



Número: **0817138-49.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **19ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **19/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ELIERBIS DA SILVA DO NASCIMENTO (AUTOR)	THAMARA RENATA MEDEIROS DOS SANTOS (ADVOGADO)
SEGURADORA DPVAT (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
55965 007	19/05/2020 17:39	Petição Inicial	Petição Inicial
55965 018	19/05/2020 17:39	Petição inicial	Documento de Comprovação
55965 019	19/05/2020 17:39	documentos pessoais	Documento de Identificação
55965 020	19/05/2020 17:39	procuracao Elierbis	Procuração
55965 021	19/05/2020 17:39	b.o	Boletim de Ocorrência Circunstaciado
55965 023	19/05/2020 17:39	documentos médicos-1-5	Documento de Comprovação
55965 025	19/05/2020 17:39	documentos médicos-6-10	Documento de Comprovação
55965 633	19/05/2020 17:39	documentos médicos-11-15	Documento de Comprovação
55965 028	19/05/2020 17:39	documentos médicos-16-20	Documento de Comprovação
55965 629	19/05/2020 17:39	Recibo de pagamento	Documento de Comprovação

petição inicial e documentos em anexo



Assinado eletronicamente por: THAMARA RENATA MEDEIROS DOS SANTOS - 19/05/2020 17:38:52
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051917385235000000053828574>
Número do documento: 20051917385235000000053828574

Num. 55965007 - Pág. 1

**EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO
DA ____ VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL-RN.**

ELIERBIS DA SILVA DO NASCIMENTO, brasileiro, casado, estudante, RG nº 2692330, CPF nº 069.050.914-64, residente na Rua Oscar Ramalho de Farias, 352, Rosa dos Ventos, Parnamirim-RN, CEP 59141-280, por intermédio do sua advogada *in fine* assinada, com escritório na Rua Aspirante Santos, 2488, Santos Reis, Parnamirim-RN CEP 59141-155, vem, respeitosamente, perante Vossa Excelência, propor

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVA

em desfavor da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, pessoa jurídica de direito privado, sociedade anônima, CNPJ nº 09.248.608/0001-04, com domicílio na Rua Senador Dantas, 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP 20031-205, pelos fatos e fundamentos a seguir expostos.



I– DOS FATOS.

O autor foi vítima de acidente de trânsito ocorrido no dia 09-02-2018, ocasião em que dirigia uma motocicleta, causando-lhe escoriações e fraturas na perna esquerda, e tais lesões provocaram incapacidade desse membro.

O autor foi socorrido por uma equipe do SAMU e conduzido para o Hospital, e logo depois, devido à gravidade da fratura, foi submetido a procedimento cirúrgico.

O autor preenche os requisitos para recebimento da indenização, encaminhou seu pedido com os documentos solicitados pela ré, requerendo administrativamente à quantia que faz jus em decorrência do Seguro Obrigatório.

Certo do recebimento da indenização em conformidade com a gravidade de sua invalidez foi surpreendido quando foi informado do pagamento da indenização. De acordo com o documento anexado, a ré efetuou o pagamento do valor irrisório, não condizente com a gravidade da lesão sofrida, ou seja, pela análise do pedido feito administrativamente, o requerente recebeu R\$ 4.725,00.

Dessa forma, comprovado o acidente de trânsito e o demandante lesionado, causando sua invalidez, é incontestável o direito do mesmo a receber correspondente ao grau de sua invalidez.

II– DO DIREITO.

A legislação pertinente preceitua no Art. 3º, II, §1º da Lei 6.194/74 com a alteração que lhe proporcionou a Lei 11.945/09 que:

“Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementar, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada: (Redação determinada na Lei nº 11.945, de 4.6.2009, DOU 5.6.2009, com efeitos a partir de 16.12.2008)(Grifei)

I – omissis...



II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e (Grifei)

III – aomissis...

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do *caput* deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e (Grifei)

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

Da Quantia Paga Pela Seguradora:

Vale ressaltar que o requerimento administrativo do Autor fora realizado através da SEGURADORA LÍDER, que foi quem efetivamente efetuou o pagamento conforme documento que ora se faz anexo.

Como se pode vislumbrar do referido extrato, a Seguradora Líder reconheceu a Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores do Autor, pagando-o a quantia de R\$ 4.725,00. Nessa realidade reconhecida, verifica-se ainda,



que a Seguradora Ré, também pagou a menos, pois que, deveria pagar o valor da seguinte forma:

a) 70% de R\$ 13.500,00 é o que para os casos Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores (inciso II do §1º do Art. 3º da Lei 6.194/74) que daria o valor de R\$9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais), isso para Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou uma das mãos;

Conforme se pode perceber Excelênci, a Seguradora teria que pagar a quantia de R\$ 9.450,00 ao invés de R\$ 4.725,00, fato que evidencia uma diferença significativa para a situação econômica do Autor de R\$ 4.725,00.

Da Quantia que Deveria Receber o Autor.

Desta forma Excelênci, seqüela fraturando membro inferior, atestando sua “*perda funcional*” seria a indenização que deveria prevalecer, e assim, a sequela deveria ser classificada como Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores do Autor, cabendo ao Autor receber 70% do valor máximo constante do inciso II do Artigo 3º da lei 9.164/74, ou seja:

a) Valor máximo indenizável = R\$ 13.500,00 (inciso II do Art.3º lei 9.164/74), R\$ 9.450,00 (inciso II do §1º do Art. 3º da Lei 9.164/74), que deriva do percentual correspondente

b) Valor indenizável em caso de Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores = R\$ 70% de R\$ 13.500,00

Conforme demonstrado o Autor deveria receber a quantia referente a Perda anatômica e/ou funcional de um dos membros no valor de R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais) nos termos que preceitua o inciso II do §1º do Art. 3º da Lei 9.164/7

III- DA GRATUIDADE DA JUSTIÇA.



O autor, pessoa de baixa renda, e, em consequência, sem recursos para pagar as custas e despesas processuais, sem prejuízo próprio ou da família, nos termos do art. 98, do CPC, consoante declaração em anexo.

IV – DO PEDIDO.

Diante do que está posto, requer a Vossa Excelência:

- a) O recebimento da presente ação, para que ao final seja julgada procedente, com a condenação da Ré ao pagamento da quantia equivalente de até R\$ 4.725,00, devidamente corrigida por juros legais e correção monetária, a partir da data do adimplemento parcial do seguro, abatendo-se o valor já recebido e a consequente condenação ao pagamento de honorários advocatícios correspondente ao teto máximo (20%);
- b) A citação da demandada, na pessoa de seus representantes legais, por AR, na forma dos arts. 222 e 223 do CPC, para tomar conhecimento da demanda e a intimação da mesma para comparecer na audiência de tentativa de conciliação, a ser aprazada para data oportuna, por este juizado, sob pena de revelia;
- c) Seja deferido o benefício da assistência judiciária gratuita ao Autor, tendo em vista que não possui condições econômicas para arcar com as custas processuais, sem prejuízo de seu próprio sustento e de sua família, conforme declaração anexa;
- d) Seja a parte ré intimada para apresentar nos autos o processo administrativo;
- e) Seja permitido provar o alegado através de todos os meios probatórios admitidos em direito, em especial através do depoimento pessoal do demandado e documental, inclusive necessidade de realização de **produção de prova médica pericial**, afim de que se obtenha o verdadeiro grau de sequela resultante do acidente de trânsito sofrido pela vítima, cuja quesitação será juntada em momento oportuno.



Dá-se à causa o valor provisório de R\$ 4.725,00.

Nesses termos, pede e espera deferimento.

Natal-RN, 19 de maio de 2020.

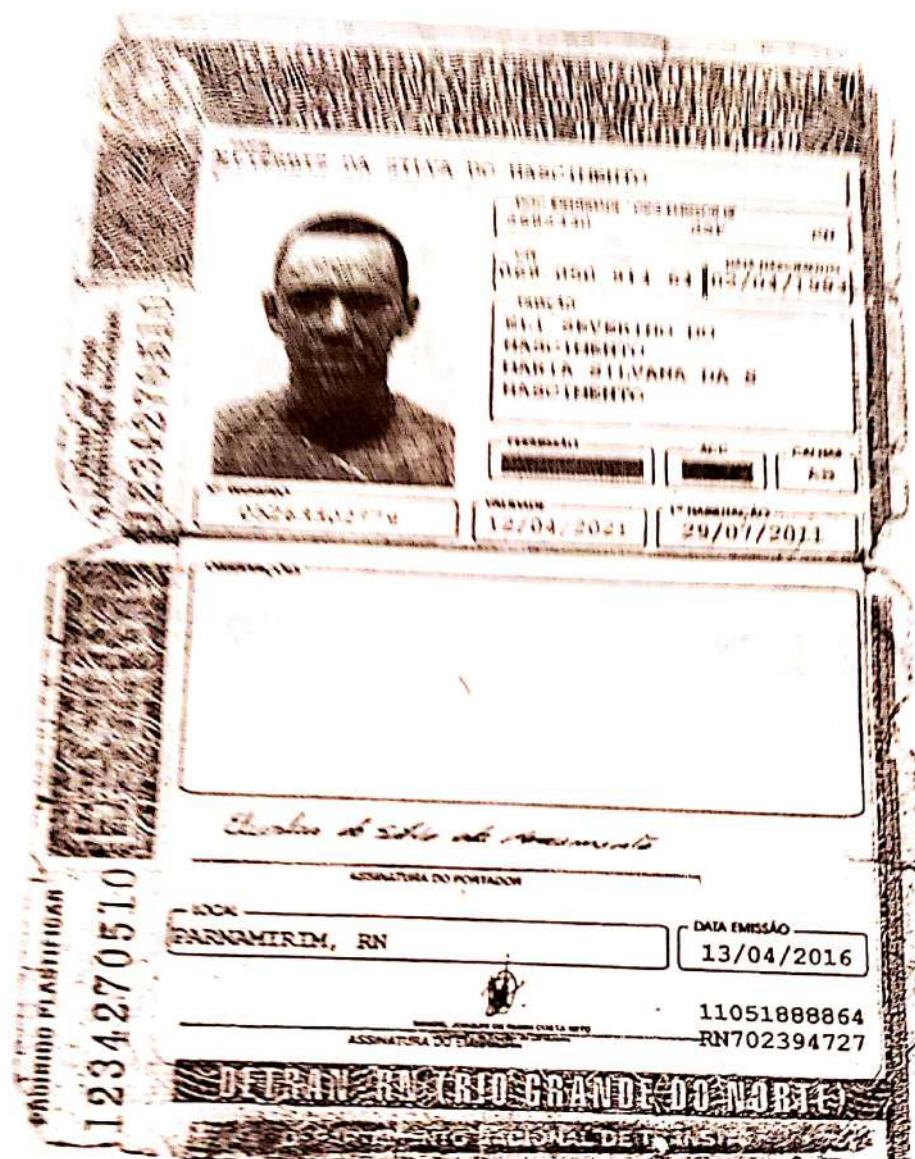
THAMARA RENATA MEDEIROS DOS SANTOS AZEVEDO

OAB/RN, 14378



Assinado eletronicamente por: THAMARA RENATA MEDEIROS DOS SANTOS - 19/05/2020 17:38:52
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051917385276200000053828585>
Número do documento: 20051917385276200000053828585

Num. 55965018 - Pág. 6



1234270510

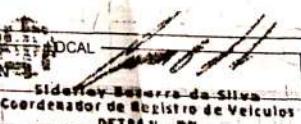
Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: THAMARA RENATA MEDEIROS DOS SANTOS - 19/05/2020 17:38:53
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051917385312200000053828586>
Número do documento: 20051917385312200000053828586

Num. 55965019 - Pág. 1

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	00366351303	*****	2017
NOME			
MARIA SILVANA DA SILVA DO NASCIMENTO			
CPF / CNPJ	PLACA		
034.724.244-86	NNZ7688		
PLACA ANT / UF	CHASSI		
NNZ7688/RN	9C2KC1670BR636545		
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE	ALCOOL-GÁSOL		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/CG 150 FAN ESI	2011	2011	
CAP / POT / CIL	CATEGORIA		
0CV/149 CILINDRADAS	PARTICULAR		
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS	
I R\$ 0,00	26/10/2017	1º PAGO	
P		2º PAGO	
V	FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	
A 002855 3X	R\$ *****	3º PAGO	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*** TAXAS DETRAN: PAGO		DPVAT: PAGO	
OBSERVAÇÕES			
ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 07.707.650/0001-10			
AYMORE CREDITO FINANC E INVEST SA			
MOTOR: KC16ETB636545			
LOCAL		DATA	
PARNAMIRIM/RN		26/10/2017	
			

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	CPF / CNPJ	PLACA	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
1	034.724.244-86	NNZ7688	2017	26/10/2017
RENAVAM	MARCA / MODELO			
00366351303	HONDA/CG 150 FAN ESI			
ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI		
2011	9	9C2KC1670BR636545		
PRÉMIO TARIFÁRIO				
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)		
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)		
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO		
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO			

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.246.608/0001-04

JUN / 2017

Digitalizado com CamScanner





Digitalizado com CamScanner





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
 NOME DO CLIENTE: FATURA: → CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética do Rio Grande do Norte
 Rua Mermoz, 150 - Belford - Natal - Rio Grande do Norte - CEP 59025-290
 CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE:

ELI SEVERINO DO NASCIMENTO

DIRETÓRIO DA UNIDADE CONSTITUCIONAL:

RUA OSCAR PAMALHO DE FARIAS 552

CPF: 791 162 644-87 NIS: 12777601641

ROSA DOS VENTOS/ÁREA URBANA,
 PARAJAMIRIM RN
 59141-260

CLASSIFICAÇÃO:

B1 RESIDENCIAL
 BAIXA RENDA COM NIS
 Monofásico

CONTA CONTRATO

MÊS/ANO

0830940010 03/2018

DATA DE VENCIMENTO

23/03/2018 17/04/2018

DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA

TOTAL A PAGAR (R\$)

56,74

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL:

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo ate 30 kWh	90.000000	0,18251055	5,47
Consumo Ativo superior a 30 ate 100 kWh	70.000000	0,31287523	21,90
Consumo Ativo superior a 100 ate 200 kWh	35.000000	0,46931266	6,42
Contribuição Iluminação Pública			5,13
ICMS-Parcela Subvencionada			5,08
Multa por atraso-NF 000751743 - 15/12/17			1,01
Juros por atraso-NF 000751743 - 15/12/17			1,24
Atualização IGPM-NF 000751743 - 15/12/17			0,51

TOTAL DA FATURA:

56,74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	DATA	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
C665912	CAT	15/02/2018	37 324,00	16/03/2018	37 459,00	25	1.00000	135,50

HISTÓRICO DE CONSUMO:

MÊS/ANO	ICMS	PIS
MAR18 135		
FEV18 140	ICMS	
JAN18 134		
DEZ17 129		
NOV17 119		
OUT17 110		
SET17 115		
AGO17 133		
AG17 137		
JUN17 141		
MAI17 141		
ABR17 144		
MAR17 145		

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS:

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
43,78	18,00	7,88
43,78	0,69	0,30
43,78	3,16	1,38

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO:

Cogeração de Energia	R\$	14,56	23,54%
Transmissão	R\$	2,14	3,89%
Distribuição (Cosern)	R\$	11,12	25,39%
Perdas de Energia	R\$	2,73	6,23%
Encargos Setaoriais	R\$	3,35	7,72%
Tributos	R\$	0,56	1,03%
Total	R\$	43,78	100%

TARIFAS APLICADAS:

Consumo Ativo ate 30 kWh	0,14283200
Consumo Ativo superior a 30 ate 100 kWh	0,24451200
Consumo Ativo superior a 100 ate 200 kWh	0,36676800

RESERVADO AO FUSO:

5A5B 24D5 AA71 C99F 136E 3CC9 DBB3 2040

Digitalizado com CamScanner



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Eduardo da Silva do Nascimento, brasileiro, casado, estudante, Prenº 2692380, CPF nº 069.050.914-64, residente na R. Oscar Ramalho de Souza, 352, Rua das Flores, Parnamirim-RN, CEP 59441-280

OUTORGADAS: Dra. THÂMARA RENATA MEDEIROS DOS SANTOS AZEVEDO, brasileira, casada, advogada, inscrito na OAB-RN sob nº 14378, com endereço profissional à Rua Aspirante Santos, 2844, Santos Reis, Parnamirim/RN, CEP 59141-155, endereço eletrônico thamara renata@hotmail.com, telefones nº (84) 99663-1215.

PODERES: por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhes os poderes da cláusula ad judicia et extra, para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga a Advogada acima descrita, os poderes para receber intimação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir à justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, art. 105 do NCPC15.

Parnamirim-RN, 15 de maio, 2020.

Eduardo da Silva do Nascimento

CPF nº 069.050.914-64.

Digitalizado com CamScanner





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



437910

BOLETIM DE OCORRÊNCIA	
Unidade Policial: 1ª DELEGACIA MUNICIPAL DE PARNAMIRIM Endereço: RUA EDGAR DANTAS, 1660, SANTOS REIS, PARNAMIRIM	
1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM	
1.1 Protocolo: J2018023001899	1.2 Data de Expedição: 13/04/2018 15:27:35 1.4 Ligou CIOSP: Não
2. DADOS DO LOCAL DO FATO	
2.1 Data/Hora do Fato: 09/02/2018 17:50:00 2.3 Fato: Consumado 2.5 Meio(s) empregado(s): Outros, Veículo 2.6 Tipo do local: Via Pública 2.8 Número: SN 2.10 Complemento: 2.12 Bairro: ROSA DOS VENTOS 2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE	2.2 Autoria: Desconhecida 2.4 Flagrante: Não 2.7 Logradouro: OSCAR MARIO RAMALHO DE FARIAS 2.9 CEP: 2.11 Ponto de Referência: 2.13 Cidade: PARNAMIRIM
3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)	
3.1 Nome Completo: ELIERBIS DA SILVA DO NASCIMENTO 3.3 Nome Social: 3.5 Etnia: Sem Informação 3.7 Sexo: MASCULINO 3.9 CPF: 06905091464 3.11 Nacionalidade: 3.13 Profissão: ESTUDANTE 3.15 Telefone(s): 84 94280312 3.17 Número: 352 3.19 Bairro: ROSA DOS VENTOS 3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 3.23 Cidade: PARNAMIRIM	3.2 Estado civil: Casado(s) 3.4 País: ELI SEVERINO DO NASCIMENTO 3.6 Mãe: MARIA SILVANA DA S DO NASCIMENTO 3.8 Orientação Sexual: 3.10 Identidade do Gênero: 3.12 Data de Nascimento: 02/04/1993 3.14 RG: 2692330 - ITEP/RN 3.16 Passaporte: 3.18 Naturalidade: NATAL - RN 3.20 E-Mail: 3.22 Logradouro: RUA OSCARRAMALHO DE FARIAS 3.24 CEP:
4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)	
4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA	ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A
R. dos Patiúquaras, 2305 - Loja 4 - Natal - RN

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)
--

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)
--

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não 7.1.3 Chassi: 7.1.5 Placa: NNZ7688 7.1.7 Marca: HONDA 7.1.9 Ano do Modelo: 2011 7.1.11 Cor do veículo: PRETA 7.1.13 Nota Fiscal: 7.1.15 Nome do proprietário: MARIA SILVANA DA SILVA DO NASCIMENTO 7.1.17 Nome do condutor: ELIERBIS DA SILVA DO NASCIMENTO 7.1.18 Observações: POR DEFEITO DO ACCELERADOR DA MOTO A VÍTIMA CAIU EM VIA PÚBLICA E QUEBROU A Perna ESQUERDA.	7.1.2 Seguradora: 7.1.4 Renavam: 7.1.6 Estado: 7.1.8 Modelo: CG 150 FAN ESI 7.1.10 Ano de Fabricação: 2011 7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA 7.1.14 Número do Motor: 7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:
--	--

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico
A VÍTIMA SAIU DO TRABALHO QUANDO IA PEGAR SUA ESPOSA O PUNHO TRAVOU DANDO DEFEITO NO ACCELERADOR DA MOTO A VÍTIMA CAIU EM VIA PÚBLICA E QUEBROU A Perna ESQUERDA E PUPULARES ACIONARAM A SAMU QUE DE IMEDIATO CONDUZIU A VÍTIMA AO HOSPITAL VALFREDO GURGEL EM NATAL-RN PERMANECENDO INTERNADO SÓ SAINDO NO DIA 24 DE FEVEREIRO DE 2018. VEIO TERMINAR SEU TRATAMENTO NO HOSPITAL DEOCLÉIO MARQUES EM PARNAMIRIM-RN.

9.2 Informações do CIOSP

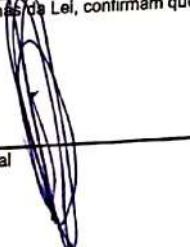
9.3 Outras Providências

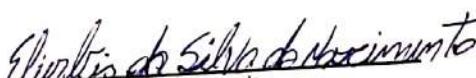
REGISTRO DE BO

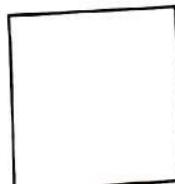
10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data 13/04/2018 15:27:35


Policial


Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1702637 - RAIMUNDO ANDRE DA SILVA
Impresso por: 1702637 - RAIMUNDO ANDRE DA SILVA em 13/04/2018 15:27:39

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

J2018023001899

1702637 - Raimundo Andre da Silva - 13/04/2018 15:27:39
Código de autenticação: 65a67f57e84028328bec99cadbe159f8

Página 11

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: THAMARA RENATA MEDEIROS DOS SANTOS - 19/05/2020 17:38:54
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051917385424000000053828588
Número do documento: 20051917385424000000053828588

Num. 55965021 - Pág. 1



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **60880 - ELIERBIS DA SILVA DO NASCIMENTO** (25 a 11 d)

Nascimento: 02/04/1993 Natural: NATAL, BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: 707002821577534 CPF: 06905091464 Prof: AUTONOMO
Mãe: MARIA SILVANA DA SILVA DO NASCIMENTO Pai:
Logradouro: OSCAR RAMALHO DE FARIAS, 352
CEP: 59141280 Bairro: ROSA DOS VENTOS Cidade: PARNAMIRIM
Telefone: 84.994280312 Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU RN

*Empresa:

Fluxograma:	Discriminador:								
OBS:	Classificação: 09/02/2018 19:31:29								
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: ac moto/fratura exposta de mie

Hora: _____



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A
R. dos Pobres, 2385 - Loja 4 - Natal - RN

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A

B

C

D

E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: 09/02/2018 21:04:30 - INTERNADO

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS. Impresso em 13 de Abril de 2018.





SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
CENTRO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 6541 /2018
Admissão: 09/02/2018 19:34:49

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **60880 - ELIERBIS DASILVA DO NASCIMENTO** (24 a 10 m 7 d)

Sexo: M Cor: PARDA

Nascimento: 02/04/1993 Natural: NATAL-BRASIL

CPF: 06905091464

Prof:

CNS: 707002821577534

Mãe: MARIA SILVANA DA SILVA DO NASCIMENTO Pal:

Logradouro: OSCAR RAMALHO DE FARIAS, 352

CEP: 59141280 Bairro: ROSA DOS VENTOS

Cidade: PARNAMIRIM

Telefone: 84.994280312

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU RN

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 09/02/2018 19:31:29

HORA	P.A.	HOSPITAL	SaO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
130 x 90		MAT, N° 100	SaO2	FIO2	18	88		15	
			SAMU Ambiente						

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: ac moto/fratura exposta de mie

Hora: 17:45

paciente vítima de queda de moto, seu colo. Relata que caiu de cima com a moto pro chão. Equipe SAMU refere fratura exposta em MIE.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vt parox. Sem com. colpos.
- B Eupúvio, respirando em seu ambiente. MV + seu KA.
- C Estócius hematóxen. comute. RCR, 2T, BNF.
- D Glasgow 15.
- E luxação em MIE.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

23 ABR 2018

*Saida: -

GENTE SEGURADORA S/A
R. dos Poliquares, 2335 - Loja 4 - Natal - RN

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID **Fratura exposta em MIE**

*Gerado via SX por SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS. Impresso em 09 de Fevereiro de 2018.



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2		ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
ANAMNESE		
EXAME FÍSICO		23 ABR 2018
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA <i>Fratura exposta fibula esq</i>		GENTE SEGURO S/A R. dos Potiguares, 2325 - Loja 4 - Natal - RN
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***		LABORATÓRIO
		OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p><i>fun. 2.000</i> <i>todo período</i> <i>ao d.c. fl 1000 período</i> <i>referido 1000 EV + 1000 d.c.</i> <i>luminoso d.c. + 1000</i> <i>luminoso 4000 + 1000 EV</i> <i>luminoso 4000 + 1000 EV</i></p>		<p><i>20-58</i></p> <p>CONFERE COM ORIGINAL NATAL, 13/04/18 MAT. N°.</p> <p>SAME</p>
Assinatura e Carimbo do Responsável		Assinatura e Carimbo do Responsável
DESTINO DO PACIENTE: <i>C.C.</i>		Nº do Boletim de Atendimento
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: <i>Onofre</i>		DATA: / / HORA:
SAÍDA:		DATA: / / HORA:
Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/>		Transferido para:
ÓBITO:		DATA: / / HORA:
Entregue à família com Atestado <input type="checkbox"/>		S.V.O. <input type="checkbox"/>
		I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
		
<p>Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação</p>		
DESTINO DO PACIENTE:		Nº do Boletim de Atendimento:
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:		DATA: / / HORA:
SAÍDA:		DATA: / / HORA:
Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/>		Transferido para:
ÓBITO:		DATA: / / HORA:
Entregue à família com Atestado <input type="checkbox"/>		S.V.O. <input type="checkbox"/>
		I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

Digitalizado com CamScanner



vid 230013491
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Identificação da FIA

Nº FIA: 1319 /2018

Prontuário: 1168258

Paciente: 60880 - ELIERBIS DASILVA DO NASCIMENTO
Cartão SUS: 707002821577534 CPF: 06905091464
Idade: 24 anos 10 meses 7 dias Sexo: M Etnia: PARDA
Nome da mãe: MARIA SILVANA DA SILVA DO NASCIMENTO

Dt Nasc: 02/04/1993
Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome do pai:
Rua/Av: OSCAR RAMALHO DE FARIAS

Nº:352
Bairro: ROSA DOS VENTOS

Complemento:

CEP: 59141280

Cidade: PARNAMIRIM
Unidade: OBS II

Leito: 996

Especialidade: ORTOPEDICA

Telefone: 84 994280312 84 994280312

Responsável: ELIERBIS DASILVA DO NASCIMENTO -

Usuário: SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS

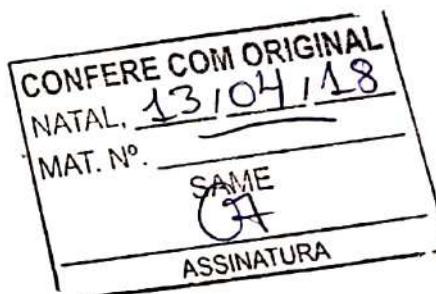
Admissão: 09/02/2018 21:04:31 Alta: 24.02.2018 Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: T12 - FRATURA DO MEMBRO INFERIOR, NÍVEL NÃO ESPECIFICADO

Procedimento da Internação: 301050074 - @FIA_DS_SSM@

OBSERVAÇÕES:

*Destinado ao SAME



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: THAMARA RENATA MEDEIROS DOS SANTOS - 19/05/2020 17:38:55
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051917385471300000053828590>
Número do documento: 20051917385471300000053828590

Num. 55965023 - Pág. 4

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

Digitalizado com CamScanner



	GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho		RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO
---	---	--	---

Nome Cláudia da Silva da Nóbrega		
Leito:	Idade: 24	Nº Registro: 60880

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data: 09-02-18	Hora: 11:40
----------------	-------------

- Depois acidente moto c/ trauma
perme sang + fratura exposta

ÁREA DE SINISTROS - DIFAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Fractura medial + 10 cm c/ exposição
da tíbia desvencilhada

23 ABR 2018

Fractura cubital + luxação do punho
+ mobilização prioritária

GENTE SEGURADORA S.A.
P. dos Pássaros, 2245 - Laje - Natal - RN

No c.c. n/ no - 1/10

Cláudia da Silva Gurgel
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 3047

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 13/02/18
MAT. N° SAME
ASSINATURA

10/02/18 Ontopedia

Auditá intacta c/ traçado em MIE

Fratura exposta da oss. da Perna e

Braço profunda c/ estabilidade

Fractura exposta + fixação com fermeira.

Intervenções:

ADMIRAL
CRM 3439

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial violência, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



6
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Serrinha

Nome: Cherlin da Silva Nº Registro: 60880
Serviço: _____ Idade: _____ Leito: _____

DATA

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

09/03/18

- Atendido d/ do Pronto atend
Atend. C.

21/40

Apurado falso nos c.c.
Enq/ Epidemi Cient

Cláudio José Gurgel
Ortopedista - 19/03/18

11

Pronto atend. ESTÁVIA

02

+8

SB: MAMMA

Dr. Cláudio José Gurgel
Ortopedista - 19/03/18
CONFIRMADO
MAMMA

AREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A
R. dos Potiguaras, 2385 - Loja 4 - Natal - RN

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

Digitalizado com CamScanner



Identificação

Enfermaria: Ortopedia Leito: _____ UTI: _____ Leito: _____
 Data de admissão: 09/02/18 Alta: 1/1
 Nome: Eliéris da Sílvia do Nascimento Naturalidade: Natal - RN
 Idade: 24 anos Sexo: Masculino Feminino Data de Nascimento: 02/04/1993
 RG: 002.692.330 Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: Educação fundamental incompleta
 Filiação: Pai: Eli Severino do Nascimento Mãe: Maria Sílvia da S. do Nascimento
 Endereço: Rua Oscar Damalho de Farias - 352 Cidade: PARNAMIRIM - RN
 Telefone: 99428-0312 () Residencial () Trabalho () Recado
 Contato: Gabriela (esposa) Outros telefones: 99833-4918 (da mãe)
 Composição familiar: Paciente reside com esposa.
 Outras informações: Faz uso de () Álcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: No momento desferiu fratura Trabalho c/ vínculo empregatício () Não () Sim

() Apcsentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado

Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPs () SAD

Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa

Forma de Acesso ao Serviço

CONFERE COM ORIGINAL

() Sozinho - procurou atendimento	() Trazido por familiares	<u>NATO 13/04/18</u>
() Socorrido em via pública	() Outros meios	<u>Tratado pelo SAMU</u>
() Encaminhado: Hospital de origem: <u>SAMU RN</u>		<u>MAT. N°</u>

SAME

Critérios para Acompanhante

ASSISTÊNCIA MÍSTROS - DPV
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Possui requisitos? () Não () Sim	Qual o motivo?	
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental		
Responsável pelo paciente: <u>Gabriela Fernanda da Sílvia</u>	Telefone: <u>99999-9999</u>	<u>23 ABR 2010</u>
Parentesco: <u>Esposa</u>		
Endereço do Responsável: <u>Omeus</u>		

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

Paciente da ortopedia. Vítimo de quebra de mola apresentando fratura exposta de MJE. Foi submetido a cirurgia.

Solicitado xerox dos documentos.

CENTRO SEGURO DAS SAIAS
 R. das Pêguas, 2333 - Lote A - Natal

Saída

Óbito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs. _____

Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____

Orientações/Encaminhamentos: _____

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



IDENTIFICAÇÃO

Nome: Elierbis da Silva da Natividade Reg. N°

Diagnóstico pré-operatório: Fratura exposta proximal da Perna E

Indicação terapêutica: Fixação Externa Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: Início: Término: Duração:

Operador: Júlio Alves CRM/CRO:

1º Auxiliar: CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO: (846,36)

Instrumentador: CRM/CRO: 0408050500(4)5822

Anestesista: CRM/CRO: FK = 0702030902

CONFIRAM COM ORIGINAL
NATAL 13/04/18

MAT. N° SAMU
Assinatura: Paula

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

ato de fuso de mte

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

anestesia + anti-séptico + camp

23 ABR 2018

ato de fuso de fuso de partur.

GENTE SEGURO RÁDIO
R. dos Fotógrafos, 2305 - Loja 4 - Natal - RN

Cryptostomia cl st

desinfecção de feridas desinfecção.

Reabilitação grande contaminação e exposição
ao fator de risco ao ambiente e desinfecção

fechamento de plan.

curativos.

AMARO XAVIER
CAM 5438

10/02/18

03:00

Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.





PRONTUARIO DE INTERNAÇÃO

ENFERMARIA Nº	LEITO	CLÍNICA	ORTOPEDIA	
DATA	HORA	CATEGORIA		
24/02/2018	19:45			150376
PACIENTE				600
ELIERBIS DA SILVA DO NASCIMENTO				
ESTADO CIVIL				
CASADO		PROFISSÃO		
ENDERECO/ RUA Nº:		MECANICO		
RUA OSCAR RAMALHO DE FARIAS, 352				
MUNICÍPIO	BARRO	UF		
PARNAMIRIM	ROSA DOS VENTOS	RN	CEP	
LOCAL DE TRABALHO			59141-290	
			TELEFONE	
FILIAÇÃO				
MARIA SILVANA DA S. DO NASCIMENTO		ELI SEVERINO DO NASCIMENTO		
RESPONSÁVEL				
GABRIELA FERNANDA DA SILVA (ESPOSA)			TELEFONE	
ENDERECO			99194-3896	
O MESMO				
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO				ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO				

23 ABR 2018

DATA DE ADMISSÃO
24.02.18.

ALTA 14.03.18

HISTÓRIA CLÍNICA

GENTE SEGURADORA S/A
R. dos Poliquares, 2235 - Lote 4 - Natal -

16 dias fral para (E)
el frador.

Dr. Fabio Ferreira Freire
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 5804 / EOT 13181

CONFERE COM ORIGINE
152396-1
Senhor

Digitalizado com CamScanner





Sistema
União de
Saúde
Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

DATA

1- ESTABELECIMENTO EXPLICATIVO
HOSPITAL DEOCLES MARQUES DE LUCENA

15/04/2018

Identificação do Paciente

2- PACIENTE
ELIERBIS DA SILVA DO NASCIMENTO

04/04/2018

3- CARTÃO NACIONAL SUS
207.0002.2157.7534

DATA DE NASCIMENTO
02/04/1993

04/04/2018

4- NOME DA MÃE

04/04/2018

MARIA SILVANA DA S. DO NASCIMENTO

04/04/2018

5- NOME DO RESPONSÁVEL

04/04/2018

GABRIELA FERNANDA DA SILVA (ESPOSA)

6- ENDERECO RUE N°

RUA OSCAR RAMALHO DE FARIAS 352

7- ENDERECO
ROSA DOS VENTOS

04/04/2018
RN
55141-200

8- MUNICÍPIO
PARNAMIRIM

Justificativa de Internação

9- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

16 dias de flat perna e dor de dor

10- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

flat - anúrgico

23-ABR-2018

11- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

Exame físico + rx

GENTE SEGURADORA S/A
R. dos Petiçores, 2385 - Loja 4 - Natal - RN

12- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

5822

25- CID 10 SECUND

26- CID 10 ADIT

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

flat anúrgico de flat perna (R)

30- CARÁTER DA INTERNACAO

31- DOCUMENTO

32- DOCUMENTO DO PACIENTE

28- CLÍNICA

Defeito clín.

() CNS () CPF

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASISTENTE

Fábio F. Freire

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

24.02.18

35- ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DE CONSELHO

36- CARIMBO DO CONSELHO
CRM 5822 - 23/04/2018

37- RAC-TRÂNSITO

38- RAC-TRABALHO TÍPICO

39- RAC-TRABALHO TRAJETO

40- VÍNCULO COM A PROVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() TANTÔNOMO

()

DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() INATURAL

41- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Autorização

42- COD. ORGÃO EMISOR

43- DOCUMENTO

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

44- DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

45- ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DE CONSELHO

46- N.º DA AUTORIZAÇÃO
CONFERE COM ORIGINAL
Luis
Servidor 6-1
15/04/2018

47- N.º DA AUTORIZAÇÃO

10-11 horas Silvana em sua residência.
vitais do seu - 8918002326672234



RG GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
002.692.330 SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

CPF-0601.050.914-64

41

Nº Ont.

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGENCIA

NOME: Elienilis do Silva do nascimento
IDADE: 02.04.1993 COR: Parda SEXO: Masculino ESTADO CIVIL: Solteiro
NATURALIDADE: Natal - RN PROFISSÃO: Mecânico PROCEDÊNCIA: 352
ENDERECO: Rua Oscar Pombalho de Freitas Bairro: Rosados Ventos
CIDADE: Parnamirim DATA: 07/05/2018 HORA: 18:16

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM REGULAR COM DISPNEIA CHOCADO COMATOSO
C/ HEMORRAGIA EM CONVULSÃO POLITRAUMATIZADO AGITADO OUTROS

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM NÃO

PUPILAS	A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)	B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	C) PRESSÃO ARTERIAL
---------	-----------------------------------	----------------------------	---------------------

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	T.A.
-------	------------	-------	------

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA) *Fractura sacro ilíaca*
Fratura sacro ilíaca
Fratura sacro ilíaca

EXAME FÍSICO



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 ABR 2018

GENTE SEGURADORA SIA
R. dos Potiguaras, 2335 - Loja 4 - Natal -

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fractura sacro ilíaca

Digitalizado com CamScanner



EXAMES COMPLEMENTARES

CONFIRME COM ORIGEM

Servidor

15.2396-1

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

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

CONDUTA

1) Voltaren 50 - Crup 24

Dr. Fabrício Perinella Freire
Ortopedista e Traumatologista
CRM 5664 - SBOT 13187

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE Ortopedia	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____ / _____ / _____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA _____ / _____ / _____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/>	A REVELIA <input type="checkbox"/>
ÓBITO _____ / _____ / _____	HORA _____	HORA _____
ENTREGUE À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

Rogério Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 1226 - SBOT 1341

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)

Digitalizado com CamScanner





COMPL. COM ORIGINA
Luzia

Serviço:

152296-1
22/04/2013

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

Nome: **ENGRASIS DA SILVA DO NASCIMENTO** Idade: **24** D/N: **22/04/2013**
Pront: **150742** Município: **PARANAMirim** Procedência: **Interno () Externo**
Data da cirurgia: **12/03/18** Hora Admissão: Bloco: **08-45** Sala: **1** Hora Saída: Peso:
Alergias: **(X) Não () Sim** Comorbidades: **() H/S () DM () Outras**
Uso de medicações: **(X) Não () Sim** Jejum: **() Não (X) Sim**
SSVV Admissão: PA: mmHg Pulso: bpm Fl: rpm FC: bpm SpO₂: % T:

Enfermeiro(a): **LEONARNE** Instrumentado (a): **Aline Fernandes** Circulante: **7000ml/h**

Cirurgia: **Osteosíntese de perna (0)** Especialidade: **Ortopedico** Saída: **12**
Hora Início: **14:45** Hora Término: **15:40** Tipo de cirurgia: **(X) Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada**
1º Cirurgião: **Dr. Fabio** Aux.: **Dr. Gladson** Residente:

Anestesia: **() Local () Sedação () Geral TOT: () Bloqueio (X) Raquidiana Ag.nº 25 () Peridural () cateter () cateter Ag.nº _____ Cateter nº: _____ Início: **14:34** Garrote: **(X) Smarch () Pneumático** Início: **14:40** Término: **15:43**
Anestesiologista: **Dr. Gilvane****

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco MSE	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Letárgico	<input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
<input type="checkbox"/> Coma	<input checked="" type="checkbox"/> Clanótica	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input checked="" type="checkbox"/> Fístula Arteriovenosa	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input type="checkbox"/> Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Integra	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SVD	
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input checked="" type="checkbox"/> Choque	<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia	
<input type="checkbox"/> Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfígico	<input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia	
<input checked="" type="checkbox"/> t/dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Dreno:	
<input type="checkbox"/> Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Dispnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Dispositivo O ₂	<input checked="" type="checkbox"/> Tração	
<input type="checkbox"/> Tetraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Manchas		<input checked="" type="checkbox"/> Talas	
<input type="checkbox"/> Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia			

SINAIS VITAIS	Ínicio	Meio	Fim	Unid.
FC	64	64	58	Bpm
Pulso	64	63	60	Bpm
Oximetria	100	100	100	%
Capnografia				%
PA	116/68	109/60	108/68	mmHg

ACESSO VENOSO			
Punção Arterial			
Punção Venosa Periférica			
Punção Venosa Central			
Dissecção venosa			

SONDAGEM GÁSTRICA			
SNG nº			
Retorno:			
CATETERISMO VESICAL			
SVF nº		SVA nº	
Diurese:			
Profissional responsável:			

EXAMES SOLICITADOS:	
<input type="checkbox"/> Hemograma	<input checked="" type="checkbox"/> Gasometria
<input type="checkbox"/> Coagulograma	<input checked="" type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	<input checked="" type="checkbox"/> Glicosilmetria
<input checked="" type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)	

POSIÇÃO	COXIM	R. dos Fisioterapeutas: 2010-1034 - Metal - RN
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Cabeça	Anatômico
<input type="checkbox"/> Ventral	<input checked="" type="checkbox"/> Pescoco	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Lateral	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos
<input type="checkbox"/> Litotômica	<input checked="" type="checkbox"/> Lombar	MMII
<input type="checkbox"/> Trendlemburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatômico
<input type="checkbox"/> Canivete		<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Proclive		<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO		
<input checked="" type="checkbox"/> Sim ()	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Metal () Descartável
Local:	MIE	
DEGERMAÇÃO		TRICOTOMIA
<input checked="" type="checkbox"/> Sim ()	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não
Local:	MIE + peteca	Solução: <i>Verde</i>
		Local: MIE + peteca

IMPLANTE CIRÚRGICO		
Drenos:		
Tela:		
Cateter:		
Ostomia:		
Fio de KC:		Parafuso - 10x2,5
Placa - tipo:	DCP 415	prótesis 10 furos
Outros:		

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO		
Caixa cirúrgica:	<i>Box + puf + 2,5</i>	Quant. 1
Val.:	17/03/18	Contagem de gaveta e embalagem



HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

<input type="checkbox"/> Hemoconcentrado _____ Unid. <input type="checkbox"/> Álbumina _____ Unid.		<input type="checkbox"/> Plasma _____ Unid. <input type="checkbox"/> Expansor plasmático _____ Unid.		<input type="checkbox"/> Plaquetas _____ Unid.																																																																																	
HEMOTRANSFUSÃO:																																																																																					
152396-7																																																																																					
MEDICAÇÕES UTILIZADAS																																																																																					
2 de injeção de anestésico h: _____ h: _____ h: _____		h: _____ h: _____ h: _____		h: _____ h: _____ h: _____																																																																																	
HIDRATAÇÃO VENOSA																																																																																					
<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico: _____ ml <input type="checkbox"/> Soro Glicosado: _____ ml		<input type="checkbox"/> Soro Ringer Simples: _____ ml <input type="checkbox"/> Soro Ringer Lactato: 500 ml		Quantidade total de volume administrado: _____																																																																																	
ANÁTOMO PATOLÓGICO																																																																																					
<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Peça: Swab para cultura:		Peça para sepultamento: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Líquido:																																																																																			
CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES																																																																																					
PO de aspecto: <input type="checkbox"/> Limpo <input type="checkbox"/> c/exsudato <input type="checkbox"/> Contaminada <input type="checkbox"/> Aparelho gessado <input type="checkbox"/> Bandagens <input type="checkbox"/> Talas <input type="checkbox"/> Outros:																																																																																					
INTERCORRÊNCIAS: <i>Procedimento realizada em intubação</i>																																																																																					
ÁREA DE SINISTROS - DP/AT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO																																																																																					
23 ABR 2010		Ass: <i>Thamara</i> Coren: _____																																																																																			
CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO																																																																																					
GENTE SEGURADORA: Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Narcose <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Vigil <input type="checkbox"/> Agitado R. das Potiguaras, 2335 - Loja 4 - Atalaia - RN <input type="checkbox"/> Extubado <input type="checkbox"/> Cânula de Guedel <input type="checkbox"/> O ₂ ambiente Curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Oclusivo <input checked="" type="checkbox"/> Compressivo <input type="checkbox"/> Bolsa de colostomia <input type="checkbox"/> Outro: _____ Diur.: <input type="checkbox"/> Espontânea <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Irrigação Vesical <input type="checkbox"/> Oligúrico Destino após a cirurgia: SRPA																																																																																					
UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO																																																																																					
Hora: 15:50 Data: 12/03/18 Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Acordado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Narcose <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Choro/s Vias aéreas: <input type="checkbox"/> Intubado <input type="checkbox"/> Extubado <input type="checkbox"/> Cânula de Guedel <input type="checkbox"/> Cateter O ₂ <input checked="" type="checkbox"/> O ₂ Ambiente Mobilização MMII: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Sem mobilidade Mobilização MMSS: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Sem mobilidade Venoclise: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Tipo: <i>ANP</i> Local: _____ Sondas: <input type="checkbox"/> Gástrica <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Vesical Drenos: <input type="checkbox"/> Succión <input type="checkbox"/> Torácico <input type="checkbox"/> Penrose <input type="checkbox"/> Kher Ostomias: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Especifique: Irrigação vesical contínua: <input type="checkbox"/> Retorno satisfatório <input type="checkbox"/> Retorno Insuficiente <input type="checkbox"/> Coágulos Curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Oclusivo <input type="checkbox"/> Descoberto <input checked="" type="checkbox"/> Limpo <input type="checkbox"/> Sujo Monitorização: <input type="checkbox"/> ECG <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro <input type="checkbox"/> PA																																																																																					
INTERCORRÊNCIAS NA URPA: <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Bexigaoma <input type="checkbox"/> Alteração PA <input type="checkbox"/> Alteração FC Relate: _____																																																																																					
Líquidos administrados na URPA:																																																																																					
SINAIS VITais <table border="1"> <thead> <tr> <th>Hora</th> <th>T°C</th> <th>P</th> <th>PA</th> <th>FR</th> <th>Sat.%</th> <th>Dor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Admissão</td> <td></td> <td>63</td> <td></td> <td></td> <td>100</td> <td>Não</td> </tr> <tr> <td>30'</td> <td></td> <td>65</td> <td></td> <td></td> <td>100</td> <td>Não</td> </tr> <tr> <td>60'</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Alta</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Medicções administradas URPA: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Hora</th> <th>Medicação</th> <th>Dose</th> <th>Via</th> <th>Assinatura</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Eliminações: <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Diurese</th> <th>Retorno Gást.</th> <th>Drenagem</th> <th>Retorno da Irrigação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Recebido da SO</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Desprezado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>URPA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor	Admissão		63			100	Não	30'		65			100	Não	60'							Alta							Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura																						Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação	Recebido da SO					Desprezado					URPA				
Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor																																																																															
Admissão		63			100	Não																																																																															
30'		65			100	Não																																																																															
60'																																																																																					
Alta																																																																																					
Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura																																																																																	
	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação																																																																																	
Recebido da SO																																																																																					
Desprezado																																																																																					
URPA																																																																																					
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: <i>PACIENTE ENCAMINHADO P/ RAIOL.</i> Ass: <i>Saymara</i> Coren: 504067																																																																																					





Hospital

Nome do paciente

ELIERBIS S. NASCIMENTO

Nº prontuário

12/03/2018

Data operação	DR JOSIVAN NUNES	Enf. 1	Laito
Operador	DR JOSIVAN NUNES	Op. 55	1º auxiliar
Nome			DR FABIO FREIRE
Pront.		3º auxiliar	
2º auxiliar			
Data			Instrumentador
Anestesista			
Alerg.			
Diagnóstico pré-operatório			
Uso c.			
SSV			
Tipo de operação	SEQUELA DE FRATURA DE PERNAS ESQUERDA		
Enfe	Diagnóstico pós-operatório OSTEOSSINTESE DE TIBIA + ENXERTO DE ILIACO + OSTEOTOMIA DA FIBULA		
Ciru			
Ho:	Relatório imediato do patologista		
1º			
Ar	Exame radiológico no ato		
A	Acidente durante a operação		
A			
N			

CONFIRME COM ORIGINAL
L. G. M. / 12/03/2018

Servidor

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

NOTA OPERATORIA

23 ABR 2018

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL APÓS RAQUI ANESTESIA
2. ESVAZIAMENTO MI + GARROTEAMENTO
3. ASSEPSIA E ANTISEPSIA, CAMPOS ESTEREIS
4. INCISÃO EM CRISTA ILIACA PARA RETIRADA DE ENXERTO.
5. INCISÃO EM PERNAS ESQUERDA PARA ACESSO A TIBIA E FIBULA,
REALIZADO OSTEOSINTSE COM PLACA BAIXO PERFIL DCP E
PARAFUSOS E ENXERTO DE ILIACO NA TIBIA E OSTEOTOMIA
FIBULA.
6. RAFIA EM PLANO E TALA BOTA
7. SOLTURA DO GARROTE
8. ATO SEM INTERCORRENCIA

GENTE SEGURADORA S/A
R. dos Portugueses, 2335 - Loja 4 - Natal - RN

ASSEPSIA MULTIPLAS
14150700-2
ESTERILIZADO
0415230013
PROC. CLINICO

PROC. CIRURGICO
CBO 225225

CBO 225270

3 DIAS
CID S.F.J.2

Digitalizado com CamScanner





Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

Nome: Elielis da Silva do Nascimento Idade: 24a Masculino Feminino
Pront.: 150476 Município: Parnamirim Procedência: Interno Externo
Data da cirurgia: 02/03/18 Hora Admissão: Bloco: 08 Sala: _____ Hora Saída: _____ Peso: _____
Alergias: Não Sim Niço Comorbidades: H/S IEM Outras Niço
Uso de medicações: Não Sim Niço Jejum: Não Sim
SSVV Admissão: PA: _____ mmHg Puls: _____ bpm Fl: _____ rpm FC: _____ bpm SpO₂: _____ % T: _____ °C

Enfermeiro(a): Budione Instrumentado (a): _____ Circulante: _____

Cirurgia: _____ Especialidade: _____ Sala: _____
Hora Início: _____ Hora Término: _____ Tipo de cirurgia: Eletiva Urgência Limpa Contaminada Infectada
1º Cirurgião: _____ Aux.: _____ Residente: _____

Anestesia: Local Sedação Geral TOT: _____ Bloqueio Raquidiana Ag.nº _____ Peridural c/cateter s/cateter
Ag.nº _____ Cateter nº: _____ Início: _____ Garrote: Smarch Pneumático Início: _____ Término: _____
Anestesiologista: _____

NEUROMUSCULAR		PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
Consciente		Normocorada	Normotensão	Jelco	ECG
Letárgico		Hipocorada	Hipotensão	Acesso V. Central	Oximetria
Coma		Cianótica	Hipertensão	Cat. Diálise	Capnógrafo
Orientado		Ictérica	Normocárdico	Fístula	PA
Desorientado		Desidratada	Bradicardia	Arteriovenosa	Estimul. Nervo
Sedado		Íntegra	Taquicardia	SNG	Diprifusor
Ansioso		C/lesões	Choque	SVD	BIC
Deambula		Sudorese	Normoesfígmeno	Colostomia	Desfibrilador
t/dificuldade		Cicatriz cirúrgica	Eupnêia	Cistostomia	
Acamado		Higiene Satisfatória	Dispnéia	Dreno:	
Paraplégico		Higiene deficiente	Dispositivo O ₂	Aparelho gessado	
Tetraplégico		Manchas		Tracão	
Amputações		S/Tricotomia		Talas	

SINAIS VITAIS	Inicio	Meio	Fim	Unid.
FC				Bpm
Pulso				Bpm
Oximetria				%
Capnografia				%
PA				mmHg

ACESSO VENOSO			
Punção Arterial			
Punção Venosa Periférica			
Punção Venosa Central			
Dissecção venosa			
Local:			
Cateter:			

SONDAGEM GÁSTRICA			
SNG nº			
Retorno:			
CATETERISMO VESICAL			
SVF nº		SVA nº	
Diurese:			
Profissional responsável:			

EXAMES SOLICITADOS:			
() Hemograma	() Gasometria		
() Coagulograma	() Outros		
() Tipagem Sanguínea	() Glicosimetria:		

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
Dorsal	Cabeça	Anatômicos
Ventral	Pescoço	Abduzidos
Lateral	Tórax	Fletidos
Litotômica	Lombar	MMII
Trendlemburg		Anatômicos
Canivete		Abduzidos
Proclive		Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO		
() Sim	() Não	() Metal
Local:		Descartável
DEGERMAÇÃO		TRICOTOMIA

() Sim	() Não	() Sim	() Não
Local:		Solução:	Local:

IMPLANTE CIRÚRGICO		
Drenos:		ÁREA DE SINISTROS - DPVA
Tela:		CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
Cateter:		
Ostomia:		
Fio de KC:		Parafuso - tipo: 23 ABR 2018
Flame - Tipo:		
Outros:		

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO		
Caixa cirúrgica:		SEGURADORA SI/ R. dos Potiguares, 2385 - Loja 4 - Natal
Contagem de gaze e compressas:		Não

Assinado eletronicamente por: THAMARA RENATA MEDEIROS DOS SANTOS - 19/05/2020 17:38:59
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051917385876500000053828595
Número do documento: 20051917385876500000053828595



Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2018

Carta nº: 12858517

A/C: ELIERBIS DA SILVA DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180183325
Vitima: ELIERBIS DA SILVA DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 09/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE FLAVIO DA ROCHA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ELIERBIS DA SILVA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000002008

Conta: 0000081903-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

