



Número: **0850865-04.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **23ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **05/06/2019**

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	
BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS (AUTOR)		GUSTAVO RODRIGO MACIEL CONCEICAO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (RÉU)		ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47263 875	23/07/2019 14:00	Petição	Petição
47263 890	23/07/2019 14:00	2568586 IMPUGNACAO AO LAUDO PERICIAL JUR 02	Outros documentos
47263 899	23/07/2019 14:00	2568586 IMPUGNACAO AO LAUDO PERICIAL JUR Anexo 01	Outros documentos

Juntada de impugnação ao laudo pericial.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 23ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN

Processo: 08508650420178205001

BRDESCO AUTO/RE CIA DE SEGUROS, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

LAUDO PERICIAL ADM.:

Segmento Anatômico	Marque aqui o percentual
1ª. Lesão	
TORNOZELO ESQ.	()10% Residual ()25%Leve (X)50%Média ()75%Intensa
2ª. Lesão	
	()10% Residual ()25%Leve ()50%Média ()75%Intensa
3ª. Lesão	
	2

LAUDO PERICIAL ADM.:

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PAGAMENTO ADM.:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002010

Conta: 000000161360-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

NATAL, 19 de julho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR
5432 - OAB/RN

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2017

Carta nº: 11479101

A/C: BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170436705 ASL-0306798/17
Vítima: BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS
Data Acidente: 17/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CREUSA FERREIRA DE MEDEIROS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2017

Carta nº: 11479102

A/C: BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170436705 ASL-0306798/17
Vítima: BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS
Data Acidente: 17/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CREUSA FERREIRA DE MEDEIROS

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **08/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/04/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00899/00900 - carta_03



Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2017

Carta nº: 11604686

A/C: BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS

Sinistro: 3170436705 ASL-0306798/17
Vítima: BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS
Data Acidente: 17/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CREUSA FERREIRA DE MEDEIROS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

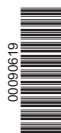
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2017

Carta nº: 11699482

A/C: BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS

Sinistro: 3170436705 ASL-0306798/17
Vitima: BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS
Data Acidente: 17/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CREUSA FERREIRA DE MEDEIROS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002010

Conta: 000000161360-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3170436705 - 1
Nome do(a) Examinado(a): BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS
Endereço do(a) Examinado(a): RUA PONTE NOVA nº 185 - NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO - NATAL/RN
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 002398934 - SSP
Data local do exame: 06/09/2017 NATAL/RN

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Fratura bimalleolar do tornozelo esquerdo.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

**Realizado osteossíntese com placa e parafusos de fratura do tornozelo esquerdo.
Alta em julho de 2017.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatómicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Moderada limitação da flexão dorsal e plantar do tornozelo esquerdo.

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

TORNOZELO ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR – MANTIDO ENQUADRAMENTO EM ARTICULAÇÃO DEVIDO A NÃO REPERCUSSÃO NO MEMBRO -

Local e data de realização do exame médico legal:

RN - NATAL, 06/09/2017

Médico Perito: JUSTINO NOBREGA DE AZEVEDO NETO CRM:3940/RN


Dr. Justino Nobrega
Ortopedista e Traumatologista
Clínica do Quadril
CRM 3940 1307 6990

Assinatura do perito Examinador - CRM



DOCUMENTO 1 "T1%"



DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

CU BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS
PORTADOR(A) DO RG Nº 002.398.934 EXPEDIDO POR 14EP EM 05/08/02 E
CPF 66.415.121(3)8-(9)3 / CNPJ 00.000.000/0000-00 PROFISSÃO PROFESSOR
E RENDA MENSAL DE R\$ 937,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LÍDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se **não** for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPVPAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2030 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013.361.360-1

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

27 de Julho de 2017
LOCAL E DATA

Brigido Alves de Medeiros
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

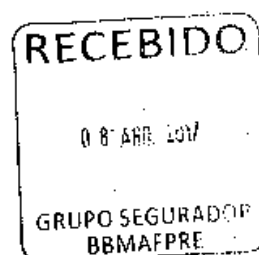
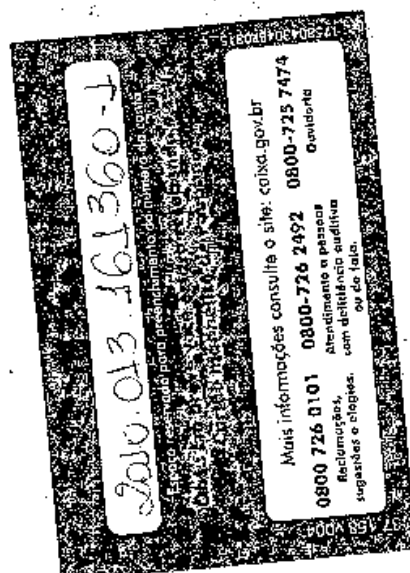


ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para 0800-0221204.

RECEBIDO

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE









ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL

DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DA GRANDE NATAL - DPGRAN
DEAV - Delegacia Especializada em Acidentes de Veículos



DOCUMENTO 1 "T1%"



Ref. Ocorrência nº 339/17

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Boletim versando sobre: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO

Data e Hora do Fato: 17/04/2017 às 09:49 ✓

Local do Fato: Em Via Aberta localizado(a) no(a) Avenida Das Fronteiras, S/N, Potengi, Natal, estado do(a/e) Rio Grande do Norte

COMUNICANTE

BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS, brasileira, casado(a), R.G. nº 002398934 ITEP/RN, CPF: 664.512.138-53, Fundamental Inc., pintor, com 70 anos e nascido aos 08/10/1946, natural de São Fernando-RN, filho de Joaquim Alves de Medeiros e de Joana Etelvina de Medeiros, residente e domiciliado à(o) R. Ponte Nova, 185, Vale Dourado Natal, Natal-RN

HISTÓRICO SEGUNDO O COMUNICANTE/VÍTIMA

Informou que na data e hora citados ao atravessar a avenida no local da ocorrência em direção a casa lotérica, fora atropelado por um veículo não identificado, vindo a sofrer lesões conforme BAA de número 16425/2017, oriundo do pronto Socorro Clóvis Sarinho.

Disse que fora conduzido pelo SAMU para o referido pronto socorro conforme ocorrência de número 149908/1, oriundo da SMS.

NADA MAIS DISSE

VÍTIMA(S)

A Vítima é o(a) próprio comunicante

TESTEMUNHA(S)

As testemunhas serão apresentadas posteriormente

INFRATOR(ES)

1º Infrator: , brasileiro(a)

EXAMES REQUISITADOS

Nenhum

OBJETOS ENVOLVIDOS

Nenhum

Autoridade: Alzira Veiga de Medeiros

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações aqui registradas são verdadeiras.

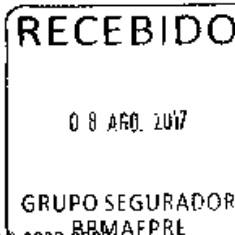
Comunicante: *Brigido Alves de Medeiros*

CONCLUSÃO/REMESSA

Registrados os dados possíveis, seja a 1ª Via do Boletim remetido para o conhecimento do(a) delegado(a) Alzira Veiga de Medeiros na e a 2ª via arquivada, para os devidos fins.

Natal, 9 de Junho de 2017.

Janir Azevedo Paiva
Janir Azevedo Paiva
Policial Civil
Matrícula: 170.234-3



Complexo de Delegacias Especializadas - Av. Ayrton Senna, 3134 - Neópolis - Natal - RN - (84) 3232-8380

PolOffice
4ac76d7da6e70c9c9dd0a026e8cc912cb



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS, portador da carteira de identidade nº 002.398.934 e inscrito no CPF/MF sob o nº 664.572.738-53 residente e domiciliado na R. PONTE NOVA 185 Cidade NATAL Estado RN, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

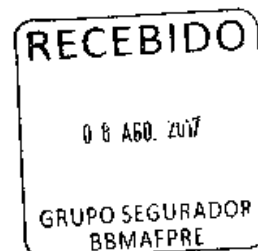
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Brigido Alves de Medeiros

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

NATAL RN 27/07/07

Local e data





17/05/2017

192,168.1.253/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=149908&Digito=1&ReadOnly=1

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 149908/1

Data: 17/04/2017

CHAMADO

TARM: WALDNEY TENORIO DA SILVA MOREIRA

Rádio Operador: LITZ NEY DA SILVA

Equipe Enfermagem Cena:

VTR: USB 08 (UPA 24H ESPERANÇA)

Médico Regulação: MARIA CLAUDIA SALDANHA FARIAS

Médico Cena: WALKER FERREIRA DA SILVA

Usuário Pós-Cena:

Equipe VTR: JOZIMAR PONTES PEREIRA - CONDUCTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
JUCELINO RUBITCHER DE ROCHA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM☒ Regulação Médica☐ Tratamento☐ Informação☐ Engenheiro☒ Queda da Iluminação☐ Sem Médico☐ Transf./Internação☐ Eletivo

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: FELIPE

Telefone: (84) 98792-1479

Nome do Paciente:
BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS

Idade: *

70 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

☐ Endereço não informado☐ Coordenadas Informadas

Latitude: -5.7557738 Longitude: -35.263364

Endereço: AVENIDA FRONTEIRAS

Nº: VP

Bairro: POTENGI

Outro Bairro:

Referência/Complemento: PANATIS 3///QTH POSTO INTERLAGOS AO LADO DA CONVENIENCIA

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Queixa Paciente: ATROPELAMENTO

Quem Solicitou: Transcurente

Distância do paciente: Próximo

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

17/04/2017 09:52:58 - Dr(a). MARIA CLAUDIA SALDANHA FARIAS

APH: TRAUMA / HD: ATROPELAMENTO POR AUTO

REGULAÇÃO: HOMEM FOI ATROPELADO POR UM CARRO. APRESENTA BASTANTE DOR E EDEMA EM TORNOZELHO ESQUERDO. NÃO APRESENTOU TCEE ESTA CONSCIENTE E ORIENTADO.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 2

POSSUI CONVENIO MEDICO: NÃO INFORMADO

Assinatura:



RECEBIDO

30 ABR. 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

RECEBIDO

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

1/3

http://192.168.1.253/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=149908&Digito=1&ReadOnly=1



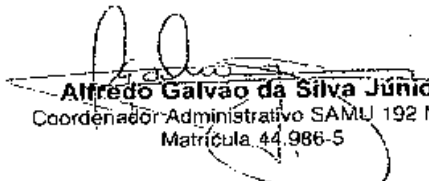
Prefeitura Municipal do Natal
A nossa cidade

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU 192 NATAL

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **BRÍGIDO ALVES DE MEDEIROS** foi vítima de atropelamento por carro, no dia 17/04/2017, aproximadamente às 09h49min, na Avenida das Fronteiras, Potengi, nesta Cidade. Tendo sido atendido pelo SAMU 192 Natal, sob nº de ocorrência 149908/1, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão e removido para o Hospital Walfredo Gurgel.

Natal, 17 de maio de 2017.


Alfredo Galvão da Silva Júnior
Coordenador Administrativo SAMU 192 Natal
Matrícula 44.986-5



Rua Potiguares, 300 - Dix Sept Rosado - Natal/RN - CEP: 59054-280
Tel.: (84) 3232-9222 - (84) 3232-9211



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Brigida Silveira de MedeirosRG nº 002.398.934, data de expedição 05 / 08 / 02, Órgão ITEP

CPF nº 664.572.738-83, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Ponte Nova</u>
Número	<u>785</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>As. Aprimorada</u>
Cidade	<u>Natal</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59774-070</u>
Telefone de Contato	<u>98873-4497</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Natal 25/07/17Assinatura do Declarante: Brigida Silveira de Medeiros



Tarifa Social de Energia Elétrica Oficiada pela Lei 10.438, de 26/04/02
CONTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Rio Grande do Norte
Rua Hermes, 130, Bairro Nova, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.180/0001-61 | E-mail: ESE.20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
CREUSA FERREIRA DE MEDEIROS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA PONTE NOVA 185 LOT VALE
DOURADO

CPF: 115.086.708-73

NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO/AREA
NATAL RN
59114-070

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Módulo Básico

CONTA CONTRATO 05808330103
DATA DE VENCIMENTO 19/06/2017
DATA PREVISÃO DE PAGAMENTO 10/07/2017
TOTAL A PAGAR (R\$) 68,85

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh)	101,000000	0,56585894	57,15
Adicional Bandeira VERMELHA			2,88
Contribuição Iluminação Pública			8,84
TOTAL DA FATURA			68,85

DEMONSTRATIVO DO PORRUBO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO	Tipo DA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (Wh)		
23000000	Ca1	10000000	10000000	30	12000		10,00		



DOCUMENTO 1 11%



Rede Social de Energia Elétrica criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
 Companhia Energética de Pernambuco - CONYAP
 Companhia Energética do Rio Grande do Norte
 Rua Montez, 130, Balda, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
 CNPJ 08.324.189/0001-81 | Insc. Est. 20005189-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

CREUSA FERREIRA DE MEDEIROS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA PONTE NOVA 183 LOT VALE

DOURADO

CPF: 115.068.708-73

NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO AREA

NATAL RN

59114-070

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofase

Nº DA NOTA FISCAL	UBI	DATA DE EMISSÃO
000330245	UNICA	09/05/2017
DATA DE EMISSÃO	Nº DA NOTA FISCAL	Nº DA NOTA FISCAL
09/05/2017	3000795005	84855

DATA DE CONTRATO	DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO
05/08/2010	08/2017	19/08/2017
19/08/2017	10/07/2017	TOTAL A PAGAR (R\$)
		88,85

CONSUMO (kWh)	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Atual (kWh)	201,0000000	0,58585854
Acrescimo Bandeira VERMELHA		57,15
Contribuição Iluminação Pública		2,80
		8,84

TOTAL DA FATURA 88,85

Nº DO	Tipo da	Anterior	Atual	Nº DO	Constante	Ajuste	Consumo
2135555	Leitura	180/07/17	481/00	2135555	1,0000		101,00

Base de	Valor do	Preço de	Valor do
Calculado	18,75	18,75	18,75





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados 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 Renata Ferreira de Medeiros, portador(a) do RG nº 107.227, expedido por ITEP, em 03/11/14, CPF/CNPJ nº 775.066.708-73

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Brigida Chaves de Medeiros do sinistro de DPVAT da natureza involuntária da vítima Brigida Chaves de Medeiros, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: procuradora Renda Mensal: R\$ 937,00

Documentos comprobatórios: _____

Renata Ferreira de Medeiros
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



DOCUMENTO 3 "T3%"



Prefeitura Municipal do Natal

A nossa cidade

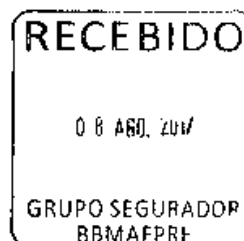
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU 192 NATAL

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS** foi vítima de atropelamento por carro, no dia 17/04/2017, aproximadamente às 09h49min, na Avenida das Fronteiras, Potengi, nesta Cidade. Tendo sido atendido pelo SAMU 192 Natal, sob nº de ocorrência 149908/1, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão e removido para o Hospital Walfredo Gurgel.

Natal, 17 de maio de 2017.


Alfredo Galvão da Silva Júnior
Coordenador Administrativo SAMU 192 Natal
Matrícula 44.986-5



Rua Potiguares, 300 - Dix Sept Rosado - Natal/RN - CEP: 59054-280
Tel.: (84) 3232-9222 - (84) 3232-9211

17/05/2017

192.168.1.253/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=149908&Digito=1&ReadOnly=1

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 149908/1

Data: 17/04/2017

CHAMADO

TARM: WALDNERY TENORIO DA SILVA MOREIRA

Médico Regulação: MARIA CLAUDIA SALDANHA FARIAS

Rádio Operador: LITIZ NEY DA SILVA

Médico Cena: WALKER FERREIRA DA SILVA

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 08 (UPA 24H ESPERANÇA)

Equipe VTR: JOZIMAR PONTES PEREIRA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
JUCELINO RUBITCHEK DE ROCHA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

☒ Regulação Médica

☐ Trote

☐ Informação

☐ Engano

☒ Queda da ligação

☐ Sem Médico

☐ Transf./Internação

☐ Eletivo

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: FELIPE

Telefone: (84) 98792-1479

Nome do Paciente:

BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS

Idade: *

70

ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

☐ Endereço não informado

☐ Coordenadas Informadas

Latitude: -5.7557738 Longitude: -35.263364

Endereço: AVENIDA FRONTEIRAS

Nº: VP

Bairro: POTENGI

Outro Bairro:

Referência/Complemento: PANATIS 3///QTH POSTO INTERLAGOS AO LADO DA CONVENIENCIA

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WILFREDO GURGEL

Queixa Paciente: ATROPELAMENTO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Próximo

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

17/04/2017 09:52:58 - Dr(a). MARIA CLAUDIA SALDANHA FARIAS

APH: TRAUMA / HD: ATROPELAMENTO POR AUTO

REGULAÇÃO: HOMEM FOI ATROPELADO POR UM CARRO. APRESENTA BASTANTE DOR E EDEMA EM TORNOZELO ESQUERDO. NÃO APRESENTOU TCE E ESTÁ CONSCIENTE E ORIENTADO.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 2

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apolo:



1/3

http://192.168.1.253/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=149908&Digito=1&ReadOnly=1

17/05/2017

192.168.1.253/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=149908&Digito=1&ReadOnly=1

SINAIS VITAIS / OUTROS ACHADOS

Tipo de APH:

Hipótese Diagnóstica:

TRAUMA - ATROPELAMENTO POR AUTO ▼

Sinais Vitais:

17/04/2017 10:35

1º PA - 140X90
2º FC - 102
3º FR - 23
4º SAT - 97AA
6º GLASGOW - 15

Antecedentes:

☐ Cardiopatia ☐ Diabetes ☐ Epilepsia ☐ Etilismo ☐ Hipertensão ☐ HIV ☐ Nefropatia ☐ Neoplasia ☐ Pneumopatia ☐ Sequela AVC

Outros Antecedentes:

Nível de consciência:

☒ Normal☐ Confuso☐ Torporoso☐ Inconsciente

Respiração:

☐ Não Respira☒ Normal☐ Ruidosa / Dispneia☐ Via aérea obstruída☐ Via aérea pérvia

Sudorese:

- SELECIONE - ▼

Coloração da pele:

- SELECIONE - ▼

Sangramento:

Ausente ▼

Uso de algum Medicamento:

Alergia:

Prioridade:

☒ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul

Observação:

QUEDA DO PRÓPRIO NÍVEL APÓS COLIDIR COM CARRO (BAIXO IMPACTO). EDEMA EM TORNOZELO COM DEFORMIDADE. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA. SEM OUTRAS QUEIXAS. CONDUTA: QTI PS CLOVIS SARINHO.

PROCEDIMENTOS

Tipo do procedimento:

IMOBILIZAÇÃO - MMII ▼

Procedimento:

Observação:

CONVÊNIO MÉDICO PARTICULAR

Paciente possui convênio médico particular?*

☐ Sim ☐ Não ☒ Não informado

CONDUTA

☐ Atendimento / Residência☐ Conduta VTR☒ Remoção / Transferência☐ Óbito☐ Endereço não localizado☐ Evasão do local☐ Recusa atendimento☐ Recusa remoção☐ Removido por terceiros☐ Trote

Conduta Médico Regulador:

17/04/2017 10:40:16 - WALKER FERREIRA DA SILVA

QUEDA DO PRÓPRIO NÍVEL APÓS COLIDIR COM CARRO. EDEMA EM TORNOZELO COM DEFORMIDADE. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA. SEM OUTRAS QUEIXAS. CONDUTA: QTI PS CLOVIS SARINHO.

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

☐ Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Vaga Negada - Motivo:

- SELECIONE - ▼

H. ligação ao serv. prop.:

RECEBIDO

Recebido por:

☐ Vaga Negada☐ Vaga Zero

U 8 ANO. 431

http://192.168.1.253/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=149908&Digito=1&ReadOnly=1

2/3

GRUPO SEGURO
BBMAFPRE

17/05/2017

192.168.1.253/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=149908&Digito=1&ReadOnly=1

Motivo da entrada:



PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:

17/04/2017
09:49:36

Regulação Médica:

17/04/2017
09:52:58

Solicitação VTR:

17/04/2017
09:59:56

Saída VTR:

17/04/2017
09:59:59

Chegada Local:

17/04/2017
10:18:47

Saída Local:

17/04/2017
10:42:22

Chegada Destino:

17/04/2017
11:06:47

Liberação Destino:

17/04/2017
11:43:38

Liberação VTR:

17/04/2017
11:43:40



Imprimir



RECEBIDO

08 ABR. 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAFPRE

http://192.168.1.253/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=149908&Digito=1&ReadOnly=1

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A
B
C
D
EA (ALERGIAS): NãoM (MEDICAÇÃO EM USO): Antibióticos + Anti-hipertensivosP (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): Exame de USG de pulm.

L (LÍQUIDOS E ALIMENTOS INGERIDOS)

A (AGENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL): Atualizado 11/5/11

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM)

① Rx de Tornozelo ② AP e Oblíquo

Diogo Medeiros
Médico Residente
CRM 117969

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÃO DE EVOLUÇÃO

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1:

HORA: 11:45

DATA: 12/04/12

ESPECIALISTA 2:

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3:

HORA:

DATA:

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 1767 /2017

Prontuário: 1158723

Paciente: 15334 - BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS

Cartão SUS:

CPF: 66451213853

Dt Nasc: 08/10/1946

Idade: 70 anos 6 meses 9 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: JOANA ETELVINA DE MEDEIROS

Nome do pai: JOAQUIM ALVES DE MEDEIROS

Rua/Av: PONTE NOVA

Complemento:

Nº: 185

Bairro: NOSSA SENHORA DA
APRESENTAÇÃO

CEP: 59114070

Cidade: NATAL

Telefone: 84 988734497 84 988734497

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1033

Responsável: CREUZA FERREIRA DE MEDEIROS - ESPOSO (A)

Usuário: UILMA CABRAL SILVA DE OLIVEIRA

Admissão: 17/04/2017 12:45:33

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.8 - FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA
408050578 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RÉSUMO DE ALTA

Prontuário para apresentação com Prontuário de
outro. Internado e em alta pelo Dr. Gurgel.

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 26-03-17
MAT. Nº.
SANE
OF
ASSINATURA

REVISADO
Data: 20/04/17

Assinatura

NATAL, 17 de Abril de 2017.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

RECEBIDO
08 ABR 2017
GRUPO SEGURO
BBMAF



GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgue.
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

FICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL

Identificação CPF: 664.522.238-53

Enfermaria: _____ Leito: _____ UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 04/04/2017 Alta: _____
Nome: BEUGIDO ANJES DE MEDEIROS Naturalidade: SAO PEDRO DO RIO
Idade: 40 Sexo: (X) Masculino () Feminino Data de Nascimento: 08/04/1976
RG: 002.398.934 Estado Civil: CASADO Nível de Instrução: FON. INCOMPLETO
Filiação: Pai: SOAQUIM ANJES DE MEDEIROS
Mãe: SOANA ETELOINA DE MEDEIROS
Endereço: BOA PONTE NOVA, 285 - N. SRA. APARESENTACAO
Cidade: NATAL.

Telefone: 98873-2497 () Residencial () Trabalho () Recado

Contato: 98834-8729 Outros telefones: _____

Composição familiar: ESPOSA COM ESPOSA + FILHO

Outras informações: Faz uso de () Alcool (X) Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: ENTOX Trabalho c/ vínculo empregatício () Não () Sim
(X) Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPs () SAD
Interrupção decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa _____

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares
() Socorrido em via pública () Outros meios
() Encaminhado: Hospital de origem: _____

COPIA ORIGINAL
(X) Trazido pelo SAMU
NATAL: 28/05/17
MAT. Nº: _____
SAME
ASSINATURA

Crêditos para Acompanhante

Possui requisitos? () Não (X) Sim Qual o motivo? IDOSO
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: CREIZA FERREIRA DE MEDEIROS
Parentesco: ESPOSA Telefone: 98843-2497
Endereço do Responsável: O MESMO

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR AUTOMÓVEL.
ESPOSA ORIENTADA SOBRE AS NORMAS HOSPITALARES E
SOMCITAÇÃO CORRETA DOS DOCUMENTOS.

Assinatura do Assistente Social
CRESS 864

Saída

Óbito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs. _____

Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____

Orientações/Encaminhamentos: _____

RECEBIDO

08/04/2017

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agudas de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

GRUPO SEGI ADOP
BBMAFORE



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Freire Surgel
Pronto Socorro Clovis Sarinho

RELATORIO DE
HISTORIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICO

Nome

BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS

Idade:

Idade:

70

Nº Registro:

HISTORIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data:

Hora:

Paciente em atendimento com história
de doença crônica - em uso de medicação.


Assinatura do Médico

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 26.03.17
MAT. Nº:
SAD
ASSINATURA

RECEBIDO

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

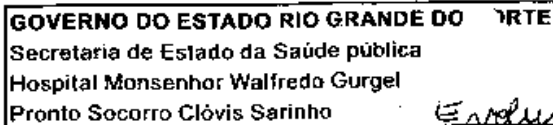
GRUPO SUCUF - JOR
BBMAFPE



Nome: Augusto Alves da Silva Idade: 47 ano Registro: 11111111111111111111
 Serviço: professor Idade: 47 ano Registro: 11111111111111111111

[illegible]

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



NOME: Bruno Alves de Medeiros
LEITO: 12 REGISTRO: _____ IDADE: 70 anos

19/04/17, @ 1: DEH | 70 ans

① Admissão HWB em 17/04/17 → Exatidão de tempo da Eq. (vitima de atropelamento).

② HAS + DMV + DAOP (nipo anisoplástico)

③ Tirocinina perodo + DPOC

④ Equipa AVCs minor, ric (Pavie Vaguel Eq, ric)

PA sendo r. mesmo há ± 03 dias, RCT sustind, div controlada em MIE

+ Orientado, eufórico, atual. HWB em AHT, semel. episódios RCR, et, AIS. Abd. flácido. Pis com dose perfuro distol.

CS = | Aguarda 5h hda de hq e cirurg. ortopédica.

= | Suspensão clonidina de 0,1 mg (150 µg)

ALLI NUNO
ENDOP
2017/04/17

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 26/05/17
MAT. Nº.

SAME
ASSINATURA

RECEBIDO

08 AUG 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAFPRE

NOTA: A ESTA FOLHA DEVEM SER COLOCADO OS DIVERSOS EXAMES COMPLEMENTARES.
O PRIMEIRO RESULTADO DEVE SER COLOCADO NA ÚLTIMA LINHA

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA - SESAP/RN
HOSPITAL DR. JOÃO MACHADO

FICHA DE EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

ENF.: CM
LEITO: 12

NOME: Brígido Alves de Medeiros IDADE: 70a

SETOR - DATA HORA	EVOLUÇÃO
18/4/17 15:50h	Admissão - Anamnese - Id: Brígido Alves de Medeiros, 70a, casado, domiciliado em Natal, natural de Lagoa (RN), residente de Natal (RN) - H.D.A.: Paciente vítima de atropelamento ocorrido por carro sem placa de identificação, a qual colideu no dia 15. Foi resuscitado pelo SAMU PLOPSCS onde foi atropelado na altura do tornozelo E. - A.P.: HAS/DMA/DAA/D. Nega alergias - A.V.: Tabagista há 30 anos (passivo) e et. álcool (passivo há 30 anos) Ex. físico: TA= 125x80 RC: 88 FC: 16 T: 36C BEG, membros superiores, membros inferiores, conjunção e brônquios. A.P.: MVD, metilose SIRA A.P.: RCR, 2T, BNF. RC: 88 A.P.: Jato, maldade A.P.: MIECI metilose H.D.: - Fratura tornozelo E - HAS/DMA/DAA/D + Tabagismo Ed: - Soluções - RPM - Ap. cirurgia

Georgina Araújo Machado
Médica
CRM/RN - 6012



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Brigido Aires de Medeiros Idade: 70 D/N: 08/15/1946
Pront.: 147488 Município: Vale Procedência: Interno () Externo
Data da cirurgia: 23/04/17 Hora Admissão: Bloco 09:30 Sala: 09:40 Hora Saída: 10:40 Peso: 53
Alergias: Não () Sim Comorbidades: MH: S KDM () Outras
Uso de medicações: () Não () Sim Losartana Jejum: () Não () Sim
SSVV Admissão: PA: 185 x 86 mmHg Pulso: 82 bpm FI: 96 rpm FC: 82 bpm SpO₂: 96 % T: 36 °C
Enfermeiro(a): Liliane Instrumentado(a): Ana Rênia Circulante: Clay
Cirurgia: HT Correção de físt. Torngelo Especialidade: Otorrinolaringologia Sala: 03
Hora Início: 10:10 Hora Término: 10:40 Tipo de cirurgia: Eleitiva () Urgência Limpa () Contaminada () Infectada
1ª Cirurgião: Dr. Paulo 2ª Cirurgião: Dr. Marcos Vinícius Residente: Dr. Paulo
Anestesia: () Local () Sedação () Geral Intubação () Siqueira Raqueliana Ag. nº 27 () Peridural () Cateter () s/cateter
Ag. nº 27 Cateter nº 27 Início: 10:10 Gatota: Smarch () Pneumático Início: 10:10 Término: 10:40
Anestesiologista: Dr. Paulo

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
☒ Consciente	☒ Normocrase	☒ Normotensão	☒ Jelco	☒ ECG
☐ Letárgico	☐ Hipocrase	☐ Hipotensão	☐ Acesso V. Central	☒ Oximetria
☐ Coma	☐ Cianótica	☐ Hipertensão	☐ Cat. Diálise	☐ Capnógrafo
☒ Orientado	☐ Ictérica	☐ Hipertensão	☐ Fístula	☒ PA
☐ Desorientado	☐ Desidratada	☒ Normocárdico	☐ Arteriovenosa	☐ Estimul. Nervo
☐ Sedado	☒ Íntegra	☐ Bradicardia	☐ SNG	☐ Diprifusor
☐ Ansioso	☐ C/lesões	☐ Taquicardia	☐ SVD	☐ BIC
☐ Deambula	☐ Sudorese	☐ Choque	☐ Colostomia	☐ Desfibrilador
☐ t/difícilidade	☐ Cicatriz cirúrgica	☐ Normoesfígmico	☐ Cistostomia	
☐ Acamado	☒ Higiene Satisfatória	☒ Eupnéia	☐ Dreno	
☐ Paraplégico	☐ Higiene deficiente	☐ Dispneia	☐ Aparelho gessado	
☐ Tetraplégico	☐ Manchas	☐ Dispositivo O ₂	☐ Tração	
☐ Amputações	☐ S/Tricotomia		☒ Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>104</u>	<u>75</u>	<u>73</u>	<u>bpm</u>
Pulso	<u>104</u>	<u>75</u>	<u>73</u>	<u>bpm</u>
Oximetria	<u>96</u>	<u>95</u>	<u>95</u>	<u>%</u>
Capnografia	<u>40</u>	<u>45</u>	<u>45</u>	<u>%</u>
PA	<u>185 x 86</u>	<u>131 x 74</u>	<u>103 x 74</u>	<u>mmHg</u>

ACESSO VENOSO
☐ Punção Arterial
☒ Punção Venosa Periférica
☐ Punção Venosa Central
☐ Dissecção venosa
Local: <u>USE</u>
Cateter:

SONDAGEM GÁSTRICA
☐ SNG nº
Retorno:
CATETERISMO VESICAL
☐ SVF nº
☐ SVA nº
Diurese:
Profissional responsável:

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

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
☒ Dorsal	☐ Cabeça	☒ Anatômicos
☐ Ventral	☐ Pescoço	☐ Abduzidos
☐ Lateral	☐ Tórax	☐ Fletidos
☐ Litotômica	☐ Lombar	☐ MMII
☐ Trendlemburg		☒ Anatômicos
☐ Canivete		☐ Abduzidos
☐ Prodrive		☐ Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
☐ Sim () Não () Metal () Descartável
Local:
DEGERMAÇÃO
☒ Sim () Não
Local: <u>MIE</u> Solução: <u>Clorexidina</u> Local:

IMPLANTE CIRÚRGICO
Orenos:
Tela:
Cateter:
Ostomia:
Fio de K:
Placa - Tipo: <u>Del</u>
Outros:

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Cabeça cirúrgica: <u>35</u> Quant. Material:
Val:
Contagem de gaze e compressa: ☒ Não () Sim

RECEBIDO

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPI



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:						
(3) Hemoconcentrado _____ Unid.	() Plasma _____ Unid.					
() Albumina _____ Unid.	() Expansor plasmático _____ Unid.					
MEDICAÇÕES UTILIZADAS						
<u>Levofloxac</u> h: <u>10:30</u>	h: _____					
<u>Paracetamol</u> h: <u>10:30</u>	h: _____					
<u>Dipirona</u> h: <u>10:30</u>	h: _____					
HIDRATAÇÃO VENOSA						
() Soro Fisiológico: _____ ml	(X) Soro Ringer Simples: <u>01</u> ml					
() Soro Glicosado: _____ ml	() Soro Ringer Lactato: _____ ml					
Quantidade total de volume administrado: _____						
ANATOMO PATOLÓGICO						
(X) Não () Sim Peça: _____	Peça para sepultamento: (X) Não () Sim: _____					
Swab para cultura: _____	Líquido: _____					
CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES						
FO de aspecto: (X) Limpo () c/exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens (X) Atais () Outros: _____						
INTERCORRÊNCIAS: <u>Cirurgia transcorreu sem intercorrências, sendo todo curado. Utilizado Soro Ringer durante a cirurgia.</u>						
Ass: <u>[Assinatura]</u> Coren: <u>118.641</u>						
CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO						
Nível de consciência: (X) Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado						
Respiratório: () Intubado (X) Extubado () Cânula de Guedel (X) O ₂ ambiente Curativo: (X) Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro: _____						
Diurese: (X) Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: <u>CHO</u>						
UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO						
Hora: <u>11:15</u> Data: <u>23/04/13</u> Nível de consciência: (X) Acordado (X) Sonolento () Narcose (X) Orientado						
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado (X) Extubado () Cânula de Guedel () O ₂ O ₂ Ambiente						
Mobilização MMII: (X) Normal (X) Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: (X) Normal () Diminuída () Sem mobilidade						
Venoclise: () Não (X) Sim Tipo: <u>IV</u> Local: <u>USG</u> Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical						
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Xheri Ostomias: () Sim () Não Especifique: _____						
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos						
Curativo: (X) Oclusivo () Descoberto (X) Limpo () Sujo Monitorização: () ECG (X) Oxímetro (X) F ₅						
INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexigoma () Interação FA: Interação FC						
Relate: _____						
SINAIS VITAIS						
Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	35.5	64	140x80	60	96	
30'						
60'						
Alta	35.5	68	140x80	60	96	
Líquidos administrados na URPA:						
Soro glicosado: _____ ml						
Soro Fisiológico: _____ ml						
Ringer: _____ ml						
Irrigação vesical contínua: _____						
Eliminações:						
Recebido da SO		Diurese		Retorno Gást.		Retorno de irrigação
Desprezado URPA						
Medicações administradas URPA:						
Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:						
<u>PO1 de limpeza de físt. de fanozelo</u>						
<u>SOB CURA - RANVA - no RN - SSVV - RANVA</u>						
<u>Enteado e lavado p/ RN de Controle / Infusão</u>						
Ass: <u>[Assinatura]</u> Coren: <u>164045</u>						



Hospital

Nome do paciente

Nº prontuário

Data operação

23/04/17

Enf.

Leito

Operador

Dr. Paulo Melo

1º auxiliar

Dr. Marcos Freire

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Fratura bimaxilar traq. tso.

Tipo da operação

Trat. Quirúrgico Fratura do Lx.

Diagnóstico pós-operatório

O mesmo

Relatório imediato do patologista

Não houve

Exame radiológico no ato

Intensificação de imagens

Acidente durante a operação

Não houve

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1) Paciente em mc. geral sob sedação moderada
- 2) Anestesia + Antibiótico + Paracetamol no M.E.
- 3) Anestesia em campos estomacais
- 4) Incisão sobre o músculo esternocleidomastoideu, dissecção para planos, identificação do foco fraturário e remoção de mais anatomias presentes, fratura c/ placas dep 3,5mm posterior + 06 parafusos / 04 corticais, de espelhos
- 5) Incisão sobre o músculo esternocleidomastoideu, identificação do foco de fratura, remoção de mais anatomias presentes, fratura c/ 01 parafuso espelho
- 6) Lavagem c/ S.O. 9%, contensão c/ gaze epona e sutura por planos
- 7) Curativo estéril + Alta Beta

Marcos Vinícius Z. Freire
Ortopedia / Traumatologia
CRM/RN 5781

RECEBIDO

08 APR. 2017

GRUPO SEGURODOP
PARACODICONFÉRENCIA OFICIAL
Nº 123456789
2017/04/23

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital	Descelecio Marques			Enfermaria	Leito	Nº prontuário	
Nome	BRIGIDO LUIS MEDEIRO				Idade	Sexo	Cor
Data	23/04/17	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros
Tipo sanguíneo	Hemáticas	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia		
	Urina						
Ap. respiratório	NEOJO				Asma	Bronquite	
Ap. circulatório					Eletrcardiograma		
Ap. digestivo				Dentes	Pescoco	Ap. urinário	
Estado mental				Ataracicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores
Diagnóstico pré-operatório	Fratura peroneola (E)					Estado físico	Risco
Anestesias anteriores							
Medicação pré-anestésica					Aplicada às	Efeito	
Agente Anestésico							
Líquidos							
Dose							
Anest.							
O Resp.							
P Pulso							
SÍMBOLOS	E						
ANOTAÇÕES	APARELHO CERRAD DEXA 100% DIFERENCIAL						
POSIÇÃO	DNU						
Agentes	NEECALIN (P)						
Técnica	RAQUÍ - SIMPLES						
Operação	LIGAMENTO DE TERMOLO (E)						
Cirurgião	PEDRO MELO						
Anestesiista	PIAGE CARVALHO						
Observações	SEM INTERFERENCIA						
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias							

Conto do Sub-702 600 799 1162 42



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

RG.002.398.834

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

Calabr. 488734497

CPF: 664.512.438-53

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

49 Nº 001

NOME: Brígido Alves de Medeiros
IDADE: 08.10.1946 COR: M SEXO: M ESTADO CIVIL: casado
NATURALIDADE: São Fernando-RN PROFISSÃO: Pintor PROCEDÊNCIA: Assessoria
ENDEREÇO: Rua Ponte Nova 185 BAIRRO: Assessoria
CIDADE: Assessoria DATA: 19/04/2017 HORA: 18:55

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

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

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

TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

1ct. movimento do QMB

EXAME FÍSICO

CONFERE COM ORIGINAL
Resolvidos
20/04/2017

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

RECEBIDO

DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura TN6 (E)

08 APR, 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRL

EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

☐ HEMATOLOGIA	☐ NEUROLOGIA	☐ NEFROLOGIA	☐ CIR. VASCULAR	☐ ENDOSCOPIA
☐ CLÍNICA MÉDICA	☐ CIRURGIA GERAL	☐ ORTOPEDIA	☐ BUCO-FACIAL	☐ UROLOGIA
☐ NEUROCIRURGIA	☐ OTORRINO	☐ OFTALMOLOGIA	☐ C. PLÁSTICA	☐

CONDUTA

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

☐ FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	☒ INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>Dr. Michel F. de Araújo</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>Ortopedia Oncológica</i> <i>Ortopedia da Mão</i>	☐ REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____	DECISÃO MÉDICA ☐ HORA _____ HORA _____	A REVELIA ☐
ENTREGUE À FAMÍLIA ☐	S.V.O. ☐	I.T.E.P. ☐
_____ MÉDICO (Carimbo)	<i>[Assinatura]</i> Núcleo Interno de Regulação NIR / NADIM AUTORIZADO	_____ CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2- CNES	
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA		4- CNES 3515168	
Identificação do Paciente			
5- PACIENTE BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS		6- NUMERO DO PRONTUÁRIO 147488	
7- CARTÃO NACIONAL/SUS 702 6007 9911 6241	8- DATA DE NASCIMENTO 08/10/1946	9- SEXO MASCULINO	10- RAÇA/COR
11- NOME DA MAE JOANA ETELVINA DE MEDEIROS		12- TELEFONE DE CONTATO 98873-4467	
13- NOME DO RESPONSÁVEL CREUZA FERREIRA DE MEDEIROS (ESPOSA)		14- TELEFONE DE CONTATO	
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA PONTE NOVA 185			
16- MUNICÍPIO NATAL	17- BAIRRO NS APRESENTAÇÃO	18- UF RN	19- CEP 59114-070
Justificativa de Internação			
20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente com trauma no tornozelo há 23 dias			
21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Tratamento cirúrgico			
22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)			
23- DIAGNÓSTICO INICIAL fratura de tornozelo	24- CID-10 PRINCIPAL	25- CID-10 SECUND.	26- CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS
27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tratamento cirúrgico			
28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
29- CLÍNICA	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31- DOCUMENTO () CNS () CPF	32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34- DATA DA SOLICITAÇÃO	35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)			
36- () AC. TRÂNSITO	39- CNPJ DA SEGURADORA	40- Nº DO BILHETE	41- SÉRIE
37- () AC. TRABALHO TÍPICO	42- CNPJ DA EMPRESA	43- CNAE DA EMPRESA	44- CBOR
38- () AC. TRABALHO TÍPICO			
45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
Autorização			
46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47- COD. ORGÃO EMISSOR	52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48- DOCUMENTO () CNS () CPF	49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO	51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		

RECEBIDO

08 ABR 2017

GRUPO SEGUADOR
NATAL-RR

930 2PF= 664. 532. 338-53



GOVERNO DO ESTADO DO RIO G. IDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PROTOCOLO
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
11 - TELEFONE DE CONTATO	12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO
15 - UF	16 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
--------------------------	------------------	---------------------	------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - LEITO / CLÍNICA	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	29 - DT SOLICITAÇÃO	30 - CNS / CPF	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	39 -
40 - () ACID. TRABALHO TRAJETO	41 - CID PRINCIPAL	42 - CID SECUNDÁRIO	43 - ()
44 - () GRAVE	45 - () GRAVÍSSIMA	DESCRIÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	47 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
49 - DT AUTORIZ.	50 - DT AUTORIZ.	51 -
52 - CNS / CPF	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	54 -

RECEBIDO
08 AGR. 2007

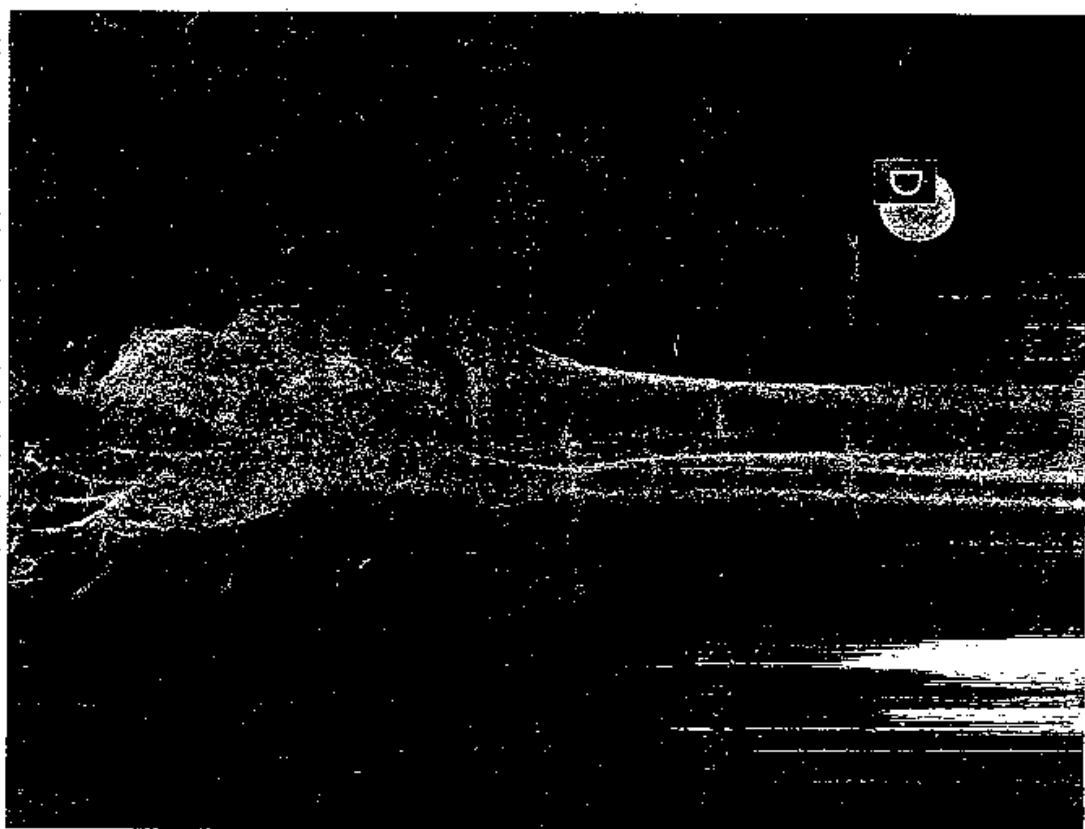
Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravas de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde a luz dos valores éticos e humanitários.

GRUPO SEGURO
RBMAPPRE

BRIGIDO ALVES DE MEDEIRO, : DX from 17/04/2017

ESQUELETO HUMANO: ESQUELETO
17/04/2017

47263899-1
30-03-2017



ESQUELETO HUMANO: ESQUELETO
17/04/2017



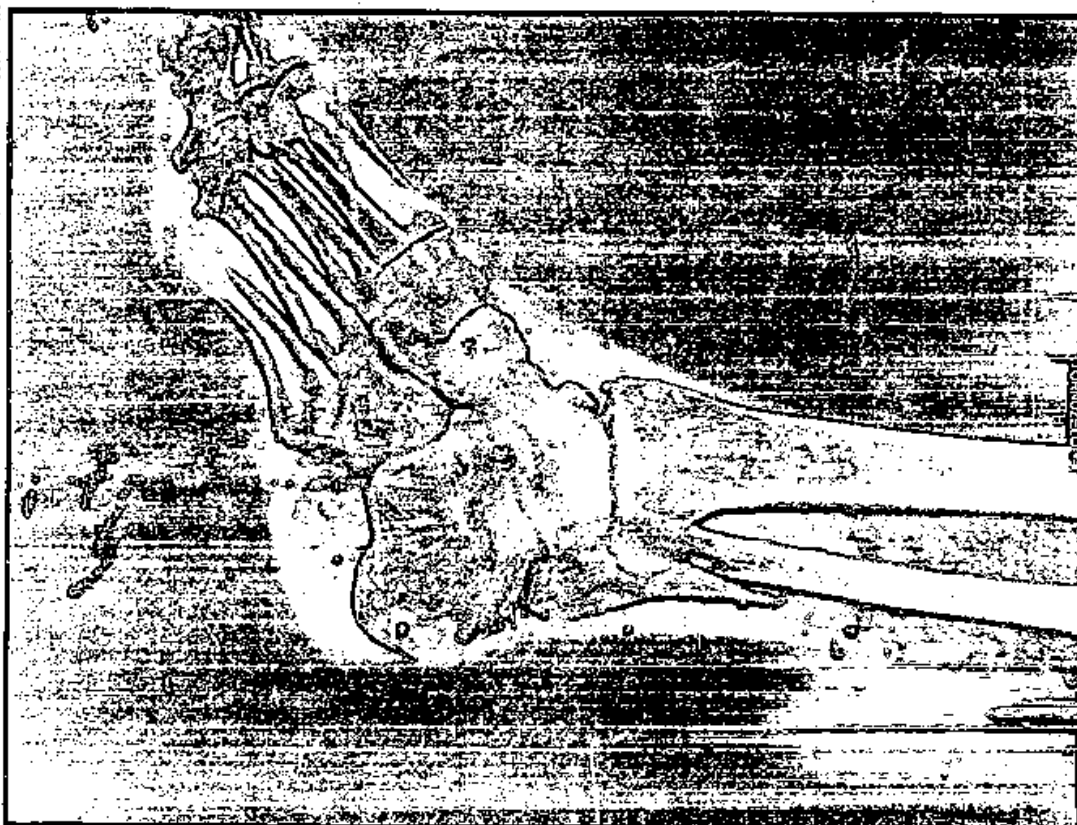
4cm

47263899-1
30-03-2017

BRIGIDO ALVES DE MEDEIRO, : DX from 17/04/2017

BRIGIDO ALVES DE MEDEIRO
17/04/2017

BRIGIDO ALVES DE MEDEIRO
17/04/2017



BRIGIDO ALVES DE MEDEIRO
17/04/2017



4077

BRIGIDO ALVES DE MEDEIRO
17/04/2017

08/08/2017



DOCUMENTO 4 *T4%*



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **664.512.138-53**

Nome: **BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS**

Data de Nascimento: **08/10/1946**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

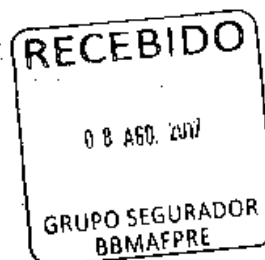
Digito Verificador: **00**

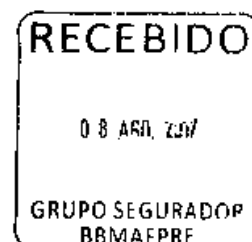
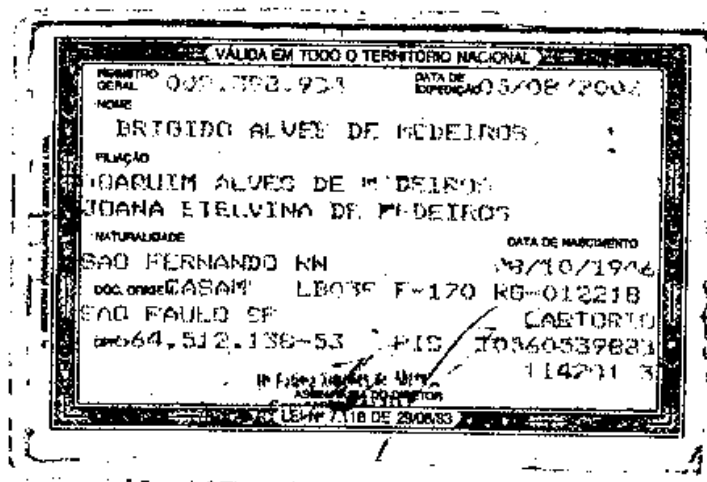
Comprovante emitido às: **12:07:53** do dia **08/08/2017** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **1672.959A.D12C.3F65**

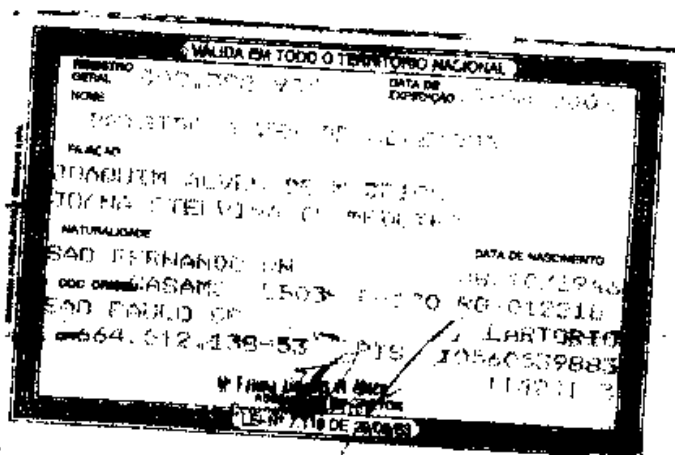
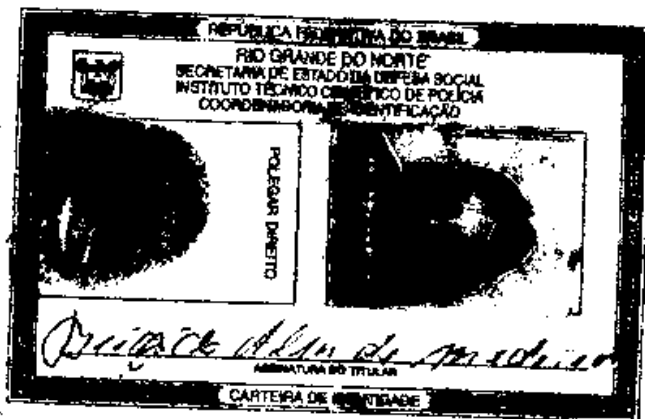


Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)







08/08/2017



DOCUMENTO 3 *T3*



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **115.066.708-73**

Nome: **CREUSA FERREIRA DE MEDEIROS**

Data de Nascimento: **04/04/1945**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Digito Verificador: **00**

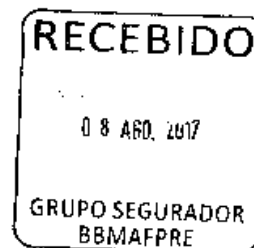


Comprovante emitido às: **12:13:50** do dia **08/08/2017** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **9E37.75D8.6F1C.37DB**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



DOCUMENTO 5 *T546*



CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente SILVIA MARINA DOS ANJOS HERCULINO	
Tipo de Sinistro Invalidez Parcial		Agência SUCURSAL NATAL	
Nome do Requerente CREUZA FERREIRA DE MEDEIROS		Nome da Vítima BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS	
CPF da Vítima 66451213853		CPF da Vítima 66451213853	
Documentos Complementares			
☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☐ CPF da Vítima ☐ DUT ou Bilhete de Seguro envolver Ônibus ☐ Boletim de Ocorrência Policial ☐ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☐ Comprovante de Residência do Requerente ☐ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (Cópia autenticada) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☐ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec.Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Invalidez Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações ANA	
		DAMS ☐ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☐ Relatório Médico ☐ Comprovas das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	



0124570

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolver Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170436705 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS **Data do acidente:** 17/04/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/09/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: OS DADOS INFORMADOS NO SINISTRO, SÃO INSUFICIENTES PARA QUE SE FAÇA UMA ANÁLISE SEGURA DE POSSÍVEIS SEQUELAS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dorian Braga Saraiva

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170436705 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS **Data do acidente:** 17/04/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura bimalleolar do tornozelo esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Moderada limitação da flexão dorsal e plantar do tornozelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Realizado osteossíntese com placa e parafusos de fratura do tornozelo esquerdo. Alta em julho de 2017.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/09/2017

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM ARTICULAÇÃO DEVIDO A NÃO REPERCUSSÃO NO MEMBRO.

Médico examinador: JUSTINO NOBREGA DE AZEVEDO NETO

CRM do médico: 3940

UF do CRM do médico: RN

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

DOCUMENTO 4 *T496*



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO
PROFISSÃO:	POSENTADO
IDENTIDADE:	002.398.934
ENDEREÇO:	RUA PONTE NOVA Nº 185 - NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO - NATAL - RN

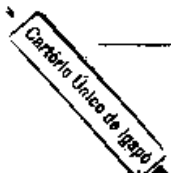
OUTORGADO

NOME:	CREUSA FERREIRA DE MEDEIROS
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	POSENTADA
IDENTIDADE:	109.227
ENDEREÇO:	RUA PONTE NOVA Nº 185 - NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO - NATAL - RN

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

09 JUN. 2017

LOCAL E DATA



Brigido Alves de Medeiros

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



NATAL CARTÓRIO ÚNICO JUDICIÁRIO DE IGAPÓ
Praça São Vicente de Paulo nº 42 - Igapó - Natal/RN - CEP: 59.101-010
Tel/Fax: (951) 3214-0830

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) firme(s) de: BRIGIDO ALVES DE MEDEIROS (174408). SAÍDO COM FOLHA DE AUTENTICIDADE
NATAL/RN, 9 DE JUNHO DE 2017 - 11:25

Op. 11
Emol. R\$2,34

Alberto Magalhães Filho - Tabelião Autorizado

