



Número: **0824431-95.2019.8.20.5004**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **9º Juizado Especial Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **17/10/2019**

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

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DEONILA PEREIRA DE ARAUJO (AUTOR)		MARIA CLARA DO NASCIMENTO FERREIRA (ADVOGADO)	
		NATHALIA DE SOUZA MARTINS (ADVOGADO)	
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
49905202	17/10/2019 15:13	Petição Inicial	Petição Inicial
49905469	17/10/2019 15:13	Procuração	Procuração
49905471	17/10/2019 15:13	Petição Inicial	Outros documentos
49905475	17/10/2019 15:13	Docs. Pessoais	Documento de Identificação
49905478	17/10/2019 15:13	Boletim de ocorrência	Documento de Comprovação
49906279	17/10/2019 15:13	Boletim pronto socorro dia do acidente	Documento de Comprovação
49906287	17/10/2019 15:13	Boletim de atendiemnto Deoclécio	Documento de Comprovação
49906289	17/10/2019 15:13	CNH do condutor	Documento de Comprovação
49906291	17/10/2019 15:13	Laudo de internação	Documento de Comprovação
49906292	17/10/2019 15:13	Evolução Centro Cirurgico	Documento de Comprovação
49906294	17/10/2019 15:13	Evolução Enf centro cirurgico	Documento de Comprovação
49906295	17/10/2019 15:13	Prontuario de internação	Documento de Comprovação
49906296	17/10/2019 15:13	solicitação de internação	Documento de Comprovação
49906297	17/10/2019 15:13	receituário deoclécio	Documento de Comprovação
49906299	17/10/2019 15:13	Parecer- Deoclécio	Documento de Comprovação
49906301	17/10/2019 15:13	Atestado Deoclecio	Documento de Comprovação
49906303	17/10/2019 15:13	Encaminhamento fisioterapia UFRN	Documento de Comprovação
49906304	17/10/2019 15:13	Laudo Final fisioterapeuta incapacidade	Documento de Comprovação
49906306	17/10/2019 15:13	Pedido do seguro dpvat	Documento de Comprovação

49906 308	17/10/2019 15:13	Seguro DPVAT - Protocolo de docs	Documento de Comprovação
49906 309	17/10/2019 15:13	Carta seguradora líder	Documento de Comprovação

Anexos



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: DEONILIA PEREIRA DE ARAÚJO, brasileira, viúva, aposentada, portadora do RG nº 001.029.855 – SSP/RN, cadastrada no CPF/MF nº 828.858.254-91, residente e domiciliada na Rua Dr Aprígio Câmara, nº 56, Centro, Santana do Matos/RN CEP: 59.520-000.

OUTORGADAS: NATHÁLIA DE SOUZA MARTINS, brasileira, solteira, Advogada, inscrita na OAB/RN sob o número 16.835, telefone: (84) 98883-4440, endereço eletrônico: nathaliasouzamartins@hotmail.com, **MARIA CLARA DO NASCIMENTO FERREIRA BARBOSA**, brasileira, casada, Advogada, inscrita na OAB/RN sob o número 13.408, telefone: (84) 99907-7572, endereço eletrônico: mariaclaraferreira.adv@hotmail.com, ambas com endereço profissional à Rua Paulo Barros de Goes, 1882, Candelária, Natal/RN, Cep: 59.064-380.

PODERES: Todos os poderes para representá-lo, junto a qualquer repartição pública ou particular, bem como para o foro em geral, em qualquer juízo, instância ou tribunal, especialmente para receber citações, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, renunciar, receber alvará em secretaria, dar quitação, firmar compromisso, inclusive de inventariante, além dos poderes da cláusula **ad judicium**, podendo ainda substabelecer, com ou sem reserva de poderes, além de tudo mais que se fizer necessário para o fiel cumprimento deste mandato.

Natal/RN, 27 de setembro de 2019.

Outorgante

Deonília Pereira de Araújo



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUÍZ DE DIREITO DE UMA DAS VARAS CÍVEIS DA COMARCA DE NATAL/RN, A QUEM COUBER POR DISTRIBUIÇÃO LEGAL.

DEONILA PEREIRA DE ARAÚJO, brasileira, viúva, aposentada, portadora do RG nº 001.029.855 – SSP/RN, cadastrada no CPF/MF nº 828.858.854-91, residente e domiciliada na Rua Dr. Aprício Câmara, nº 56, Centro, Santana do Matos/RN, CEP: 59.520-000, vem, respeitosamente, a presença de Vossa Excelência, por meio de suas advogadas que estas subscrevem (procuração anexa), apresentar tempestivamente:

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)

Em desfavor da **ARUANA SEGUROS**, pessoa jurídica de direito privado, com inscrição no CNPJ nº 07.017.295/0001-58, com endereço para receber citação e intimação na Rua Romualdo Galvão, nº 2109, Lagoas Nova, sala 104, Ed. Trade Center, Natal/RN, CEP: 59056-100, pelas razões fáticas e jurídicas que passo a expor:

I- DA JUSTIÇA GRATUITA

Requer-se, desde logo, os benefícios da assistência judiciária gratuita, nos termos do artigo 98 e 99 do Código de Processo Civil/2015, bem como nos termos da Lei nº 1.060/50 e, ainda, do artigo 5º, LXXIV, da Constituição Federal, haja vista que a autora afirma não possuir condições financeiras para arcar com as despesas processuais sem que haja o comprometimento do seu sustento e da sua família.

II- DOS FATOS

A autora foi vítima de acidente automobilístico em plena via pública no Município de Santana do Matos/RN. O fato ocorreu no dia 02 de Abril de 2019, conforme boletim de ocorrência em anexo.



O referido acidente resultou em fratura trimaleolar do pé direito, tendo se submetido a intervenção cirúrgica e um diagnóstico cinesio-funcional para restrição de descarga de peso e marcha (documento anexo).

A autora passou por acompanhamento no departamento de fisioterapia da UFRN (documento anexo), onde foram traçados os seguintes objetivos: Eliminar edema, restabelecer a ADM, favorecer a flexibilidade de tecidos moles, otimizar o tônus e força muscular, melhorar equilíbrio, coordenação motora, propriocepção, treinar marcha, recuperar funcionalidade e independência.

Encaminhada pelo departamento da UFRN fez todo o tratamento indicado, finalizando no dia 01 de agosto de 2019, apresentando uma série de limitações de movimentos do tornozelo e pé direito, déficit de equilíbrio, dor na articulação fibulotalar e talocrural e edema localizado (laudo em anexo).

Por fim, a autora vem requerer, munida de toda a documentação necessária a que alude o acidente automobilístico, o **seguro DPVAT**, o qual faz jus visto que a autora só recebeu o reembolso de despesas médicas.

III- DO DIREITO

No caso em tela, é direito da autora perceber uma indenização por danos pessoais, devido aos danos causados pelo acidente, conforme documentos anexos.

O artigo 7º da lei nº 6.194/74, determina que em se tratando de seguro DPVAT, pelo fato de existir consórcio, obrigatoriamente, constituído por todas as seguradoras que realizam operações referentes a seguro, qualquer seguradora conveniada ao tal consórcio será legítima para figurar no polo passivo que vise o recebimento de indenização. Desta mesma forma, a matéria é totalmente pacificada pela doutrina e jurisprudência.

Quanto a legitimidade passiva, mostra-se esclarecida qualquer dúvida, de sorte que qualquer seguradora que atue no consórcio do seguro DPVAT, formado pela reunião das empresas seguradoras e geridos pela seguradora LIDER, poderá compor o polo passivo da demanda, como instituição obrigada a compor e efetuar o pagamento do seguro obrigatório em questão.



A autora postulou administrativamente o recebimento do DPVAT, que houve irregularidade no pagamento, o que levou a postular a presente ação.

O artigo 5º da lei 6.194/74 determina que o pagamento da indenização deve ocorrer mediante simples prova do acidente e do dano ocorrido (o que se vê no boletim de ocorrência e laudo médico acostados).

Assim, vê-se necessária a realização de perícia médica por profissional imparcial indicado por este Juízo, de forma a serem aferidas com exatidão o grau das lesões sofridas pelo autor.

Tendo em vista que o autor recebeu valor inferior pela via administrativa, é tempestiva a alternativa em recorrer ao Poder Judiciário para exigir da reclamada a devida indenização pelas sequelas ocasionadas pelo acidente.

IV- DOS HONORÁRIOS SUCUMBENCIAIS

Que seja condenada a parte ré, a pagar as advogadas da parte autora os honorários de sucumbência no percentual de 20% (vinte por cento), com fulcro no artigo 22, §4º da Lei nº 8.906/94 e artigo 85 do CPC.

V- DOS PEDIDOS

Diante do exposto, requer a Vossa Excelência:

- a) Que sejam deferidos os benefícios da justiça gratuita conforme lei nº 1.060/50 e art. 98 do CPC;
- b) Determinar a citação do réu no endereço acima citado;
- c) Que sejam aplicadas as regras da Lei nº 8.078/90 do Código de defesa do Consumidor, sobretudo, **A INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA** em favor da autora, como bem preceitua o artigo 6º, VIII da aludida lei;
- d) Que Vossa Excelência designe perícia médica, caso entenda necessário;
- e) Que a demanda seja julgada totalmente procedente condenando a ré a pagar a o autor uma indenização por invalidez, após laudo pericial, aplicando a tabela do seguro DPVAT, **um valor a ser aferido através de perícia médica a qual o autor será submetido,**



seguindo os limites da tabela do seguro DPVAT, acrescido de juros e correção monetária, em conformidade com as súmulas 43 e 54 do Superior Tribunal de Justiça;

- f) Que seja condenada a parte ré aos honorários sucumbenciais, arbitrados em 20% (vinte por cento), sobre o valor da condenação, conforme artigo 85 do CPC;
- g) Protesta provar por todos os meios de prova em direito admitidos, especialmente prova documental e depoimento pessoal da ré, bem como oitiva de testemunhas, se entender necessário.

Dá-se a causa o valor de R\$ 1.000,00 (hum mil reais), apenas para fins de alçada.

Nestes termos,

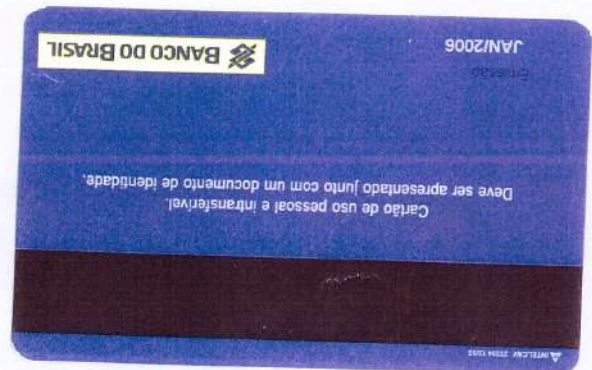
Pede e espera deferimento.

Natal, 16 de outubro de 2019.

MARIA CLARA DO NASCIMENTO F. BARBOSA
OAB/RN 13.408

NATHÁLIA DE SOUZA MARTINS
OAB/RN 16.835





COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	
Consumo (kWh)	70,00	Base de Cálculo	19,00
Consumo (kWh)	70,00	Valor do Imposto	1,43
Consumo (kWh)	70,00	Valor do ICMS	1,43
Consumo (kWh)	70,00	Valor do PIS	0,65
Consumo (kWh)	70,00	Valor do COFINS	2,96
Consumo (kWh)	70,00	Valor do Total	45,50

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	
Consumo (kWh)	70,00	Base de Cálculo	19,00
Consumo (kWh)	70,00	Valor do Imposto	1,43
Consumo (kWh)	70,00	Valor do ICMS	1,43
Consumo (kWh)	70,00	Valor do PIS	0,65
Consumo (kWh)	70,00	Valor do COFINS	2,96
Consumo (kWh)	70,00	Valor do Total	45,50

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	
Consumo (kWh)	70,00	Base de Cálculo	19,00
Consumo (kWh)	70,00	Valor do Imposto	1,43
Consumo (kWh)	70,00	Valor do ICMS	1,43
Consumo (kWh)	70,00	Valor do PIS	0,65
Consumo (kWh)	70,00	Valor do COFINS	2,96
Consumo (kWh)	70,00	Valor do Total	45,50

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	
Consumo (kWh)	70,00	Base de Cálculo	19,00
Consumo (kWh)	70,00	Valor do Imposto	1,43
Consumo (kWh)	70,00	Valor do ICMS	1,43
Consumo (kWh)	70,00	Valor do PIS	0,65
Consumo (kWh)	70,00	Valor do COFINS	2,96
Consumo (kWh)	70,00	Valor do Total	45,50

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	
Consumo (kWh)	70,00	Base de Cálculo	19,00
Consumo (kWh)	70,00	Valor do Imposto	1,43
Consumo (kWh)	70,00	Valor do ICMS	1,43
Consumo (kWh)	70,00	Valor do PIS	0,65
Consumo (kWh)	70,00	Valor do COFINS	2,96
Consumo (kWh)	70,00	Valor do Total	45,50

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	
Consumo (kWh)	70,00	Base de Cálculo	19,00
Consumo (kWh)	70,00	Valor do Imposto	1,43
Consumo (kWh)	70,00	Valor do ICMS	1,43
Consumo (kWh)	70,00	Valor do PIS	0,65
Consumo (kWh)	70,00	Valor do COFINS	2,96
Consumo (kWh)	70,00	Valor do Total	45,50

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	
Consumo (kWh)	70,00	Base de Cálculo	19,00
Consumo (kWh)	70,00	Valor do Imposto	1,43
Consumo (kWh)	70,00	Valor do ICMS	1,43
Consumo (kWh)	70,00	Valor do PIS	0,65
Consumo (kWh)	70,00	Valor do COFINS	2,96
Consumo (kWh)	70,00	Valor do Total	45,50

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	
Consumo (kWh)	70,00	Base de Cálculo	19,00
Consumo (kWh)	70,00	Valor do Imposto	1,43
Consumo (kWh)	70,00	Valor do ICMS	1,43
Consumo (kWh)	70,00	Valor do PIS	0,65
Consumo (kWh)	70,00	Valor do COFINS	2,96
Consumo (kWh)	70,00	Valor do Total	45,50

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	
Consumo (kWh)	70,00	Base de Cálculo	19,00
Consumo (kWh)	70,00	Valor do Imposto	1,43
Consumo (kWh)	70,00	Valor do ICMS	1,43
Consumo (kWh)	70,00	Valor do PIS	0,65
Consumo (kWh)	70,00	Valor do COFINS	2,96
Consumo (kWh)	70,00	Valor do Total	45,50

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	
Consumo (kWh)	70,00	Base de Cálculo	19,00
Consumo (kWh)	70,00	Valor do Imposto	1,43
Consumo (kWh)	70,00	Valor do ICMS	1,43
Consumo (kWh)	70,00	Valor do PIS	0,65
Consumo (kWh)	70,00	Valor do COFINS	2,96
Consumo (kWh)	70,00	Valor do Total	45,50

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	
Consumo (kWh)	70,00	Base de Cálculo	19,00
Consumo (kWh)	70,00	Valor do Imposto	1,43
Consumo (kWh)	70,00	Valor do ICMS	1,43
Consumo (kWh)	70,00	Valor do PIS	0,65
Consumo (kWh)	70,00	Valor do COFINS	2,96
Consumo (kWh)	70,00	Valor do Total	45,50

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	
Consumo (kWh)	70,00	Base de Cálculo	19,00
Consumo (kWh)	70,00	Valor do Imposto	1,43
Consumo (kWh)	70,00	Valor do ICMS	1,43
Consumo (kWh)	70,00	Valor do PIS	0,65
Consumo (kWh)	70,00	Valor do COFINS	2,96
Consumo (kWh)	70,00	Valor do Total	45,50

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	
Consumo (kWh)	70,00	Base de Cálculo	19,00
Consumo (kWh)	70,00	Valor do Imposto	1,43
Consumo (kWh)	70,00	Valor do ICMS	1,43
Consumo (kWh)	70,00	Valor do PIS	0,65
Consumo (kWh)	70,00	Valor do COFINS	2,96
Consumo (kWh)	70,00	Valor do Total	45,50

Assinado eletronicamente por: NATHALIA DE SOUZA MARTINS - 16/10/2019 15:54:11

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101615541125800000048204362

Número do documento: 19101615541125800000048204362



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE SANTANA DO MATOS
Endereço: Rua Cel. Baracho, 294, Centro, SANTANA DO MATOS

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019145000112

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 02/04/2019 06:31:00

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RUA MIGUEL XEXEU DE MACEDO

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: SANTANA DO MATOS

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: DEONILIA PEREIRA DE ARAUJO

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Parda

3.7 Sexo: FEMININO

3.9 CPF: 82885885491

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: APOSENTADO(A)

3.15 Telefone(s): 84 999493001

3.17 Número: 146

3.19 Bairro: CENTRO

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: SANTANA DO MATOS

4. DADOS PESSOAIS DAS VÍTIMAS (NÃO FORAM INCLUIDAS VÍTIMAS)

5.1.2 ALCUNHA:

5.1.4 PAI:

5.1.6 MÃE:

5.1.8 IDENTIDADE DE GÊNERO:

5.1.10 ORIENTAÇÃO SEXUAL:

5.1.12 SEXO: NÃO IDENTIFICADO / SEM INFORMAÇÃO

5.1.14 CPF:

5.1.16 NACIONALIDADE:

5.1.17 CARACTERÍSTICAS:

5.1.18 LOGRADOURO: RN QUE DA ACESSO A BODÔ, NUMERO 22 AO LADO DA 545

5.1.19 NÚMERO: 22

5.1.21 BAIRRO: PORTELINHA

5.1.23 ESTADO: RIO GRANDE DO NORTE

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S)

6.1.1 Nome Completo: JOCELEIDE RAMALHO DE ARAUJO

6.1.2 Nome Social:

6.1.6 Mãe: DESCONHECE

6.1.7 Orientação Sexual:

6.1.9 PAI: Parda

6.1.11 DATA DE NASCIMENTO: 04/06/2001

6.1.13 RG: Não Informado

6.1.15 Profissão: DO LAR

6.1.18 CEP:

6.1.20 Cidade: SANTANA DO MATOS

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi: *****11226

7.1.5 Placa: OGO8733

7.1.7 Marca: I

7.1.9 Ano do Modelo: 2009

7.1.11 Cor do Veículo: AZUL

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do Proprietário: PAULO EDUADO DA COSTA FERREIRA

7.1.17 Nome do Condutor:

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA COMUNICAR QUE, NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS ACIMA QUANDO TRANSITAVA, EM VIA PUBLICA, NA RN 203, FOI COLHIDA PELA MOTO CITADA ACIMA QUEBRA O TORNOSZLO, EM DOIS LUGARES, E CAUSANDO VARIAS ESCORIAÇÕES.

9.2 Informações do CIOSP

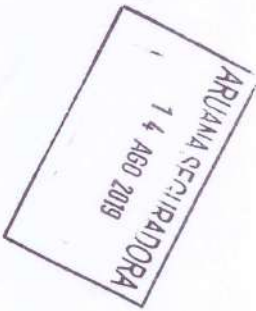
10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Protocolo: J2019145000112 - Código de autenticação: 608790669d8db152a559072d520b831a

ARQUIVADA
7 4 AGO 2019



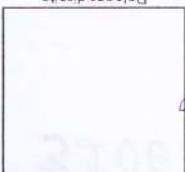
n.º da matrícula

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Atendimento: 1651846 - ROBERIO MAURICIO DA SILVA
Impresso por: 1651846 - ROBERIO MAURICIO DA SILVA em 04/06/2019 10:22:13

1º nome do agente

Polgar direito



Interessado

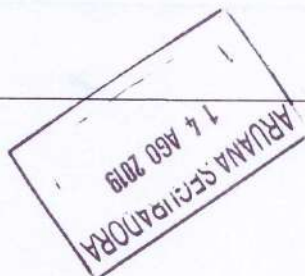
Domício Pereira da Silva

Policial

Data: 04/06/2019 10:20:53

1ª assinatura do agente





DIAGNÓSTICO:

Lesão fratura no tornozelo (D)
Queda tipo queda! Quebra do osso
Lesão fratura no tornozelo (D)

HISTÓRIA CLÍNICA:

ACIDENTE DE TRANSITO: () MOTO () CARRO () ATROPELAMENTO () OUTROS

ACIDENTE DE TRABALHO ()

ESTADO GERAL: () BEM () REGULAR () CHOCADO () DESORIENTADO () AGITADO () COMATOSO

PA: X mmHg TEMP.: 36.5 °C FC: 90 bpm FR: 18 mrpm PESO: 78

DATA: 02/04/19 HORA DE ENTRADA: 07:15 QUEIXA: 1

Nº DO CARTÃO SUS: 1

ENDEREÇO: Rua de Amaro

IDADE: 78

BOLETIM DE ATENDIMENTO - PRONTO SOCORRO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DRº CLÓVIS AVELINO



Ata declaratória

01



DESTINO DO PACIENTE:
() ALTA () INTERNADO () ÓBITO () ENCAMINHAMENTO PARA:



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
SSVV. not. 9+V. ; FC: 86 ; FE: 17 ; PA: 460x400.

ASSINATURA/CRM

Dr. Paulo Paulo P. Reis
MÉDICO
CRM/RN 8709

① Volante - 400 mm
② Abdom - 400 mm
③ Caudal - 400 mm
H30

CONDUZA MÉDICA:



BOLEIM DE ATENDIMENTO DE URGENCIA		Nº		33		BMW G	
NOME: <u>Donaldo Pereira de Araujo</u>		IDADE: <u>20/11/1991</u>		COR: <u>Parda</u>		SEXO: <u>M</u>	
ESTADO CIVIL: <u>solteiro</u>		PROFISSÃO: <u>Desenvolvedor</u>		BAIRRO: <u>Centro</u>		CIDADE: <u>São Mateus</u>	
NATURALIDADE: <u>São Mateus</u>		ENDERECO: <u>Rua 1 de Agosto esquina 14</u>		HORA: <u>18:53</u>			
CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO							
PARENTEMENTE BEM <input type="checkbox"/>		REGULAR <input type="checkbox"/>		COM DISPNEIA <input type="checkbox"/>		CHOCADO <input type="checkbox"/>	
C/ HEMORRAGIA <input type="checkbox"/>		EM CONVULSÃO <input type="checkbox"/>		POLITRAUMATIZADO <input type="checkbox"/>		AGITADO <input type="checkbox"/>	
OUTROS <input type="checkbox"/>							
ALGA ACIDENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>							
PUPILAS A) NIVEL DE CONSCIENCIA (GLASGOW)		B) FREQUENCIA RESPIRATORIA		C) PRESSÃO ARTERIAL			
ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C							
TEMP.		RESPIRAÇÃO		PULSO		TA	
HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESA (ALEGADA)							
<div style="float: right; text-align: right;"> <p>14/06/2019</p> <p>14 AGO 2019</p> </div>							
SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS							
HORA		PRESSÃO ARTERIAL		RESPIRAÇÃO		GLASGOW	
SCORE FINAL		TEMP		PULSO			
CONFIRMAÇÃO		DATA: 14/06/2019					
DIAGNÓSTICO INICIAL		<p>lesão no abdome</p> <p>balão</p>					

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



EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

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

CONDUTA

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____
HORA ____:____ HS	<i>Dr. M. Dantas</i>	HORA ____:____
		PARA ____

RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA	A REVELIA <input type="checkbox"/>
DATA ____/____/____	<i>Dr. M. Dantas</i>	
ÓBITO ____/____/____	<i>CRM- 942</i>	
ENTREGUE	A FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>
		I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



ARLINDA SCARIMBARRA
14 AGO 2019

RENAVAM	03091258644	MARCA / MODELO	VEICULO 2110102
ANO FAB.	2008	CAT. TARE	9
FNS (R\$)		Nº CHASSI	1333K059370001226
PRÊMIO TARIFÁRIO			
DENATRAN (R\$)		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		IOF (R\$)	
COTA ÚNICA <input type="checkbox"/>		PAGAMENTO	<input type="checkbox"/> PARCELADO
SEGURADORA LÍDER - DPVAT		DATA DE OUTUBRO	
CNPJ 09.248.608/0001-04			
JUL / 2016			



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Ministério da Saúde

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

Identificação do Estabelecimento de Saúde

3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA
4 - CNES
3515168

5 - PACIENTE
DEONILIA PEREIRA DE ARAUJO
6 - NÚMERO DO PRONTUÁRIO
165209

7 - CARTÃO NACIONAL/SUS
700 0014 4580 7607
8 - DATA DE NASCIMENTO
05/01/1941
9 - SEXO
FEMININO
10 - RAÇA/COR
PARDA

11 - NOME DA MÃE
MARIANA SOARES DA SILVA
12 - TELEFONE DE CONTATO
999376703
13 - NOME DO RESPONSÁVEL
CARME SILVIA DE ARAUJO
14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº)
R. DR. APRIGIO CAMARA 146
16 - MUNICÍPIO
SANTANA DO MATOS
17 - BAIRRO
CENTRO
18 - UF
RN
19 - CEP
59520000

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Deficiência motora, sequelas de acidente vascular cerebral.

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)
Uso de medicamento.

23 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
24 - CID 10 PRINCIPAL
25 - CID 10 SECUNDÁRIO
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
28 - CÓDIGO DE PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
31 - DOCUMENTO
32 - Nº DO DOCUMENTO
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

36 - AC. TRANSITO
37 - AC. TRABALHO TÍPICO
38 - AC. TRABALHO TRAJETO
39 - CNPJ DA SEGURADORA
40 - Nº DO BILHETE
41 - SÉRIE
42 - CNPJ DA EMPRESA
43 - CNAE DA EMPRESA
44 - CBOB
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - COD. ORGAO EMISSOR
48 - DOCUMENTO
49 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
53 - Nº DO BILHETE
54 - SÉRIE
55 - DATA DE EMISSÃO
56 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

Assinado eletronicamente por: NATHALIA DE SOUZA MARTINS - 16/10/2019 15:54:14

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

() Hemocentrado _____ Unit. () Plasma _____ Unit. () Expansor plasmático _____ Unit. () Albumina _____ Unit.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

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

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Fisológico: _____ ml () Soro Ringer Simples: _____ ml () Soro Ringer Lactato: _____ ml

ANATOMO PATOLÓGICO

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

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: () limpo () exsudato () Contaminado () Aparição gessado () Bandagens () Talas () Outros:

INTERCORRÊNCIAS:

em intercorrências.

Ass: *Nathalia de Souza Martins*

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: () Consciente () Inconsciente () Coma () Viril () Agitado Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Ambiente colostomia () Outro: _____

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

Hora: 17:30 Data: 15/04/2019 Nível de consciência: () acordado () Sonolento () Narcose () Orientado () Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Cateter O₂ Ambiente Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Venoclise: () Não () Sim Tipo: _____ Local: _____ Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kher Ostomias: () Sim () Não Especifique: _____ Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos Curativo: () Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo Monitorização: () ECG () Oxímetro () PA

SINAIS VITAIS

Relate:	Alta	60'	30'	Admissão	hora
T°C					
P	68	64	65		
PA					
FR					
Sat.%	93	93	92		
Dor					

Líquidos administrados na URPA:

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

Medicações administradas URPA:

Assinatura	Via	Dose	Assinatura

Eliminações:

Diurese	Retorno	Gást.	Retorno da	Assinatura

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

ed. conf. TP, acompanhado pelo maguete.

Ass:

Nathalia de Souza Martins

Coren: 49906292

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO			
Nome: <u>BRUNO DE SOUZA</u> Município: <u>Marília</u> Data da cirurgia: <u>15/04/19</u> Pront.: <u>16509</u>			
Idade: <u>38</u> Sexo: <u>M</u> Procedência: <u>(X) Interno</u> <u>() Externo</u>			
Alergias: <u>() Não (S) Sim</u> Comorbidades: <u>() HAS</u> <u>() DM</u> <u>() Outras</u>			
Uso de medicações: <u>() Não (S) Sim</u> Jejum: <u>() Não (S) Sim</u>			
SSW Admissão: <u>PA:</u> <u>mmHg</u> <u>Pulso:</u> <u>bpm</u> <u>FL:</u> <u>bpm</u> <u>FC:</u> <u>bpm</u> <u>SpO2:</u> <u>%</u> <u>T:</u> <u>°C</u>			
Enfermeiro(a): <u>Lucia</u> Instrumentador (a): <u>Martina</u> Circulante: <u>Cynthia</u>			
Cirurgia: <u>TT. cirurgia de fratura de fêmur</u> 1º Cirurgião: <u>Dr. Carlos Roberto</u> 2º Cirurgião: <u>Dr. Carlos Roberto</u>			
Ag. n.º: <u>03</u> Cateter n.º: <u>03</u> Local: <u>() Local</u> <u>() Sedação</u> <u>() Geral TOT</u>			
Anestesiologista: <u>Dr. Carlos Roberto</u> Carro: <u>(S) March</u> <u>() Pneumático</u> Início: <u>11:15</u> Término: <u>11:15</u>			
NEUROMUSCULAR			
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Letárgico <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> V. dificuldade <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Paraplegico <input type="checkbox"/> Tetraplegico <input type="checkbox"/> Amputações			
PELE/HIGIENE			
<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> C/lesões <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica <input type="checkbox"/> Higiene Satisfatória <input type="checkbox"/> Higiene deficiente <input type="checkbox"/> Manchas <input type="checkbox"/> S/Tricotomia			
CARDIOVASCULAR/RESPIRATÓRIO			
<input checked="" type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Choque <input type="checkbox"/> Normoesfígmico <input type="checkbox"/> Eupneia <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Dispositivo O2			
DISPOSITIVOS			
<input checked="" type="checkbox"/> Jelco <input type="checkbox"/> Acesso V. Central <input type="checkbox"/> Cat. Diálise <input type="checkbox"/> Fístula <input type="checkbox"/> Arteriovenosa <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Dreno: <input type="checkbox"/> Aparelho gessado <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Talas			
MONITORIZAÇÃO			
<input checked="" type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Oximetria <input type="checkbox"/> Capnógrafo <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Estimul. Nerv. <input type="checkbox"/> Difusor <input type="checkbox"/> BIC <input type="checkbox"/> Desfibrilador			
POSICÃO			
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal <input type="checkbox"/> Ventral <input type="checkbox"/> Lateral <input type="checkbox"/> Litômbica <input type="checkbox"/> Trendlemburg <input type="checkbox"/> Canivete <input type="checkbox"/> Proclive			
COXIM			
<input checked="" type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Fletidos <input type="checkbox"/> Abduzidos <input type="checkbox"/> Fletidos <input type="checkbox"/> Abduzidos			
PLACA DO BISTURI ELÉTRICO			
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Metal <input type="checkbox"/> Descartável			
DEGRADAÇÃO			
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
TRICOTOMIA			
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
IMPLANTE CIRÚRGICO			
Local: <u>MI D</u> Solução: <u>der. dig.</u> Local:			
Drainos:			
Tela:			
Cateter:			
Ostomia:			
Fio de KC:			
Placa - Tipo: <u>Tipo de placa 8 lúxos</u>			
Outros:			
ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO			
Caixa cirúrgica: <u>CX3.5 + 2 pinos</u> Quant. Material:			
Val. 2.5.04.19 Contagem de gaze e compressa: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim			
EXAMES SOLICITADOS			
<input type="checkbox"/> Hemograma <input type="checkbox"/> Gasometria <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea <input type="checkbox"/> Radioscopia (Raião X)			
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
DIURSE:			
SVA n.º:			
RETOMO:			
SNG n.º:			
SONDAGEM GÁSTRICA			
CATERISMO VESICAL			
ACesso VENOSO			
Punção Arterial			
Punção Venosa Periférica			
Punção Venosa Central			
Dissecção venosa			
Local:			
Cateter:			
SINAIS VITAIS			
Início Melo Fim Unid.			
FC <u>69</u> Bpm <u>68</u> Bpm <u>68</u>			
Pulso <u>68</u> Bpm <u>68</u> Bpm <u>68</u>			
Oximetria <u>96.1</u> % <u>96.1</u> % <u>96.1</u>			
Capnografia <u>35</u> mmHg <u>35</u> mmHg <u>35</u>			
PA <u>120/70</u> mmHg <u>120/70</u> mmHg <u>120/70</u>			



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Deividson Pereira de Araújo Idade: 48 D/N: 05/01/41
Pront: 165209 Município: 5. de Maria Procedência: () Externo () Interno
Data da cirurgia: 03/04/19 Hora Admissão: Bloco: Sala: 1 Hora Saída: 14:00 Peso: 70
Uso de medicações: () Não (X) Sim Medicamentos para dor () Não (X) Sim
SSVV Admissão: PA: 110/70 mmHg Pulso: 70 bpm FI: 10 rpm FC: 70 bpm SPO₂: 98 % T: 36 °C

Enfermeiro(a): Deividson Instrumentado (a): Enfermeiro Circulante: Deividson + Ivan

Cirurgia: Exatoma do Tórax Especialidade: Oncologia Sala: 01
Hora início: 17:30 Hora término: 18:30 Tipo de cirurgia: Minimamente Invasiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: Dr. Ricardo Aux.: Dr. Anderson Residente: Dr. Anderson

Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: 01 () Bic. queleto 01 () Raquidiana Ag. n° 01 () Peridural () c/cater () s/cater
Ag. n° 01 Cater n° 01 Início: 16:40 Garrote: () smarch () Pneumático Início: 16:40 Término: 18:30
Anestesiologista: Dr. Ricardo

NEUROMUSCULAR

Consciente ☒ Letárgico ☐ Coma ☐ Orientado ☒ Desorientado ☐ Sedado ☐ Ansioso ☐ Deambula ☐ Incontinência ☐ Acamado ☐ Paraplegico ☐ Tetraplegico ☐ Amputações ☐

PELE/HIGIENE

Normocorada ☒ Hipocorada ☐ Cianótica ☐ Ictérica ☐ Desidratada ☐ Integra ☒ C/lesões ☐ Sudorese ☐ Cicatriz cirúrgica ☐ Higiene Satisfatória ☒ Higiene deficiente ☐ Manchas ☐ S/Tricotomia ☐

CARDIOVASCULAR/

RESPIRATÓRIO ☒ Hipertensão ☐ Hipotensão ☐ Normotensão ☐ Normocárdico ☒ Bradicardia ☐ Taquicardia ☐ Choque ☐ Normoesfígmico ☒ Eupnéia ☐ Dispneia ☐ Dispositivo O₂ ☐

DISPOSITIVOS

Jelco ☒ Acesso V. Central ☐ Cat. Dialise ☐ Cat. Diálise ☐ Fístula ☐ Arteriovenosa ☐ SNG ☐ SVD ☐ Colostomia ☐ Cistostomia ☐ Dreno: ☐ Aparelho gessado ☐ Tração ☐ Talas ☐

MONITORIZAÇÃO

ECG ☒ Oximetria ☐ Capnógrafo ☐ PA ☐ Estimul. Nervo ☐ Diprinfusor ☐ BIC ☐ Desfibrilador ☐

ACESSO VENOSO

Punção Arterial ☐ Punção Venosa Periférica ☐ Punção Venosa Central ☐ D. secção venosa ☐ Local: ☐ Cater: ☐ SONDAGEM GÁSTRICA ☐ SNG n° ☐ Retorno: ☐ CATETERISMO VESICAL ☐ SVF n° ☐ SVA n° ☐ Diurese: ☐ Profissional Responsável: ☐

EXAMES SOLICITADOS:

() Hemograma () Gasometria () Outros () Tipagem Sanguínea () Radioscopia (Rato X)

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO

Local: Local: () Não () Metal () Descartável
DEGRAMAÇÃO ☐ Local: Local: () Não () Metal () Descartável
TRICOTOMIA ☐ Local: Local: () Não () Metal () Descartável
Quant: 1 po
CONFERE COM UNIDADE
DATA: 24/04/19
MP: MSI 304 ASTM F138
Registro ANVISA: 10223710095
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 250MM
FIXADOR EXTERNO LAYFIX
ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA
Av. Nelson Palma Travessas, 951 - Cap. 02998-000
Tel.: 06(11)30454000 - FAX: 06(11)30454010
Bairro: Brasil - Site: www.ortosintese.com.br
Lote: 2960114
Rat: 4747/01
Quant: 1 po
ESTERIL ☒ N
Pacote: 01
Validade: 24/04/2019
CE ☒ NFP

7 899144 314769

Rep. Técnico: CARLOS M. NAKAMURA/CREA N. 0801828973
Email: nakamura@crea.br - Rgo. Vitoriosa: J.S.S.
Tel.: 06(11)30454000 - Fax: 06(11)30454010
Rep. Técnico: CARLOS M. NAKAMURA/CREA N. 0801828973



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

OBS

CLÍNICA ORTOPEDIA
REGULAÇÃO WALTERDO GURGEL
LEITO PRONTUÁRIO 165209

DATA 03/04/2019 HORA 16:47 CATEGORIA GIH

PACIENTE DEONILIA PEREIRA DE ARAUJO DATA DE NASCIMENTO 05/01/1941

ESTADO CIVIL VIVA APOSENTADA

ENDEREÇO (RUA, Nº) R. DR. APRIGIO CAMARA 146

MUNICÍPIO SANTANA DO MATOS BAIRRO CENTRO UF RN CEP 59520000

LOCAL DE TRABALHO TELEFONE

FILIAÇÃO MARIANA SOARES DA SILVA JOSE PEREIRA DA SILVA

RESPONSÁVEL CARME SILVA DE ARAUJO TELEFONE 999376703

ENDEREÇO O MESMO

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSÃO ALTA OBITO

HISTÓRIA CLÍNICA

[Handwritten clinical history text]

Dr. Edimar M. Dantas
CRM 982
Ortopedia - Traumatologia

ARILANIA SECURIPANORA
14 AGO 2019

CONFIRME COM O ORIGINAL
DATA: 24/04/2019
ASSINATURA

Processo de Autorização de Internação Hospitalar
Nº 7866 / 2019

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou:

CNES: 2653923
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Prontuário:

Cor: PARDA

Pai: JOSE PEREIRA DA SILVA

Fone: 599674376 /

CEP: 59520-000

UF: RN

Código Municipal IBGE: 241140

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
FRATURA FECHADA DO TORNOSZELLO DIREITO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
TTT CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
SEMIOLOGIA E RX

Diagnóstico e Procedimento Inicial:

382.6 FRATURA DO MALLEOLO LATERAL*408050497.TRTATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR

Profissional Solicitante / Assistente:

KLEIDSON ANTONIO DE ARAUJO BASTOS

CPM:

4421 / RN

Data da Solicitação 02/04/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

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

AUTORIZAÇÃO

Nº Autorização da AHT:

Profissional Autorizador:

Orgão Emissor:

Documento: () CNS () CPF nº

Data da Autorização:

Assinatura/Carimbo:

Dr. Leonardo dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM 4547
Teor: 10314 - CRM 4547

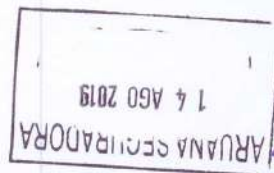
CONFERE COM ORIGINAL
DATA: 24/04/2019

0969214

Assinatura
S. Pereira



Receito Análise
Dr Carlos Magno + Dr
da 15/04/19
Ficou de 82 de 702 @
00 074 ✓
Receito da 09/04/19
Receito num



P/ Deolindo Puello

RECEITUÁRIO MÉDICO

Secretaria de Saúde Pública
Hospital Deoclécio M. Lucena





ARUAMA CECILIA MORA
14 AGO 2019

Dr. Diogo F. TORQUATO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RN: 6770/TEOT 14133

Parmatim/RN 16104119

nº 5896, a partir da presente data.

afastamento do trabalho por motivo de moléstia classificada no C.I.D. com

Necessitando de 30 (trinta) dias de

(a) nesta Unidade de Saúde às horas,

que o (a) Sr. (a) Deolane Rouse de Moura foi examinado

Atesto para os fins que se fizerem necessários,

ATESTADO MÉDICO



ARQUIVO ADMINISTRATIVO
14 AGO 2019

Após avaliação, foram traçados os seguintes objetivos do tratamento: Eliminar edema, restabelecer a ADM, favorecer a flexibilidade de tecidos moles, otimizar o tônus e força muscular, melhorar equilíbrio, coordenação motora, propriocepção, treinar marcha, recuperar funcionalidade e independência. A conduta fisioterapêutica será composta por exercícios miofasciais para ativar a bomba circulatória e drenar o edema de membro inferior, realizar alongamentos para melhorar a flexibilidade,

A paciente foi admitida e avaliada por discentes do Departamento de Fisioterapia da UFRN no dia 23/04/2019, com diagnóstico médico de fratura trimaléolar do pé direito e diagnóstico cinesio-funcional para restrição de descarga de peso e marcha. A inspeção foi limitada devido a paciente utilizar imobilização por gesso na perna direita, mas foi verificado edema em pododactilos, presença de escoriação em halux direito e mobilidade preservada, além disso, a paciente estava restrita a cadeira de rodas. Na palpação, foi visto cacoito positivo na região de metatarso falangiana, sugestivo para edema em todo o pé, perfusão tissular e sensibilidade preservada. No teste de força muscular, foi verificado grau 5 para triceps sural e grau 4 para quadriceps e isquiotibiais. O uso do gesso impossibilitou avaliar goniometria, perimetria e testes especiais.

Deolima Pereira de Araújo, 78 anos, sofreu fratura tri-maleolar do pé direito no dia 02/04/2019, encaminhada ao Hospital Walfrido Gurgel e tratada cirurgicamente no dia 07/04/2019, colocando osteossíntese (placa e parafuso de interseção). No dia 16/04 recebeu alta hospitalar sendo encaminhada para a casa de sua filha em Natal-RN.

Diagnóstico Cinesio-funcional: Restrição de descarga de peso e marcha

Diagnóstico médico: Fratura trimaléolar

Data nascimento: 05/01/1941

Nome: Deolima Pereira de Araújo

ENCAMINHAMENTO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE -
UFRN
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA



desenvolver exercícios em cadeia cinética fechada e isometria para melhorar o tônus e força muscular, propor treinos proprioceptivos e de equilíbrio após a recuperação da força muscular, para assim reconquistar uma marcha independente.

Desde o primeiro dia de atendimento, paciente respondia bem aos exercícios propostos apesar de ainda usar imobilização por gesso. No geral, foram realizados exercícios mioinfocinéticos, SLR(Elevação da perna estendida), ponte, transferência e estimulação de descarga de peso. Na sessão do dia 02/05, chegou sem o usar gesso e usava robofoot, sendo assim, foi possível avaliar que tinha a mobilidade ativa de tornozelo, sinal de cacifo positivo e retração cicatricial (sem sinais de infecção). Dia 09/05 a paciente relatou maior facilidade para realizar as AVD's, transferências da cadeira de rodas para a cama sem auxílio e que estava realizando os exercícios domiciliares. No dia 14/05 foi verificado presença de pus na cicatriz, pele seca e descamada; foi feito aplicação de laser visual vermelho ($E=21,660\text{nm}$, 50mw , 42 segundos, $\text{Dose}=71\text{ J/cm}^2$) e realizados exercícios de fortalecimento e descarga de peso. No dia 28/05, chegou à sessão sem auxílio de dispositivos de marcha com solicitado na sessão anterior. Nas últimas sessões, foram mantidos os exercícios de fortalecimento com algumas progressões como: descarga de peso bilateral sem uso de robofoot, tapete de equilíbrio, wii terapia (jogos de equilíbrio), treino de marcha e subir e descer escada.

Natal, 29 de maio de 2019

Prof. Dr. Gustavo Luis de Lucena
Curso de Fisioterapia
Matr. 550846



-
 Nelaço
 Declaro para a Declara
 fim que a parente,
 Declara Reserva de Herda,
 78 anos, concluiu o tratamento
 de fisioterapia, hoje, olha
 bem, de opito de deu m
 a oclato. A mesma opera
 uma serie de limitações
 dos movimentos do tornozelo
 a pé oclato, olha de equi-
 librio, deu na sustentação
 fisioterapia e fisioterapia e
 sistema fisiológico.
 A parente sofreu um fratura
 no tornozelo direito, decorrente
 de uma moto que colidiu
 com a mesma, fez a cirurgia
 logo oclato, sofreu paralisar

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

40 - Local e Data.

Assinatura da vítima/beneficiário declarante

Assinatura do Procurador (se houver)

14/08/2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

LIDER Seguradora

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0278340/19

3 - CPF da vítima: 828.858.854-91

4 - Nome completo da vítima: Joana Raima de Araújo

5 - Nome completo: Joana Raima de Araújo

7 - Profissão: Centro

11 - Bairro: Centro

12 - Cidade: Santana do mar

13 - Estado: RN

14 - CEP: 59520-000

15 - E-mail: vicuson

16 - Tel (DDD): (85) 99626-5935

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Vivo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro(vale(s)?) ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

7 4 AGO 2019

ARQUIVADA

ARUANA SEGUROS

ASL-028340/19

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

3190428825

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

Seu Reser-vins

Seam. OK
Plan. OK

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Priscila Pereira de Azevedo

DATA DO ACIDENTE 02/08/2019 CPF DA VITIMA 828.858.854-91

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA

() REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VITIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR rua deuter capigie correa

Nº 146 COMPLEMENTO centro BAIRRO centro

CIDADE Santana do marão RU Ru CEP 59520-000

E-MAIL seam@seam.com.br TELEFONE (84) 99626-5975

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (COPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ CPF DA VITIMA (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ LAUDO DO IML (COPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() PRODUÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

ARUANA SEGURADORA

14 AGO 2019

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (COPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

() CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VITIMA (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() NOTAS FISCAS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() PRODUÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA 14/08/2019

IDENTIDADE Priscila Pereira de Azevedo

ASSINATURA Priscila Pereira de Azevedo

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA 14/08/2019

NOME Priscila Pereira de Azevedo

ASSINATURA Priscila Pereira de Azevedo

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



Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190389521
Vítima: DEONILA PEREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 02/04/2019
Cobertura: DAMS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DEONILA PEREIRA DE ARAUJO

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Contato: 0800 022 12 06

Atendimento ao Seguro DPVAT



Entre em contato conosco
SAC DPVAT 0800 022 12 04
www.seguradoralider.com.br

DEVOLUÇÃO

Seguradora Líder - DPVAT

CAIXA POSTAL 40.970
CEP: 20.270-971
www.seguradoralider.com.br

Para uso dos correios

- | | |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mudou-se | <input type="checkbox"/> Endereço insuficiente |
| <input type="checkbox"/> Desconhecido | <input type="checkbox"/> Não existe o nº indicado |
| <input type="checkbox"/> Recusado | <input type="checkbox"/> Falecido |
| <input type="checkbox"/> Ausente | |
| <input type="checkbox"/> Não procurado | Data ____/____/____ |

Responsável pela informação

- ☐ Morador
☐ Síndico
☐ Porteiro

Entregador

DEONILIA PEREIRA DE ARAUJO
DR APRIGIO CAMARA, 146
CENTRO
CEP 59520-000 - SANTANA DO MATOS - RN

Correios
RS 01.95
08.07.19 - 14:20
CARTÃO
RFB 10/2019



Administradora do Seguro DPVAT
LÍDER
Seguradora



Seguro DPVAT - Proteção para todos

O Seguro DPVAT (Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por sua Carga a Pessoas Transportadas ou Não) foi criado em 1974, para amparar as vítimas de acidentes com veículos em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa. Como se vê, trata-se de um seguro eminentemente social.

saiba +
www.seguradoralider.com.br



Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

