



10/02/2021

Número: **0801419-66.2021.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **27/01/2021**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>GENIVAN FERNANDES PIMENTA (AUTOR)</b>	<b>CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA (ADVOGADO)</b>
<b>Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)</b>	<b>LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)</b>

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65294 712	10/02/2021 08:06	<a href="#"><u>2783746_CONTESTACAO_Anexo_03</u></a>	Documento de Comprovação





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### 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<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas e sancionar, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Livia Karina Freitas da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 337.370.610-15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Flávia Fernanda Góes, inscrito (a), no CPF sob o Nº 038.771.151-95, do sinistro de DPVAT cobertura Acidente, da Vítima Flávia Fernanda Góes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.771.189-93, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, encaminho a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Concordo de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Número	Complemento	
<u>Rua 06 01000-000</u>	<u>1615</u>	<u>Loja 05</u>	
Salário	Cidade	Estado	CEP
<u>R\$ 1.000,00</u>	<u>Florianópolis</u>	<u>SC</u>	<u>88060-070</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>pkf.lk@gmail.com</u>	<u>(48) 3015-33106</u>		

Florianópolis, 27 de fevereiro de 2021  
Local e Data

Livia Karina Freitas da Silva  
Assinatura do Declarante

OLCRL 201 Vn01/7017



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 10/02/2021 08:06:02  
<https://pjeg.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102100806023750000062529865>  
Número do documento: 2102100806023750000062529865

Num. 65294712 - Pág. 2



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 13447 /2020

Admissão: 12/08/2020 12:48:21

## CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 64154 - GENIVAN FERNANDES PIMENTA (44 a 9 m 5 d)

Nascimento: 07/11/1975 Natural: MOSSORÓ-BRASIL Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 702302148316913 CPF: 03277618498 Prof:

Mae: MARIA DE LOURDES PIMENTA Pai: EXPEDITO FERNANDES PIMENTA

Logradouro: MARECHAL HERMÉS, 1083

Bairro: BOM JARDIM

Cidade: MOSSORÓ

CEP: 59618670

Compl:

Telefone: 84.94155171

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

\*Empresa:

OBS: VINDO COM SAMU										Classificação:	PESO:
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C. / P脉	TEMP.	Glasgow	RTS		

## HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: FRATURA DE PUNHO DIREITO EM COLISAO CARRO MOTO

Dt e Hora: \_\_\_\_\_

*Fratura de punho direito com descolamento de tecidos e descalcificação da articulação*

Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira  
Cirurgião Geral e Vascular  
CRM 2834

Diagn. Inicial:

Assin:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORARIO	ASSINT.
<i>Voltar 75% de TAC</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i>			
<i>Dr. Raimundo Ribeiro de Oliveira</i>			
<i>Cirurgião Geral e Vascular</i>			
<i>CRM 2834</i>			
<i>2020-08-12 08:41:00</i> </td			

13. 10/18/2000 O. bimaculata

*Dr. Luis F. C. Arribalzaga  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
GRUPO 400*

Vitória de futebol de volta para o mundo

dr. i. Edens + de voorziede paleo (c)  
enige voorwerken st.

Re cos fopkens so die dertal in his actielen.

and presents to the Super selector +  
at present auction by  
two pairs alternate as

Fresenius & Tolle auto-polymer  
P. H. Cugur states

140

Sept 25: Major observations go in down  
the following season as indicated by  
CD: entertainment for the coming  
of the last of the rollers to organize.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAMM MOSSORÓ

**Dr. Leandro Freire**  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM/RJ 7439 - SODT 16983 RCRG RJ



*Assinatura*

Prontuário: 214527

*X*

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

**PERMISSÃO**

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **GENIVAN FERNANDES PIMENTA** (Fja: 3682/2020), CPF:03277618498.

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

Mossoró/RN, 12 de Agosto de 2020.

Paciente ou responsável

NUCLEO DE VIGILANCIA  
EPIDEMIOLOGICA H.R.T.M.  
DATA: 12/08/2020

*Assinatura*

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
FOTO CONFORME ORIGINAL  
DATA DE EMISSÃO 12/08/2020

*BIN*

*LANÇAMENTO*

CCIH - HRTM

DATA 21/08/2020

*Assinatura*

**SUS**

*(NIR)* SISTEMA ÚNICO DE  
Saúde para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar *R.200  
R.200  
R.200*

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA CNES: 2503689  
Executante: O solicitante ou CNES:

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: **64154 GENIVAN FERNANDES PIMENTA** Prentuário:  
CNS: 702302148316913 Nascimento: 07/11/1975 Sexo: Masculino Cor: PARDA  
Mãe: MARIA DE LOURDES PIMENTA Pal: EXPEDITO FERNANDES PIMENTA  
Endereço: RUA MARECHAL HERMES, 1083 - BOM JARDIM - MOSSORÓ Fone: 94155171 /  
Município: MOSSORÓ Código Municipal IBGE: 240800 UF: RN CEP: 59618-670

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo: 1052 / 2020

**JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:**

motociclista vítima de acidente de trânsito com traumatismo de punho direito  
com dor e deformidade local

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:**

necessita tratamento cirúrgico

**RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:**

anamnese, exame físico, radiografias

Diagnóstico e Procedimento Inicial:

S52.5 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO\*408020431.TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA UN

Profissional Solicitante / Assintente: *Dr. Leandro Magno Costa Freire* CRM: 7439 / RN Data da Solidtação 12/08/2020  
LEANDRO MAGNO COSTA FREIRE

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

**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_ Orgão Emissor: \_\_\_\_\_ Nº Autorização da AIH: \_\_\_\_\_  
 Documento: ()CNS ()CPF nº \_\_\_\_\_  
 Data da Autorização: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME ORIGINAL  
SANTO AMARO/CITY HOSPITAL  
*Livia Karina Freitas da Silva*  
Assinado em \_\_\_\_\_

**NUCLEO INTERNO DE REG.**  
**NIR / HRTM**  
**AIH INCLUSA NO S**





MINISTÉRIO  
DA  
SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE  
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

FOLHA  
1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PROBITÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RACA/ETNIA

MASC

FEM

11 - NOME DA MÃE

12 - FONE DE CONTA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - FONE DE CONTA

15 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDARIO

28 - CID 10 CHAVAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - PRINCIPAL

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI TIPO I

DIÁRIA DE UTI TIPO II

DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Hospital Regional Tarcísio Maia

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD.

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - QTD.

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Costo de tratamento se tornou maior que o valor da internação*

Dr. Leandro Freitas  
Ortopedia e Traumatologia  
Ortopedia do Joelho  
CRM/RN 7139 - COT 16008 RQE 37

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

44 - DOCUMENTO

45 - N° DOCUMENTO (CRN/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

46 - ASSINATURA E CARMIM (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

( CRN )

( CPP )

014186138-8148

01/02/2021

12/02/2021

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - CÓDIGO DO EMISSOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO

51 - N° DOCUMENTO (CRN/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

52 - ASSINATURA E CARMIM (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

( CRN )

( CPP )

014186138-8148

01/02/2021

12/02/2021





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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Livia Karina Fernandes Ribeiro Reg nº 64156

Diagnóstico pré-operatório: Fratura de 1º Dígitão no hâncio direito

Indicação terapêutica: Conservar-se com fixador externo de calcanhar

INTERVENÇÃO

Inicio: 16:56h Fim: 16:59h Duração: 03:01

Operador Dra. Leandro Freire

1º Auxiliar: Dra. Livia Fernandes

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAMM REGISTRO 11 A 11/02/2021

Instrumentador:

Anestesista: Dra. Livia Ribeiro

SAME: ARQUIVO

INTERVENÇÃO

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

Limpa     Pot. Contaminada     Contaminada     Infectada

Existe Sobe Proteção e escudo confeccionado a gesso fiamenho da mola.

Drrenagem de Fratura Sobre Escopso de  
trempe na crista.

Colocamento de curativo externo de  
cotton

curativo

Fixação

Dr. Leandro Freire  
Ortopedista Traumatologista  
Hospital Regional Tarcísio Maia  
CRMES/11/REGISTRO 11 A 11/02/2021





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
 HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA  
 NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

CHECK LIST DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA EM  
 SALA OPERATÓRIA

Data: 12/01/2021 Hora: \_\_\_\_\_ Paciente: Genival Ferreira Pinto Idade: 44

CHECAGEM PRÉ-INDUÇÃO ANESTÉSICA

<b>Checar:</b>	<b>Materiais de vias aéreas disponíveis?</b>				
<input checked="" type="checkbox"/> Pulseira de identificação confrontando com o nome do paciente	<input type="checkbox"/> Baraka	<input type="checkbox"/> Aspirador	<input type="checkbox"/>		
<input checked="" type="checkbox"/> Procedimento Cirúrgico e anestésico devidamente preenchido	<input checked="" type="checkbox"/> Monitor/oxímetro de pulso funcionando				
<input checked="" type="checkbox"/> Procedimento a ser realizado	<b>Via aérea difícil?</b>				
<b>Lateralidade:</b>	<input type="checkbox"/> Sítio Demarcado	<input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Equipamento VAD disponível	
<b>Alergia conhecida?</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	<b>Equipamento Anestésico funcionante?</b>	
<b>Exames relacionados (Laboratoriais, imagens, outros)</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Há risco de perda sanguínea? (Superior a 500ml)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica	Disponível na sala operatória os instrumentais necessários para o procedimento?	
<input type="checkbox"/> Sim, acesso venoso adequado e planejamento de fluidos com reserva disponível.	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
<b>CHECAGEM PRÉ-INCISÃO CIRÚRGICA</b>	<b>CHECAGEM PÓS-CIRÚRGICA</b>				
Todos os profissionais da equipe confirmaram seus nomes e profissões verbalmente?	Realizado contagem de compressas, gazes e agulhas?				
<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
Todos os profissionais confirmam verbalmente:	Realizado contagem dos instrumentais?				
*A identificação do paciente;	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
*Local da cirurgia a ser feita;	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Peça cirúrgica para anatomo-patológico?		
*Procedimento a ser realizado.	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, identificado peça.	<input checked="" type="checkbox"/> Não	
Placa de bisturi posicionada adequadamente?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Conservado peça?		
Posicionamento correto e com proteções?	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Formol	<input type="checkbox"/> Gelo	
Antibiótico profilático nos últimos 60min.?	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Especificado peça no prontuário?		
Checado esterilização (instrumentais e implantes) com todos os integradores disponíveis?	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Cirurgião: Dr. Wanderson	Soros de infusão, medicamentos e fluidos administrados ao paciente estão adequadamente identificados?				
Auxiliar: Dr. Luis Fernando	<input type="checkbox"/> CRM: 4439	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Instrumentador:	<input type="checkbox"/> CRM: 4863	<input type="checkbox"/> Paciente está com pulseira de identificação?			
Circulante: Dr. Lúcio Henrique	<input type="checkbox"/> COREN: 364469 / 832328	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
 FETA CONFORME O DECRETO  
 PLANE MOSSORÓ 25/03/2010  
 B14

EAMP: ARQUIVO



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA**  
**HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA**  
**Evolução e Prescrição Médica**

**NOME:** GENIVAN FERNANDES PIMENTA

**IDADE:** 44 ANOS

**DATA DE ADMISSÃO:** 12/08/2020

**CÓDIGO:** 214527

**LEITO:** 302-5

<b>DATA</b>	<b>EVOLUÇÃO</b>
18/08/2020	<p># 5º PO DE FIXAÇÃO EXTERNA DE FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO</p> <p>PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL SEM QUEIXAS DE DOR. NEUROVASCULAR DO MEMBRO NORMAL.</p> <p>RISCO CIRÚRGICO: PRONTO</p> <p>CD: AGUARDA CIRURGIA</p>

	<b>PRESCRIÇÃO</b>	<b>HORÁRIO</b>
1	DIETA BRANDA HIPOSSÓDICA	
2	SF 0,9% - 1500 ML - EV (CORRER EM 24 HORAS)	14 22 32
3	CFTAZIDIMA 1G - 1 AMPOLA + 10 ML ABD - EV 8/8 H	14 22 05
4		
5	DIPIRONA - 1 AMPOLA + ABD - EV - 6/6 H SN	5/10
6	TRAMAL - 1 AMPOLA + 100 ML SF 0,9% - EV - 8/8 H SN	S/N
7	PLASIL - 1 AMPOLA NO SF 0,9% - EV - 6/6 H SN	S/N
8	OMEPRAZOL 40 MG - 1 AMPOLA - EV 1XD - EM JEJUM	C/pe Patina
9	SINAIS VITAIS + CUIDADOS GERAIS	
10		
11		
12	HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA	
13	ESTÁ CONFORME O ORIGINAL ESTÁ MENSURADO	

Pelego Odílio da Conceição  
 Oficina de Radioterapia  
 Odontologia Radiônica  
 TECN: 16178 - CRM-MG: 2372





**CARDIODIAGNÓSTICO LTDA**

PEDRO VELHO, 250 - SANTO ANTONIO

59611-010, MOSSORÓ/RN

CNPJ: 35.650.324/0001-50

HORÁRIO:  
DESCRITO

TELEFONE: (84) 3318-9000

CLIENTE: 1229042-GENIVAN FERNANDES PIMENTA

FERNANDEA, 215-AP 215

LEITO: 215-02

ADMISSÃO: 19/08/2020

DIAS INTERNADO: 0

44 A, 9 M, 11 D

Pág.: 1/1

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

20/08/2020 - 17:39:05

Evolução Médica

PODE FRATURA RÁDIO DISTAL DIREITO  
PROCEDIMENTO SEM INTERCORRÊNCIAS

DIETA LIVRE

SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500 ML	1,00 FR	IV	08/08H	22 C.G.
REFLOTINA 1 G	1,00 FA	IV	05/08H	+ ABD
DIPIRONA 500MG/ML 2ML	1,00 AMP	IV	05/08H	+ ABD
TRAMAL 50MG/ML 2ML	1,00 AMP	IV	08/08H	+ SF 0,9% 100ML
TENOXICAN 20MG PÓ LIÓFILO P/SOLUÇÃO INETAVEL	1,00 FRAM	IV	12/12H	+ ABD
NAUSEDRON 8 MG / A ML	1,00 AMP	IV	08/08H	+ ABD
OMEPRAZOL 40MG INJ + DIL.	1,00 FA	IV	1X/DIA	SN
SSWV+CCGG				KARINA FREITAS DA SILVA Reservado
CURATIVO DIÁRIO				

L. Romero da Escóssia Pinheiro  
Beloite Industrial  
(84) 3318-9000  
De 08h

5924 - PABLO ROMERO DA ESCÓSSIA PINHEIRO



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 10/02/2021 08:06:02  
<https://pje1g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021008060237500000062529865>  
Número do documento: 21021008060237500000062529865

Num. 65294712 - Pág. 13



**PACIENTE: GENIVAN FERNANDES PIMENTA**

**DATA: 19/08/2020**

**CIRURGIA:**

**CIRURGIA REALIZADA: OSTEOSÍNTESE DE RÁDIO DISTAL DIREITO**

**EQUIPE CIRÚRGICA:**

**CIRURGIÃO: DR PABLO ESCÓSSIA**

**AUXILIAR: DR RAPHAEL**

**ANESTESISTA: DR ELUMAR**

**ENFERMEIRA: ALESSANDRA**

**INSTRUMENTADORA: BRUNO**

**CIRCULANTE:** *Geórgia*

**RELATÓRIO:**

- 1) DDH, ASSEPSIA, COLOCAÇÃO DE CAMPOS
- 2) ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO
- 3) COLOCAÇÃO DE GARROTE PROXIMAL
- 4) INCISÃO LONGITUDINAL EM FACE VOLAR DO PUNHO + ABERTURA POR PLANOS + HEMOSTASIA
- 5) REDUÇÃO DA FRATURA + PLACA BLOQUEADA EM T + PARAFUSOS + FIOS DE KISCHNNE
- 6) SUTURA POR PLANOS + HEMOSTASIA
- 7) RETIRADA DE GARROTE (PERFUSÃO NORMAL)
- 8) CURATIVO ESTERIL

**MOSSORÓ, 19/08/2020**



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 10/02/2021 08:06:02  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102100806023750000062529865>  
Número do documento: 2102100806023750000062529865

Num. 65294712 - Pág. 14



**Clínica de Anestesiologia de Mossoró Ltda.**

## **FICHA DE ANESTESIA**

NOME		GENIVAN F. DES Pimenta		DATA					
SERVICO	ANESTESISTA	CIRURGÃO	13/05/2020						
IDADE	SEXO	COR	PR. ABT.	PULSOS	TEMP.	ESTADO FÍSICO	PRÉ-ANESTÉSICO		
21	M	BR				1 2 3 4 5			
DIAGNÓSTICO		Test. Fimbra							
OPERAÇÃO REALIZADA		TO Cervical							
INICIO	TERMINO	DURACAO	ROTINA	EMERGÊNCIA	EXTRA				
10.00									
SpO <sub>2</sub>	78/100								
ETCO <sub>2</sub>	35/45								
HORA							OBSERVAÇÕES		
A G E N T E S							obstrução es Drenagem se des faz otoscopio mucosa 5 mucosa 10 mucosa 15 mucosa 20 mucosa 25 mucosa 30 mucosa 35 mucosa 40 mucosa 45 mucosa 50 mucosa 55 mucosa 60 mucosa 65 mucosa 70 mucosa 75 mucosa 80 mucosa 85 mucosa 90 mucosa 95 mucosa 100		
CÓDIGO									
ANESTESIA X									
OPERAÇÃO @									
INTUBAÇÃO X ENDOTRAQUEIAL									
PRES. SISTOL.	V								
PRES. DISTOL.	A								
HR/ECG	♦								
RESP. ASSIST.	-RA								
RESP. EXPON.	-RE								
RESP. CONTR.	-RC								
POSIÇÃO							Soro		
ASSESSORIA							Sangue		
								Outros	

**TECNICA:**  TRANSTÉRMICO /  INTRATÉRMICO /  ENDOVENOSA /  BALANCEADA /  SEDACAO: ( )

**ANEST. GERAL:** ( ) **INHALATÓRIA:** ( ) **ENDOVENOSA:** ( ) **BALÔNICA:** ( )

ANEXO VI

**NECESSITOU DE RESUSCITAÇÃO**

ACORDADO	SALA DE RECUPERAÇÃO	CONDIÇÕES	ÓBITO	
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> P

*Dr. Elison Pereira da Silveira*  
ANESTESIOLOGISTA  
CRM 1437-CEP 20.000





CARDIODIAGNÓSTICO LTDA  
**HOSPITAL WILSON ROSADO**  
PEDRO VELHO, 250  
SANTO ANTONIO - MOSSORÓ/RN - 59611-010  
CNPJ: 35.650.324/0001-50  
Tel.: (84) 3318-9000

Atendimento: 1229042  
Data: 19/08/2020  
SENHA: 0  
SUS

Guia:  
Hora: 10:13:00  
Tipo: INTERNACAO  
Sexo: MASCULINO

**8.602 - GENIVAN FERNANDES PIMENTA**

sc.: 08/11/1975 Idade: 44 A,9 M,11 Profissão: BIOQUÍMICO  
rua: MARECHAL HERMES, 1.083 - Bairro: BOM JARDIM  
Telefone: (84) 9941-55171 Celular: (84) 9917-17755

CPF: 032.776.184-98 - SUS: 702302148316913  
Civil: SOLTEIRO(A)  
Cidade: MOSSORÓ/RN CEP: 59600-010  
Mãe: MARIA DE LOURDES PIMENTA

08/2020

755.04 ORTOPEDIA

POGL OSILOSSIN TSEF DE FRATURA RÁDIO DISTAL

SEM QUEIXA.

FFO: CICATRIZ CIRÚRGICA EM BOM ESTADO. NEUROVASCULAR SEM ALTERAÇÃO. ADM PRESERVADO LEVEMENTE DOLORIDO

CD: ANALGÉSIA, ATS, CURATIVO, ACOMPANHAMENTO PAM AMBULATORIAL

Dr. Guilherme Garcia Rigolin  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RN:8187/TEOT 13541

8187 - GUILHERME GARCIA RIGOLIN

INFORMÁTICA - PSP S-GEH



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 10/02/2021 08:06:02  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102100806023750000062529865>  
Número do documento: 2102100806023750000062529865

Num. 65294712 - Pág. 16



**CARDIODIAGNÓSTICO LTDA**  
 PEDRO VELHO, 250 - SANTO ANTONIO  
 59621-010, MOSSORÓ/RN  
 CNPJ: 35.650.324/0001-50  
 INSCADO: TELEFONE: (84) 3318-9000

Pág.: 1/1

ENTE: 1229042-GENIVAN FERNANDES PIMENTA

IDADE: 44 A,9 M,11

SUS

ERMARIA: 215-AP 215

LÉITO: 215-02

ADMISSÃO: 19/08/2020

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

18/2020 - 07:55:13

A LIVRE

FISIOLÓGICO 0,9% - 500 ML	1,00FR	IV	08/08H	09 0 13 16 20 06
LOTNA 1 G	1,00FA	IV	06/06H	14 22 52
RONA 500MG/ML 2ML	1,00AMP	IV	06/06H	10 16 22 54
VAL 50MG/ML 2ML	1,00AMP	IV	08/08H	12 18 24 06
OXICAN 20MG PÓ UÓFILO P/SOLUÇÃO	1,00FRAMP/IV		12/12H	+ ABD
RAVEL				
SEDRON 8 MG /4 ML	SN	1,00AMP	IV	08/08H + ABD
FRAZOL 40MG INJ + DIL.	1,00FA	IV	EX DIA	

/ACGG Retiná-

ATIVO DIÁRIO:

HOSPITALAR

Dr. Guilherme Garcia Rigolin  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-RN 8187/TEOT 13541

8187 - GUILHERME GARCIA RIGOLIN

SOLUÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 10/02/2021 08:06:02

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102100806023750000062529865>

Número do documento: 2102100806023750000062529865

Num. 65294712 - Pág. 17

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1229042 - GENIVAN FERNANDES PIMENTA

Data da internação: 19/08/2020 - 10:13:00

Sexo: M

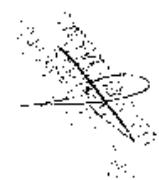
Convênio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CRÚRGICA

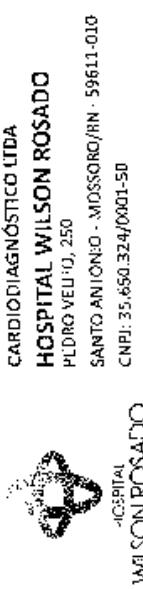
Leito: 205-01

19/08/2020

Hora	PA	Temp	FC	FR	Glicemia
------	----	------	----	----	----------

Assinatura					
					JEMIMA MENEDEROS DE PAULA (ENFERMEIRANDA)

10:30:00 ADMITIDO PACIENTE NESTE SETOR (POSTO 2, 2º ANDAR), SEXO MASCULINO, 44 ANOS, PROVENIENTE DO HRTM, DEAMBULANDO, ACOMPANHADO DE MAQUEIRO E FAMILIARES, PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO, COM FIXADOR EXTERNO. NEGA: HAS+DM É ALERGIA MEDICAMENTOSA, RECEBEO CONSCIENTE, ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO, COMUNICATIVO, EM JEJUM PARA CIRURGIA, AOS SSVV, NORMOCÁRDICO, NORMOTENSO, PULSO RÍTMICO E REGULAR, AFEBRIL, EUPNÉICO EM AA, ACIANÓTICO, ANÍCTERO, COM PERFUSÃO TISSULAR PRESERVADA >25. AO EXAME CLÍNICO: COURO CABELEUDO RÍGIDO, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORESPONTÂNEAS COM MUCOSA OCULAR E ORAL NORMOCORADAS. SIC: ELIMINAÇÕES INTESTINAIS E VESICAS PRESENTES, VEIO COM AVP, SENDO RETIRADO E FOI REPUNCIÓNADO EM AVP NOMESE, VIABILIZANDO HV LIVRE DE EDÉMAS. SONO PRESERVADO, HIGIENE SATISFATÓRIA. SEM QUEIXAS NO MOMENTO. SÉGUO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. PACIENTE TOMOU BANHO COM CLOREXIDINA DIFERGEMANTE, AGUARDA CIRURGIA.



CARDIOLAGNÓSTICO LTDA  
**HOSPITAL WILSON ROSADO**  
 PLDRO VELHO, 250  
 SANTO ANTONIO - MOSSORÓ/RN - 59611-010  
 CNPJ: 35.650.324/0001-50

Wilson Rosado  
 Tel: (84) 3318-5600

## ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1229042 - GENIVAN FERNANDES PIMENTA

Data da internação: 19/08/2020 - 10:13:00

Sexo: M

Convenio: SUS  
 Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 215-02

19/08/2020

### Anotação

		Anotação	Técnico(a)	Assinatura
12:00x	PACIENTE TRANSFERIDO DO POSTO 2 PARA CC EM CADFIRA DE RODAS ACOMPANHADO DE MAQUEIRO E FAMILIARES. - PA: TAX: 0,00€ F.C.:0 F.R.:0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 0 Fl.O2: 0 Ventilação: Decúbito:	LÚZIA GOMIDES BRASÍLIO	LÚZIA GOMIDES BRASÍLIO Lúzia Gomides Brasílio Tec. Enfermagem COREN-RN 952466	



Paciente: Genival Fernando pimenta Idade: 44 Registro: 45 8602-  
Setor: e.c Médico: Dr. pabito Enferm./Leito: 205-01

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
10/02/2021	12:10	paciente. Recém nascido centro cervical, menino de peso, em condição ótima com manobras pub- ermeias. Família respon- sável, dentro verbalizou, em fim para. não ter pro- blemas. recuperação com 100% atividade. Equipos presentes com auxílio em forma fun- cionamente. Nega uso de níveis respiratórios abriga- do ou intubação. Medicamentos e dispositivos de cuidados de equipe.	<i>Livia Karina Freitas da Silva</i>
10/02/2021	15:50-	Relevo paciente em 10º pacá pacientamento suave.	<i>Dr. Pabito</i>
16:00-		inicio do procedimento anestesia com 101 Etomidate. O humor monitizado.	
16:10-		inicio do procedimento seu- geco. sem intubação com Dr. Pabito, Dr. Rafael.	
17:10		terminio do procedimento suageco. reaberto o ventila- tório. em F.O.	<i>Livia Karina Freitas da Silva</i>
17:20-		encaminho paciente para up para 1º opção de mo- dulo.	
17:30	17:30	Exame paciente no exame de 1º a conclusão. Dr. Pabito. O 2º anestetista para. Encaminha- do para. Fase em observa- ção.	
17:30	18:00	Foi not ministrado os resultados	







CARDIODIAGNÓSTICO LTDA

HOSPITAL WILSON ROSADO

PEDRO VELHO, 250

SANTO ANTONIO - MOSSORÓ/RN - 59611-010

HOSPITAL  
WILSON ROSADO

CNPJ: 35.650.324/0001-50

Tel.: (84) 3318-9000

## ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

### 1229042 - GENIVAN FERNANDES PIMENTA

Data da internação: 19/08/2020 - 10:13:00 Sexo: M Idade: 44 A,9 M,110

Convenio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Letto: 215-02

19/08/2020	Anotação	Técnico(a)	Assinatura
20:10:00	RECEBIDO PACIENTE PROVENIENTE DO CC, PO DE FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO, CONCIENTE, ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, DIETA POR VO, DIURESE E EVACUAÇÕES EXPOONTÂNEAS, AO EXAME NORMOCARDIO, NORMOTENSO, EUPNEICO EM AA, SEGURO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO. - PA: TAX: 9 F.C.: R.R.: Glicemia: PVC: PAM: Sat. O <sub>2</sub> : FI O <sub>2</sub> : Ventilação: Decúbito:	RHAYSSA RUAMA FERNANDES CORRÊA FAGUNDES	RHAYSSA RUAMA FERNANDES CORRÊA FAGUNDES Tec. Enfermagem TOREN- RR 1451756
22:00:00	ADMINISTRADO 500ML SF 0,9% IV, 1ER CEHALOTINA 1G + ABD IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00 <sup>a</sup> F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O <sub>2</sub> : 0 FI O <sub>2</sub> : 0 Ventilação: Decúbito:	RHAYSSA RUAMA FERNANDES CORRÊA FAGUNDES	RHAYSSA RUAMA FERNANDES CORRÊA FAGUNDES Tec. Enfermagem LUDIM- RR 1451666





CARDIOPAEDIATRICO LTDA  
**HOSPITAL WILSON ROSADO**  
PLANO VELHO, 250  
SANTO ANTONIO - MOSSORÓ/RN - 59611-010  
CNPJ: 35.555.324.0001-50  
Tel: (84) 3318-9000

## ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

**I229042 - GENIVAN FERNANDES PIMENTA**

Data da internação: 19/08/2020 - 13:13:00 Sexo: M

Idade: 44 A,9 M,11 D

Convênio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 215-02

19/08/2020

Anotação

Técnico(a)	Assinatura
RHAYSSA RUAMA FERNANDES CORREIA HAGUNDES	 Rhaysa Ruama Fernandes Correia Hagundes Tec. Enfermagem CORLN RN 145.266

22:00:00 ADMINISTRADO SODIUM ST 0,9% IV, 1FR5 HALOTNA 1G + ABD IV, CONFORME PRISCERIÇÃO MÉDICA. - PA: TAx: 0,00º F.C.:0 F.R.:0 Glucometria: 0  
PVC: 0 PAM: 0 Sat. O<sub>2</sub>: 0 Fi O<sub>2</sub>: 0 Ventilação: Decubito:





CARDIODIAGNÓSTICO LTDA

HOSPITAL WILSON ROSSADO

91.390.951/0001-30

SANTO ANTONIO - MESSORO/RN - 59611-010

CNPJ. 45.650.324/0001-50

Tel.: (84) 3318 9000

INC. 359, AL.

WILSON ROSSADO

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA

Lote: 215-02

Page 1 of 1

## ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1229042 - GENIVAN FERNANDES PIMENTA

Data da internação: 19/08/2020 - 10:13:00 Sexo: M

Idade: 44 A,5 M,11 D

Convenio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Lote: 215-02

20/08/2020	Anotação	Técnico(a)	Assinatura
00:00:00	ADMINISTRADO IAMP DIPIRONA 500MG + ABD IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00e F.C.:0 F.R.:0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O <sub>2</sub> : 0 Fi O <sub>2</sub> : 0 Ventilação: Decubito:	RHAYSSA RUAMA FERNANDES CORREIA FAGUNDES	Rhayssa Ruama; C. Aguiar; Téc. Enfermagem COP-14 RN 1451266
02:00:00	ADMINISTRADO IAMP DIPIRONA 500MG + 100ML 5% 0,9% IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00e F.C.:0 F.R.:0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O <sub>2</sub> : 0 Fi O <sub>2</sub> : 0 Ventilação: Decubito:	RHAYSSA RUAMA FERNANDES CORREIA FAGUNDES	Rhayssa Ruama; C. Aguiar; Téc. Enfermagem COP-14 RN 1451266
04:00:00	ADMINISTRADO IFR TENOXICAN 20MG + ABD IV, 1FR CEFALOTINA 1G + ABD IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00e F.C.:0 F.R.:0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O <sub>2</sub> : 0 Fi O <sub>2</sub> : 0 Ventilação: Decubito:	RHAYSSA RUAMA FERNANDES CORREIA FAGUNDES	Rhayssa Ruama; C. Aguiar; Téc. Enfermagem COP-14 RN 1451266
06:00:00	ADMINISTRADO 500ML SF 0,9% IV, IAMP DIPIRONA 500MG + ABD IV, 1FR OMIPRASOL 40MG + DILUENTE IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00e F.C.:0 F.R.:0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O <sub>2</sub> : 0 Fi O <sub>2</sub> : 0 Ventilação: Decubito:	RHAYSSA RUAMA FERNANDES CORREIA FAGUNDES	Rhayssa Ruama; C. Aguiar; Téc. Enfermagem COP-14 RN 1451266



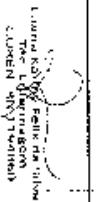
  
CARDIODIAGNÓSTICO LTDA  
**HOSPITAL WILSON ROSADO**  
PEDRO VELHO, 250  
SANTO ANTONIO - MOSSORÓ/RN - 59641 010  
CNPJ: 35.650.324/0001-50  
Tel: (84) 3318 9800

## ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1

### 1229042 - GENIVAN FERNANDES PIMENTA

Data da internação: 19/08/2020 - 10:13:00      Sexo: M      Idade: 44 A,9 M,11 D  
Convenio: SUS  
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA      Leito: 215-02

20/08/2020	Anotação	Técnico(a)	Assinatura
07:56:00	PACIENTE RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, FOI RETIRADO AVP, ENTREGUE RECEITARIOS, PASSADO ORIENTAÇÕES - PA: TAX: 0,00 <sup>o</sup> F.C: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PMS: 0 Sat.O <sub>2</sub> : 0 FIO: 0 Ventilação: Decúbito:	LUANA KARINA FELIX DA SILVA	 Lúana Karina Felix da Silva Tec. Enfermagem Lúana Karina Felix da Silva



HOSPITAL  
WILSON ROSADO

## **PLANOS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

Paciente: Garcia Fernando Ernesto

Clinica: \_\_\_\_\_ Enf.: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Cuidados Especiais: Sinti pre - operador

Visto Enfermeim



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE REGISTRO  
E CERTIFICAÇÃO NACIONAL DE HABILIDADE

NOME: PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

DOCUMENTO DE EMISSÃO: ITCF  
1329227 ITCF RN

CPF: 677.270.214-15 DATA NASCIMENTO: 08/08/1972

PMAÇÃO: FRANCISCO DAS CHAGAS  
NORONHA  
LUZIA MARIA ALVES DE  
CASTRO

PERMISSÃO: ACC CATARINA: NC

Nº REGISTRO: 1290387313 VENCIMENTO: 07/12/2021

Nº HABILITAÇÃO: 08/09/1994

OBSERVAÇÕES:  
A:

Assinatura do portador

LOCAL: MOSSORÓ, RN. DATA EMISSÃO: 08/12/2016

99416162055  
RN702520714

DEPARTAMENTO NACIONAL DE REGISTRO E CERTIFICAÇÃO NACIONAL DE HABILIDADE



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 10/02/2021 08:06:02  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021008060237500000062529865>  
Número do documento: 21021008060237500000062529865

Num. 65294712 - Pág. 27

W. H. M. G.



## DECLARAÇÃO

EU Livia Karina Freitas da Silva portador (a) da cédula de RG de N° 1.649.992 e CPF 038.776.184-92 Declaro para Os devidos fins que estive no Banco Banco Itaú Unibanco S.A. para regularizar minha conta 00000000000000000000000000000000 de agência 3004, número 52701 - 1 para pode receber o beneficio da indenização do Seguro DPVAT solicitado.

Livia Karina Freitas da Silva, 07 de Novembro de 2020.

Livia Karina Freitas da Silva

ASSINATURA DO TITULAR DA CONTA BANCARIA



## DECLARAÇÃO

EU Livia Karina Freitas da Silva portador (a) da cédula de RG de N° 1.649.992 e CPF 038.776.184-92 Declaro para Os devidos fins que estive no Banco Banco Itaú Unibanco S.A. para regularizar minha conta 00000000000000000000000000000000 de agência 3046, número 52701 - 1 para pode receber o beneficio da indenização do Seguro DPVAT solicitado.

Livia Karina Freitas da Silva, 07 de Novembro de 2020.

Livia Karina Freitas da Silva

ASSINATURA DO TITULAR DA CONTA BANCARIA



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200428827      **Cidade:** Mossoró      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GENIVAN FERNANDES PIMENTA      **Data do acidente:** 12/08/2020      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 01/12/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PUNHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P6,9

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Edson Fernandes Bezerra, brasileiro(a),  
estado civil: Casado, Profissão: Pescador, Data do Acidente 31-01-2010  
Cobertura Unimed, portador(a) do RG 4649 343, órgão expedidor  
SSP/RN e do CPF: 036 774 134-58 residente no(a)  
Rua das Flores, nº 1034 CEP 04010-000  
bairro: Bessa Jardim, município: Mossoró/RN.

### OUTORGADO:

Nome: PAULO SÉRGIO CASTRO DE NORONHA, brasileiro(a) estado  
civil: DIVORCIADO Profissão: PESCADOR, portador(a) do RG 001.329.227  
órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 877.270.214-15, residente  
no(a) RUA SEIS DE JANEIRO, nº 1615, bairro: SANTO  
ANTONIO, município: MOSSORÓ/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 Lider e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Assinatura do Outorgante 31-01-2010  
Local e Data

Assinatura do Outorgante  
(Reconhecer firma por autenticidade)



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0341102/20

**Vítima:** GENIVAN FERNANDES PIMENTA

**CPF:** 032.776.184-98

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 12/08/2020

**Titular do CPF:** GENIVAN FERNANDES PIMENTA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de registro de acidente declarado
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- DUT
- Outros

#### PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA : 877.270.214-15

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

#### GENIVAN FERNANDES PIMENTA : 032.776.184-98

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/11/2020  
Nome: PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA  
CPF: 877.270.214-15

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2020  
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA  
CPF: 021.292.004-94

PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

GERCIA LOURENCO DA SILVA



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 10/02/2021 08:06:02  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021008060237500000062529865>  
Número do documento: 21021008060237500000062529865

Num. 65294712 - Pág. 33



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

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200428827 Vítima: GENIVAN FERNANDES PIMENTA

**Data do Acidente: 12/08/2020 Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a). GENIVAN FERNANDES PIMENTA**

Informamos que o pagamento da inden

informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00  
Juros: R\$ 0,00  
Total creditado: R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

## Graduação: Em grau médio 50%

Recebedor: GENIVAN FERNANDES PIMENTA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003064

Conta: 0000002702-1

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamento

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você







ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA MILITAR  
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE  
SETOR DE TRAFEGO - 2º DPRE

COMPLEMENTO DO BOLETIM  
DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE  
DE TRÂNSITO

Nº 0801820

**1 - LOCAL DO ACIDENTE**

Local:	RUA JUVENAL LAMARTINE	Bairro:	SANTO ANTÔNIO
P. Ref.	CRUZAMENTO COM A RODRIGUES ALVES	Data:	12/08/2020

**2 - VÉHICULO V-2**

Placa	OJZ-7043	Cidade	MOSSORÓ		UF	RN
Marca/Mod.	HONDA BIZ 125 ES		Ano	2014/2014		
Proprietário	GENIVAN FERNANDES PIMENTA		Nº de Ocupantes		01	
Condutor	GENIVAN FERNANDES PIMENTA		Data de nasc.		08/11/1975	
Endereço	RUA MARECHAL HERMES		Nº	1083	Fone	(84) 99415-5171
Bairro	BOM JARDIM	Cidade	MOSSORÓ		UF	RN
CPF nº	032.776.184-98	CNH	02636033118	CAT	AB	Validade
Local de Trabalho	PAM DO BOM JARDIM					

**3 - VERSÃO DO CONDUTOR SOBRE O REFERIDO ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Onde transitava?	RUA JUVENAL LAMARTINE	Em que sentido?	CENTRO / BOM JARDIM	Em que faixa?	DIREITA
------------------	-----------------------	-----------------	---------------------	---------------	---------

**Versão do condutor:**

Alega que transitava na rua citada, quando chegou no cruzamento com a Rua Rodrigues Alves, um veículo surgiu repentinamente não dando tempo de frear e V-1 bateu no meu veículo V-2, com o impacto fiquei com várias escoriações e fui socorrido por uma ambulância do SAMU para o HRTM, ao chegar no hospital foi constatado que houve fratura no punho da mão direita. Em anexo Declaração de Ocorrência do SAMU nº 203 e Boletim de Atendimento Médico do HRTM nº 13447/2020.

"As informações contidas na narrativa do CONDUTOR são de sua inteira responsabilidade, sob pena de responder pelos crimes dos Artigos 299 (Falsidade Ideológica) e o 342 (Falso testemunha), Fazer afirmação falsa, ou negar ou calar a verdade como testemunha, perito, contador, tradutor ou intérprete em processo judicial, ou administrativo, Inquérito policial, ou em julgo arbitral do Código Penal Brasileiro".



Assinatura do Condutor/ declarante

Responsável Pelo Setor de Trânsito do 2º DPRE

Observação do Agente de Trânsito:

Versão colhida dia 31/08/2020, na Sede do 2º DPRE.

Nome do Agente que registrou as informações: Deivid Neimar Siqueira de Oliveira

Posto/Graduação	3º Sgt PM	Matrícula	164.192-1	Viajaria	*****	Unidade	2º DPRE
-----------------	-----------	-----------	-----------	----------	-------	---------	---------

3º Sgt PM Deivid Neimar S. Oliveira  
Matrícula: 164.192-1

Responsável Pelo Setor de Trânsito do 2º DPRE.





**ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA MILITAR  
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE**

RECEIVED  
FEB 4 1960

Local: Rua São Pedro, 1234, Centro Bairro: Jardim das Rosas  
Cidade: Curitiba CEP: 80000-000 Telefone: (41) 3212-1234

Cuban Leptodora       Colpoda Vernal       Cyprinodon  
 Cuban Pupa clavata       Cycloctenidae       Daphnia

Placa no. Chassi: 8W 12345 Cidade: São Paulo - SP  
Proprietário: Mário Mod. Rua: 25 de Março, 12345-00000  
Endereço: Bairro: Vila Madalena  
Local de Trabalho: Endereço: Rua: 25 de Março, 12345-00000  
Endereço: Bairro: Vila Madalena

**Placa ou Classificação:** \_\_\_\_\_ **Cidade:** \_\_\_\_\_ **UF:** \_\_\_\_\_  
**Marca/Mud:** \_\_\_\_\_ **Modelo:** \_\_\_\_\_ **Ano:** \_\_\_\_\_  
**Proprietário:** \_\_\_\_\_ **Endereço:** \_\_\_\_\_ **Nº de Chapa/Placa:** \_\_\_\_\_  
**Condutor:** \_\_\_\_\_ **Data de Nascimento:** \_\_\_\_\_  
**Endereço:** \_\_\_\_\_ **Nº de Chapa/Placa:** \_\_\_\_\_  
**Bairro:** \_\_\_\_\_ **UF:** \_\_\_\_\_  
**CPI/Nº:** \_\_\_\_\_ **CHP/Nº:** \_\_\_\_\_ **Validade:** \_\_\_\_\_ **Lotação:** \_\_\_\_\_  
**Fogal de Trabalho:** \_\_\_\_\_ **Entidade:** \_\_\_\_\_  
**End:** \_\_\_\_\_

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Motor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
Marca/Modelo \_\_\_\_\_ Proprietário \_\_\_\_\_ N.º de chassi \_\_\_\_\_  
Condutor \_\_\_\_\_ Endereço \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ UNISINOS \_\_\_\_\_ Vias ligadas \_\_\_\_\_  
Local de trabalho \_\_\_\_\_ Endereço \_\_\_\_\_ N.º \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_



RESPOSTA - Em que Rua/Av. Transitava? AV. GOIÁS ENTRE ALDEIAS

Em que sentido? PARA NORTE Em que faixa? FAIXA 10

Versão do condutor ESTAVA TRANSITANDO NO MARGINAL PEQUENO RIO, PRAIA DA

CONCEIÇÃO COM A SUA MULHER LUMARINA RIBEIRO FERREIRA, A PRIMA DAS

SEUS FILHOS E ESTAVA A 100 METROS DA RUA GOIÁS, QUANDO FOI ATINGIDA PELA

RESPOSTA - Em que Rua/Av. Transitava? AV. GOIÁS ENTRE ALDEIAS

Em que sentido? PARA NORTE Em que faixa? FAIXA 10

Versão do condutor ESTAVA TRANSITANDO NO MARGINAL PEQUENO RIO, PRAIA DA

CONCEIÇÃO COM A SUA MULHER LUMARINA RIBEIRO FERREIRA, A PRIMA DAS

SEUS FILHOS E ESTAVA A 100 METROS DA RUA GOIÁS, QUANDO FOI ATINGIDA PELA

RESPOSTA - Em que Rua/Av. Transitava? AV. GOIÁS ENTRE ALDEIAS

Em que sentido? PARA NORTE Em que faixa? FAIXA 10

Versão do condutor ESTAVA TRANSITANDO NO MARGINAL PEQUENO RIO, PRAIA DA

CONCEIÇÃO COM A SUA MULHER LUMARINA RIBEIRO FERREIRA, A PRIMA DAS

SEUS FILHOS E ESTAVA A 100 METROS DA RUA GOIÁS, QUANDO FOI ATINGIDA PELA

RESPOSTA - Em que Rua/Av. Transitava? AV. GOIÁS ENTRE ALDEIAS

Em que sentido? PARA NORTE Em que faixa? FAIXA 10

Versão do condutor ESTAVA TRANSITANDO NO MARGINAL PEQUENO RIO, PRAIA DA

CONCEIÇÃO COM A SUA MULHER LUMARINA RIBEIRO FERREIRA, A PRIMA DAS

SEUS FILHOS E ESTAVA A 100 METROS DA RUA GOIÁS, QUANDO FOI ATINGIDA PELA



ANSWER

④ 例題 10. ある正方形の面積が  $16\text{cm}^2$  のとき、その周長は多少 cm であるか。  
解説 10. 面積を求める式は  $\text{面積} = \text{辺の長さ} \times \text{辺の長さ}$  である。  
したがって、 $16 = \text{辺の長さ} \times \text{辺の長さ}$   
 $= \text{辺の長さ}^2$   
 $\therefore \text{辺の長さ} = \sqrt{16} = 4$  cm  
したがって、周長は  $4 \times 4 = 16$  cm



WERNER MÖLLER ET AL.

\_\_\_\_\_



ISSN 1062-1024

中南民族大学图书馆  
馆藏地：中南民族大学图书馆  
馆藏号：中南民族大学图书馆  
馆藏地：中南民族大学图书馆  
馆藏号：中南民族大学图书馆



WGRV (WYX) 100.4

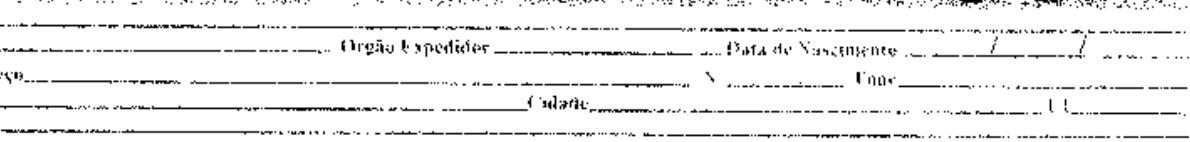
\_\_\_\_\_



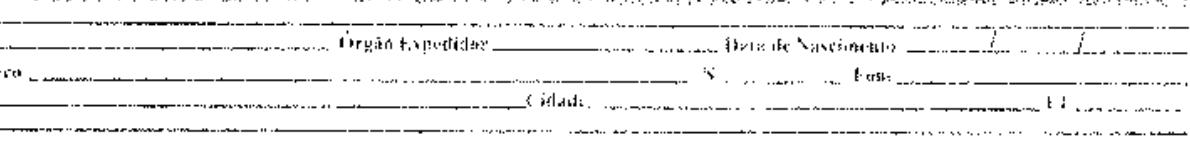


Nome \_\_\_\_\_ RG Nº \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ E \_\_\_\_\_  
Versão \_\_\_\_\_

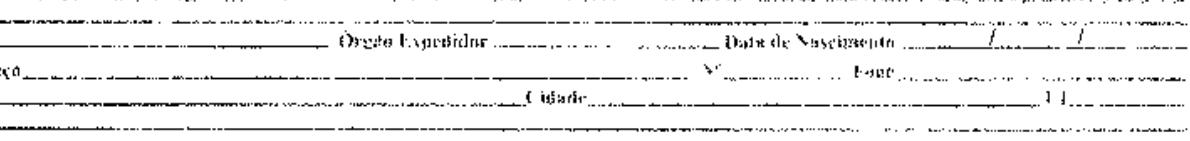
Assinatura \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

  
Nome \_\_\_\_\_ RG Nº \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ E \_\_\_\_\_  
Versão \_\_\_\_\_

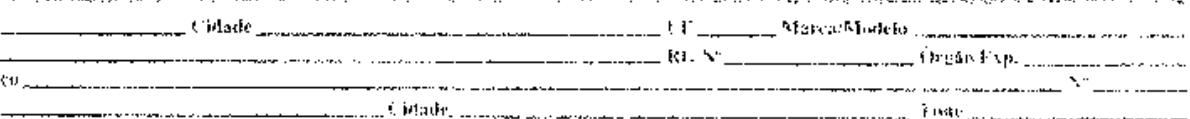
Assinatura \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

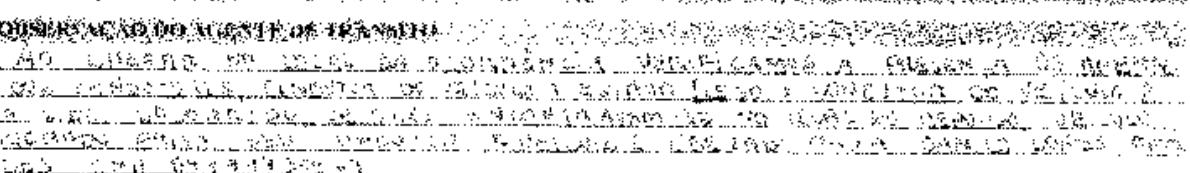
  
Nome \_\_\_\_\_ RG Nº \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ E \_\_\_\_\_  
Versão \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

  
Nome \_\_\_\_\_ RG Nº \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ E \_\_\_\_\_  
Versão \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

  
Placa \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ Marca/Modelo \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_ R. N. \_\_\_\_\_ Órgão Exp. \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ E \_\_\_\_\_

  
O agente de trânsito acima assinado atesta que o veículo de placas \_\_\_\_\_, nome \_\_\_\_\_, endereço \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_, UF \_\_\_\_\_, marca/modelo \_\_\_\_\_, R. N. \_\_\_\_\_, expedido por \_\_\_\_\_, é de sua propriedade e que não possui restrição de uso. O agente de trânsito atesta que o veículo não está sujeito a embargo judicial, sequestrado, roubado, furtado ou adulterado. O agente de trânsito atesta que o veículo não é usado para fins ilícitos.

Nome Completo do Agente \_\_\_\_\_  
PÓVOA/GRAU: \_\_\_\_\_ PMEN: \_\_\_\_\_ Maturidade: \_\_\_\_\_ Submaturidade: \_\_\_\_\_  
Local e Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.  
Assinatura do Agente de Trânsito \_\_\_\_\_





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
0377618493	0377618493	Renan Fernando Viana

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
LEONILSON SOUZA VIANA	0377618493		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
ESTUDANTE	Rua Presidente Dutra	1037	6400-01
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Jardim América	Blumenau	SC	89610-160
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDC):		
	154155633206		

## 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, res-dir 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 (Soriente para os bancos abaixo. Ausente uma opção)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 0004

CONTA: 04702

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

### CONTA CORRENTE (Fundo os Bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, ou minha titularidade, a verba de indenização e/ou reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo o valor, desejado e somente após a liberação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do seguro DPVAT por invalidez permanente, assim vez que (assista uma das opções):

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

Peço encarregado assinar, só trato a prossegui-me da anseio é o meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no documento que apresento, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica à custa da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 9.194/74, art. 38, §1º, declarando que este autorização não significa preva concordância com a futura ação médica ou judicial ao direito de contestar, caso discordar do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

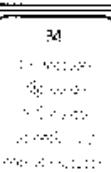
23 - Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data de óbito da vítima:
--------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

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: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos: Falecidos:	Nascitivo/adolescente?	Nascitivo/adolescente?	Vivos: Falecidos:	Vivos: Falecidos:	pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagueá, caso devidá, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles benefícios que se apresentarem e provarem: estú corrigido, estando certo, a não, de que qualquer em sua declaração não verdadeira, a codará gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, a em da imponível idade criminal ou infração do artigo 296 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO



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

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

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

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

40 - Local e Data: 11/11/2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (decíduo)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





SAMU  
MOSSORÓ  
192

Prefeitura Municipal de Mossoró  
Secretaria Municipal da Saúde  
SAMU MOSSORÓ 192

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 203

Mossoró 18 de Agosto de 2020

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário: **GENIVAN FERNANDES PIMENTA, 44 anos.**

**Natureza da Ocorrência:** Acidente Automobilístico: Colisão Moto x Carro

**Data da Ocorrência:** 12/08/2020

**Local da ocorrência:** Rua: Juvenal Lamartine com Rodrigues Alves, Santo Antônio próximo a o Vuco Vuco.

**Viatura:** BRAVO – Unidade de Suporte Básico de Vida - 02

**Hora do Chamado:** 12h 30min.

**Procedimento no Local:** Na cena, vítima com suspeita de fratura de punho direito, foi submetida a imobilização (prancha, colar, coxim e tirantes), e foi encaminhada para a Unidade de Saúde (HRTM), conforme regulação médica do **SAMU 192 Mossoró**.

Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: **Marcilene Pereira de Souza, 27 anos**, portador de **CPF: 046.904.384-98**.

Estamos à disposição para mais informações.

*(Handwritten signature)*

**Silvana do Monte Santiago**  
Matrícula 58682-1  
Diretora Administrativa do SAMU/Mossoró

*(Handwritten signature)*  
**Dr. Dixon Fradik Medeiros Lima**  
Diretor / SAMU  
Mat. 0405418-3  
Cep 59330-321

**Dixon Fradik Medeiros Lima**  
Matrícula 405418-3  
Diretor Geral do SAMU/ Mossoró

**SAMU - Mossoró**  
Rua: Seis de Janeiro, 509 - Santo Antônio - CEP: 59611-070 - Mossoró - RN  
Tel / FAX: (0xx-84)3315-4915  
e-mail: [samumossoro@gmail.com](mailto:samumossoro@gmail.com)



# 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: 08/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: GENIVAN FERNANDES PIMENTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03064

CONTA: 000000002702-1

---

Nr. da Autenticação 3A90080396B67D9C



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 10/02/2021 08:06:02  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021008060237500000062529865>  
Número do documento: 21021008060237500000062529865

Num. 65294712 - Pág. 43

