



Número: **0806607-74.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **07/05/2020**

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

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                      |                    | Procurador/Terceiro vinculado                |                          |
|---------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------|--------------------------|
| ANA LUZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO (AUTOR) |                    | LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)       |                          |
| SEGURADORA DPVAT (RÉU)                      |                    | LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)     |                          |
| Documentos                                  |                    |                                              |                          |
| Id.                                         | Data da Assinatura | Documento                                    | Tipo                     |
| 56628468                                    | 09/06/2020 20:42   | <a href="#">2725207_CONTESTACAO_Anexo_02</a> | Documento de Comprovação |

# 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: | 06/01/2020 |
|------------------------|------------|

|                      |
|----------------------|
| NUMERO DO DOCUMENTO: |
|----------------------|

|              |          |
|--------------|----------|
| VALOR TOTAL: | 1.687,50 |
|--------------|----------|

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

CLIENTE: ANA LUZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000031929-9

---

---

Nr. da Autenticação B83FB804153C8DDF



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190716595 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANA LUZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO **Data do acidente:** 12/07/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 27/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P.7,11  
ALTA MÉDICA.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

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

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DO RIO GRANDE DO NORTE

RUA MÉRMOE 150, BALDO  
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-91  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055189-0



COSERN

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 110

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvicidia 0800 654 0404

Agência Reguladora de Serviços do Rio Grande do Norte

ARSEP 0800 727 0147 -Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 157

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

**DADOS DO CLIENTE**  
RITA D AZEVEDO=> CADASTRO  
DESATUALIZADO <=

**DATA DE VENCIMENTO**  
26/07/2019

**DATA EMISSÃO DA NOTA  
FISCAL**

20/07/2019

**DATA DA APRESENTAÇÃO**

20/07/2019

**NÚMERO DA NOTA FISCAL**

027472988

**CONTA CONTRATO**  
0492175013

**CLASSIFICAÇÃO**

RESIDENCIAL

Monofásico

B1

**ENDEREÇO**  
RUA SES DE JANEIRO 1445 -SANTO  
ANTONIO/ÁREA URBANA -59611-070  
MOSSORO RN -

**TOTAL A PAGAR**

**R\$ 514,61**

**PERÍODO CONSUMO**

19/06/2019 a 20/07/2019

**CONSUMO**

603

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 27,00 valor do Imposto R\$ 125,28

**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**

**VIA PARA PAGAMENTO**

Destaque aqui

**CONTA CONTRATO**

0492175013

**MÊS/ANO**

07/2019

**TOTAL A PAGAR**

R\$ 514,61

**VENCIMENTO**

26/07/2019

**TALÃO DE PAGAMENTO**

Evite dobrar e perfurar ou  
rasurar.  
Este canhoto será usado em  
leitura ótica.

838100000053 146100384000 492175013206 020876977535



**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

eu, Israel Lucas Guimarães CastroRG nº 003386443, data de expedição 30/03/54, Órgão 41º Reg. R.

CPF nº 017.201.234-08, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| Logradouro (Rua/Avênida/Prça) | Rua Seiz de Janeiro |
| Número                        | 3445                |
| Apto / Complemento            | Casa                |
| Bairro                        | Santa Antonio       |
| Cidade                        | Marroio             |
| Estado                        | RJ                  |
| CEP                           | 59.633-070          |
| Telefone de Contato           | (84) 99827-0066     |
| E-mail                        | Não possui          |

Por ser verdade, firmo-me:

Local e Data: Marroio RJ 04/09/2019Assinatura do Declarante: Israel Lucas Guimarães Castro



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

**Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190716595**

**Vítima: ANA LUZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO**

**Data do Acidente: 12/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ISRAEL LUCAS GUIMARAES CASTRO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ANA LUZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **ANA LUZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000560**

Conta: **0000031929-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DO RIO GRANDE DO NORTE

RUA MÉRMOE LEO BALDO  
NATAL - RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-91  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055189-0



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 110

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria 0800 654 0404

Agência Reguladora de Serviços do Rio Grande do Norte

ARSEP 0800 727 0147 -Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 157

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

**DADOS DO CLIENTE**  
RITA D AZEVEDO=> CADASTRO  
DESATUALIZADO <=

**DATA DE VENCIMENTO**  
26/07/2019

**DATA EMISSÃO DA NOTA  
FISCAL**

20/07/2019

**DATA DA APRESENTAÇÃO**

20/07/2019

**NÚMERO DA NOTA FISCAL**

027472988

**CONTA CONTRATO**  
0492175013

**CLASSIFICAÇÃO**

RESIDENCIAL

Monofásico

B1

**ENDEREÇO**  
RUA SES DE JANEIRO 1443 -SANTO  
ANTONIO/ÁREA URBANA -59611-070  
MOSSORO RN -

**TOTAL A PAGAR**  
R\$ 514,61

**PERÍODO CONSUMO**  
19/06/2019 a 20/07/2019

**CONSUMO**  
603

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 27,00 valor do Imposto R\$ 125,28

**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**

**VIA PARA PAGAMENTO**

Destaque aqui

**CONTA CONTRATO**  
0492175013

**MÊS/ANO**  
07/2019

**TOTAL A PAGAR**  
R\$ 514,61

**VENCIMENTO**  
26/07/2019

**TALÃO DE PAGAMENTO**  
Evite dobrar e perfurar ou  
rasurar.  
Este canhoto será usado em  
leitora ótica.

838100000053 146100384000 492175013206 020876977535



**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

eu, Israel Lucas Guimarães CastroRG nº 003386443, data de expedição 30/03/54, Órgão 41º Reg. R.

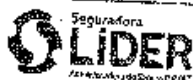
CPF nº 017.201.234-08, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|                                  |                     |
|----------------------------------|---------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avênida/Prça) | Rua Seiz de Janeiro |
| Número                           | 3445                |
| Apto / Complemento               | Casa                |
| Bairro                           | Santa Antonio       |
| Cidade                           | Marroio             |
| Estado                           | RJ                  |
| CEP                              | 59.633-070          |
| Telefone de Contato              | (84) 99827-0066     |
| E-mail                           | Não possui          |

Por ser verdade, firmo-me:

Local e Data: Marroio RJ 04/09/2019Assinatura do Declarante: Israel Lucas Guimarães Castro





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradotalider.com.br](http://www.seguradotalider.com.br) ou entre em contato através de um dos telefones abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-06

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouvidoria: 0800-022-91-95

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Israel Lucas Guimarães Castro

inscrito (a) no CPF/CNPJ 037.207.234, / 08

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ana Lúcia de Souza G. Castro

inscrito (a) no CPF sob o Nº 701.936.344, / 72

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da vítima

Ana Lúcia de S. G. Castro

inscrito (a) no CPF sob o Nº 701.936.344, / 72

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recusou

Renda: Recusou

e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:

Bairro:

E-mail:

Rua Seis de Janeiro  
Santo Antônio Cidade: Morroá  
Não possui

Número:

Estado:

Complemento:

CEP:

Tel. (DDD):

3445

RN

Casa

59633-070

(84) 99827-0066

Local e Data:

Morroá - RN 04/09/2019

x Israel Lucas Guimarães Castro

Assinatura do Declarante

DICORL003/0001/2017



\* ORTOPEDIA -

FIXAÇÃO DE PROTÓTIPO À DREITA

SHOULDER 6  
FEELING

CD. INDIC. TP ULTRAS/INCHAMENTO

P/CC

Diego Ariel de Lima  
CRM-RN 7406  
RQE-2004  
TEOT-16497

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO  
ESTA CONFORME O ORIGINAL  
AME MOSCOSO 05/08/2019

SAME/ARQUIVO



Sistema Ministério  
SUS único de da  
Saúde Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

|                                                                                         |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br><b>HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA</b> | 2 - CNES<br><b>2503689</b> |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE<br><b>HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA</b>  | 4 - CNES<br><b>2503689</b> |

## Identificação do Paciente

|                                                                                    |                                             |                                                                                         |                               |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| 5 - NOME DO PACIENTE<br><b>ANA LUIZA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO (8 - 3683/2019)</b> |                                             | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO<br><b>208611</b>                                                   |                               |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)<br><b>700007833328205</b>                       | 8 - DATA DE NASCIMENTO<br><b>14/12/1969</b> | 9 - SEXO<br>Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3 | 10 - RAÇA/COR<br><b>PARDA</b> |
| 11 - NOME DA MÃE<br><b>MARIA DA CONCEICAO DE SOUZA GUIMARAES</b>                   |                                             | 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE<br>DDD <input type="text"/>                     |                               |
| 13 - NOME DO RESPONSÁVEL<br><b>ANA LUIZA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO</b>             |                                             | 14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE<br>DDD <input type="text"/>                     |                               |
| 15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)<br><b>SEIS DE JANEIRO, 144 - SANTO ANTONIO</b>     |                                             |                                                                                         |                               |
| 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA<br><b>MOSSORO</b>                                     | 17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO<br><b>240800</b>   | 18 - UF<br><b>RN</b>                                                                    | 19 - CEP<br><b>59611070</b>   |

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

|                                                                                                                        |                                        |                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS<br><i>fratura fechada (D)<br/>Rx: R PLANALTO TIBIAL (D)</i>                 |                                        |                                      |
| 21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO<br><i>QUEBRA UNICO APOCALIPSE</i>                                             |                                        |                                      |
| 22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)<br><i>ORNAÇÃO + RX TIBIAL + RX</i> |                                        |                                      |
| 23 - DIAGNÓSTICO INICIAL<br><b>FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA</b>                                            |                                        |                                      |
| 24 - CID 10 PRINCIPAL<br><b>S82.8</b>                                                                                  | 25 - CID 10 SECUNDÁRIO<br><b>V39.4</b> | 26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.<br><b></b> |

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                                                                                        |                                        |                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br><b>TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL</b> |                                        | 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO<br><b>0404R50 S00</b>                         |
| 29 - CLÍNICA<br><b>ORT</b>                                                                             | 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO<br><b>2</b> | 31 - DOCUMENTO<br>( ) CNS (X) CPF                                         |
| 32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE<br><b>00785892339</b>                       |                                        | 33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE<br><b>DIEGO ARIEL DE LIMA</b> |
| 34 - DATA DA SOLICITAÇÃO<br><b>12/07/2019</b>                                                          |                                        | 35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)<br><b></b>                |

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

|                                                                                                                              |                         |                      |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------|------------|
| 36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO                                                                                                | 39 - CNPJ DA SEGURADORA | 40 - Nº DO BILHETE   | 41 - SÉRIE |
| 37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO                                                                                         | 42 - CNPJ EMPRESA       | 43 - CNAE DA EMPRESA | 44 - CBOR  |
| 38 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO                                                                                        |                         |                      |            |
| 45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA<br>( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO |                         |                      |            |

## AUTORIZAÇÃO

|                                                                   |                                                                                |                                                      |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR<br><b>LIGINEY LINO DE OLIVEIRA</b> | 47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR<br><b></b>                                             | 48 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR<br><b></b> |
| 48 - DOCUMENTO<br>(X) CNS ( ) CPF                                 | 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR<br><b>980016001835565</b> |                                                      |
| 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO<br><b></b>                               | 51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)<br><b></b>                     |                                                      |



HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA  
**Admissão de Internamento Hospitalar**

Nº FIA: 3683 /2019

Prontuário: 208611

Paciente: 44667 - ANA LUZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO  
Cartão SUS: 700007833328205 CPF: 70193614472  
Idade: 49 anos 6 meses 29 dias Sexo: F Ethnia: PARDA  
Nome da mãe: MARIA DA CONCEICAO DE SOUZA GUIMARAES  
Nome do pai: ANTONIO ALVES GUIMARAES  
Rua/Av: SEIS DE JANEIRO  
Complemento:  
CEP: 59611070 Cidade: MOSSORO  
Telefone:  
Especialidade: CLINICA ORTOPEDICA Unidade: OBS FEMININA Leito: 1. 18E  
Responsável: ANA LUZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO -  
Usuário: KLEBER RICARDO DE FRANCA BEZERRA

Dt Nasc: 14/12/1969  
Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nº: 144  
Bairro: SANTO ANTONIO

Admissão: 12/07/2019 22:04:20 Alta: Óbito: Dias de permanência:

DIAGNOSTICO INICIAL: S82.1 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA  
408050551 -

**HISTORIA CLINICA**

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS  
ESTA CONFORME O ORIGINAL  
SOME MOSSORO  
SOME ARQUIVO

MOSSORO, 12 de Julho de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM





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

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: ANA LUIZA DE SOUZA Leito: 217-1

| DATA           | EVOLUÇÃO                                                                                                                 |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12<br>07<br>19 | A R PLANTIO TRIM. (D)<br>CA: UPM / Rx. 25<br><br>Dr. Wilson Queiroz<br>CRM 10224<br>Otorrinolaringologia<br>TECT - 14390 |

PRESCRIÇÃO

| Data           | Prescrição                                                                                                                                                                                                                                         | Via | ENFERMAGEM                                                                                      |                                        |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
|                |                                                                                                                                                                                                                                                    |     | HORÁRIO                                                                                         | ASSINATURA                             |
| 12<br>07<br>19 | (1) DIETA 6500<br>(2) SF 39% - 500ml, (N),<br>12/12/18<br>(3) CEFOTAXIMA 1g - 01Rx<br>+ 8ml B. (A), 6/6h<br>(4) TRANS 100g - 01Rx +<br>100ml SF 39% (N), 8/8h<br>(SIN)<br>(5) DIPIRIDA 500mg L<br>01Rx + 8ml B. (A), 6/6h,<br>SIN<br>(6) SSV 5/100 |     | 12<br>07<br>19<br><br>SIN<br><br>00.00                                                          | 20<br>04<br>10<br><br>SIN<br><br>00.00 |
|                | Dr. Wilson Queiroz<br>CRM 10224<br>Otorrinolaringologia<br>TECT - 14390                                                                                                                                                                            |     | HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA<br>ESTA CONFORME O ORIGINAL<br>SAME / MOSSORÓ<br>SAME / ARQUIVO |                                        |





CARDIODIAGNÓSTICO LTDA  
HOSPITAL WILSON ROSADO

PEDRO VELHO, 250  
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010  
CNPJ: 35.650.324/0001-50

|             |            |
|-------------|------------|
| Atendimento | 1219580    |
| Data:       | 24/07/2019 |
| Hora:       | 9:43       |

BOLETIM DE ADMISSÃO

|          |
|----------|
| Nº AIH   |
| CRISTINA |

192670 - ANA LUZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO

CASADO(A) - Sexo: FEMININO - 14/12/1969 - 49 A, 7 M, 10 D CPF: 701.936.144-72 RG: 001104571  
CNS: 700007833328205 Convênio: SUS  
Leito: 203-01 Enfermaria: 203 - AP 203 Bairro: SANTO ANTONIO  
Endereço: SEIS DE JANEIRO, N° 1.445 - CEP: 59600-010  
Cidade: Cód.: 2403003 - MOSSORO/RN Profissão: ENFERMEIRO Especialidade: ORTOPEDIA CIRÚRGICA  
Pai: ANTONIO ALVES GUIMARAES Mãe: MARIA DA CONCEICAO DE SOUZA GUIMARAES  
Naturalidade: MOSSORO Caráter de Atendimento: ELETIVO  
Responsável: ANA LUZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO  
Procedimento Solicitado: 0408050551-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANTO TIBIA - 5821 - FRAT DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Diagnóstico Definitivo:

Acomodação:

Médico: 5924 - PABLO ROMERO DA ESCOSSIA PINHEIRO

Carteira:

Validade: 30/12/1999

Autorização:

Senha:

Gua:

HOSPITAL WILSON ROSADO  
Convênio SUS  
Com 03 Refeições  
Companhante

Resultado

☐  
☐  
☐  
☐

Curado

Melhorado

Inalterado

Pinçado

☐  
☐  
☐  
☐

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

☐  
☐  
☐

-48 Horas

+48 Horas

Obito

Transferido:

Historia Clínica

Com as Rx's (não tinha resultado) 25  
Paciente cirúrgico.  
Exames de sangue  
Platômetro Hemato Abnormal de Coração.  
Diagnóstico Provável

Raíza de Souza  
RESPONSÁVEL

Dr. Pablo Romero da Escossia Pinheiro  
Ortopedia e Traumatologia  
TEOT-14591  
CRM/RN 6924  
PABLO ROMERO DA ESCOSSIA PINHEIRO





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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome

DR. WILSON DA SILVA

Reg Nº

Diagnóstico pré-operatório:

R. PUNTO TIAIN D

Indicação terapêutica:

INTERVENÇÃO

Início:

Fim:

Duração:

Operador

DR. DIEGO AVER

1ª Auxiliar:

DR. GILSON OLIVEIRA

2ª Auxiliar:

3ª Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesiologista:

DR. RITA

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO  
FOLHA CONFORME ORIGINAL  
R. 101501010  
SANE T. ARQUIVO

INTERVENÇÃO

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

☒ Limpa ( ) Pot. Contaminada ( ) Contaminada ( ) Infectada

(1) PLS EM DDA, SOB ANESTESIA

(2) PSEPTICA, ANT-SEPSIS, MÚSCULO DE CÂMBIO  
OTÓRICO

(3) MANTENDO FIX. ORT MANUTENDO MIO  
OZ ORTOS PROXIMOS + OR OTOR

(4) PUNTO ESTERIL PARA

Dr. Wilson da Silva  
Cirurgião Geral  
CRM 101501010  
10/07/2020





DATA: 23/07/2019



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: ANA LÚZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO - 49 ANOS  
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC - Leito: 217-1  
DATA DA ADMISSÃO: 12/07/19 MOSSORO - RN CODIGO: 44667

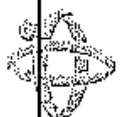
| DATA | EVOLUÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      | <p>11º DIH: FRATURA PLANALTO TIBIAL DIREITO - EM USO FIXADOR EXTERNO</p> <p>QP: SEM QUEIXAS</p> <p>EF: BEG, COTE, AFEBRIL, ACIANÓTICO E ANICETICO. HIPOCORÁDIA 1+/4+ E HIDRATADA.</p> <p>ACV: RCR, 2T, SEM SOPRO, SEM ESTALIDOS</p> <p>AR: MV+ EM AMBOS OS HEMITORAX. SRA</p> <p>ABDOM: ATÍPICO, FLACIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO. RHA +</p> <p>ESCORIAÇÃO FIBRINOIDE EM JOELHO DIREITO</p> <p>PINOS DO FIXADOR SEM SINAIS FLOGÍSTICOS E SEM SECREÇÃO</p> <p>SITUAÇÃO: LABORATÓRIO (15/07/19): HB: 11,4 LEUCO: 10600 PLAQ: 178000 TGO: 28 TGP: 20 UREIA: 77 CR: 1,3</p> <p>GUIA PARA SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO NO SISREG PREENCHIDA - AGUARDA MARCAÇÃO</p> <p>RISCO CIRÚRGICO BAIXO</p> <p>CD: VPM</p> <p><i>Solicito que seja: ACESSO central + cirurgia</i></p> <p>CIRURGIA 24/07/2019 Quarta HWR</p> |

|   | PRESCRIÇÃO                                         | HORÁRIO |
|---|----------------------------------------------------|---------|
| 1 | DIETA VO LIVRE ( <i>Jejum A partir das 00:00</i> ) |         |
| 2 | SFO, 9% 1500 ML EV PARA 24 HORAS                   |         |
| 3 | DIPIRONA 35 GOTAS VO, SN                           |         |
| 4 | OMEPRAZOL 40MG VO 1X DIA EM JEJUM                  |         |
| 5 | SSVV + CCGG                                        |         |

Dr. Manoel Fernandes de Oliveira  
Ortopedia e Traumatologia  
Médico do Trabalho  
CRM-RR 2285 / OAB-RN 5701

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
AME MOSSORO  
SANE / ARQUIVO





HOSPITAL  
WILSON ROSADO

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Ana Luiza de Souza

Idade: 24

Reg. Geral: 14 2670

Convênio: Des

Unidade/Leito: 203-01

Clinica: Antep

Data: 29/07/20

Evolução Médica

P.O.1 Adriano Ferebrazano

Prescrição Médica

Aprazamento

- |                                      |            |
|--------------------------------------|------------|
| ① Dado Oral Livre                    | 24 00      |
| ② SF 0,9% 500ml CV 18/10L            | 21R 12L    |
| ③ Dexamet 0,5mg + AB 0 CV 6/64       | 04/18/16 ⑧ |
| ④ Telapir 90mg + AB 0 CV 22/15       | 04/18/16 ⑧ |
| ⑤ Aprofina 1g + AB 0 CV 6/64         | 04/18/16 ⑧ |
| ⑥ Bromazepam 0,5mg + AB 0 CV 8/18/15 | 2L         |
| ⑦ SSUV + C 0 0 6                     | Rotina     |

*[Signature]*  
Dr. Pedro Renato da Escóssia Pinheiro  
Ortopedia e Traumatologia  
RBO 14/381  
RBO 14/381

Medicação administrada por:

M

T

N





HOSPITAL  
WILSON ROSADO

Paciente:

Idade:

49a

Data:

24/07/19

Convênio:

Sus

## Relatório de Cirurgia

1. Cirurgia Principal:

Ligamento cruzado anterior

2. Cirurgia Secundária:

3. Cirurgião:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Enfermeiro(a):

4. Anestesista:

5. Instrumentador:

CRM:

CRM:

CRM:

COREN:

CRM:

COREN:

Valdemir M. S. Oliveira  
COREN-RN 150.155-ENG

6. Tecido removidos: ☐ Não ☐ Sim

Especificar:

7. Análise Patológica:

☐ Não ☐ Sim

Laudo:

☐ Maligno ☐ Benigno Dr.:

8. Classificação da Cirurgia:

☐ Limpa ☐ Potencialmente contaminada  
☐ Contaminada ☐ Infectada

9. Contaminação Intra-operatória:

☐ Não ☐ Sim

10. Programação:

☐ Eletiva ☐ Urgência ☐ Emergência

11. Trauma:

☐ Não ☐ Sim Data: / / Hora: :

12. Infecção atual em outro Sistema:

☐ Não ☐ Sim Tipo:

13. Drenos:

☐ Não ☐ Sim Tipo:

14. Protoso (s):

☐ Não ☐ Sim Tipo:

15. Descrição do procedimento cirúrgico no verso

Assinatura Cirurgião:

Data:

Para anestesia local, informar:

Hora do início do procedimento:

Hora do término do procedimento:

CRM:

Dr. Paulo Romero da Costa Pinheiro  
Ortopedia e Traumatologia  
TEOT 14091  
CRM 14091





**CAM**  
CLÍNICA DE ANESTESIOLOGIA  
DE MOSSORÓ LTDA.

# Clínica de Anestesiologia de Mossoró Ltda.

## FICHA DE ANESTESIA

ANA LÚCIA DE SOUZA GUIMARÃES CASANOVA  
NOME Glennora Cabral Barreira da Mota DATA 24.07.19

SERVIÇO HWB - SUS ORTOP ANESTESISTA Dayane Santos CIRURGIÃO Pablo + Gustavo

IDADE 48 SEXO F COR B PR. ART. 170/90 PULSO 90 TEMP. — ESTADO FÍSICO 1 2 3 4 5 PRÉ-ANESTÉSICO —

DIAGNÓSTICO Fratura platô tibial

OPERAÇÃO REALIZADA Trat. cirúrg. fr. platô tibial (0409050557)

INÍCIO 20:40 TÉRMINO 21:20 DURAÇÃO 40 ROTINA — EMERGÊNCIA — EXTRA —

SpO<sub>2</sub> 94-94-94

ETCO<sub>2</sub> —

| HORA | OBSERVAÇÕES                                                                                              |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 020  | X Monitorização -<br>revisão de ventilação<br>Ao 100% SMH 6L/min                                         |
| 025  | 1 Midazolam 3mg IV                                                                                       |
| 030  | Fentanyl 100mcg IV                                                                                       |
| 035  | Cetamina 20mg IV                                                                                         |
| 040  | 4 Cetatolona 20g +<br>Paritalona 50mg +<br>Dexametasona 10mg +<br>Ondansetron 8mg +<br>Dipirona 2g no SF |
| 045  | 3 Propofol 20mg IV                                                                                       |
| 050  | X Ao 100% Reduzir AO                                                                                     |
| 055  | Soro AL                                                                                                  |
| 060  | Sangue —                                                                                                 |
| 065  | Outros —                                                                                                 |

TÉCNICA ANEST. GERAL: ( ) INALATÓRIA: ( ) ENDOTRACHEAL: ( ) BALANCEADA: ( ) SEDUÇÃO: (X)  
ANEST. REGIONAL: ( ) RAQUIDIANA: ( ) PERIDURAL: ( ) OUTROS: ( )

AGENTES EMPREGADOS Midazolam 3mg + Fentanyl 100mcg + Cetamina 10mg +

Propofol 20mg

ACORDADO SIM ☒ NÃO ☐ SALA DE RECUPERAÇÃO SIM ☒ NÃO ☐ CONDIÇÕES B ☒ R ☐ G ☐ P ☐ ÓBITO



Descrição dos procedimentos cirúrgicos

- ① KJ - DDM no local
- ② Intervenção
- ③
- ④

Dr. Paulo Roberto de Sousa Pinheiro  
Ortopedia e Traumatologia  
TEOT 14391  
CRM/RN 5524



EVOLUÇÃO - MÉDICA

Paciente: 1219580 - ANA LUZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO

Idade: 50 Anos

Leito: 203-01

25/07/2019

19:19:34 # PO DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO PERNA ESQUERDA

ALERTA, CONSCIENTE E ORINETADA

NEUROVASCULAR PRESERVADO

USO DE TALA INGUINO PODALICA

CD

ALTA HOSPITALAR

RETORNO EM 7 DIAS PARA CIRURGIA DEFINITIVA

6439 - EDUARDO CORREIA LIMA RODRIGUES  
MEDEIROS





**CARDIODIAGNÓSTICO LTDA**  
PEDRO VELHO, 250 - SANTO ANTONIO  
59611-010, MOSSORO/RN  
CNPJ: 35.650.324/0001-50  
TELEFONE: (84) 3318-9000

Pág.: 1/1

PACIENTE: 1219580-ANA LUIZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO

IDADE: 49 A,7 M,10

SUS

ENFERMARIA: 203-AP 203

LEITO:203-01

ADMISSÃO: 24/07/2019

DIAS INTERNADO: 1

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

25/07/2019 - 19:20:00

DIETA LIVRE

SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500 ML

1,00FR IV

08/0811

DIPIRONA 500MG/ML 2ML

1,00AMP IV

06/0611

TRAMAL 50MG/ML 2ML

1,00AMP IV

06/0611

SN

SSVV+ CCGG

ALTA HOSPITALAR

*Roberto*

*[Handwritten signature]*  
Livia Karina Freitas da Silva  
CRM: 10.100/0-0  
Régio de Saúde - Mossoró - RN

6439 - EDUARDO CORREIA LIMA RODRIGUES MEDEIROS

IPG SOLUÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 09/06/2020 20:42:22

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060920422261600000054437540>

Número do documento: 20060920422261600000054437540

Num. 56628468 - Pág. 22

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1219580 - ANA LUIZA DE SOUZA GUMARAES CASTRO

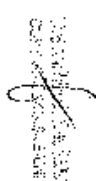
Page 1 of 1

Data da internação: 24/07/2019 - 09:43:00 Sexo: F Idade: 49 A, 7 M, 10 D  
Convênio: SUS  
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 203-01

24/07/2019

| Hora     | PA     | Temp  | FC | FR | Glicemia |
|----------|--------|-------|----|----|----------|
| 10:00:00 | 120x80 | 36,70 | 78 | 20 | 0        |

Assinatura

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                     |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 10:00:00 | ADMTO PACIENTE NESTE SETOR (POSTO 2, 2º ANDAR), SEXO FEMININO, 49 ANOS, PROVENIENTE DO HRTM, EM MACA, ACOMPANHADA DE MAQUEIRO E FAMILIARES, PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANTO TIBIA. PACIENTE COM FIXADORES EM MD. EM JEJUM PARA CIRURGIA. MGA: HAS+DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA. RECEBO CONSCIENTE, ORIENTADA EM TEMPO E ESPAÇO, COMUNICATIVA, AOS SSVV, NORMOCÁRDICA, NORMOTENSA, PULSO RÍTMICO E REGULAR, AFEBRIL, EUPNEÚICA EM AA (SPO2: 95%), ACIANÓTICA, ANICTÉRICA, COM PERUSÃO TISSULAR PRESERVADA <25, AO EXAME CLÍNICO: COURO CABELUDO RÍGIDO, PELE ÍNTEGRA E SECA, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES COM MUCOSA OCULAR E ORAL CORADAS. SIG: ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS: INTESTINAIS E VESICAIS PRESENTES E NORMAIS. LIVRE DE EDEMAS, COM SONO PRESERVADO, HIGIENE SATISFATÓRIA, SEM QUEIXAS NO MOMENTO. FOI REALIZADO BANHO NO LETO, COM CLOREXIDINA DEGERMANTE, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. A PACIENTE NÃO TEM CONDIÇÕES DE ACESSO, AGUARDA CIRURGIA. | THATIANE MICHELLE FREITAS |  |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA  
HOSPITAL WILSON ROSADO  
PEDRO VELHO, 250  
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-310  
CNPJ: 35.650.324/0001-50  
TELEFONE: (54) 3315-5000

WILSON ROSADO

## ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1219580 - ANA LUIZA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO

Data da internação: 24/07/2019 - 09:43:00 Sexo: F Idade: 49 A, 7 M, 10 D  
Convenio: SUS  
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 203-01

24/07/2019

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |                                                                      |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 14:00:00 | RECEBO PACIENTE PRÉ DE CIRURGIA ORTOPEDICA, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, DIETA POR VO, VIABILIZANDO SUAS NECESSIDADES, VIABILIZANDO HIDRATAÇÃO + TERAPIA MEDICAMENTOSA, AO EXAME: NORMOTENSO, NORMOCARDICA, EUPNEICO, AFEBRIL, SEM EDEMA, SEM HEMATOMA, CURATIVO LIMPO E SECO NA FO, COM FIXADOR NO MTD, O CORPO INTOXICADO COM VERMELHIDÃO, MESMO NÃO APRESENTA QUEIXAS NO MOMENTO SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO. - PA: 130/80 TAX: 35,40% F.C.: 55 F.R.: 20 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O <sub>2</sub> : 98 Fi O <sub>2</sub> : 0 Ventilação: Decúbito: | JOELMA KARLA DUARTE MARINHO | Livia Karina D. Freitas<br>Técnica de Enfermagem<br>CORE-PLAN 73.179 |
| 14:16:00 | TRANSFIRO PACIENTE PARA CC, EM MACA, ACOMPANHADO POR MAQUEIRO E FAMILIAR COM PRONTUÁRIO. - PA: TAX: 0,00% F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O <sub>2</sub> : 0 Fi O <sub>2</sub> : 0 Ventilação: Decúbito:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | JOELMA KARLA DUARTE MARINHO | Livia Karina D. Freitas<br>Técnica de Enfermagem<br>CORE-PLAN 73.179 |

Sigeh - Sistema para Gestão Hospitalar

JPG Soluções em Informática (85) 9944-5764



HOSPITAL  
WILSON ROSADO

Paciente: Ana Lúcia de Souza Guimarães Cidade: 244 Registro: 142670  
Setor: CC Médico: Dr. Paulo Enferm./Leito: 203-01

| Data     | Hora  | Evolução de Enfermagem                                                                                                                                                                                                                                               | Assinatura                            |
|----------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 24/07/19 | 14:40 | Paciente no CC em sala, proveniente do Posto, consciente, orientado, no posto não há máquina e parâmetros como: caloria, glicemia, eletrólitos, etc. Segue para a sala de cirurgia com H.P. em MS. Verificação de rotina da sala e cuidados da equipe de enfermagem. |                                       |
| 24/07/19 | 08:20 | Paciente transportado do CC para S.O. Recebe paciente na S.O. para realizar cirurgia por Dr. Paulo.                                                                                                                                                                  | Mozão<br>Mozão                        |
| 24/07/19 | 08:40 | Início da Anestesia Sedação. Paciente monitorizada, com A.V.P., com M.V.                                                                                                                                                                                             | Lea Elémica<br>Rodrigues<br>-- 864638 |
|          | 09:45 | Início do procedimento.                                                                                                                                                                                                                                              |                                       |
|          | 21:20 | Terminado o procedimento.                                                                                                                                                                                                                                            |                                       |
|          | 21:30 | Termino da Anestesia Sedação.                                                                                                                                                                                                                                        |                                       |
| 24/07/19 | 21:40 | Paciente encaminhado para o CC, com A.V.P., com curativo em F.O., em O2 ambiente suplementar e seguir para a sala de cuidados da equipe.                                                                                                                             | Lea Elémica<br>Rodrigues - 864638     |
|          | 21:55 | Paciente recebido no CC, no bloco S.O.                                                                                                                                                                                                                               |                                       |
|          | 22:15 | Administração de 10ml + ABD. Conforme prescrição médica.                                                                                                                                                                                                             |                                       |
|          | 23:55 | Paciente desperto, em posição de decúbito lateral, com A.V.P. em O2 ambiente suplementar.                                                                                                                                                                            |                                       |



ANOTAÇÃO DE EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

1219580 - ANA LUZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO

Data da internação: 24/07/2019 - 09:43:00 Sexo: F Idade: 49 A, 7 M, 10 D  
Convenio: SUS  
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 203-01

25/07/2019

Profissional Assinatura

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |                                                                                   |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 0:00 | Pa: 120/80, Temp.: 36, FC: 75, FR: 21, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O <sub>2</sub> : 94, FI: O <sub>2</sub> : 0, Ventilação: , Decúbito: RECEBO PACIENTE VINDO DO CC EM MACA ACOMPANHADO DE MAQUEIRI E FAMILIAR CONSCIENTE, ORIENTADA, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES EM 02 AMBIENTE, COM AVP VIABILIZANDO HIDRATAÇÃO + TERAPIA MEDICAMENTOSA, AO EXAME: NORMOTENSA, NORMOCARDICA, EUPNEICA, AFEBRIL COM DIURESE PRESENTE SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.<br>ADMINISTRADO SFO 500ML IV CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA | LUZINEIDE |  |
| 4:00 | Pa: , Temp.: 0, FC: 0, FR: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O <sub>2</sub> : 0, FI: O <sub>2</sub> : 0, Ventilação: , Decúbito: ADMINISTRADO 1 AMP DIPIRONA + ABD IV, 1 FA CEFZOLINA 1G + ABD IV CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                                                                                                      | LUZINEIDE |  |

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1219580 - ANA LUZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO

Data da internação: 24/07/2019 - 09:43:00 Sexo: F Idade: 49 A, 7 M, 10 D  
Convênio: SUS  
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 203-01

25/07/2019

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

Assinatura

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                   |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 08:00:00 | RECEBO PACIENTE NESTE SETOR PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLAVALTO TIBIA. PACIENTE COM FIXADORES EM MID. RECEBO CONSCIENTE, ORIENTADA EM TEMPO E ESPAÇO, COMUNICATIVA. AOS SSVV: NORMOCÁRDICA, NORMOTENSA, PULSO RÍTMICO E REGULAR, AFEBRIL, EUPNEICA EM AA (SPO2: 95%). ACIANÓTICA, AMICÉTERICA, COM PERFUSÃO TISSULAR PRESERVADA <2S. AO EXAME CLÍNICO: COURO CABELUDO RÍGIDO, PELE ÍNTEGRA E SECA, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES COM MUCOSA OCULAR E ORAL CORADAS. SIC: ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS: INTESTINAIS E VESICIAIS PRESENTES E NORMAIS. LIVRE DE EDEMAS. COM SONO PRESERVADO, HIGIENE SATISFATORIA. SEM QUEIXAS NO MOMENTO. FOI REALIZADO BANHO NO LEITO, COM CLOREXIDINA DEGERMANTE. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. | THATIANE MICHELLE FREITAS |  |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA  
HOSPITAL WILSON ROSADO  
PEDRO VELHO, 250  
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010  
CNPJ: 35.650.324/0001-50  
Tel.: (54) 3349-9000

HOSPITAL  
WILSON ROSADO

Page 1 of 1

## ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1219580 - ANA LUIZA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO

Data da internação: 24/07/2019 - 09:43:00 Sexo: F Idade: 49 A, 7 M, 10 D  
Convenio: SUS  
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 203-01

25/07/2019

Anotação

|          | Anotação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Técnico(a)                 | Assinatura |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------|
|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                            |            |
| 07:00:00 | RECEBO PACIENTE EM SEU LEITO, PÓS RETIRADA DE FIXADOR, EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, EM O2 AMBIENTE, COM AVP VIABILIZANDO HV + TERAPIA MEDICAMENTOSA, COM CURATIVO NA F.D LIMPO E SECO, DIURESE PRESENTE, EVACUAÇÕES ESPONTÂNEA (SIC), ACEITA DIETA POR VO, PORÉM SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO DA VISITA, AO EXAME: NORMOCARDICO, NORMOTENSO, EUPNEICO, AFEBRIL, E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. - PA: 120x80 TAX: 36,00% F.C.: 78 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O <sub>2</sub> : 98 Fi O <sub>2</sub> : 0 Ventilação: Decúbito: | BRENNA MAKXENNY<br>CORREIA |            |
| 10:00:00 | ADMINISTRADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA, DIPIRONA 1 AMP + ABD IV, CERAFLOTINA 1 G + ABD IV. - PA: TAX: 0,00% F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Fi O <sub>2</sub> : 0 Ventilação: Decúbito:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | BRENNA MAKXENNY<br>CORREIA |            |
| 12:00:00 | ADMINISTRADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA, SF 0,9% 500 ML IV. - PA: TAX: 0,00% F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O <sub>2</sub> : 0 Fi O <sub>2</sub> : 0 Ventilação: Decúbito:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | BRENNA MAKXENNY<br>CORREIA |            |

Sigeh - Sistema para Gestão Hospitalar

JPG Soluções em Informática (85) 3994-5764



CARDIOHISTÓLOGICO LTDA  
HOSPITAL WILSON ROSADO  
PEDRO VELHO, 250  
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010  
CNPJ: 35.650.324/0001-50  
Tel: (041) 3319-0699

HOSPITAL  
WILSON ROSADO

Page 1 of 1

## ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1219580 - ANA LUIZA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO

Data da internação: 24/07/2019 - 09:43:00 Sexo: F Idade: 49 A, 7 M, 10 D  
Convênio: SUS  
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 203-01

25/07/2019

### Anotação

|          | Anotação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Técnico(a)                  | Assinatura                                                           |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------|
|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |                                                                      |
| 14:00:00 | RECEBO PACIENTE, POS DE CIRURGIA ORTOPEDICA, CONSCIENTE ORIENTADO, RESPIRAÇÃO EM AR AMBIENTE, DIETA POR VO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, VIABILIZANDO HIDRATAÇÃO + TERAPIA MEDICAMENTOSA, AO EXAME: NORMOTENSO, NORMOCARDICO, EUPNEICO, AFEBRIL, SEM EDEMA, SEM HEMATOMA, DIURSESE PRESENTE, EVACUAÇÃO PRESENTE, O MESMO NÃO APRESENTA QUEIXAS NO MOMENTO SEGUIE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO. - PA: 120/70 TAX: 36,50% F.C.: 77 F.R.: 20 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O <sub>2</sub> : 95 FI O <sub>2</sub> : 0 Ventilação: Decúbito: | JOELMA KARLA DUARTE MARINHO | JOELMA KARLA DUARTE MARINHO<br>Téc. de Enfermagem<br>COREN-RN 756175 |
| 16:00:00 | ADMINISTRADO 1 AMP DE EPIROINA+ABD IV, 1 FRASCO DE CEFALOTINA+ABD IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA. - PA: TAX: 0,00% F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O <sub>2</sub> : 0 FI O <sub>2</sub> : 0 Ventilação: Decúbito:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | JOELMA KARLA DUARTE MARINHO | JOELMA KARLA DUARTE MARINHO<br>Téc. de Enfermagem<br>COREN-RN 756175 |

Sigeb - Sistema para Gestão Hospitalar

JPG Soluções em Informática (85) 3344-5764



HOSPITAL  
WILSON ROSADO

## PLANOS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Paciente: Ana Luíza de Souza Guimarães  
Clínica: \_\_\_\_\_

Clinical:

Cuidados Especiales:

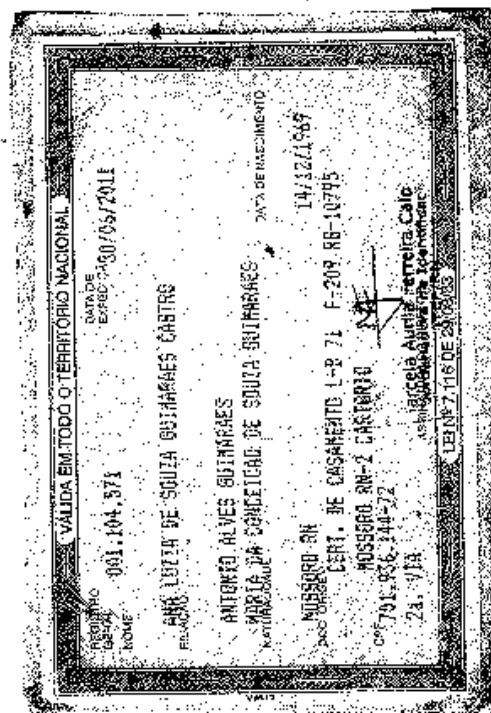
Eni:

## Links

[illegible]

Visto Enfermeiro





Vigência





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 15 de Novembro de 1988  
 Ministério da Justiça  
 Departamento Nacional de Identificação

**ISRAEL LUCAS GUIMARÃES CASTRO**

**1467653312**

**04558240419**

**11/06/2019**

**04/02/2016**

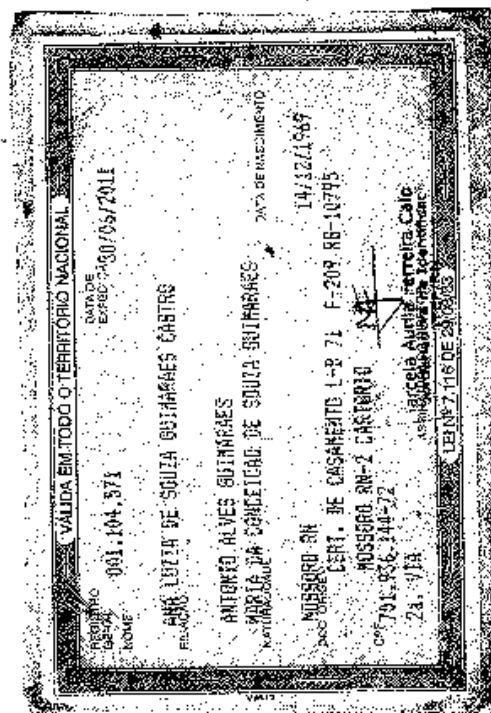
**10/03/2017**

**58465711105**

**58702579274**

**RIO GRANDE DO NORTE**





*Vigilância*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 15 de Novembro de 1988  
 Ministério da Justiça  
 Departamento Nacional de Identificação

**ISRAEL LUCAS GUIMARÃES CASTRO**

**1467653312**

**04558240419**

**11/06/2019**

**04/02/2016**

**10/03/2017**

**58465711105**

**58702579274**

**RIO GRANDE DO NORTE**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADANES

DETRAN - RN Nº 014100241832

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA RENAVAN 0118258079 EXERCÍCIO 2019

LIBERAL, LINDAS GUIMARANES CASTRO

017.207.234-08 PLACA QEX0A92

08X0A92/RN

PASSEIROS/MOTOCICLISTAS/NAO ABILITADO COMBUSTIVEL

YAMAHA/YBR125I FACTOR ED

001/125 CILINDRADAS

001/125 CILINDRADAS

001/125 CILINDRADAS

001/125 CILINDRADAS

001/125 CILINDRADAS

001/125 CILINDRADAS

001/125 CILINDRADAS

001/125 CILINDRADAS

001/125 CILINDRADAS

001/125 CILINDRADAS

001/125 CILINDRADAS

001/125 CILINDRADAS

001/125 CILINDRADAS

001/125 CILINDRADAS

001/125 CILINDRADAS

001/125 CILINDRADAS

001/125 CILINDRADAS

001/125 CILINDRADAS

001/125 CILINDRADAS

001/125 CILINDRADAS

001/125 CILINDRADAS

001/125 CILINDRADAS

001/125 CILINDRADAS

001/125 CILINDRADAS

001/125 CILINDRADAS

001/125 CILINDRADAS

001/125 CILINDRADAS

001/125 CILINDRADAS

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190716595 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANA LUZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO **Data do acidente:** 12/07/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 27/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P.7,11  
ALTA MÉDICA.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

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

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



# PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

|                |                                            |               |                |
|----------------|--------------------------------------------|---------------|----------------|
| NOME:          | Ana Luzia de Souza Guimarães Castro        |               |                |
| NACIONALIDADE: | Brasileira                                 | ESTADO CIVIL: | casada         |
| PROFISSÃO:     |                                            |               |                |
| IDENTIDADE:    | 004.104.543                                | CPF:          | 701.936.144-72 |
| ENDEREÇO:      | Rua Getúlio de Jesus nº 1445 Santo Antonio |               |                |

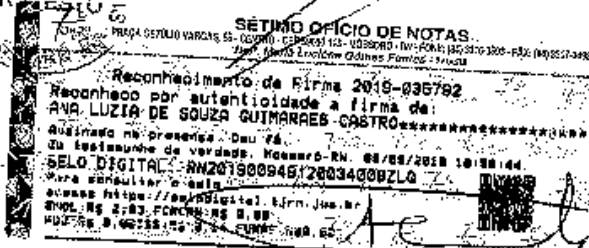
OUTORGADO

|                |                                            |               |                |
|----------------|--------------------------------------------|---------------|----------------|
| NOME:          | Daniel Lucas Guimarães Castro              |               |                |
| NACIONALIDADE: | Brasileira                                 | ESTADO CIVIL: |                |
| PROFISSÃO:     |                                            |               |                |
| IDENTIDADE:    | 003.18.6943                                | CPF:          | 017.207.214-08 |
| ENDEREÇO:      | Rua Getúlio de Jesus nº 1445 Santo Antonio |               |                |

NOME DA VÍTIMA: Ana Luzia de Souza Guimarães Castro  
 DATA DO ACIDENTE: 12/07/2019 COBERTURA: Integridade

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

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



Mossoró, 05/09/19  
 LOCAL E DATA

Ana Luzia de Souza Guimarães Castro  
 ASSINATURA DO OUTORGANTE  
 (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Abdoral Gomes Fontes  
 CPF. 468.490.344-87  
 SUBSTITUTO



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364233/19

**Vítima:** ANA LUZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO

**CPF:** 701.936.144-72

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 12/07/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ANA LUZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### ISRAEL LUCAS GUIMARAES CASTRO : 017.207.214-08

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

#### ANA LUZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO : 701.936.144-72

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/10/2019  
Nome: ISRAEL LUCAS GUIMARAES CASTRO  
CPF: 017.207.214-08

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2019  
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA  
CPF: 021.292.004-94

ISRAEL LUCAS GUIMARAES CASTRO

GERCIA LOURENCO DA SILVA





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

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190716595

Vítima: ANA LUZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO

Data do Acidente: 12/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISRAEL LUCAS GUIMARAES CASTRO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANA LUZIA DE SOUZA GUIMARAES CASTRO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, 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.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15291585

Pag. 01167/01168 - carta\_01 - INVALIDEZ







## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha a(s) opção(s) de cobertura: ☐ DIÁRIA (Cobertura de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ RESCATE

2 - Nº do documento A-1: 703 936 344 - 72 3 - Nome completo do titular: Ana Lúcia de S. G. Castro

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

4 - Nome completo: Ana Lúcia de Souza G. Castro 5 - CPF: 703 936 344 - 72 6 - Data de nascimento: 04/09/1945 7 - Sexo: F 8 - Profissão: Casa 9 - Estado: São Paulo 10 - Complemento: 11 - Cidade: São Antonio 12 - Cidade: Morrão 13 - Bairro: W. 14 - CEP: 39611-010 15 - Tel. (DDD): (84) 99827-0066

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

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

19 - CPF do Representante Legal: 20 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

Declaro, sob juramento, sob o risco de sanção, que a renda mensal informada, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA), é a seguinte:

21 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ R\$ 1.000,00 A R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.000,00 A R\$ 2.000,00 ☐ R\$ 2.000,00 A R\$ 5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 5.000,00

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

☒ CONTA POUÇANÇA (Reserva de Poupança) ☐ CONTA CORRENTE (Conta Corrente)

23 - Banco: ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (340) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (100)

24 - Agência: 0560 25 - Conta: 339 29 26 - Agência: 27 - Conta:

28 - Agência: 29 - Conta: 30 - Agência: 31 - Conta:

32 - Agência: 33 - Conta: 34 - Agência: 35 - Conta:

36 - Agência: 37 - Conta: 38 - Agência: 39 - Conta:

40 - Agência: 41 - Conta: 42 - Agência: 43 - Conta:

44 - Agência: 45 - Conta: 46 - Agência: 47 - Conta:

48 - Agência: 49 - Conta: 50 - Agência: 51 - Conta:

52 - Agência: 53 - Conta: 54 - Agência: 55 - Conta:

56 - Agência: 57 - Conta: 58 - Agência: 59 - Conta:

60 - Agência: 61 - Conta: 62 - Agência: 63 - Conta:

64 - Agência: 65 - Conta: 66 - Agência: 67 - Conta:

68 - Agência: 69 - Conta: 70 - Agência: 71 - Conta:

72 - Agência: 73 - Conta: 74 - Agência: 75 - Conta:

76 - Agência: 77 - Conta: 78 - Agência: 79 - Conta:

80 - Agência: 81 - Conta: 82 - Agência: 83 - Conta:

84 - Agência: 85 - Conta: 86 - Agência: 87 - Conta:

88 - Agência: 89 - Conta: 90 - Agência: 91 - Conta:

92 - Agência: 93 - Conta: 94 - Agência: 95 - Conta:

96 - Agência: 97 - Conta: 98 - Agência: 99 - Conta:

100 - Agência: 101 - Conta: 102 - Agência: 103 - Conta:

104 - Agência: 105 - Conta: 106 - Agência: 107 - Conta:

108 - Agência: 109 - Conta: 110 - Agência: 111 - Conta:

112 - Agência: 113 - Conta: 114 - Agência: 115 - Conta:

116 - Agência: 117 - Conta: 118 - Agência: 119 - Conta:

120 - Agência: 121 - Conta: 122 - Agência: 123 - Conta:

124 - Agência: 125 - Conta: 126 - Agência: 127 - Conta:

128 - Agência: 129 - Conta: 130 - Agência: 131 - Conta:

132 - Agência: 133 - Conta: 134 - Agência: 135 - Conta:

136 - Agência: 137 - Conta: 138 - Agência: 139 - Conta:

140 - Agência: 141 - Conta: 142 - Agência: 143 - Conta:

144 - Agência: 145 - Conta: 146 - Agência: 147 - Conta:

148 - Agência: 149 - Conta: 150 - Agência: 151 - Conta:

152 - Agência: 153 - Conta: 154 - Agência: 155 - Conta:

156 - Agência: 157 - Conta: 158 - Agência: 159 - Conta:

160 - Agência: 161 - Conta: 162 - Agência: 163 - Conta:



AUTO-ATENDIMENTO - AO TERRA DO SUL RN

DATA: 06/08/2019

HORA: 15:53:59

TERMINAL: 30641028

CONTROLE: 306419280637

DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0560 001.00031929-9

NOME: ANA LUIZA DE S GUIMARAES CASTRO

TIPO DE CONTA: 001 - CONTA CORRENTE PESSOA FÍSICA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: R\$ 100,00

TELEFONE DEPOSITANTE: 84 99960-9618

NÚMERO DO ENVELOPE: 5961774287

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 040252/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/09/2019 10:41 Data/Hora Fim: 04/09/2019 10:42  
Origem: Data: 04/09/2019  
Delegado de Polícia: Valtair Camilo de Paiva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Fato: 2º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 12/07/2019 19:30

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)  
Logradouro: Seis de janeiro com Delfim Moreira

Bairro: Santo Antônio

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza                                                                                                          | Meio(s) Empregado(s) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB) | Veículo              |

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTÔNIO FLÁVIO AZEVEDO DE CASTRO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Upanema Sexo: Masculino Naso: 03/05/1970  
Profissão: Autônomo  
Estado Civil: Casado(a)  
Nome da Mãe: Rita Dantas de Azevedo Castro

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 778.243.774-15

Endereço

Município: Mossoró - RN  
Logradouro: Seis de Janeiro Nº: 1445  
Bairro: Santo Antônio  
Telefone: (84) 98638-8131 (Celular)

Nome Civil: ANA LÚZIA DE SOUZA GUIMARÃES CASTRO (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Mossoró Sexo: Feminino Naso: 14/12/1969  
Estado Civil: Casado(a)  
Nome da Mãe: Maria da Conceição de Souza Guimarães

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 701.936.144-72

Endereço

Município: Mossoró - RN  
Logradouro: SEis de janeiro Nº: 1445  
Bairro: Santo Antônio

Nome Civil: MOTOCICLISTA DESCONHECIDO, NÃO SABE A APLACA OU TIPO DO VEÍCULO (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino



Delegado de Polícia Civil: Valtair Camilo de Paiva  
Impresso por: Helder Emerson Nogueira Jerônimo  
Data de Impressão: 04/09/2019 10:42  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 040252/2019-A01

Endereço

Município: Mossoró - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário: 017.207.214-08

Placa: QGXDA92

Renavam: 01186258079

Número do Motor: E3T8E-025190

Número do Chassi: 9C6RE2140L0005390

Ano/Modelo Fabricação: 2020/2019

Cor: VERMELHA

UF Veículo: Rio Grande do Norte

Município Veículo: Mossoró

Marca/Modelo: YAMAHA/YBR125I FACTOR ED

Modelo: YAMAHA/YBR125I FACTOR ED

Veículo Adulterado?: Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Meio Empregado

Última Atualização Denatran: 29/03/2019

Situação do Veículo: ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

Envolvimentos

Antônio Flávio Azevedo de Castro

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Declarou que estava parado na via na sua moto com a Sra. Ana Luzia de Sousa Guimarães Castro na garupa quando o sinal abriu, em seguida, sinalizou para entrar à direita, nesse momento, a autora do fato colidiu a sua moto contra a lateral da sua motocicleta; Que sofreram queda da moto na via; Que foram encaminhados pelo SAMU ao HRTM; Que a autora do fato se evadiu; Que o BO é para fins de DPVAT; Que não desejou representação criminal; Nada mais disse.

ASSINATURAS

Helder Emerson Nogueira Jerônimo

Agente de Polícia  
Matrícula: 1690205

Responsável pelo Atendimento

Antônio Flávio Azevedo de Castro

(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) autor(es) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela falsidade das informações que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa do Crime ou da Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Valtair Camilo de Paiva  
Impresso por: Helder Emerson Nogueira Jerônimo  
Data de Impressão: 04/09/2019 10:42  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

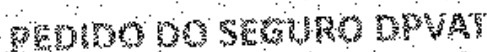


Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 09/06/2020 20:42:22

<https://pje1g.trjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060920422261600000054437540>

Número do documento: 20060920422261600000054437540

Num. 56628468 - Pág. 43



A7 - Assinature da Representante Legal (se houver)

Num. 56628468 - Pág. 44



**SAMU  
MOSSORÓ  
192**

**Prefeitura Municipal de Mossoró  
Secretaria Municipal da Saúde  
SAMU MOSSORÓ 192**

**DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 440**

Mossoró 12 de Agosto de 2019

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário **ANA LUZIA DE SOUZA GUIMARÃES, 49 anos.**

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

**Data da Ocorrência:** 12/07/2019

**Local da ocorrência:** Cruzamento das ruas: Delfim Moreira com Seis de Janeiro/Santo Antônio/próximo ao Apetito

**Viatura:** Bravo – Unidade de Suporte Básico de Vida - 01

**Hora do Chamado:** 19h 54min.

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

Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: Jorge Luís Soares, 50 anos, portador de **RG: 002.054.384.**

Estamos à disposição para mais informações.

SILVANIA DO MONTE SANTIAGO  
Diretora Administrativa do SAMU/Mossoró

**Silvania do Monte Santiago**  
Matrícula 58682-1

Diretora Administrativa do **SAMU/Mossoró**

Dr. Dixon F. Medeiros Lima  
Diretor Geral do SAMU/Mossoró

**Dixon Fradik Medeiros Lima**  
Matrícula 405418-3

Diretor Geral do **SAMU/ Mossoró**

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

