



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	Tipo
64745363	26/01/2021 15:34	2779608_CONTESTACAO_Anexo_04	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-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16146722

Pag. 00589/00590 - carta_01 - INVALIDEZ

00020295





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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,





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

00030728



Carta nº 16233568



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: 619-742-344-87 3 - 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 Nº 445/2012

5 - Nome completo: Gilberto Felix Barbosa 6 - CPF: 619-742-344-87
7 - Profissão: acusado 8 - Endereço: R. Nogueira Sra. de Fatima 9 - Número: 421 10 - Complemento:
11 - Bairro: Santa Delmeia 12 - Cidade: Mossoro 13 - Estado: 14 - CEP: 59.644-600
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Caixa Econômica
AGÊNCIA: 0759 CONTA: 9377 ☒
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não afetado

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, Mossoro 14-09-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Gilberto Felix Barbosa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Fls: 1
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA 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
Ponto de Referência: CRUZAMENTO COM A AVENIDA ABEL CABRAL
Tipo do Local: Zona Urbana

Nº: SN

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Nome Civil: GILBERTO FELIX BARBOSA (VÍTIMA, 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

Logradouro: R N Sra de Fátima

Nº: 421

Bairro: Santa Delmira

CEP: 59.614-600

Telefone: (84) 99626-4999 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo
Veículo	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 Veículo: RN	Município Veículo: Macaíba



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

Página 1 de 2
PPs - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Fls: 2
Visto:



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00053291/2020-A01

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

RELATO/HISTÓRICO

O DECLARANTE COMPARECEU 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 VEÍCULO DE DADOS NÃO IDENTIFICADOS, QUE COM O IMPACTO DA BATIDA FOI ARREMESSADO AO SOLO, TENDO SIDO SOCORRIDO PELO SAMU (329876/1) 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 TORNOZELO ESQUERDO, DEPOIS, NADA MAIS DISSE.

ASSINATURAS

Rodeval Francisco de Sales
Agente de Polícia
Matrícula 194.344-8
Responsável pelo Atendimento

GILBERTO FELIX BARBOSA
Vítima, Comunicante

Dados para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima relacionadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Crime e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



Impresso por: Rodeval Francisco de Sales
Data de Impressão: 14/09/2020 08:17:52

Página 2 de 2
PPs - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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: 619-742-344-87 3 - 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 Nº 445/2012

5 - Nome completo: Gilberto Felix Barbosa 6 - CPF: 619-742-344-87
7 - Profissão: acusado 8 - Endereço: R. Nogueira Sra. de Fatima 9 - Número: 421 10 - Complemento:
11 - Bairro: Santa Delmeia 12 - Cidade: Mossoro 13 - Estado: 14 - CEP: 59.644-600
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa Econômica

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não afetado

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, Mossoro 14-09-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Gilberto Felix Barbosa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	02/10/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	3.375,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILBERTO FELIX BARBOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00759

CONTA: 000000009377-2

Nr. da Autenticação B0A1E6C0E87DE848





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 FATIMA 421
PROMORAR

SANTA DELMIRA/AREA URBANA
MOSSORO RN
59614-600

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
047376839	ÚNICA	26/08/2020

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
26/08/2020	3000305140	580200

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
0528801013	08/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
08/09/2020	25/09/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	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	0,32128015	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 08/20			-0,35

TOTAL DA FATURA

106,80

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
2160842443	CAT	27/07/2020	6 593,00	26/08/2020	6 731,00	30	1,00000		138,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO kWh
AGO 20 138
JUL 20 163
JUN 20 139
MAI 20 132
ABR 20 156
MAR 20 138
FEB 20 146

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO
ICMS	95,31	18,00	17,15
PIS	95,31	0,65	0,62
COFINS	95,31	5,99	5,69

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R\$	32,19	33,77%
Transmissão	R\$	4,41	4,83%
Distribuição (Cosern)	R\$	23,86	25,03%
Perdas de Energia	R\$	6,02	6,32%
Encargos Setoriais	R\$	5,08	5,33%
Tributos	R\$	23,75	24,92%
Total	R\$	95,31	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo(kWh)
Consumo Ativo(kWh)

0,27733000
0,24117000

Digitalizado com CamScanner





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 FATIMA 421
PROMORAR

SANTA DELMIRA/AREA URBANA
MOSSORO RN
59614-600

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
047376839	ÚNICA	26/08/2020

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
26/08/2020	3000305140	580200

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
0528801013	08/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
08/09/2020	25/09/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	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	0,32128015	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 08/20			-0,35

TOTAL DA FATURA:

106,80

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
2160842443	CAT	27/07/2020	6 593,00	26/08/2020	6 731,00	30	1,00000		138,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO kWh
AGO 20 138
JUL 20 163
JUN 20 139
MAI 20 132
ABR 20 156
MAR 20 138
FEB 20 146

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO
ICMS	95,31	18,00	17,15
PIS	95,31	0,65	0,62
COFINS	95,31	5,95	5,66

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R\$	32,19	33,77%
Transmissão	R\$	4,41	4,83%
Distribuição (Cosern)	R\$	23,86	25,03%
Perdas de Energia	R\$	6,02	6,32%
Encargos Setoriais	R\$	5,08	5,33%
Tributos	R\$	23,75	24,92%
Total	R\$	95,31	100%

TARIFAS APLICADAS

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: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Auricéia Melo Bezerra
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 626-068-674 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Alberto Felix Bonfassi inscrito (a) no CPF sob o nº 619-742-344 / 87
do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da Vítima Alberto Felix Bonfassi

Inscrito (a) no CPF sob o nº 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Nogueira Sra de Fátima</u>	Número: <u>421</u>	Complemento:
Bairro: <u>Santa Helena</u>	Cidade: <u>Mossoro</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail:	CEP: <u>69.644-600</u>	Tel.(DDD):

Local e Data:

Mossoro 14-09-2020

Auricéia Melo Bezerra
Assinatura do declarante

DLDR001 V001/2017





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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 21509 /2020

Admissão: 10/05/2020 17:36:26

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

Paciente: **173254 - GILBERTO FELIX 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)

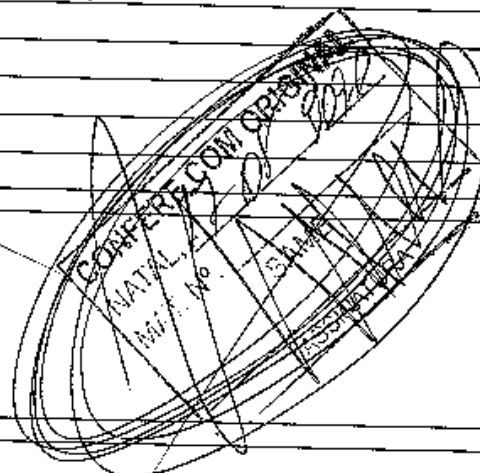
A
B
C
D
E

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.



BAA: 21509/2020

Paciente: GILBERTO FELIX BARBOSA

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

Evolução:

fratura de udo proximal e tornozelo esq

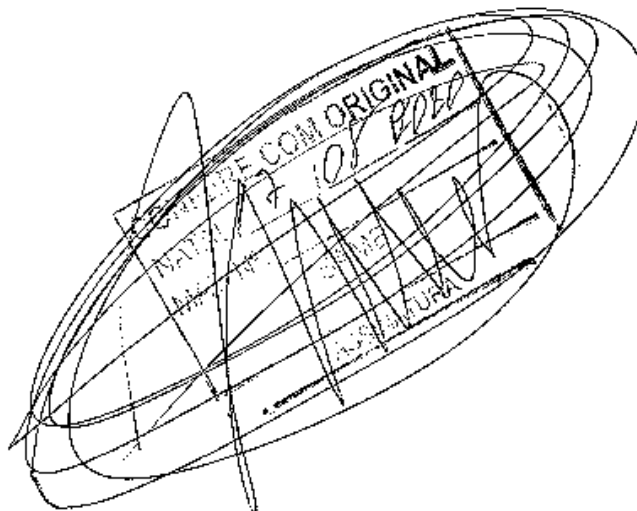
nega comorbidades

aps 12 hs averiguar edema em tnz

feito aih

GUSTAVO MONTENEGRO SOARES

CRM 5410 / RN





90101173254

Paciente: 173254 - GILBERTO FELIX BARBOSA**BAA:** 4-21509/2020**Idade:** 51 ano(s) 5 mes(es) e 11 dia(s)**Prescrição Nº:** 1**Hospital / Unidade:** WG - POLITRAUMA**Convênio:** SUS/GRATUITO**Nr. Arquivo:****Peso:****Data Atendimento:** 10/05/2020 17:36**Início Validade:** 10/05/2020 21:01 até 11/05/2020 18:59**Sala:** POLITRAUMA**Médico Resp.:** 125-GUSTAVO MONTENEGRO SOARES**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

GUSTAVO MONTENEGRO SOARES
CRM-5410/RN



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou
CNES: 2653923
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **173254 GILBERTO FELIX BARBOSA**
Prontuário: 1196766
Cor: PARDA
Sexo: Masculino
Pai: PEDRO BARBOSA
Mãe: MARIA OLINDINA FELIX
Endereço: RUA SAO JOAO, 30 - FELIPE CAMARÃO - NATAL
Município: NATAL
Código Municipal IBGE: 240810 UF: RN
CEP: 59072-410
Fone: 987084605 /
CNS: 706705567994912
Nascimento: 06/03/1969
CNS: 706705567994912
Nascimento: 06/03/1969
Sexo: Masculino
Pai: PEDRO BARBOSA
Mãe: MARIA OLINDINA FELIX
Endereço: RUA SAO JOAO, 30 - FELIPE CAMARÃO - NATAL
Município: NATAL
Código Municipal IBGE: 240810 UF: RN
CEP: 59072-410
Fone: 987084605 /

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
fratura e umro proximal esq
frra de tornozelo esq

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
rx+ tc

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.3 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA*408050543.TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PILAO TIBI/

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

PILAO TIBIAL, FX;1

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes ☐ Hipertensão ☐ Obesidade ☐ Lesão por pressão ☐ Usa Fixador Externo ☐ Faz Antibióticoterapia

Profissional Solicitante / Assinante:

GUSTAVO MONTENEGRO SOARES

CRM:

5410 / RN

Data da Solicitação 10/05/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho
CNPJ da Seguradora: Nº do bilhete: Série:
() Acidente de Trabalho Típico
CNPJ da Empresa: CNAE da Emp.: CBOR:
() Acidente de Trabalho Trajetó
Vínculo com previdência: () Empregado () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

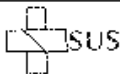
Profissional Autorizador: Órgão Emissor:

Data da Autorização: Assinatura/Carimbo:

Número da Autorização:



ANEXO I

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		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 (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO		10 - RACIA/ETNIA	
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONO DE CONTATO	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		16 - CID	
17 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		18 - UF	
19 - COD. PSE. MUNICÍPIO		20 - CID	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
21 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Paciente com sintomas de apendicite aguda, apresentando dor em abdome no quadrante inferior direito (QID). Encomendado do HUKB. Treva de 4 dias.			
22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
Tratamento de pênico intracavitário (QID) e tratamento farmacológico (QID).			
23 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
Pênico			
24 - DIAGNÓSTICO INICIAL			
Apendicite aguda			
25 - CID 10 PRINCIPAL			
K62.0			
26 - CID 10 SECUNDÁRIO			
K62.0			
27 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
K62.0			
28 - PROCEDIMENTO SOLICITADO			
Laparoscopia			
29 - CLÍNICA			
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO			
31 - DOCUMENTO () CNS () OFF			
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
35 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO			
37 - () ACIDENTE TRABALHO TIPO			
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAFIC			
39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEENADO			
40 - CNPJ DA SEGURADORA			
41 - Nº DO BILHETE			
42 - CNPJ EMPRESA			
43 - CNPJ DA EMPRESA			
44 - CIDR			
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
46 - COD. ORGÃO EMISSOR			
47 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
48 - DOCUMENTO () CNS () OFF			
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)			
52 - Nº DE REGISTRO DO CONSELHO			





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

ORTOPEDIA I
LEITO 26

PACIENTE: GILBERTO FELIX BARBOSA · ID. : 51 ANOS

DATA: 30/05/20

AD. : 14/04/20

1	DIETA LAXATIVA
2	CEFZOLINA 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	ENOXAPARINA 40 MG - 01 AMP ,SC, 1X/DIA
7	OMEPRAZOL 40 MG - 01 COMP.VO, 1X//DIA PELA MANHÃ
8	ÓLEO MINERAL 10 ML ,VO, 3X/DIA
9	MUDANÇA DE DECÚBITO DE 3/3H// CABECEIRA ELEVADA
10	LIMPEZA DE ESCORIAÇÕES COM SF 0.9% 3X/DIA
11	TRILATIL 40 MG - 01 AMP + ABD EV 1X/DIA
12	CURATIVO DIÁRIO
	SSVV CCGG

EVOLUÇÃO: 28.05.20: PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE UMERO PROXIMAL A ESQUERDA. AMARIHO COM FIOS DE ETHIBOND. OPTADO POR NÃO MEXER NA FRATURA DO COLO POIS A MESMA JÁ ESTAVA CONSOLIDADA. UTILIZADO PARAUSO 45 MM COMO POSTE .

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

21 Antídoto de 300 mg
Alta para casa
HRDML / SESAP
CONFERI C/O ORIGINAL
Parnamirim - RN
28/05/2020
38

Quartarato
a ventres e R. 10-15
A. 10-15
parto 10-15
parto 10-15
parto 10-15

at -> Maria Olíndina Relis
06 - 706705567994912



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

Tel 9810844

R.G. 001.062.513

CPF 619.742.34487

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA 23

Nº ortopedias

NOME: Gilberto Felix Barbosa

IDADE: 06.03.1966 COR: Pardo SEXO: M ESTADO CIVIL: Casado

NATURALIDADE: RN Profissão: Taxista PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO: Rua S. João N. 30 BAIRRO: Felipe Camarão

CIDADE: Natal DATA: 14.05.2020 HORA: 8:36h

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 TA

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Queda em um muro de concreto do H.M.W.G. com fratura de

EXAME FÍSICO

limbo presenciar e pelo lateral TC de ombro e T12

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

HRDML / SESAP
CONFERI C/O ORIGINAL
Parnamirim-RN, 15/05/2020
heitor





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

Nega sintoma apical

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Geiberto Felix Bombosa Idade: 51 D/N: 06/03/1969
Pront: 169.513 Município: Itapiranga Procedência: ☒ Interno () Externo
Data da cirurgia: 28/05/2020 Hora Admissão: Bloco: 13 Sala: 30 Hora Saída: 14:30 Peso: 75 Kg
Alergias: ☒ Não () Sim Comorbidades: () HAS () DM () Outras: Não
Uso de medicações: ☒ Não () Sim Jejum: ☒ Não () Sim
SSW Admissão: PA: 110/70 mmHg Pulso: 70 bpm FL: 90 rpm FC: 90 bpm SpO2: 98 % T: 36 °C
Enfermeiro(a): Walquíria Instrumentador(a): Luzlan Circulante: Daniela
Cirurgia: Artroscopia por fratura do úmero proximal Especialidade: Ortopedia Sala: 30
Hora Início: 14:30 Hora Término: 16:45 Tipo de cirurgia: ☒ Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: Dr. Fernando Residente: Dr. Jackson
Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: ☒ Bloqueio () Raquidiana Ag.nº 2 () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag.nº 2 Cateter nº: 2 Início: 14:30 Garrote: 2 Smarch () Pneumático Início: 14:30 Término: 16:45
Anestesiologista: Dr. André

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

SINAIS VITAIS	Meio	Fim	Unid.	POSICÃO	COXIM	MMSS
EC	<u>80</u>	<u>77</u>	Bpm	<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
Pulso	<u>71</u>	<u>70</u>	Bpm	<input checked="" type="checkbox"/> Ventral	<input checked="" type="checkbox"/> Pescoço	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
Oximetria	<u>98%</u>	<u>96%</u>	%	<input checked="" type="checkbox"/> Lateral	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos
Capnografia	<u>33</u>	<u>36</u>	%	<input checked="" type="checkbox"/> Litolônica	<input checked="" type="checkbox"/> Lombar	<input checked="" type="checkbox"/> MMH
PA	<u>110/70</u>	<u>110/70</u>	mmHg	<input checked="" type="checkbox"/> Trendlemburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
				<input checked="" type="checkbox"/> Canivete		<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
				<input checked="" type="checkbox"/> Proclive		<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos

ACESSO VENOSO: ☒ Puncão Arterial ☒ Puncão Venosa Periférica ☒ Puncão Venosa Central ☒ Dissociação venosa

TRICOTOMIA: ☒ Local: MSE

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO: ☒ Sim () Não ☒ Metal () Descartável

DEGERMAÇÃO: ☒ Sim () Não ☒ Local: MSE Solução: Porcelana

TRICOTOMIA: ☒ Sim () Não ☒ Local: MSE

SONDAGEM GÁSTRICA: ☒ SNG nº 1 Retorno: 16:45

CATETERISMO VESICAL: ☒ SVF nº 1 SVA nº 1 Diurese: 16:45 Profissional responsável: Walquíria

EXAMES SOLICITADOS: () Hemograma () Gasometria () Coagulograma () Outros () Tipagem Sanguínea () Glicosimetria () Radioscopia (Raio X)

IMPLANTE CIRÚRGICO: Drenos: 1 Tela: 1 Cateter: 1 Ostomia: 1 Fio de KC: 1 Parafuso - tipo: 26 cortical Placa - Tipo: 1 Outros: 1

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO: Caixa cirúrgica: 1 Quant. Material: 1 Val: 1 Contagem de gaze e compressa: ☒ Não () Sim





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

() Hemuconcentrado _____ Unid. () Plasma _____ Unid. () Plaquetas _____ Unid.
() Albumina _____ Unid. () Expansor plasmático _____ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

Cefazolina 2g
h: _____ h: _____ h: _____
h: _____ h: _____ h: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

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

ANATOMO PATOLÓGICO

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

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

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

INTERCORRÊNCIAS: *Sem intercorrências, segue para o URO*

Ass: *[Assinatura]*

Coren: *37701*

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: ☒ Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Ozambiente Curativo. () Oclusivo () Compressivo () Bolsa de
colostomia () Outro: _____
Diurese: () Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: *URO*

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

Hora: *16:30h* Data: *23/05/2020* Nível de consciência: ☒ Acordado () Sonolento () Narcose () Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () cânula de Guedel () Cateter O₂ ☒ O₂ Ambiente
Mobilização MMII: ☒ Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMIS: () Normal ☒ Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () 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 ☒ Oxímetro () PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Boxigoma () Alteração PA () Alteração FC
Relato: _____

SINAIS VITAIS

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	—	76	—	—	100%	—
30'	—	78	—	—	100%	—
60'	—	76	—	—	98%	—
Alta	—	79	—	—	98%	—

Líquidos administrados na URPA:

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

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

Recebid	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da irrigação
da SO				
Desprezado URPA				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: *Encaminhado ao URO x de*
controle

Ass: *[Assinatura]*

Coren: *[Assinatura]*



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 type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE HORA _____ PARA _____	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____	DECISÃO MÉDICA HORA _____ HORA _____	AREVELIA <input type="checkbox"/>
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)





Nome do paciente		Nº prontuário	
Albino Polix Barbosa			
Data operação	Enf.	1º auxiliar	2º auxiliar
Operador	Stanislau	Judson	
3º auxiliar		Instrumentador	
Anestesieta	Tipo de anestesia		
Diagnóstico pré-operatório			
fratura humero proximal			
Tipo de operação			
Humero			
Diagnóstico pós-operatório			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
A. te durante a operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - víceras

- Codificação para sub-artroscopia
- Anestesia braquioplexia MSB
- Campos cirúrgicos limpos antisseptil
- Drenagem passiva identificação e amarração para futura ligação microscópica
- Lavagem após redução do
- Colocação pacífica com parte
- Novo traqueleto
- Checagem completa com redução
- Lavagem completa com SPS
- Amarração após fechamento por planos
- Fecho do CRP sob cuidados anti-sepsia
- do CRP sob cuidados da anti-sepsia

Stanislau Rolim
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Braço e Cotovelo
CRM-RN 6086 TEUT 24463

HRDML / SESAP
CONFIRI C/O ORIGINAL
Paranaíba - RN, 15/01/2021
Hesilberto 20192



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital				Enfermaria	Leito	Nº prontuário		
Nome				Idade	Sexo	Cor		
Data	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outras		
Tipo sanguíneo	Hemáticas	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia			
	Urina							
Ap. respiratório					Asma	Bronquite		
Ap. circulatório					Eletracardiograma			
Ap. digestivo			Dentes	Pescoço	Ap. urinário			
Estado mental			Ataxia	Corticóides	Alergia	Hipotensores		
Diagnóstico pré-operatório					Estado físico	Risco		
Anestésias anteriores								
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito			
Agentes Anestésicos	01							
Líquidos								
Oper.	260							
	250							
Anest.	240							
	230							
Respi.	220							
	210							
Pulso	200							
	190							
Respi.	180							
	170							
Pulso	160							
	150							
Respi.	140							
	130							
Pulso	120							
	110							
Respi.	100							
	90							
Pulso	80							
	70							
Respi.	60							
	50							
Pulso	40							
	30							
Respi.	20							
	10							
SÍMBOLOS								
ANOTAÇÕES								
POSIÇÃO								
Agentes								
Técnica								
Operação								
Cirurgiões								
Anestesiologistas								





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Guilberto Felix Barbosa Idade: 51a D/N: 06/03/1969
 Pront: 169513 Município: João Câmara Procedência: () Interno () Externo
 Data da cirurgia: 20/05/2020 Admissão: Bloco: 08 Sala: 08 Hora Saída: 14:00 Peso: 70
 Alergias: (X) Não () Sim Comorbidades: () HAS () DM () Outras
 Uso de medicações: (X) Não () Sim Jejum: () Não () Sim
 SSVV Admissão: PA: 120x80 mmHg Pulso: 74 bpm FI: 97% rpm FC: 75 bpm SpO₂: 97% % T: 20 °C
 Enfermeiro(a): Flora Velma Instrumentado(a): Fernanda L. Circulante: Cláudia
 Cirurgia: 4.º e 5.º de tornozelo (E) Especialidade: Ortopedia Sala: 01
 Hora Início: 08:52 Hora Término: 08:45 Tipo de cirurgia: (X) Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
 1.º Cirurgião: Dr. Carlos T. Aux.: Dr. Renato Residente: _____
 Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: () Bloqueio (X) Raquidiana Ag. nº 26 () Peridural () c/cateter () s/cateter
 Ag. nº _____ Cateter nº: _____ Início: 08:40 Garrote: (X) Smarch () Pneumático Início: 08:40 Término: 09:10
 Anestesiologista: Dr. Jackson

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotenso	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco (M5D)	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Letárgico	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Integra	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Dripfusor
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> SIC
<input type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Desfibrilador
<input checked="" type="checkbox"/> t/dificuldade	<input type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfígnica	<input type="checkbox"/> Cistostomia	
<input type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia*	<input type="checkbox"/> Dreno:	
<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input type="checkbox"/> Tetraplégico	<input type="checkbox"/> Manchas	<input type="checkbox"/> Dispositivo O ₂	<input type="checkbox"/> Tração	
<input type="checkbox"/> Amputações	<input type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input type="checkbox"/> Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	76	74	75	Bpm
Pulso	76	74	75	Bpm
Oximetria	96%	97%	97%	%
Capnografia	-	-	-	%
PA	120x80	110x77	114x90	mmHg

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

ACESSO VENOSO

☒ Punção Arterial HROMI / SESAP

☐ Punção Venosa Periférica CONFERI C/O ORIGINAL

☐ Punção Venosa Central Paravertebral-RH

☐ Dissecção venosa Relatório: 20/05

Local: _____

Cateter: _____

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO

☒ Sim () Não () Metal () Descartável

Local: Relatório: 20/05

DEGERMAÇÃO

☒ Sim () Não

Local: MTE Solução: Clorhexidina Local: MTE

SONDAGEM GÁSTRICA

SNG nº: _____

Retorno: _____

CATETERISMO VESICAL

SVF nº: _____ SVA nº: _____

Diurese: _____

Profissional responsável: _____

IMPLANTE CIRÚRGICO

Drenos: 1 cateter 28

Tela: 1 esponja 34

Cateter: 1 esponja 16 RP

Ostomia: 1 cateter 36

Fio de KC: Parafuso - tipo: 36

Placa - Tipo: Recombinação 06 furos

Outros: _____

EXAMES SOLICITADOS:

() Hemograma () Gasometria

() Coagulograma () Outros

() Tipagem Sanguínea () Glicosimetria

☒ Radioscopia (Rato X)

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO

Caixa cirúrgica: 35 + 100 + 100 Quant. Material: OK

Val.: 14.05 Contagem de gaze e compressa: () Não (X) Sim



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Esterilização		Leito		Nº prontuário													
Nome		Idade		Sexo		Cor													
Data	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros													
20/05/20	120/80	70	18	36,5	80kg														
Tipo sanguíneo	Hemácias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia														
	12	12	38	100	10														
Ap. respiratório					Asma		Bronquite												
Ap. circulatório					Eletrocardiograma														
Ap. digestivo					Ap. urinário														
Estado mental					Alergia														
Diagnóstico pré-operatório					Estado físico														
Anestésias anteriores					Risco														
Medicação pré-anestésica					Efeito														
<table border="1"> <tr> <td>Agulhas Anestésicas</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Líquidos</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Oper.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Artes.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>P. Pulso</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Q. Resp.</td> <td></td> </tr> </table>								Agulhas Anestésicas	0	Líquidos		Oper.		Artes.		P. Pulso		Q. Resp.	
Agulhas Anestésicas	0																		
Líquidos																			
Oper.																			
Artes.																			
P. Pulso																			
Q. Resp.																			
<p>SÍMBOLOS</p> <p>E</p> <p>ANOTAÇÕES</p> <p>POSICÃO</p> <p>Agentes</p> <p>Técnica</p> <p>Operação</p> <p>Cirurgião</p> <p>Anestesiista</p>																			

Dr. Jackson Douglas M. Queiroz
CRM/RN 4608 RQE-3489
Anestesiologista





PEDIDO DE PARECER

102679
- não há

L-26
ortop. I

Unidade Solicitante: _____ Município: _____
Paciente: Gilberto Felix Barlow Prontuário: _____
Motivo da Consulta: Barlow

E.C.G. **RISCO CIRÚRGICO**
Dr. Nelson Bastos Ortopedia CRM 4421 14.05.20 Data
Especialidade: _____
Consulta marcada para a Unidade: _____ Município: _____
Para o (a) Dr. (a): _____ às _____ horas do dia _____ / _____ / _____

RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante: _____ Município: _____
Paciente: Gilberto Felix Barlow, 51a Prontuário: _____
(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)
Não HAS/DM/ cardiopatia/ Asma/ Alergias. Assintomático
ECG: sinusal s/ alterações. PD: 120/80. FC: 74bpm.
AE: RCR 275/5. AB: 110/5/11. Abd. flácido. Glând. 64x4x2
bolores. Hb: 13,0 Plac: 145000 er: 0,7 64% 10%. K: 4,2
PT: CLASSE I - Baixo Risco
Diagnóstico: _____ CID: _____
15.05.20 Data
Médico: Guilherme M. B. Vidal CRM 4089 CRIM
Retornar à clínica solicitante: _____ Unidade: _____
Para o (a) Dr. (a): _____ às _____ horas do dia _____ / _____ / _____

HRDML / SESAP
CONFIRMAÇÃO ORIGINAL
FERNANDA FLOR LINHARES
15/05/2020



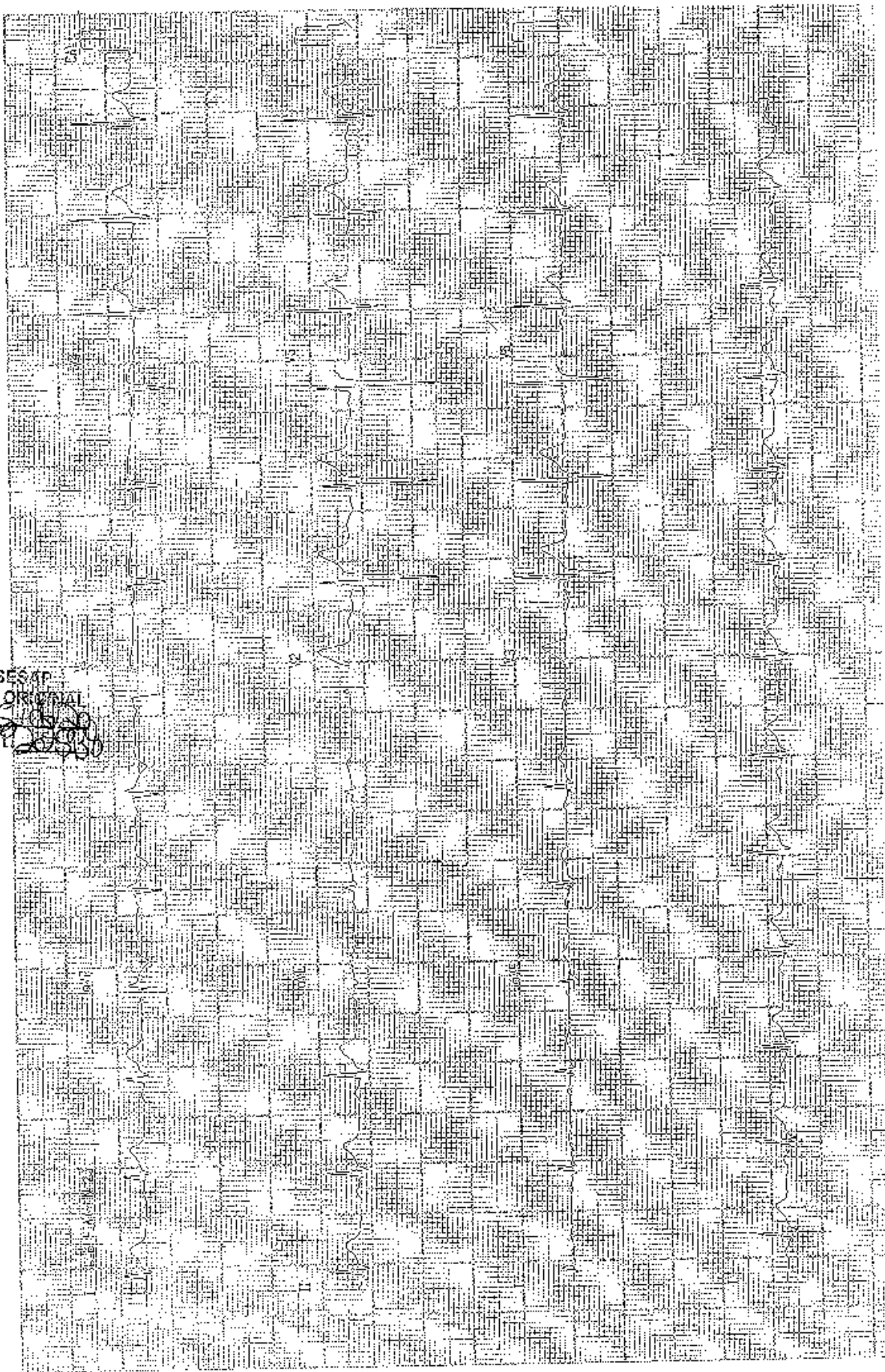
13:35

14/05/2020

HRDML / SESAP
CONFERENCIADOR ORIGINAL
Parnamirim-RN

31a

Silberto Felix Barbosa





FELIX BARBOSA

Nome do paciente		20/05/2020		Nº prontuário	
Data operação		DR. CARLOS TIAGO DE RENAIO		DR. JACKSON DOUGLAS	
Operador		Enf.		Leito	
2º auxiliar		1º auxiliar		Instrumentador	
3º auxiliar		Tipo de anestesia			
Anestesiista		FRATURA MALEOLO 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 acesso: paciente em decúbito dorsal sob raqui anestesia empregado - aspecto - vicinas

1. Esvaziamento MIE + GARROTEAMENTO
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSE E CAMPOS ESTÉREIS
3. INCISÃO ANTEROMEDIAL, DISSECÇÃO POR PLANOS.
4. FIXAÇÃO DE FRATURA DO MALEOLO MEDIAL COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO
5. 06 FIOS COM 02 PARAFUSOS ESPONGIOSO-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

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

HRDML/SESAP
CONFÉRIC/O ORIGINAL
FERNANDA FLOR LINHARES
20/05/2020



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

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Assistente: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: 173254 GILBERTO FELIX BARBOSA

Prontuário:

IS: 706705567994912

Nascimento: 06/03/1969

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA OLINDINA FELIX

Pai: PEDRO BARBOSA

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

Fone: 987084605 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE:

240810 UF: RN

CEP: 59072-410

Especialidade de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 16963 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

Acidente de carro-moto
Fratura em ombro e triiz esq

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

Fratura de umro proximal esq
Acidente de tornozelo esq

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

+ tc

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

2.3 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA*408050543. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL

Necessidade de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

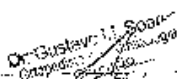
LAO TIBIAL, FX;1

Formações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes☐ Hipertensão☐ Obesidade☐ Faz Antibioticoterapia☐ Lesão por pressão☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

GUSTAVO MONTENEGRO SOARES



CRM: 5410 / RN

Data da Solicitação 10/05/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)☐ 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

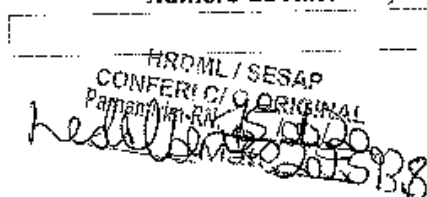
Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: Órgão Emissor:

Número da Autorização:

Data da Autorização: / / Assinatura/Carimbo:



HRDML / SESAP
CONFÉRCIO ORIGINAL
Pamamirim - RN
10/05/2020



Número do documento: 21012615340907200000062021297



RECEITUÁRIO

h
M Gilberto Felix Barbosa
Lendo Médico

Atesto para os devidos fins que
o paciente supracitado tem histórico
de trauma automobilístico e sequelas
deprimidas em ambas as mãos e Joelho
D. Limitação de movimento e dor
nas extremidades. Cicatrizes locais com
retensão - falar por tratamentos cirúrgicos.
Solicito Perícia.

Dr. Igo Winkler de Oliveira
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 6429

CID: S82.3

S40.9

A23.3

A25.5

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

Rua 30 de Setembro, 28 - Centro - CEP 59000-000 - 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



POLEGAR DIREITO



Fernanda Flor Linhares
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Digitalizado com CamScanner



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

001.007.954

DATA DE
EXPEDIÇÃO

26/03/2015

NOME

AURICEA MELO BEZERRA

FILIAÇÃO

MANOEL BEZERRA DE OLIVEIRA
MARIA FLORENCIO DE MELO BEZERRA

NATURALIDADE

UF AMEMA RM

DOC. ORIGEM

CERT. DE CAS-DIV-L-01-F-102 RS 341
UF AMEMA RM-2 CERTIFICADO

DATA DE NASCIMENTO

30/01/1966

CPF
626.065.674-91

ASSINATURA DO DIRETOR

Josebias Ferreira do Nascimento Junior
Coordenador de Identificação - IPR/RN IA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Digitalizado com CamScanner

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
GILBERTO FELIX BARBOSA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
1062513 ITEP RN

CPF
619.742.344-87

DATA NASCIMENTO
06/03/1969

FILIAÇÃO
PEDRO BARBOSA
MARIA OLINDINA FELIX

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
01709517185

VALIDADE
18/02/2025

1ª HABILITAÇÃO
05/09/1996

OBSERVAÇÕES
A
EAR

ASSINATURA DO PORTADOR
Gilberto Felix Barbosa

LOCAL
NATAL, RN

DATA EMISSÃO
05/03/2020

ASSINATURA DO EMISSOR
Jonielson Pereira de Oliveira
Jonielson Pereira de Oliveira
Diretor Geral - Detran RN

87065023572
RN707348390

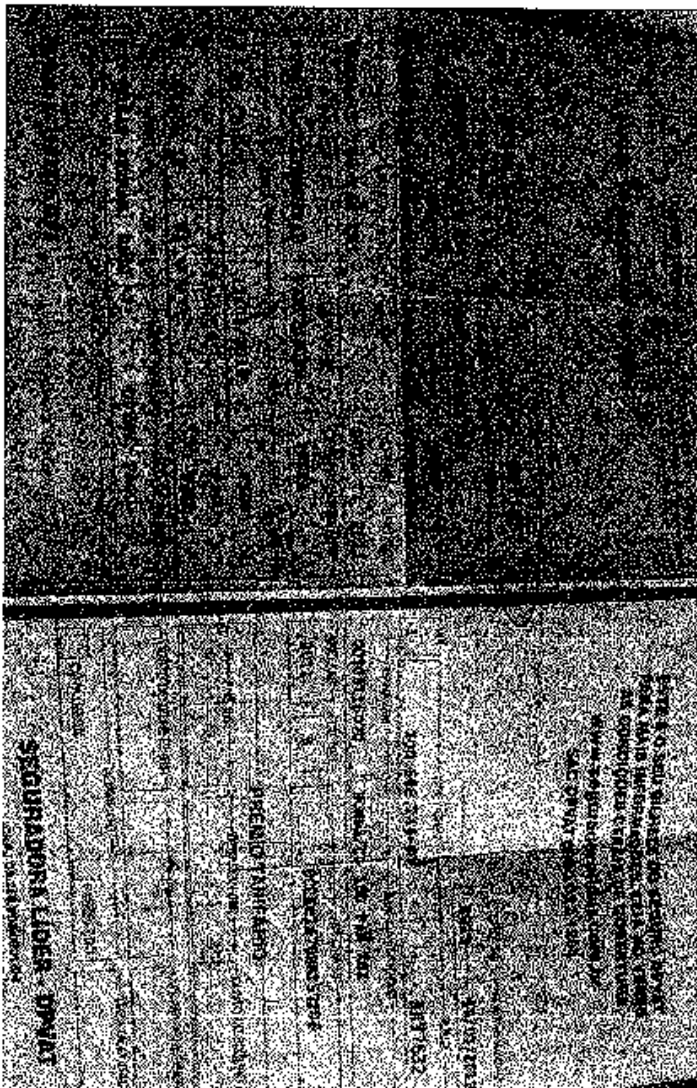
RIO GRANDE DO NORTE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1933106780

PROIBIDO PLASTIFICAR
1933106780

Digitalizado com CamScanner





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:
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
Data da solicitação: 15/10/2020
Nome do beneficiário: Gilberto Felix Barbosa
CPF do beneficiário: 61974234487
Nome do solicitante: Gilberto Felix Barbosa
CPF do solicitante: 61974234487

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (84) 99955 5568 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) documento(s) estão sendo entregues:
☒ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IML
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☐ Outros: (DESCREVER)

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

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO DEVIDO AS SERVEZAS DEFINITIVAS, RELATADAS E COMPROVADAS NOS LAUDOS MEDICOS. CASO JULGUEM NECESSARIO MARQUEM UMA PERICIA MEDICA PARA QUE EU SEJA EXAMINADO. EM MOSSORÓ-RN
DESDE JÁ EU AGRADEÇO PELA ATENÇÃO

MOSSORÓ 15/10/2020

Gilberto Felix Barbosa

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

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada 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:
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: Acusado, Data do Acidente: 10-05-2020
Cobertura invalidez, portador(a) do RG 1062513, órgão expedidor
Itap e do CPF: 619-742-344-87 residente no(a)
R. Nova Sra de Fátima nº 421
bairro: Santa Delmora, município: Mossoro, RN.

OUTORGADO:

Nome: Arneirio Melo Bezerra, brasileiro(a)
estado civil: Casado, Profissão: Acusado, portador(a) do RG
003.007.954, órgão expedidor SSP e do CPF: 626-068-674-91, residente
no(a) R. Nova Sra de Fátima nº 421
bairro: Santa Delmora, município: Mossoro, 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.

Mossoro 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

CPF de: Próprio

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: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

AURICEA MELO BEZERRA

GERCIA 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

Titular do CPF: GILBERTO FELIX
BARBOSA

CPF de: Próprio

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

AURICEA MELO BEZERRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2020

Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA

CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA

