



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
58185 035	30/07/2020 21:21	<u>2737678_CONTESTACAO_Anexo_03</u>	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



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. 1

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, retorno 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(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do síntero ou ASL:

3 - CPF da Vítima: **063288304-39**

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 SUS/EP NR 445/2012

5 - Nome completo:

Maria Aparecida da Silva Lobato

7 - Profissão: **Autônoma**

8 - Endereço: **Rua Dom Bosco**

9 - Número: **29**

10 - Complemento: **Casa**

11 - Bairro: **Alma**

12 - Cidade: **Areia Branca**

13 - Estado: **PE**

14 - CEP: **59655-000**

15 - E-mail:

Não possui

16 - Tel. (DDO): **(84) 99827-0066**

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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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**

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 AUSÉNCIA 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 Lider 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) Divorciado Separado Judicialmente Vôvo

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: Padeccidos:

30 - Vítima deixou

residuo (velocíscer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

32 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos? Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando morte, 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 290 do Código Penal.

Jorge Luis Soares

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

723459394-49

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)

Jorge Luis Soares

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

Adriane Rose de Oliveira

CPF: **161461553-04**

Adriane Rose de Oliveira

39 - 39 - 39 | Nome: **Adriane Henrique da Silva**

CPF: **082593439-04**

Adriane Henrique da Silva

40 - Local e Data:

10/07/2020 - 02/13/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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.

VITIMA(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.



Comunicante

Areia Branca/RN, 13 de Novembro de 2019.

Delegado Álvaro Lima
Nº 190.933-9
Polícia Civil
Registrante

Rua Desembargador Filgueira, 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):

Capital 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 Ouvintes: 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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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.

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, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS Ocorrências SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Roseangela de Araújo Fernandes Souza
inscrito (a) no CPF/CNPJ 066 532 644, 19 na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário
Maria Aparecida da S. Lobato inscrito (a) no CPF sob o Nº 063 288 304, 39
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Maria Aparecida da S. Lobato.
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 063 288 304, 39, conforme determinação da Circular Susep 445/12;
Declaro Profissão: Recebedor, Renda: R\$ 1.200,00 e apresento os documentos comprobatórios:
 Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova da residência junto a Seguradora Lider-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 Descrecimento Falcão Fraine</u>			Número:	<u>15</u>	Complemento:	<u>Esca 02</u>
Bairro:	<u>Aeroporto</u>	Cidade:	<u>Mossoró</u>	Estado:	<u>RN</u>	CEP:	<u>59601-480</u>
E-mail:	<u>Não Possui</u>			Tel.(DDD):	<u>(84) 99821-0066</u>		

Local e Data: Mossoró - RN 02/02/139

Roseangela de Araújo Fernandes Souza
Assinatura do Declarante

DLR001 V001/2017





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO, N° 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

Cidade: AREIA BRANCA

CEP: 59655000

Bairro: SITIO

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, este falecido no dia 28/10/18 foi levado a este hospital, o paciente apresenta lesão no edema em região Coxo Direita com conteúdo líquido, móvel, e reflete dor no local.

A
B
C
D
NDN

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 13/11/2018

B1/09

SAME / ARQUIVO

C - Lesão na coxa direita. (hematoma)

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
① Dieta Liberada	gejuc	14:23:55	
meia noite			
② S. Fisiológico 0,9% - 500 ml			
S. Fisiológico - 500 ml			
③ Cetotena 1g 6/6h, IV	100	22:00	

*Saída: - () Decisão médica; () OutroServiço; () Evasão; ()Óbito Interna: CID 779.6

Proc. 40805080

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

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



Prontuário: 204533



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

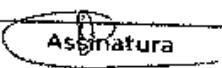
PERMISSÃO

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.

CCIH - HRTM

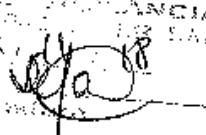
DATA 03/12/18


Assinatura

Mossoró/RN, 14 de Novembro de 2018.

Paciente ou responsável

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA (NVE)
DATA: 29/11/18


Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
CONFORME O ORIGINAIS
MOSORÓ 13/11/19
FONE / ARQUIVO BIM



VI

DR. RUIORISO.

 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 HSTM				2 - CNES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HSTM				4 - CNES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Identificação do Paciente							
5 - NOME DO PACIENTE Maria Francisca da Silva Lobato				6 - N° DO PRONTUÁRIO <input type="checkbox"/>			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				8 - DATA DE NASCIMENTO 21/11/163		9 - SEXO <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> S	10 - RACA/COR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11 - NOME DA MÃE <input type="checkbox"/>				12 - FONE DE CONTATO DDD 11 N° DO FONE			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL <input type="checkbox"/>				14 - FONE DE CONTATO DDD 11 N° DO FONE			
15 - ENDERÉCO (RUA, N°, BAIRRO) Av. 123456789				17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 18 - UF		19 - CEP <input type="checkbox"/>	
20 - PRINCIPAIS SINAIS E BINTOMAS CLÍNICOS <i>Hemobromio MD 5 dias horas Nasolaringo pernas mordendo ongadas</i>							
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Pressão arterial alta</i>							
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Exame feito</i>							
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL Laringite		24 - CID 10 PRINCIPAL T79.6		25 - CID 10 SECUNDÁRIO W14.9		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Passar banho de banho interno</i>							
28 - CLÍNICA Centro		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 2		31 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF		32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 0110151947014151	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Elba L. Lopes</i>							
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 15/11/163		35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Elba L. Lopes</i>		36 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 41080500B0			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)							
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - N° DO BILHETE		41 - SÉRIE	
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO							
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		42 - CNPJ EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA		44 - CBOR	
45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA							
() EMPREGADO		() EMPREGADOR		() AUTÔNOMO		() DESEMPREGADO	
() APOSENTADO						() NÃO SEGURADO	
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
47 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR				52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
48 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF		49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 111		53 - CONSELHO REGIONAL TARCISO LIMA CONFORME O ORIGINAL 15/11/2019 Same / Arquivo			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 15/11/2019		51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) Elba L. Lopes					





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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Maria Joaquina de Souza Lobo Reg N° _____

Diagnóstico pré-operatório: Hernia em peritoneo luxo (D)

Indicação terapêutica: Hernia em luxo de hérnia

INTERVENÇÃO

Inicio: _____ Fim: 11:05 Duração: _____

Operador Dr. Eder

1º Auxiliar: _____

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Dr. Eder Nogueira
Cirurgia Geral Coloproctologia
CRM-RN 5860

Instrumentador: _____

Anestesista: Dr. Geraldo

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

Debaixo da ferida não se encontrava

Argam. e MLD

Compre:

Debaixo - peritoneo luxo direito

Debaixo - queratina grande de luxo hérnia

Limpou corredor q. estria D.R.

Debaixo - de luxo peritoneo direito

Curado

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME BLOSCOR 19/17/2020
B.I.M

SAME/ARQUIVO

Dr. Eder Nogueira
Cirurgia Geral Coloproctologia
CRM-RN 5860





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

DEBITO CIRURGICO

Nome do paciente: João Augusto da S. Lobo ID do Pront.: 151.431.48
Cirurgia: Ressecção p/摘除 neumotab M. Data: 15/11/18.
Cirurgião: Dr. Elton Auxiliar: - Instrumentadora: Leidice
Anestesiota: Dr. Fábio Anestesia: Raquel + sedação
Início da Cirurgia: 10:45 Término: 11:00

MATERIAL USADO	QUANTIDADE
* COMPRESSAS	10 unidades
* GASES	03 petos
* ESPARADRAPO	20 cm.
* COMPRESSAS	01 unid.
* LÂMINA DE BISTURI N° 24	03 unid.
* LUVAS 8,0, 9,0	03 unid.
* EQUIPO PARA SORO	
* SCALPS N°	
* 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 <i>Roque</i>	04 unid.
* SONDA ENDOTRAQUEAL N°	
* TRAQUEOSTOMO	
* SONDA URETRAL N°	
* SONDA FOLEY N°	
* SONDA NASOGÁSTRICA N°	
* CATETER PARA O2	
* SONDA PARA ASPIRAÇÃO N°	
* COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	
* BOLSA DE COLESTOMIA	
* DRENJO DE PENROSE N°	
* DRENJO DE TORAX N°	
* ATADURA ESTERIL	
* ATADURA ESTERIL	
* LÂMINA DE BISTURI	
* LÂMINA DE BISTURI	
* SOLUÇÃO ORTOPÉDICA	
* CATGUT CROMADO	
* CATGUT SIMPLES	
* FIO DE ALGODÃO	
* MONONYLON	
* OUTROS FIOS	
* USO DO BISTURI ELÉTRICO	
* USO DE OXIGENIO	5m3
* SOLUÇÃO DE PVPI ALCOOLICA	
* SOLUÇÃO DE PVPI DEGERMANTE	100ml
* SOLUÇÃO DE PVPI TOPICO	
* SOLUÇÃO DE ETER	
* 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 <i>Elétrodos</i>	05 unid.
* XILOCAINA A 2%	
* ABSORVENTE MASCULINO	04 unid de cada





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

69671-5346
3318-1072

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

1883-1884

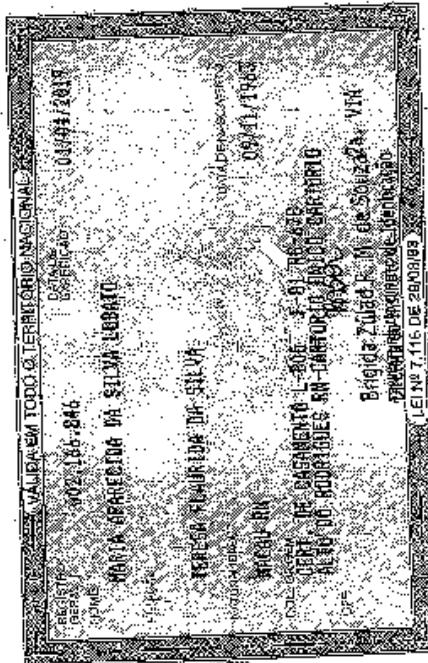
Nome: Nana Aparecida da Silva 55a Leito: 302 - 5

DATA	EVOLUÇÃO
16.11.2018	1º DPO por Farciotomia por Drenagem de Hematoma
FE: 67 bpm	em NID.
FE: 22 bpm	Sonda de Fentrose durante reoperação. Nega fôrce ou urinário
SATD: 97% AB	Pct evolui instável hemodinamicamente, sem queixas no
dor.	momento. ACV: DCR, 2T, ANE, SS DP: NV(+) em ATRx, S6n
Evacuação: (F)	ABD: NDN

PRESCRIÇÃO

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
16. 11. 18	① Dieta leve	VO		
	② SF 0,9% - 1000 ml qd 24 hs	EV		
	③ Cefalotina lg de 6/6 hs	EV		
	④ Dipirona: 0,1 amp de 6/6 hs	EV (SN)		
	⑤ Tramal 100mg: 0,1 FR + 100ml SF 0,9% de 8/8 hs.	EV (SN)		
	⑥ Plaxil 2ml + 18 ABP 8/8 hs	EV (SN)		
	⑦ Cretico diário			
	⑧ Sennabutol			
	⑨ SSVV + CCGG			
	➡ ⑩ Alta hospitalar + Aventalões para retornar com 8 dias (18.11.18) para reavaliação e reabreva do drama + Medicina para casa			
			Dr. Filipe V. de Melo Medeiros Dr. de Góes e do Dr. Góes 021 3000 7426	
	HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO M. ESTÁ CONFORME ORIGINAL SAME MOSSORÓ 12/11/2019			
	SAME / ARQUIVO			





Livia







PROCURAÇÃO PARTICULAR – SEGURO DPVAT

Outorgante (Vítima/Beneficiário não alfabetizado):

Nome: Maria Aporeide de Souza Lobato, Data do acidente:
13/11/2018, cobertura Indenização, estado civil: Velada, Profissão: Autônoma,
portador(a) do RG 002 166 846, órgão expedidor SSPRN e do CPF: 061.288.304-39
residente no(a) Rua Dom Bosco, nº 21, bairro:
Ilha, município: Areia Branca / RN.

Outorgado (Procurador):

Nome: Roseangela de Araujo Fernandes Souza, brasileiro(a),
estado civil: Solteira, Profissão: Mulher, portador(a) do RG 002 559 253,
órgão expedidor Step RN e do CPF: 066 532 644-39, residente no(a)
Rua Diocesio Valcão Freire, nº 35, bairro: Report,
município: Flamengo, 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: Flamengo - RN 09/11/18
Nome: Jorge Luis Souza
CPF: 723 469 194-49

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS:
1º | Nome: Anderson Jose de Oliveira
CPF: 167 467 353-04

20180204_2054-011V61M2
Assinatura

2º | Nome: Fabio Henrique da Silva
CPF: 082 583 134-04

20180204_2054-011V61M2
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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprovando-se a dar-lhe ciência do 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.

