



Número: **0812201-98.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **26/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA (AUTOR)	GUSTAVO RODRIGO MACIEL CONCEICAO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (RÉU)	ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO)
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45175 365	26/06/2019 16:04	Petição	Petição
45175 374	26/06/2019 16:04	2603209 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01	Outros documentos
45175 391	26/06/2019 16:04	2603209 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01	Outros documentos

Juntada de petição.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 24ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN

Processo: 08122019820178205001

BRADESCO SEGUROS S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

NATAL, 24 de junho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR
5432 - OAB/RN

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaoportoadvocacia.com.br

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 17 de Março de 2016

Carta nº: 8887065

A/C: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA

Sinistro: 3160150404 ASL-0109500/16
Vitima: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA
Data Acidente: 30/11/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000001366-8

Conta: 000088300193-4

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



DOCUMENTO 6 -T6%



REPU Blica FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - RN		Nº 9643493534	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VEÍCULO	PLACA	ANO	EXERCÍCIO
1	829983818	*****	2012
SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA			
336.464.574-49		FL-CA	
MYI9176		MYI9176	
FLUCA/VALDE		CPA 981	
MYI9176/RN		3C2JC3824R035622	
PROMOTORIA			
PASSEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVEL GASOLINA			
MARCA/Modelo		NO FAB	ANO MOD
HONDA/CG 125 TITAN ES		2004	2004
CAPACIDADE		COR PREDOMINANTE	
0CV/124 CILINDRADAS		PARTICULAR	
COTAS/UNICA		VERE/COTAS	
I	R\$ 0	18/05/2012	1º PAGO
V	PARADIVA	PARA/UNIVERSIT/2013	2º PAGO
A	2004 3X	R\$ *****	3º PAGO
PERÍODO DE PAGAMENTO: 07/09/2012 - 10/09/2012 - DATA DE PAGAMENTO:			
*** TAXAS DEBRANCA PAGO CERCA ADPVA PAGO			
MOTOR: JC3824R035622 - NÚMERO DE PÓRTE: CERVA/ADPVA			
NÃO VALIDE PARA TRANSFERÊNCIA			
DATA		28/09/2012	
DATA		28/09/2012	

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES TERRESTRES QUERIDOS CARGA PESSOAS TRATES DIFERENTES OU NÃO - SEGURO DPVAT		
RN N° 9643493534		
BILHETE DE SEGURO DPVAT		
EXERCÍCIO <input type="text"/>		
CPF / CNPJ <input type="text"/> 336.464.574-49		
PLACA <input type="text"/> MYI9176.		
BILHETE DE SEGURO DPVAT		
EXERCÍCIO <input type="text"/> 2012		
DATA EMISSÃO <input type="text"/> 28/09/2012		
V/M <input type="text"/> 1	CPF / CNPJ <input type="text"/> 336.464.574-49	
PLACA <input type="text"/> MYI9176.		
RENAVAM <input type="text"/> 829983810	MARCA / MODELO <input type="text"/> HONDA/CG 125 TITAN ES	
ANO FAB <input type="text"/> 2004	N° CHASSI <input type="text"/> 9C2JC30294R035622	
PRÉMIO TARIFÁRIO		
TNS (R\$) <input type="text"/>	DEVIAR (R\$) <input type="text"/>	CUSTO DO SEGURO (R\$) <input type="text"/>
CUSTO DE SEGURO (R\$) <input type="text"/> 07 (R\$)		TNS (R\$) <input type="text"/> 00 (R\$)
PAGAMENTO		DATA DE DURADAÇÃO
<input type="checkbox"/> GOTAUCIA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	<input type="text"/>
Seguradora Líder dos Consórcios		OUT-2011
do Seguro DPVAT-S/A		
CNPJ: 09.248.603/0001-04		

**COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS/A**

WEDNESDAY, 29 FEBRUARY 2016



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

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.

EU, Fernanda Elizabeth de OliveiraPORTADOR(A) DO RG Nº 510.103EXPEDIDO POR SSP/RNEM 02/10/83CPF 533.696.954-99 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO _____E RENDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURADO DPVAT DA VÍTIMA 10 mil reais, 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 aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com o documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta no site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 003 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1366-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 8300393-2

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

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

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

Sumaré-RN, 05 de outubro de 2016

LOCAL E DATA

Fernanda Elizabeth de Oliveira

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

DOCUMENTO 1 *T1%



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que, 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.dpvtsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
21/12/2015 AUTO-ATENDIMENTO 12.11.09
136670462 0000

SALDO DE CONTA CORRENTE
PARA SIMPLES CONFERENCIA

CLIENTE: SOCORRO E OLIVEIRA
AGÊNCIA: 1366-8 88.300.193-4

SALDO	100,000		
LIM	100 DISPONIVEL	0,000	
JUROS	5,52	LOF	0,30
TX. CH. ESPECIAL	% VENCIMENTO	31.05.2016	
OTDE DIAS CDO ESP	14		

BONPRATODOS

Reducao nas taxas de Juros e aumento no credito.
Banco do Brasil. BONPRATODOS

CREDITO BONPRATODOS 16.236,000

Linhos de Credito	Credito BONPRATODOS
Renove seu Credito	
BB Renovacao Consignacao**	14.521,23
BB Credito Renovacao	9.265,77

Credito Novo	
BB Ord Consig em Folha**	16.236,00
BB Credito Salario	5.667,00

Financiamentos de Bens/Servicos

BB Ord Vehiculo/Leasing
BB Creditarlo/Construcao

*VALORES DE REFERENCIA. Sujeitos
ao aumento da contratacao.
**Disponivel aps confirmacao da

COMPRE, SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A
a confirmacao

29 FEB 2016

Nota

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informaçoes.

DOCUMENTO 1 - T1%



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR
DELEGACIA MUNICIPAL DE POLÍCIA CIVIL DE SANTO ANTÔNIO/RN
Rua Ana de Pontes, (saída para Brejinho) SANTO ANTÔNIO/RN - 3282-4927

BOLETIM DE OCORRÊNCIA n.º 1.800/2015

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Local: AV. QUARENTA - SERRINHA/RN

Data e Horário: 30 de NOVEMBRO de 2015 - às 14:30h

Nome do(a) Comunicante:

Nome: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA

Filiação: DOIS FILHOS PEREIRA DE OLIVEIRA E ELINA PEREIRA SILVA

Nacionalidade: Naturalidade: SERRINHA/RN

Est. Civil: CASADA

Profissão: FUNC. PÚBLICA

Data Nasc.: 02/09/1965 Escolaridade: 7º SÉRIE (contato): (84) 9899-4763

Doc. Ident. RG: 610.105-RN CPF: _____

Endereço: R. MARIA ADELIA TAVARES, 52, CENTRO - SERRINHA/RN

NOME DA(A) VÍTIMA: _____

Nome: A COMUNICANTE

Filiação

Nacionalidade: / Naturalidade: _____

Est. Civil: _____ Profissão: _____

Data Nasc.: / / Escolaridade: _____ (contato): ()

Doc. Ident. RG: _____ CPF: _____

Endereço: _____

**COMPRESEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A**

MEDEB-29-FEV-2016

Nome: _____

ACUSADO (A):

Nome: PRAGUICHA DO apelido: _____

Filiação

Endereço: _____

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

A COMUNICANTE/VÍTIMA INFORMA QUE VIAJAVA DE CARONA, EM UMA MOTOCICLETA TIPO HONDA CG 125 TITAN ES, ANO/MODELO 2004/2004, DE COR VERMELHA, DE PLACA MYI-9176, REQUINTAN 829903810, CHASSI N.º 9C2J C30204R035622, DE PROPRIEDADE DE SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA; QUANDO, INESPERADAMENTE, O CONDUTOR PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, P. A VÍTIMA CAIU PARA TRAS, NO 1º COSTAMENTO; DE DEVIDO AO ACIDENTE DE TRÂNSITO A VÍTIMA SOFRIU LESÕES PELO CORPO, E, FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL WILFRIDO GUNDEL, EM NATAL/RN. NADA MAIS DISSE.

OBS: TODAS AS INFORMAÇÕES SÃO DE RESPONSABILIDADE DA COMUNICANTE
TESTEMUNHAS

Nome: ROU DE OLIVEIRA COSTA End.: _____

Nome: MARIA DAS GRACAS End.: SERRINHA/RN

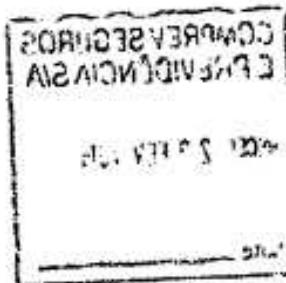
PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: REGISTRO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Data: 22/12/2015 às 15:30h

Assinatura do(a) servidor

Assinatura do(a) Comunicante/Vítima

Edgar Fabrício Neto
Agente de Polícia Civil
Matrícula: 157.320-9



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Suzano Elizabeth de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 630.105 e inscrito no CPF/MF sob o nº 336.964.544-49, residente e domiciliado na R. Antônio Rodrigues Sávares, 30, Cidade Serrinha, Estado BA, 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:

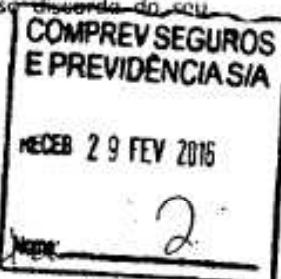
Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

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 ~~discrevo~~ do seu conteúdo.



Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Serrinha - BA, 05 de fevereiro de 2016

Local e data

DOCUMENTO 2 "T2%"





POLTRONA 14

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
ORTOPEDIA

C/DO

PACIENTE SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA
DATA DE ENTRADA 30/11/2015 **HORA** 18:31 **Nº BAA** 140538

IDADE 50 **SEXO** F **ETNIA** Pardo
CARTÃO SUS 201395988090018 **ESTADO CIVIL** Casado(a)
CPF - RG - - -

NOME DA MÃE ELINA PEREIRA DA SILVA
NOME DO PAI DOMINGOS PEREIRA DE OLIVEIRA
NASCIMENTO 02/09/1965 **NATURALIDADE** Serrinha-RN
TELEFONE (84) 8710-6796 **PROFISSÃO** ASG
RUA/AV. MARIA ADELIA TAVARES DA CRUZ **Nº** 52
COMPLEMENTO **BAIRRO** Centro
CEP 59258-000 **CIDADE** Serrinha-RN
ORIGEM Família **MOTIVO** Acidente de Trânsito / Queda de moto
ACID. DE TRABALHO Não **USUÁRIO** Daldá

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Refere queixa de dor de dor de dor (mão paralisada) com dor no cotovelo e pulso (D). Negar traumas.

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS/A

MEDE 29 FEB 2016

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

DUTRAS OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO 3
"T3%"

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID

DATA



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Fernandoa Elizabeth de Almeida

RG nº 630.505, data de expedição 02/10/81 Órgão SSP/RN

CPF nº 336.969.571-49 venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar que 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>R. Irene Rodrigues Soares</u>
Número	<u>30</u>
Apto / Complemento	-
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Serrinha</u>
Estado.	<u>RN</u>
CEP	<u>59.258-000</u>
Telefone de Contato	<u>Contato:</u> <u>(84)</u> <u>(84)</u>
E-mail	

COMPREVSEGUROS
E PREVIDÊNCIAS/A

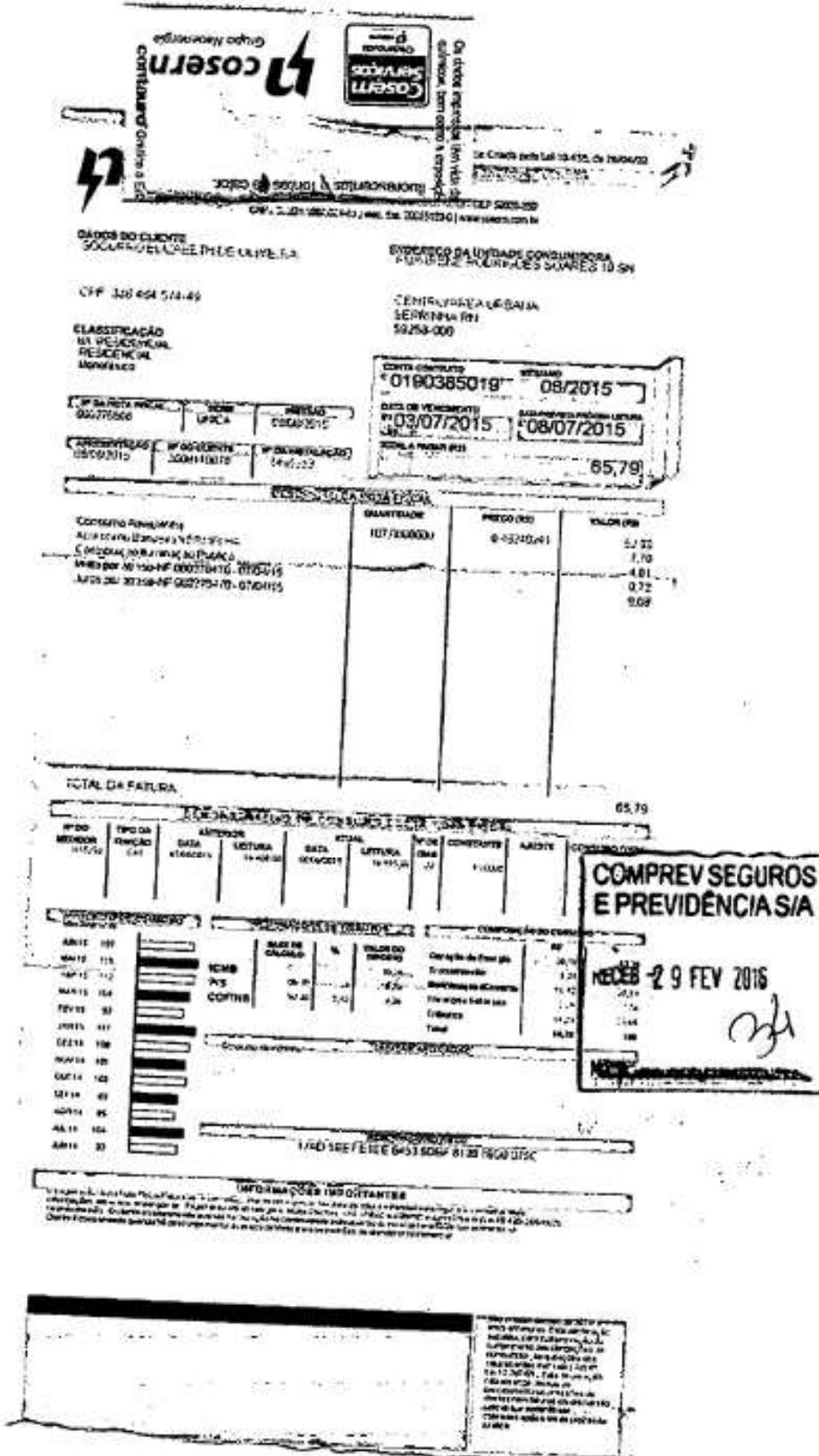
MEDEB 29 FEB 2016

33

Por ser verdade, firmo-nos.

Local e Data: Serrinha-RN, 05 de fevereiro de 2016

Assinatura do Declarante: Fernandoa Elizabeth de Almeida





politecina

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
ORTOPEDIA

DOCUMENTO 4
1496

PACIENTE SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA

DATA DE ENTRADA 30/11/2015 **HORA** 18:31 **Nº BAA** 140538

IDADE 50 **SEXO** F **ETNIA** Pardo

CARTÃO SUS 201395988090018 **ESTADO CIVIL** Casado(a)

CPF - RG -

NOME DA MÃE ELINA PEREIRA DA SILVA

NOME DO PAI DOMINGOS PEREIRA DE OLIVEIRA

NASCIMENTO 02/09/1965 **NATURALIDADE** Serrinha-RN

TELEFONE (84) 8710-6796

PROFISSÃO ASG

RUA/AV. MARIA ADELIA TAVARES DA CRUZ **Nº** 52

BAIRRO Centro

COMPLEMENTO

CIDADE Serrinha-RN

CEP 59258-000

ORIGEM Família. **MOTIVO** Acidente de Trânsito./.Queda de moto

ACID. DE TRABALHO Não

USUÁRIO Dada



HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Refere queira no motociclo (moto parada) por não conseguir a moto (D). Neg. fumi

COMPRAV SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS

MEDEB-29 FEB 2016

Note: _____

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A

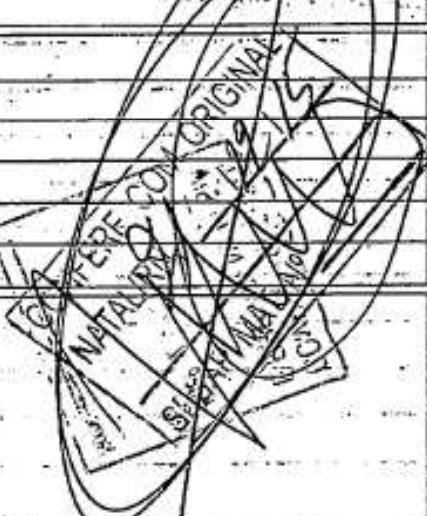
B

C

D

E

OUTRAS OBSERVAÇÕES



HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDIACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID

02 12 73

gouza

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A	
B	
C	
D	
E	
A (ALERGIAS):	
M (MEDICAÇÃO EM USO):	
P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):	
L (LÍQUIDOS E ALIMENTOS INGERIDOS):	
A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):	
V (PASSADO VACINAL):	

O EXAME FÍSICO SECUNDÁRIO E A AVALIAÇÃO DÉTALHADA CRITÉRIOS DA DIFERENÇA DIFERENCIADA PESQUISA, NÃO APENAS OLHE, QUIGA, NÃO APENAS ESCUTE, SINTA NÃO APENAS TOQUE. CASO O ESPAÇO DESTINADO PARA ENHESSE SEJA INSUFICIENTE, UTILIZE IMPRESSOS PROPRIOS DO HOSPITAL, REQUERENDO DE JUNHAS FOLHA DE PRESCRIÇÃO E ANEXE AO BOLETIM.

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1:	01	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2:	02	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	03	HORA:	DATA:

MÉDICO (CARIMBO)

O preenchimento do boleto do encaminhamento produz uma ação em saúde mais qualificada, um serviço hospitalar mais integrado e protege o profissional de saúde, contribuindo para a melhoria da assistência no HMG.



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRINHA
ADM: FABIANO HENRIQUE DE SOUZA TEIXEIRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE SAÚDE JOSÉ TEIXEIRA DE SOUZA
RUA JOSÉ CORREIA DE ANDRADE, S/N SERRINHA-RN

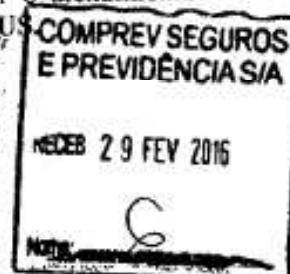
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR - AIH

Sr. Diretor Geral,

Encaminhamos AO HOSPITAL MEMORIAL, NATAL/RN o (a) **Paciente**,
SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA, nascido (a) em 02/09/1965, RG 610.105, CPF
336.464.574-49, CNS 201 3959 8809 0018 , residente e domiciliado na Rua Maria Adélia
Tavares da Cruz ,Nº 52, Serrinha/RN, que necessita de fazer um procedimento
CIRÚRGICO, conforme Pactuação, no Hospital o qual V. S^a é diretor, uma vez que o nosso
município não dispõe de recursos para realizá-lo.

Assim sendo, solicito que seja transferido em favor do HOSPITAL MEMORIAL,
NATAL/RN, a autorização de atendimento Hospitalar-AIH, para viabilizar o atendimento
para que seja realizado o procedimento Médico/Hospitalar deste usuário do SUS.

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE SERRINHA/RN
Nome: *Flávia de Souza Teixeira*
Cargo: *Coord. Adm. Assist.*
Mat.: *201 3959 8809 0018*



SERRINHA/RN, 03/12/2015.

Thiana Cristine Xavier Pontes
Secretaria Municipal de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

2 - CNES
2653923

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Socorro - Enfermeira de Oliveira

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RACACOR

10.1 - ETNIA

Male

11

Fem

3

000

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DA MÃE

000

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - NOME DO RESPONSÁVEL

000

16 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

18 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS



intoxicado / traing em M&D.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

Rx - desintoxicado em radio distri.

23 - DIAGNÓSTICO PRINCIAL

Intoxicado radio distri / D

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

02405.1111 radio distri /

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

() CNS () CPF

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
MARCOS ALVES
CRA-SP

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

33 - CNPJ DA SEGURODORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CEP

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

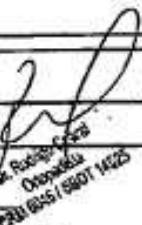
49 - DOCUMENTO

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

ATENDIMENTO ESPECIALIZ.			
ANAMNESE			
EXAME FÍSICO			
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA			
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM) **** 2016/04/23 11:15	LABORATÓRIO		
	OUTROS		
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) Assinatura e Carimbo do Responsável	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM		
	Assinatura e Carimbo do Responsável		
DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:		
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: 30 / 04 / 15 HORA: 19h		
SAÍDA:	DATA: / / HORA: / /		
Decisão Médica <input type="checkbox"/>	À Revelia <input type="checkbox"/>	Transferido para:	
ÓBITO:	DATA: / /	HORA: / /	
Entregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
Médico (Carimbo)			
  Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação			
DESTINO DO PACIENTE:		Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / /	HORA: / /	
SAÍDA:	DATA: / /	HORA: / /	
Decisão Médica <input type="checkbox"/>	À Revelia <input type="checkbox"/>	Transferido para:	
ÓBITO:	DATA: / /	HORA: / /	
Entregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

DESTACAR

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228

hmemorial@veloxmail.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Dados do Paciente

Nome: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA
RG: 610105 CPF: 336.464.574-49 Nascimento: 02/09/1965 50 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Casado(a)
Endereço: RUA IRENE RODRIGUES SOARES N.: 10 Bairro: CENTRO
Cidade: SERRINHA UF: RN CEP: 59258000 Fone: 84987106755
Profissão: FUNCIONARIO PUBLICO ESTADUAL E Mãe: ELIANA PEREIRA DA SILVA

Dados do Internamento

N. Internamento: 1 Entrada: 07/12/2015 10:34 Previsão saída: 09/12/2015 11:00 Atendente: MRECEPCAO
Convênio SUS ESTADUAL Matrícula/CNS: 201395988090018
Médico: Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA CRM: 5500 LEITO RESERVA 01

Dados do Responsável

CPF: RG:
Responsável:
Parentesco:

Termo de Responsabilidade

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial.

Declaro para os fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital Memorial de Natal pela instituição conveniada a qualquer título.

Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo seja acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora está autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de **COMPROVSEGURAS E PREVIDÊNCIAS/A**

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

NECER 20 FEB 2016

Name: 

Observações
COM UMA PELICULA DE RX, LAUDO DO SUS, EXAMES LAB.

MedicWare

Página 1

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@uol.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 07/12/2015

Dados do Paciente

Paciente: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA

Registro: 110522

Num. RG: 610105

CPF: 336.464.574-49

Nascimento: 02/09/1965 50 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Casado

Endereço: RUA IRENE RODRIGUES SOARES

N. 10

Bairro: CENTRO

Cidade: SERRINHA

UF: RN

CEP: 59258000

Fone: 84987161

Profissão: FUNCIONARIO PUBLICO ESTADUAL E

Mãe: ELIANA PEREIRA DA SILVA

Dados do Internamento

Num. Internamento: 1

Entrada:

07/12/2015 10:34 Previsão saída: 09/12/2015 11:00 Atendente: MRECEPCAO

Convênio: SUS ESTADUAL

Matrícula/CNS: 201395988090018

Médico: Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

CRM: 5500

LEITO RESERVA 01

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta:

Motivo:

Data da Baixa:

No. de dias de hospitalização: _____ No. de US: _____

Doc. Apresentado:

Diagnóstico Definitivo: _____

Procedência: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatório sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratórios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neuroológico: _____

Ap. Urinário e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____

COMPRE SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS

RECIB 29 FEB 2016

V2

NOTE

HOSPITAL MEMORIAL
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979
TIROL - NATAL/RN
CNPJ: 23.100.110/0001-11
Fone: (84)3133-4200

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

Data: 07/12/2015 10:

Dados do Paciente

Paciente: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA

Registro: 110522

Num. RG: 610105

CPF: 336.464.574-49 Nascimento: 02/09/1965 50 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Casado/a,

Endereço: RUA IRENE RODRIGUES SOARES

N.: 10

Bairro: CENTRO

Cidade : SERRINHA

UF: RN

CEP: 59258000

Fone: 849871057

Profissão: FUNCIONARIO PUBLICO ESTADUAL E

Mãe: ELIANA PEREIRA DA SILVA

Dados do Internamento

Num. Internamento: 1

Entrada: 07/12/2015 10:34 Previsão saída: 09/12/2015 11:00 Atendente: MRECEPCAO

Convênio: SUS ESTADUAL

Matrícula/CNS: 201395988090018

Médico : Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

CRM: 5500

LEITO RESERVA 03

**COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS/A**

RG:

MEDEB 29 FEB 2016

13

Dados do Responsável

CPF:

Responsável:

Parentesco:

TERMO DE CIÉNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

1. - Autorizo o(a) Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

a realizar o seguinte procedimento / tratamento:

ou cirurgia: S8085 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADES / METAFISE P

2. - O(A) Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

explicou-me claramente a proposta do tratamento / procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

3. - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

Razão por que o paciente não assinou o presente Termo de Ciéncia e Consentimento e Responsabilização:
Preenchido pelo responsável do paciente

Assinatura: 18 | Paciente |

| Responsável |

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Certifico que expliquei detalhadamente a este paciente, ou ao seu responsável, o procedimento / cirurgia, seus benefícios, riscos e suas alternativas, respondi satisfatoriamente todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente / responsável compreendeu todo o que expliquei.

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA - CRM 5500

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE		8 - N° DO PROTOCOLO	
NACIONAL / SUS		9 - DATA DE NASCIMENTO	10 - SEXO
1965		1965	MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/>
DA MARCA RECONHECIVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
6.111-0000		7.8710-0716	
RUA (RUA, N°)		12 - CEP	
13 - BAIRRO		14 - UF	
55 - 075		RN	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIÁPIAS SÍNAPSIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DIÁPIAS SÍNAPSIS E SINTOMAS CLÍNICOS		COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA	
SÍNAPSIS E SINTOMAS CLÍNICOS		MEDEB 29 FEB 2016	
CÓPIAS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)		31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	
DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO
DIAGNÓSTICO INICIAL		23 - LAUDOS ASSOCIADOS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO		24 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
SCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		26 - LEITO / CUNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
CID DO PROCEDIMENTO		28 - DT SOLICITAÇÃO	
CID DO PROCEDIMENTO		30 - CNS / CPF	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)		31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	
ACIDENTE DE TRÂNSITO		33 - CNPJ DA SEGURADORA	35 - BÔNUS
ACID. TRABALHO TÍPICO		37 - CNPJ	38 -
ACID. TRABALHO TRAJETO		DESCRICAÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
ID PRINCIPAL		43 - () GRAVE	
ID SECUNDÁRIO		44 - () GRAVÍSSIMA	
AUTORIZAÇÃO		45 - () GRAVÍSSIMA	
NOME DO PROF. AUTORIZADO		50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE	56 - N° DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO
NOME DO PROF. AUTORIZADO		51 - DT AUTORIZ.	HOSPITALAR (NH)
NOME DO PROF. AUTORIZADO		52 -	11/02/2016
ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

CONSULTA HOSP>SOLICITAÇÕES

Código 152718210

N. AIH 241510082668-8

Identificação da Unidade

Unidade Soliditante:	CNES:
HOSPITAL MEMORIAL	2408252
Unidade Executante:	CNES:
HOSPITAL MEMORIAL	2408252
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro	Município
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro	NATAL
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 -- TIROL	
Município Regulador	NATAL
Data de Solicitação	04/12/2015 - 10:37:40
Data de Autorização	04/12/2015 - 10:43:29
Data de Referência	05/12/2015
Data de Internação	06/12/2015
Data Prevista de Alta	08/12/2015
Data de Alta	06/12/2015 - 01:47:17
Motivo da Alta	1.1 ALTA CURADO
Operador	33391521449FRANCISCA

Dados do Paciente

CNS
201395988090018
Nome do Paciente
SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA COSTA
Sexo:
FEMININO
Data de Nascimento:
02/09/1965 (50 anos)
Nome da Mão:
ELINA PEREIRA DA SILVA
Tipo Logradouro:
RUA
Número:
52
País de Residência:
BRASIL
Telefone(s):

Name Social/Apellido:

Raça:
AMARELA
Tipo Sanguíneo:

Naturalidade:
SERRINHA - RN
Logradouro:
ADÉLIA TAVARES DA CRUZ
Bairro:
ZONA URBANA
Município de Residência:
SERRINHA

**COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A**
MEDEB 29 FEB 2016
IS
Nome _____
Complemento: _____

Telefone do ResponsávelNome do Responsável:

Nome do Médico Soliditante:

HELIOS RUBENS POLIGO GARCIA

Status da Solicitação:

APROVADO

Nome do Médico Executante:

HELIOS RUBENS POLIGO GARCIA

Dados da Internação

CPF do Médico Soliditante:
19561917807
CPF do Médico Executante:
19561917807

Diagnóstico Inicial - CID:
FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RÁDIO - S521

Classificação de Risco:
AMARELO - urgência, atendimento o mais rápido possível.

Caráter:
1.1 - Urgência

Clínica:
ESPEC - CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Soliditado:
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADES / METAFISE
PROXIMAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408020415

Laudo Técnico e Justificativa da Internação**Principais Sinais e Sintomas Clínicos:**

Identificação da Unidade

Unidade Solicitante:

HOSPITAL MEMORIAL

Município Regulador

NATAL

Data Desejada

Dados do Paciente

CNS

201395988090018

Nome do Paciente

SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA COSTA

Sexo:

FEMININO

Data de Nascimento:

02/09/1965 (50 anos)

Nome da Mãe:

ELINA PEREIRA DA SILVA

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

52

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

Nome do Responsável:

Não Informado

Dados da Solicitação

CPF do Médico Solicitante:

19561917807

Diagnóstico Initial - CID:

FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RÁDIO - 5521

Classificação de Risco

AMARELO - urgência, atendimento o mais rápido possível.

Cordeir

11 - Urgência

Clínica:

ESPEC - CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADES / METAFISE PROXIMAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

Laudo Técnico e Justificativa da Internação

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

FRATURA DE PUNHO

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

EXAME FÍSICO E RX

Condições que Justificam a Internação:

TTO CIRÚRGICO

Natureza da lesão

Grave

Paracet

Situação:

PENDENTE

Motivo de Impedimento do Regulador

CNES:

2408252

Unidade Desejada:

HOSPITAL MEMORIAL

CNES:

2408252

Nome Social/Apellido:

Raça:

AMARELA

Tipo Sanguíneo:

Naturalidade:

SERRINHA - RN

Logradouro:

ADÉLIA TAVARES DA CRUZ

Complemento:

Bairro:

ZONA URBANA

CEP:

59258000

Município de Residência: UF:

SERRINHA

RN

Telefone do Responsável:

Não Informado

Nome do Médico Solicitante:

HELIO RUBENS POLIDO

Status da Solicitação:

PENDENTE

GARCIA

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

NEDB 29 FEB 2016

Clínica Complementar:
Nº do Balcão:
Código:
04080204

Cód.:

Em:

Operador Solicitante:

03282959494PPC



**BLOCO CIRÚRGICO
BOLETIM DE SALA**

Reg 14.05.22 NOME: Sacoto Elizabeth de Oliveira APTO:

Cirurgia Realizada: **no cirúrgico da fratura do antebraço**

DATA:	INICIO:	HS:	MIN:	TÉRMINO:	HS:	MIN:
EQUIPE	NOME	CIC/MF		CRM	CIRURGIA	
Cirurgião	Dr Helito Garcia			5500		Pequena
1 Auxiliar						Média
2 Auxiliar						Grande
Anestesiologista	E. Faria					Múltipla
Intérprete ou tradutor						

Ato:	1. Paciente em DDH sob bloqueio M Sup D 2: Assepsia e antisepsia acesso dorsal 4. Divulsaõ romba por planos 5. Tratamento cirúrgico des esses de antebraço D e em síntese 6. RX intra ep 8. Limpeza curativo + fala vessada	COMPNEUS SEGUROS E PREVIDENCIASIA da fatura sutura
------	--	---

MEDEA 741 REV 2017

CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
	MEDICAMENTOS				FIOS				DESCARTÁVEL		
020956	Água Bacteriada 100ml	AMP	050220	Vicryl 4-0 (Vidro)	ENV	060184	Máfia Tubular 12cm	ML		ML	
020958	Água Bacteriada 10ml	AMP	060377	Vicryl 5-0 (Vidro)	ENV	060188	Máfia Tubular 15cm	ML		ML	
020959	Água Bacteriada 20ml	AMP	060725	Vicryl 6-0	ENV	060713	Máscara Descartável	UND		UND	04
000057	Clorotetróis 1g	AMP	060913	Vicryl 7-0	ENV	060720	Palito 2 vias	ML		ML	01
000058	Desodorante 40g. Int.	AMP				064784	Pododine Desgermante / ml.	ML		ML	
000719	Glicose 25% 10ml. Int.	AMP				064787	Pododine Topico / ml.	ML		ML	
004283	Glicose 50% 10ml. Int.	AMP				065567	Sabão Líquido	UND		UND	1.000
004703	Hipoclor 50%	FRS				060733	Sapatinha Descartável	UND		UND	03
000449	Intervil Povidona 1%	1/4				063223	Seringa Desc. 10cc e Agulha	UND		UND	
015111	Keflin Nauclo 1g	COM	072			062443	Seringa Desc. 30cc e Agulha	UND		UND	
000687	Neurogine 2ml. Int.	AMP				062478	Seringa Desc. 60cc e Agulha	UND		UND	077
007493	Proteína 100mg. Int.	AMP				063202	Seringa Desc. 100cc e Agulha	UND		UND	077
008859	Solução Síntese de Lactato	FRS				063212	Seringa Desc. 200cc e Agulha	UND		UND	
020149	Solução Ringer Glúconato	FRS				063190	Sonda Urinária 10	UND		UND	
020125	Soro Fisiológico 100ml	FRS		061600	Abdominal-T Plus Nº 14	UND		063144	Sonda Urinária 12	UND	
000718	Soro Fisiológico 5% 500ml	FRS	072	061918	Abdominal-T Plus Nº 16	UND		063151	Sonda Urinária 14	UND	
000740	Soro Glucosado 5% 500ml	TB		061925	Abdominal-T Plus Nº 18	UND		063165	Sonda Urinária 16	UND	
000995	Synostat 2% 10g	AMP		061932	Abdominal-T Plus Nº 20	UND	072	063183	Sonda Urinária 18	UND	
010025	Triclocarne Gostosa 2%	SGO		060952	Armadilha Descartável 13x4,5	UND		060280	Sonda Urinária 20	UND	
				060322	Armadilha Descartável 25x7	UND	072				
				060418	Armadilha Descartável 40x12	UND	072				
				060575	Algodão Isotérmico	ML	072				
				060562	Abdômen Crápon 10cm.	ROL	072				
				060520	Abdômen Crápon 12cm.	ROL					
				060598	Abdômen Crápon 15cm.	ROL					
				060502	Abdômen Crápon 20cm.	ROL					
				060261	Abdômen Gessado 10cm.	ROL	03				
				060379	Abdômen Gessado 12cm.	ROL					
				060200	Abdômen Ortopédica 10cm.	ROL	03				
				060529	Abdômen Ortopédica 15cm.	ROL					
				061670	Abdômen Ortopédica 18cm.	ROL					
				060338	Abdômen Ortopédica 20cm.	ROL					
	FIOS								TAXAS		
050637	Algodoão 3,0 (ml/Algodo)	ENV		066848	Bandeja Peritoneal	UND					
050583	Algodoão 2,0 (ml/Algodo)	ENV		061155	Bandeja Ráqui	UND		060738	Ar Comprimido		
050444	Algodoão 3,0 (ml/Algodo)	ENV		060943	Butterfly 18g	UND		062407	Aspirador Viscoso		
060162	Cromado 1-0	ENV		062056	Butterfly 21g	UND		060724	Comprimido Intramus		
060130	Cromado 2-0	ENV		062135	Butterfly 23g	UND		060131	Cetodinol		
060123	Cromado 4-0	ENV		062142	Butterfly 25g	UND		060263	Crantolito		
050239	ISI Cromato	ENV		061205	Cannula Descartável	UND	072	060095	Descolador		
005599	Mononylon 0,0 PRETO	ENV		061244	Compreia Cirúrgica	UND	060487	Intensificador de Imagem			
060614	Mononylon 2,0 PRETO	ENV		061929	Elemento Descartável	UND	072	060499	Matrizodol		
060621	Mononylon 3,0 PRETO	ENV	072	060248	Enterito 500ml	UND		060711	Objetivo Sob Pressão 1/4		
050633	Mononylon 4,0 PRETO	ENV		062004	Esparadrapo 10 x 45	CM		060553	Ofimetro		
050645	Mononylon 5,0 PRETO	ENV		060201	Esparadrapo 10 x 90	ML		062005	Óxido Nitroso		
050653	Mononylon 6,0 PRETO	ENV		062201	Esparadrapo 10 x 90	ML		062708	Respirador a Pressão		
057899	Mononylon 8,0 PRETO	ENV		062225	Gasa 91 x 91	UND		060578	Respirador a Volum		
052642	Mononylon 10,0 PRETO	ENV		062330	Gasa Fungicida	UND	072	061266	Taxa de Monitor		
050602	Proline 2-0	ENV		062384	Goma Descartável	UND	072				
050483	Proline 4-0	ENV		062103	Intráx Al 2,4 M	UND					
050449	Proline 5-0	ENV		061078	Intráx Padrão	UND		060428	Taxa de Fibras Crô		
050421	Proline 6-0	ENV		062253	Lámina Bisturi Nº 11	UND					
050510	Silk 2-0	ENV		062360	Lámina Bisturi Nº 15	UND	072				
050530	Silk 3-0	ENV		062143	Lámina Bisturi Nº 20	UND	072				
050560	Silk 5-0	ENV		062332	Lixa Descartável Nº 7,0	PAR	072				
050194	Simples 2-0 (ml/algod)	ENV		062640	Lixa Descartável Nº 7,5	PAR	072				
050390	Vicryl 4-0 (fibra)	ENV		062428	Lixa Descartável Nº 8,0	PAR	072				
				062411	Máfia Tubular 10cm.	ROL	072				

CIRURGÃO: Dr Helio R.P. Garcia
Ginurgia da Mão-Ortopedia
CRM: 4000 - RN

CIRCULANTE: Mayo 2001

RELATÓRIO ANESTESIA

I.S.O.A.

PRÉ-ANESTÉSICO:

DROGAS:

TÉCNICA ANESTÉSICA:

DROGAS USADAS NA ANESTESIA

COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	MEDICAMENTOS
000150	Adrenalin	AMP		005815	Nafton	AMP						
026456	Aqua Iodotípida	AMP		007627	Plast 10mg	AMP						
000342	Alprazolam 25	AMP		007338	Prasugrelina	AMP						
002080	Clorato de Potássio	AMP		005792	Ketalar	AMP						
061460	Clorato de Sódio	AMP		005353	Quetamina 100mg	AMP						
014920	Clorid 2mg	AMP		000046	Quetiapina 500mg	AMP						
000115	Diurvan	AMP		003343	Rapitum	AMP						
000263	Dobutamina	AMP		000974	Serotonina	ML						
000080	Dominid 15mg	AMP		006449	Spl. Ringer El. 500mls	FRS						
012076	Dominid 5mg	AMP		028125	Spl. Ringer 500mls	FRS						
000071	Etomid	AMP		008745	Spl. Glucosico	FRS						
022011	Fantam 20ml	AMP		008829	Spl. Ringer Lactato	FRS						
005785	Fenoxa	ML		001002	Thiometocarbol	FRS						
012026	Haltase	ML		003013	Tiroxina	AMP						
004626	Hemostatina	AMP		006721	Vitam	AMP						
024287	Imipal	AMP		001473	Xicopha 1%	AMP						
001238	Levome	AMP		005929	Xicopha 2% a/A	AMP						
002837	Marcopla 0,5 ml	AMP		012028	Xicopha 2% ora	AMP						
000634	Marcopla 0,5 ml	AMP		010333	Xicopha Passada	AMP						
010395	Marcopla Passada	AMP										

Intercorrelações

10/01/2021 - 21h
 Anestesiologista: SDR
 10/01/2021 - 21h
 10/01/2021 - 21h
 10/01/2021 - 21h
 10/01/2021 - 21h
 10/01/2021 - 21h

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
Oxímetro	
Cardioscópio	
Capnógrafo	
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
Oxigênio Líquido	
Protóxido Líquido	

ANOTAÇÕES

COMPREVISGUROS
E PREVIDENCIAS

10/01/2021

10/01/2021

INÍCIO ANESTESIA:	INÍCIO CIRURGIA:	DATA:	CRM:
FINAL CIRURGIA:	FINAL ANESTESIA:	ANESTESIOLOGISTA:	

63

10/01/2021

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital Memorial de Natal

Registro-Internamento: 110522 -1

Leito Nº: LEITO RESERVA 03

Médico CRM - 5500 - HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

LAUDO MÉDICO PARA SITUAÇÕES ESPECIAIS

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- Mudança de Procedimento
- Diária de U.T.I.
- Diária de Acompanhante
- Vacina Anti RH
-

- Uso de Prótese, Ortese

- Uso de Fatores de Coagulação
- Uso de Oxigenadores
- Nutrição Parenteral
-

HOSPITAL
10.867.687/0001-10 - Hospital Memorial de Natal

PACIENTE:
110522 -1 - SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA

PROCEDIMENTO ANTERIOR	PROCEDIMENTO SOLICITADO	MÉDICO SOLICITANTE	CRM	CPF
		HELIO RUBENS POLIDO GARCIA	5500	195.619.178-07

JUSTIFICATIVA
2 FIOS STEINMANN

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

MEDEB 29 FEB 2016

HOSPITAL
MEMORIAL
Natal

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

CRM

5500

DATA

07/12/2015 16:01

AUTORIZAÇÃO

AUDITOR:

CRM

DATA

PROTÓCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: **110522** IH: **1** Paciente: **SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA**
 Nascimento: **02/09/1965** - **50** anos Internação: **07/12/2015 10:34:25** Leito: **LEITO RESERVA 03**

PROTÓCOLO DE CIRURGIA SEGURA
DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

 Ipo: **BOQUEIO E SEDAÇÃO**

 Anestesiologista: **DR ESAU**

 Ipo: **FRATURA DE PUNHO**

 Cirurgião: **DR HELIO**

 Instrumentador: **ANTONIA**

 Circulante: **ELIENE E DEYSIANE**

 Ipo curativo: **OCLUSIVO**

 em material para biópsia/cultura: **NAO**

 Monitoração correta: **SIM**

 Placa de bisturi: **NAO**

 Iff sanguínea: **NAO**

 Antibiótico profilático?: **CEALOTINA 2G**

Medicina administradas:

Intercorrências / Observações:

CIRURGIA REALIZADA COM EXITO PACIENTE ENCAMINHADA AO SRPA NA HVP CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO SOB EFEITO DE ANESTESIA EM O2 AMBIENTE SEQUE AOS CUIDADOS DE TODA EQUIPE DE ENFERMAGEM ANEXO AO PRONTUARIO RX E EXAMES COMPLEMENTARES.

**COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS/A**
NEDEB 29 FEV 2016
FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA
-CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA-

 Potencial de Contaminação: **Limpa**

 ELIENE MARTINS DA SILVA
 COREN - 58524

 HOSP.
 AV. JUVENAL LAMARTINE, 979
 TIROL - NATAL/RN
 CIRURGIA SEGURA
 EM

PROTÓCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: **110522** IH: **1** Paciente: **SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA**
Nascimento: **02/09/1965** - **50** anos Internação: **07/12/2015 10:34:25** Leito: **LEITO RESERVA 03**

ANTES DO ATO CIRÚRGICO: **07/12/2015 16:51:52** - COREN - 981845 - ANDRE LUIZ MIGUEL PEREIRA

Observações:

**ACIENTE ADMITIDO NO CENTRO CIRÚRGICO DE PRÉ OPERATÓRIO DE FRATURA DE PUNHO. O MESMO
TEGAAM+DM+HAS PUNCIONADO EM MSE COM JELCO N°20 VIAB: SF0.9%, SEGUO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE
ENFERMAGEM.**

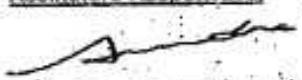
Doença pré-existente:

Há reserva sanguínea: **NÃO** Prótese: **NÃO** Jóias: **NÃO** Membro e lado da cirurgia: **MSD**

Exame Laboratorial: **NÃO** Risco Cirúrgico: **NÃO** Raio X: PRÉ: **SIM-QTD: 01**

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): **NÃO**

Assinatura Responsável



Outros Exames:

SRPA: **07/12/2015 16:51:52** - COREN - 981845 - ANDRE LUIZ MIGUEL PEREIRA

Nível consciência: **CONSCIENTE** Oxigenoterapia: **02 AMBIENTE**

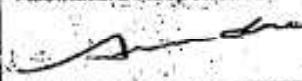
Acesso venoso: **SIM** Diurese: **SIM** Aciártico: **NÃO** Pálido: **NÃO** Sudorese: **NÃO** Tremores: **NÃO**

Hipotensão: **NÃO** Raio X de Controle: **NÃO**

ADMINISTRADO UMA DIPIRONA+10ML DE ABD AS 16:50 MIN.

Medicação administradas:

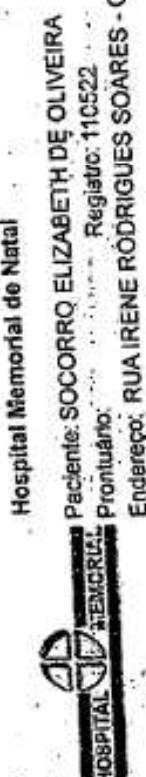
Assinatura Responsável



Encaminhamento:

**PACIENTE ENCAMINHADO AO LEITO DE PÓS OPERATÓRIO DE FRATURA DE PUNHO NA
HVP, CONSCIENTE ORIENTADO EM 02 AMBIENTE, COM CURATIVO LIMPO, DIURESE
PRESENTE, REALIZAR RX DE CONTROLE, SEGUO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE
ENFERMAGEM.**





Hospital Memorial de Natal

Paciente: SOCORRO, ELIZABETH DE OLIVEIRA
Registro: 110522
Pronome: F
Endereço: RUA IRENE RODRIGUES SOARES - CENTRO - SERRINHA - RN

Unid: CENTRO CIRURGICO
Leito: LEITO RESERVA 03
Convenio: SUS ESTADUAL
Telefone: 84987106798

		Controle
07/12/2015 16:01	Periodica	Qtd
1) DIETA LIVRE, Ao dia		Mat: 11067
2) DIPIRONA 500MG/2ML INJ (NOVALGINA) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.		
3) OBSERVAR PERFUSÃO DISTAL, Ao dia		Controle
08/12/2015 07:00	Periodica	Qtd
4) DIETA LIVRE, Ao dia		Mat: 11067
5) DIPIRONA 500MG/2ML INJ (NOVALGINA) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.		
6) OBSERVAR PERFUSÃO DISTAL, Ao dia		
7) ALTA HOSPITALAR, 02 em 02 horas		
		<i>ME</i>
		<i>Dr. - HELIO RUBENS POLIDO GARCIA</i>
		<i>CRM - 5500</i>
		<i>COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS/A</i>
		<i>29 FEB 2016</i>
		<i>CD</i>
		<i>HOSPITAL MEMORIAL n.º 379 Av. Jui Tiro/CE En. Co.</i>
		<i>01/12/2015 16:01</i>

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

Evolução Médica -

Dados do Paciente

paciente: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA
nascimento: 02/09/1965 (50 anos

Registro: 110522 Num.Internação: 1

Data Internação: 07/12/2015 10:34:25

Evolução: 07/12/2015 16:01:04

Di sem intercorrências

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS/A

MEDEB 29 FEB 2016

DB

HOSPITAL MEMORIAL
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

HL

HELIOS RUBENS POLIDO GARCIA
CRM - 5500

Página 1



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: **SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA** Registro: **110522** Nº Internação: **1**
Nascimento: **02/09/1965** 50 anos Data Internação: **07/12/2015 10:34:25** Leito: **LEITO RESERVA 03**

OBSERVAÇÕES GERAIS

PACIENTE SAIU DE ALTA HOSPITALAR.

08/12/2015
COREN - 883879
NADJANY PRISCILLA LIMA TORRES

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS/A

MEDEA 29 FEVEREIRO 2016

NOTE

HOSPITAL MEMORIAL
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979
TIROL - NATAL/RN
CNPJ: 14.300.000/0001-16

1. AUDIOPARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACÃO

EPIDEMIAIS, SÍNOS & SÍNTOMAS CLÍNICOS

**COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS/A**

Page 9 of 20

FINANCIAMENTO DAS ILTADOS DE PROVAIS DIAGNÓSTICAS / RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS

14 - DIAGNÓSTICO INICIAL 21 - CID INICIAL 22 - CID SECUNDARIO 23 - LAMBOG ASSOCIADOS NOTA 28

anamnese de fundo de olho

not Park

PROCEDEIMENTO SOLICITADO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES DO VIGORANTINO)			
ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - N° DO BILHETE	35 - BÔNUS
ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	39 -
ACID. TRABALHO TRAJETO		39 - DESCRIÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
ID PRINCIPAL			
ID SECUNDÁRIO		43 - ()	44 - () GRAVE
			45 - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (A/I)
51 - DT AUTORIZ. / /	
52	
53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

ESTE HOSPITAL É SEU. É MEU. É NOSSO.



Cirurgia da Mão de Natal

CIMAN

Dr. Hélio Rubens Polido Garcia - CRM 5500
CIRURGIA DA MÃO - MICROCHIRURGIA - ARROSCOPIA

RELATÓRIO MÉDICO

Nome: Socorro E Oliveira

Diagnóstico: Pop fratura punho D

Evolução/ Tratamento: Ambulatório + Reabilitação

Prognóstico: Moderado. Ainda com dor e limitação. Segue em Reabilitação.

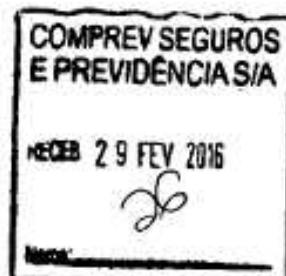
Recomendação: Deve afastar-se de suas atividades de carga por 4 (quatro) meses, à critério do perito

CID: S52 /Z98

17.12.15

Dr Hélio R P Garcia
CRM 5500

Dr Hélio Rubens Polido Garcia
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM 5500



Hospital Memorial - Av. Gov. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol - Natal - RN - F: 31334200



Cirurgia da Mão de Natal

CIMAN

DR. HÉLIO RUBENS POLIDO GARCIA — CRM 5500
CIRURGIA DA MÃO - MICROCIRURGIA - ARTROSCOPIA

Socorro E Oliveira

Solicito

Fisioterapia

HD: POp. fratura punho D

- ADM total **sem restrição**
- **analgesia** – tens, calor
- massagem
- controle do edema

Dr Hélio R. P. Garcia
CRM 5500

Dr Hélio Rubens Polido Garcia
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM 5500



Cirurgia da Mão de Natal

CIMAN

DR. HÉLIO RUBENS POLIDO GARCIA – CRM 5500
CIRURGIA DA MÃO - MICROCIRURGIA - ARTROSCOPIA

SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA

USO ORAL

1. Nisulid _____ 1 cx

Tomar 1 comprimido via oral de 12/12h por 5 dias.

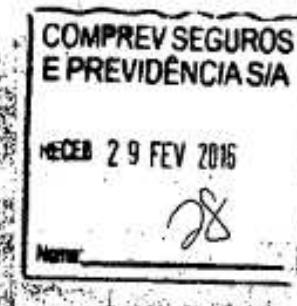
2. Novalgina 1g _____ 2cx

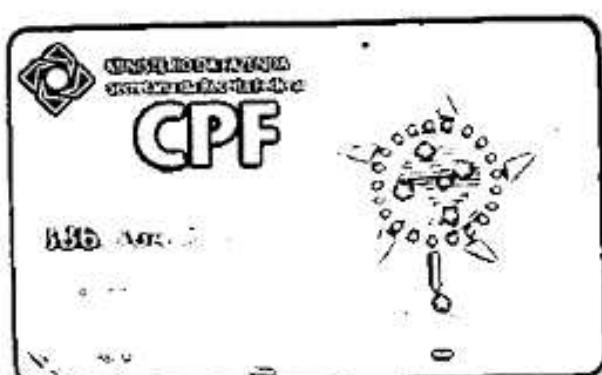
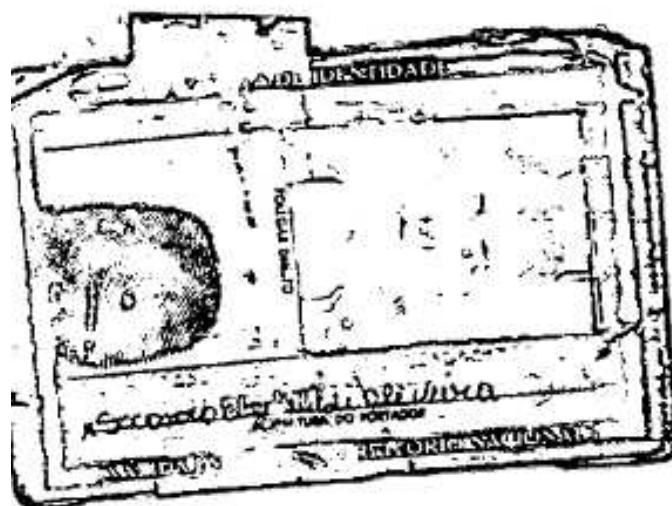
Tomar 1 comprimido via oral de 6/6h se dor

Dr. Hélio Rubens Polido Garcia
Ortopedia - CRM 5500
CRM 5500 - CPF: 195.619.170-07

07.12.15

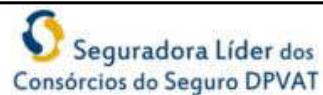
Dr. Hélio Rubens Polido Garcia
Ortopedia
Cirurgia da Mão/Microcirurgia
CRM 5500





DOCUMENTO 5 "T5%"

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160150404 **Cidade:** Serrinha
Vítima: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 30/11/2015
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/03/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NO PUNHO DIREITO

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS

Sequelas permanentes: COMPROMETIMENTO FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PUNHO 75%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

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:

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: 11/03/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01366-8

CONTA: 000088300193-4

Nr. da Autenticação 5ABFEE64B74CB8EC