



Número: **0800606-52.2020.8.20.5113**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara da Comarca de Areia Branca**

Última distribuição : **12/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.555,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA APARECIDA DA SILVA LOBATO (AUTOR)		LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58185035	30/07/2020 21:21	2737678_CONTESTACAO_Anexo_03	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: 09/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA APARECIDA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03568

CONTA: 000000014310-2

Nr. da Autenticação 9917A0C6416100A6



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190714868 **Cidade:** Areia Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA APARECIDA DA SILVA **Data do acidente:** 13/11/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FASCIOTOMIA) E ALTA MÉDICA.
(P1,3,4)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00





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, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190714868

Vítima: MARIA APARECIDA DA SILVA

Data do Acidente: 13/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSEANGELA DE ARAUJO FERNANDES SOUSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA APARECIDA DA SILVA

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\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: **MARIA APARECIDA DA SILVA**

Valor: **R\$ 945,00**

Banco: **104**

Agência: **000003568**

Conta: **0000014310-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Meio do sinistro ou ASL: 3 - CPF do vítima: 1063288304-39 4 - Nome completo da vítima: Maria Aparecida da Silva Lobato

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSPEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Maria Aparecida da Silva Lobato 6 - CPF: 1063288304-39
7 - Profissão: Atendente 8 - Endereço: Rua Dom Bosco 9 - Número: 29 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Sth 12 - Cidade: Arica Branca 13 - Estado: W 14 - CEP: 59655-000
15 - E-mail: Nao possui 16 - Telefone: 84199827-0066

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.503,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.007,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (297) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3568 CONTA: 3430 2 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou mescluro (valioso)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando presente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

35 - Nome legal de quem assina a pedido (a cargo): Jorge Luis Soares

36 - CPF legal de quem assina a pedido (a cargo): 723459394-49

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a cargo): Jorge Luis Soares

38 - 1ª Nome: Alexandre Horc de Oliveira
CPF: 767467553-04

39 - 2ª Nome: Fabio Henrique da Silva
CPF: 082593739-04

40 - Local e Data: Manaus - W 02/02/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

FPS.001 V002/2019



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

GABINETE DO DELEGADO-GERAL
DELEGACIA MUNICIPAL DE AREIA BRANCA/RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 658/2019

Natureza da Ocorrência: Acidente de Trânsito.

Data e horário do fato: 13 de novembro de 2018, por volta das 13h00min.

Local da Ocorrência: Rua Jorge Caminho, de frente à Loja de Móveis, Areia Branca/RN.

COMUNICANTE: MARIA APARECIDA DA SILVA LOBATO, RG 002.166.846/RN e CPF nº 061.288.304-39, brasileiro (a), casada, natural de Macau-RN, nascida aos 09.11.1963, com 56 anos de idade, filho (a) de Teresa Flaurida da Silva, residente e domiciliado na Rua Dom Bosco, nº 25, bairro Ilha, Areia Branca/RN. Tel.: 84-9689.6751.

VÍTIMA(S): A Comunicante.

Acusado(s): NÃO IDENTIFICADO.

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA Informa a comunicante que na data, local e horários supramencionados, caminhava a pé seguindo às margens da BR-110, quando de frente a uma loja de móveis tentou atravessar a via de rolamento, quando foi atropelada por um veículo que passava e não lhe prestou socorro, sendo atendida no Hospital Regional Tarcísio Maia em Mossoró/RN. Nada mais disse.

OBS.: O comunicante se responsabiliza pelas informações contidas, no presente Boletim de Ocorrência, sob pena de responsabilidade criminal, com vistas no art. 340 do CPB

Areia Branca/RN, 13 de Novembro de 2019.


Comunicante


Roberto Alves Lima
Boletim de Ocorrência
Polícia Civil

Rua Desembargador Figueira, sn, Centro, Areia Branca
CEP 59.650.000 – Telefone: 84-3332.5045
Email: dmareiabranca@rn.gov.br





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h):
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP 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 COAF².

² SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO; ³ 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 Roseangela de Araújo Fernandes Sousa
inscrito (a) no CPF/CNPJ 066.532.644, / 39 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Maria Aparecida da S. Lobato inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.288.304, / 39
do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da vítima Maria Aparecida da S. Lobato
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.288.304, / 39, conforme determinação da Circular Susep 445/12;
Declaro Profissão: Revisor Renda: Revisor 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: <u>Rua Decoreia Talcoo Figueira</u>	Número: <u>15</u>	Complemento: <u>Casa 02</u>
Bairro: <u>Aeroporto</u>	Cidade: <u>Mossoro</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: <u>Não Possui</u>	CEP: <u>59607-780</u>	Tel.(DDD): <u>(84) 99821-0066</u>

Local e Data: _____ Mossoro - RN 02/12/19

x Roseangela de Araújo Fernandes Sousa
Assinatura do Declarante

DLRL.001 V001/2017





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 31412 /2018

Admissão: 13/11/2018 14:03:24

OK

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 26916 - MARIA APARECIDA DA SILVA LOBATO (55 a 4 d)

Nascimento: 09/11/1963

Natural: MACAU, BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS:

CPF:

Prof:

Mãe: TERESA FLAURIDA DA SILVA

Pai:

Logradouro: SITIO BAIXA GRANDE, 10

CEP: 59655000

Bairro: SITIO

Cidade: AREIA BRANCA

Telefone: 84.33153390 84 33153390

Compl:

Motivo: (alegado pelo paciente): ATROPELAM. POR CARRO

Tipo: REGULADO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

*Empresa:

OBS:					Classificação: 13/11/2018 13:50:35 PESO:				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: paciente apresenta hematoma na região do quadril/coxa. AREIA BRANCA - DR BRUNO

Hora: _____

Paciente vítima de acidente, deslocamento no dia 28/10/18 por brecha e este hospital, a paciente apresenta hoje hematoma com edema em região coxa direita com conteúdo líquido, mobil, e repouso dor no local.

A
B
C
D
E - Edema na coxa direita (hematoma)

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 12/11/2019

SAME / ARQUIVO

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORÁRIO

ASSINT.

1) Dieta liberada
meio noite

Jejum

2) S. Inalatório 0,9% - 500ml
S. Analgésico - 100ml

3) Cefalosporina 1g 6/6h, IV

*Saída: - () Decisão médica; () Outro Serviço; () Evasão; () Óbito ☒ Interna: CID T27.6

Proc. 40105080

Data: 14/11/18 Hr: 07:40 Ass. Médico: Adilson Jales

*Gerado via SX por ANTONIO HELIO DA SILVA. Impresso em 13 de Novembro de 2018.



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 30/07/2020 21:21:53

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073021215322000000055877326

Número do documento: 20073021215322000000055877326

Num. 58185035 - Pág. 8

Prontuário: 204533



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

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **MARIA APARECIDA DA SILVA LOBATO** (Fia: 4932/2018), CPF:06128830439.

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

Mossoró/RN, 14 de Novembro de 2018.

CCIH - HRTM

DATA 03/12/18

Assinatura


Paciente ou responsável

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA E
SAÚDE DA
DATA 29/11/18
ASSINATURA

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
CONFORME O ORIGINAL
MOSSORÓ 12/11/2019
BIM
FOME / ARQUIVO



V1 DR. RODRIGO.

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: _____		2 - CNES: _____	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: <u>HISTIM</u>		4 - CNES: _____	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE: <u>Maria Aparecida da Silva Lobato</u>		6 - Nº DO PRONTUÁRIO: _____	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____		8 - DATA DE NASCIMENTO: <u>9/11/1963</u>	
9 - SEXO: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F		10 - RAÇA/COR: _____	
11 - NOME DA MÃE: _____		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: _____	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL: _____		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: _____	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): _____		16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: <u>Aracaju - Sergipe</u>	
17 - CDD. IBSSE MUNICÍPIO: _____		18 - UF: _____	
19 - CEP: _____		20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: <u>Hematomas em M.D. após trauma</u> <u>1 trauma no braço esquerdo</u>	
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: <u>Para o tratamento</u>			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): <u>Exame físico</u>			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Lesão muscular</u>		24 - CID 10 PRINCIPAL: <u>T73.6</u>	
25 - CID 10 SECUNDÁRIO: <u>M14.9</u>		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____	
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: <u>Procedimento de membros inferiores</u>		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: <u>410.80.500.810</u>	
29 - CLÍNICA: <u>Aracaju</u>		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: <u>2</u>	
31 - DOCUMENTO: <u>() CNS (X) CPF</u>		32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: <u>011015131472141517</u>	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: <u>Dr. Rodrigo Lobato</u>		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: <u>15/11/18</u>	
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): <u>Dr. Rodrigo Lobato CRM-EM 5880</u>		36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		38 - () ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO	
39 - CNPJ DA SEGURADORA: _____		40 - Nº DO BILHETE: _____	
41 - SÉRIE: _____		42 - CNPJ EMPRESA: _____	
43 - CNAE DA EMPRESA: _____		44 - CBOR: _____	
45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA: <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____		47 - CDD. EMISSÃO EMISSOR: _____	
48 - DOCUMENTO: <u>() CNS (X) CPF</u>		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: <u>1/11/18</u>		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): <u>Dr. Rodrigo Lobato CRM-EM 5880</u>	
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>58185035</u>		53 - LOCAL REGIONAL TARDISIO: <u>ARACAJU</u>	
54 - CONFORME O ORIGINAL: <u>15/11/2019</u>		55 - MOSSORÓ: <u>31/11/2019</u>	
SAME / ARQUIVO			





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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Maria Aparecida de Silva Lobato Reg Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: Hemorroida em grau lateral de grau (D)

Indicação terapêutica: Ressecção com drenagem de hemorroida

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: 11:05 Duração: _____

Operador Dr. Elton

1ª Auxiliar: _____

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: Dr. Elton

Dr. Elton Nogueira
Cirurgia Geral / Coloproctologia
CRM-RN 5860

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

(X) Limpa () Pot. Contaminada () Contaminada () Infectada

Dr. Elton Nogueira

Dr. Elton Nogueira

Dr. Elton Nogueira

Dr. Elton Nogueira

Dr. Elton Nogueira

Dr. Elton Nogueira

Dr. Elton Nogueira

Dr. Elton Nogueira

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
BETA CONFORME O ORIGINAL
SANE BISSORO 19/11/20
BIM

Dr. Elton Nogueira
Cirurgia Geral / Coloproctologia
CRM-RN 5860

SANE/ARQUIVO





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

DÉBITO CIRÚRGICO

Nome do paciente: Ilacir Aparecida da S. Lobato nº do Pront.:
Cirurgia: Ressecção p/ drenagem hemática no Data: 15/11/18
Cirurgião: Dr. Elton Auxiliar: - Instrumentadora: Luciana
Anestesiologista: Dr. Figueira Anestesia: Raquel + sedação
Início da Cirurgia: 20:45 Término: 21:00

MATERIAL USADO	QUANTIDADE
* COMPRESSAS	10 unid.
* GASES	03 peds
* ESPARADRAPO	20cm
* COMPRESSAS	
* LÂMINA DE BISTURI Nº 24	01 unid.
* LUVAS 8.0, 7.0	03 unid.
* EQUIPO PARA SORO	
* S CALPS Nº	
* JELCOS	
* CATETER PARA SUBCLAVIA	
* SERINGAS DE 01 ML	
* SERINGAS DE 03 ML	
* SERINGAS DE 05 ML	
* SERINGAS DE 10 ML	
* SERINGAS DE 20 ML	02 unid.
* AGULHAS DESCARTÁVEIS Raquel	01 unid.
* Sonda ENDOTRAQUEAL Nº	
* TRAQUEOSTOMO	
* Sonda URETRAL Nº	
* Sonda FOLEY Nº	
* Sonda NASOGÁSTRICA Nº	
* CATETER PARA O2	
* Sonda PARA ASPIRAÇÃO Nº	
* COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	
* BOLSA DE COLESTOMIA	
* Dreno DE PENROSE Nº	
* Dreno DE TORAX Nº	
* ALADURA GESSADA	
* TAPA DE GRUPO	
* ALCOOL 70% OPÉDICO	
* CATGUT CROMADO	
* CATGUT SIMPLES	
* FIO DE ALGODÃO	
* MONONYLON	
* OUTROS FIOS	
* USO DO BISTURI ELÉTRICO	
* USO DE OXIGÊNIO	Sim
* SOLUÇÃO DE PVPI ALCOÓLICA	
* SOLUÇÃO DE PVPI DEGERMANTE	100ml
* SOLUÇÃO DE PVPI TÓPICO	
* SOLUÇÃO DE ÉTER	
* SOLUÇÃO DE ÁGUA OXIGENADA	
* SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%	
* SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER SIMPLES	
* MANITOL Eletrodos	05 unid.
* XILOCAINA A 2%	
* ARD 6000/ máscara	04 unid. de cada

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFERE O ORIGINAL
SANEAMENTO 12/11/2019
SANEAMENTO BIAN





690971-5596
3318-1092

Agenda

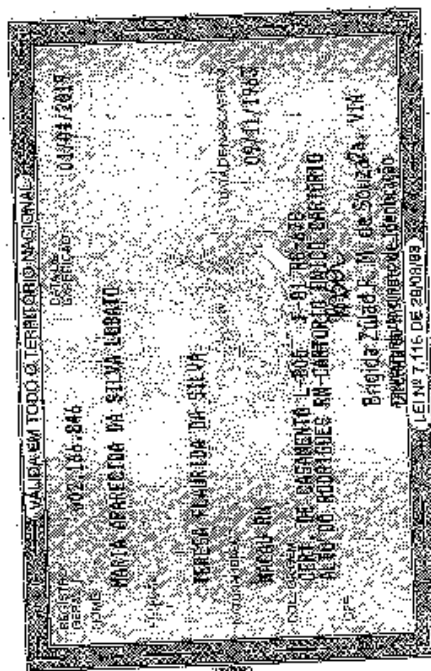
Nome: Monica Aparecida da Silva 55a Leito: 202-5

DATA	EVOLUÇÃO
16.11.2018	1º DPO por Fasciotomia por Drenagem de Ulmatoma
Fe: 67 bpm	em NID.
Fe: 22 irpm	Sonda de Anorexia durante recuperação. Nega febre ou vômito.
SaT02: 97% AN	Pel excluir estável hemodinamicamente, sem queixas no
Diúrese: (+)	momento. ACV: por 2T, ANE, SS DP: NVE (+) em AITx, SR
Evacuação: (+)	ABD: NDV

PRESCRIÇÃO

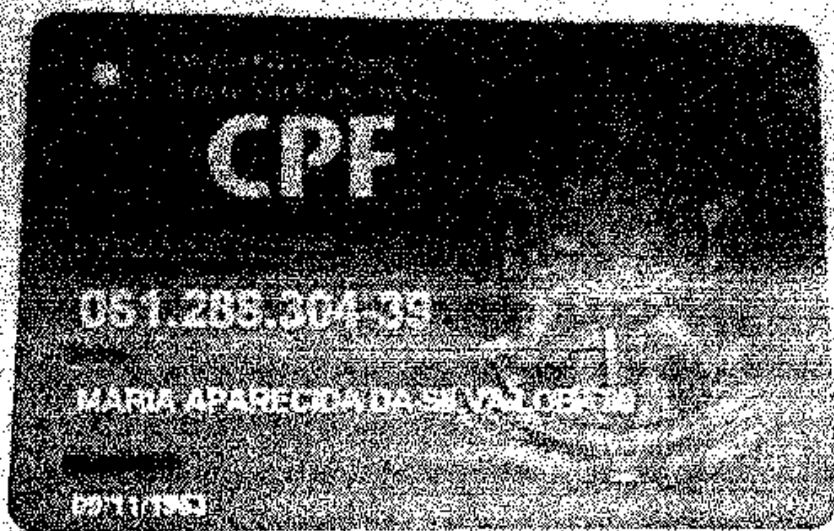
Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
16.11.18	① Dieta Líquida	VO		
	② SFO, 9% - 1000 ml p/ 24 hs	EV		
	③ Cefalotina 1g de 6/6 hs	EV		
	④ Dipirona: 01 amp de 6/6 hs	EV (SN)		
	⑤ Tramal 100mg: 03 FR + 100ml SFO, 9% de 8/8 hs	EV (SN)		
	⑥ Plasil 20ml + 18 ABD 8/8 hs	EV (SN)		
	⑦ Curativo diaário			
	⑧ Sambalear			
	⑨ SSVV + CCGG			
➔	⑩ Alta Hospitalar + Orientações para retornar em 02 dias (18-11-18) para reavaliação e retirada do druro + Medicação para casa			
	<div style="text-align: right;"> <p>Dr. Filipe A. L. de Medeiros Cirurgião Geral - Cir. Digestiva CRM 157174/25</p> </div>			
	HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO N. ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ 12/11/2018 BIM			
	SAME / ARQUIVO			

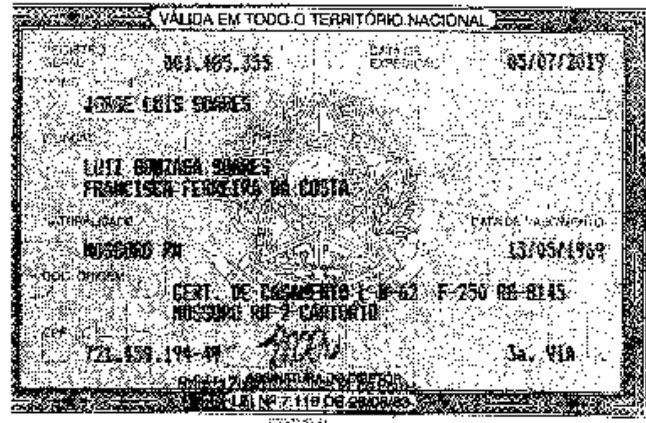




Vizima







4 A 1060



PROCURAÇÃO PARTICULAR – SEGURO DPVAT

Outorgante (Vítima/Beneficiário não alfabetizado):

Nome: Maria Aparecida de Silva Lobato Data do acidente: 13/11/2018
cobertura Indiv estado civil: casada Profissão: Autônoma
portador(a) do RG 002166846 órgão expedidor SSPRN e do CPF: 063.288.304-39
residente no(a) Rua Dom Bosco nº 21 bairro: Ilhé
município: Aracá Brejo/RN

Outorgado (Procurador):

Nome: Roseangela de Araujo Fernandes Souza brasileiro(a),
estado civil: Solteira Profissão: Autônoma, portador(a) do RG 002559253
órgão expedidor SSPRN e do CPF: 06653264439 residente no(a)
Rua Dioclecio Falcão Freire nº 35 bairro: Paróquia
município: Monteiro / RN

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Podendo apresentar, firmar documentos, declarações, assinar formulários, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro DPVAT, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

Local e Data: Monteiro-RN 09/12/19
Nome: Jorge Luiz Soares
CPF: 723.469.594-99
JORGE LUIZ SOARES
(*) Assinatura de quem assina A RGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
TESTEMUNHAS
1º Nome: Jahsonny Jose de Oliveira
CPF: 767.467.353-04
JAHSONNY JOSE DE OLIVEIRA
Assinatura
2º Nome: Fabio Henrique da Silva
CPF: 082.583.134-04
Fabio Henrique da Silva
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU BOGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

ATENÇÃO!!!

TODOS QUE ASSINAM O DOCUMENTO DEVEM RECONHECER A FIRMA EM CARTÓRIO, POR AUTENTICIDADE.

