidade: Parnamirim Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: GILBERTO FELIX BARBOSA Data do acidente: 10/05/2020 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.
FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL:
MODERADO DE OMBRO ESQUERDO E MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: P.5/7/10/13/14/16/20/22_CIRURGIA.
REANÁLISE CONCLUÍDA. NÃO FOI VISUALIZADA, DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA, QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE, SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200336808 Cidade: Parnamirim Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: GILBERTO FELIX BARBOSA Data do acidente: 10/05/2020 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.
FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL:
MODERADO DE OMBRO ESQUERDO E MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: P.5/7/10/13/14/16/20/22_CIRURGIA.
REANÁLISE CONCLUÍDA. NÃO FOI VISUALIZADA, DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA, QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE, SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200336808 Cidade: Parnamirim Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: GILBERTO FELIX BARBOSA Data do acidente: 10/05/2020 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.
FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.
P.5/7/10/13/14/16/20/22

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.
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:
sequelas: MODERADO DE OMBRO ESQUERDO E MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total		25 %	R\$ 3.375,00	



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Gilberto Felix Barbosa, brasileiro(a),
estado civil: Solteiro, Profissão: Pecuário, Data do Acidente 10-05-2020
Cobertura mínima, portador(a) do RG 1062513, órgão expedidor
Iter e do CPF: 619-742-344-87 residente no(a)
R. Nossa Senhora de Fátima nº 421,
bairro: Santí Delmoral, município: Natal, RN.

OUTORGADO:

Nome: Alineenil Nilo Bezerra, brasileiro(a)
estado civil: Casado, Profissão: Pecuária, portador(a) do RG
003.007-954, órgão expedidor SSP e do CPF: 626-068-674-91, residente
no(a) R. Nossa Senhora de Fátima nº 421,
bairro: Santí Delmoral, município: Natal, 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.

Natal 14-09-2020

Local e Data

Gilberto Felix Barbosa

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0265623/20

Vítima: GILBERTO FELIX BARBOSA

CPF: 619.742.344-87

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/05/2020

Titular do CPF: GILBERTO FELIX BARBOSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

AURICEA MELO BEZERRA : 626.068.674-91

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

GILBERTO FELIX BARBOSA : 619.742.344-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/09/2020
Nome: AURICEA MELO BEZERRA
CPF: 626.068.674-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/09/2020
Nome: GERCA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

AURICEA MELO BEZERRA

GERCA LOURENCO DA SILVA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0265623/20

Número do Sinistro: 3200336808

Vítima: GILBERTO FELIX BARBOSA

CPF: 619.742.344-87

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/05/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILBERTO FELIX BARBOSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 15/10/2020
Nome: AURICEA MELO BEZERRA
CPF: 626.068.674-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2020
Nome: GERCA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

AURICEA MELO BEZERRA

GERCA LOURENCO DA SILVA



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 26/01/2021 15:34:09
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012615340907200000062021297>
Número do documento: 21012615340907200000062021297

Num. 64745363 - Pág. 46