



Número: **0812857-26.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **26/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|---------------------------------------|--------------------|--|--------------------------|
| FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA (AUTOR) | | LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO) | |
| SEGURADORA DPVAT (RÉU) | | Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO) | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 60430981 | 22/09/2020 09:48 | 2752327_CONTESTACAO_Anexo_02 | Documento de Comprovação |



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, 08 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200204009

Vítima: FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA

Data do Acidente: 09/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE VICENTE DE FREITAS NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

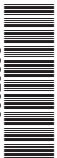
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15839758

Pag. 00709/00710 - carta_01 - INVALIDEZ

00020355





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, 01 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200204009

Vítima: FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA

Data do Acidente: 09/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE VICENTE DE FREITAS NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA

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\$ 2.362,50 |

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **000004391-5**

Conta: **000010067879-3**

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.

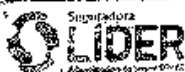
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DÁMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

1 - Nº do contrato ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

004.580.324-40 Francisco Diego Marques Paiva

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

5 - Nome completo:

Francisco Diego Marques Paiva

6 - CPF:

004.580.324-40

7 - Profissão:

Bombeiro

8 - Endereço:

Rua Teó

9 - Número:

1201

10 - Complemento:

Edo

11 - Bairro:

Ribeirão Preto de Mole

12 - Cidade:

Mottoro

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

55631-390

15 - E-mail:

JacksonBoruto25@hotmail.com

16 - Tel (DDD):
(41) 9384-0066

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:

☒ RECEBO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A 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 as contas abertas. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (204)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

5

CONTA:

67.879

4

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização e o principal do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a notificação 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Ante a impossibilidade de 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, concordo, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às costas 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☒ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Quando 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 Vítimas: Filhos:

30 - Vítima deixou herdeiros (herdeiros)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vítimas: Irmãos:

☐ Sim

☐ Não

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 me apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a seguir)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a seguir)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a seguir)

38 - 1ª) Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª) Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

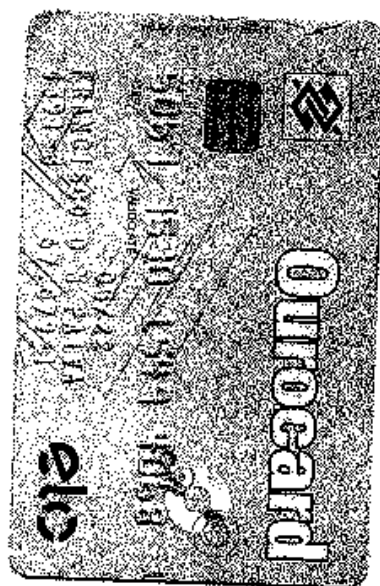
Mottoro RN 28/05/2020

X Assinatura da vítima/beneficiário (assinante)

41 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 025829/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/03/2020 10:48 Data/Hora Fim: 10/03/2020 11:00
Delegado de Polícia: José Vieira de Castro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró
Data/Hora do Fato: 09/02/2020 23:10

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Bairro: Aeroporto
Logradouro: Br 304 próximo ao cemitério novo

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza | Meio(s) Empregado(s) |
|---|----------------------|
| 1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO | Não Houve |

ENVOLVIDO(S)

| Nome Civil: FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA (VÍTIMA, COMUNICANTE) | | | |
|---|---------------------|------------------|----------------|
| Nacionalidade: Brasileira | Sexo: Masculino | Nasc: 25/06/1990 | Idade: 29 anos |
| Naturalidade: RN - Mossoró | Profissão: Barbeiro | | |
| Estado Civil: Solteiro(a) | | | |
| Nome da Mãe: Celjanira Marques Cruz de Paiva | | | |
| Endereço | | | |
| Município: Mossoró - RN | | | |
| Logradouro: rua- fore | | Nº: 1201 | |
| Bairro: planalto 13 de maio | | | |

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

| Grupo Veículo | Subgrupo Motocicleta/Motoneta |
|--|---|
| Descrição motoneta | CPF/CNPJ do Proprietário 097.580.324-70 |
| Placa QGV7154 | Renavam 01191218098 |
| Número do Motor JB01E0K201353 | Número do Chassi 9C2JB0100KR201345 |
| Ano/Modelo Fabricação 2019/2019 | Cor VERMELHA |
| UF Veículo Rio Grande do Norte | Município Veículo Mossoró |
| Marca/Modelo HONDA/POP 110I | Modelo HONDA/POP 110I |
| Veículo Adulterado? Não | Quantidade 1 Unidade |
| Situação Envolvido | Última Atualização Denatran 15/05/2019 |
| Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA | |
| Nome Envolvido | Envolvimentos |
| Francisco Diego Marques Paiva | Possuidor |

RELATO/HISTÓRICO



Delegado de Polícia Civil: José Vieira de Castro
Impresso por: Regina Fátima Santos
Data de Impressão: 10/03/2020 11:00
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 025829/2020

o declarante veio noticiar de um acidente de trânsito ocorrido na data hora e local citado, onde o declarante colidiu com um animal na pista e teve lesões, solicita o presente para fins de seguro DPVAT Nada mais disse;

ASSINATURAS

Regina Fátima Santos
Agente de Polícia
Matrícula 83.582-0
Responsável pelo Atendimento

Francisco Diego Marques Paiva
(Comunicante / Vítima)

*Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) detentor(a) responsável pelas infrações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origina, conforme previsto nos Artigos 339-Declaração Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



Delegado de Polícia Civil: José Vitor de Castro
Impresso por: Regina Fátima Santos
Data de Impressão: 10/03/2020 11:00
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 09:48:10

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092209480964000000057984371>

Número do documento: 20092209480964000000057984371

Num. 60430981 - Pág. 6

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04391-5

CONTA: 000010067879-3

Nr. da Autenticação A6CCBD3EE70E1FAF



ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
PORTO = 1201

PLANALTO TRILZE DE MAIO-REAUERANA
VOSGORD RN
59381-290

7015952010 02/2020
1702/2020 04/03/2020
6305

| | | |
|-----------|------|----------|
| 037034159 | CNCA | 0-002029 |
| 037034160 | CNCA | 0-002030 |

| QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|------------|-------------|-------------|
| 77.000000 | C 2287G10 | 70,31 |
| 77.000000 | C 5553RBR | 74,56 |
| | | 7,15 |
| | | 4,77 |
| | | 6,88 |

63 35

உயர்ப்படிக்கப் புகுந்தவர்களுக்கு

[illegible]

```

r[0] = 0;
for (i = 1; i <= n; i++)
    r[i] = (r[i-1] * 2 + 1) % 1000000007;
return r[n];
}

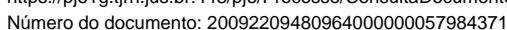
```

[illegible]

| CATEGORIA | VALOR DO APRÓVEITO | COSTO MCM | LIMITE TEMA 200 | | TEMA 200 | LIMITE DE LARGURA (M) | |
|-----------|-----------------------|--------------|--------------------|--------------|----------|--------------------------|--------------|
| | | | VALOR MCM | VALOR MCM | | VALOR MCM | VALOR MCM |
| TEMA | 0,20 | 0,30 | 0,20 | 0,00 | | | |
| TEMA | 0,20 | 0,30 | 0,20 | 0,00 | | | |

Fonte: (COSTO) 0,00. (VALOR DO APRÓVEITO) 0,00. (COSTO MCM) 0,00. (LIMITE TEMA 200) 0,00. (TEMA 200) 0,00. (LIMITE DE LARGURA (M)) 0,00.

| | | | | |
|-------------|-----------|----------------|---------------------|-------|
| CONTINGUATO | MEXUS2120 | DATA DE CANCEL | TOTAL A PAGAR (R\$) | 63.05 |
|-------------|-----------|----------------|---------------------|-------|



ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

PLANALTO TRÊS DE MARÇO-REAUERANA
VOSSORO RN
59331-290

| | |
|------------|------------|
| 7015952010 | 02/2020 |
| 17002/2020 | 04/03/2020 |
| 63.05 | |

[illegible]

| QUANTIDADE | PARCELA (R\$) | VALOR (R\$) |
|------------|---------------|-------------|
| 77,000000 | C 2817610 | 70,41 |
| 77,000000 | C 3753888A | 74,86 |
| | | 7,15 |
| | | 4,71 |
| | | 6,88 |

63 35

..... COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

[illegible]

```

r[0] = 0;
for (i = 1; i <= n; i++)
    r[i] = (r[i-1] * 2 + 1) % 1000000007;
return r[n];
}

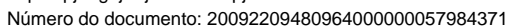
```

[illegible]

| CODIGO | QUANTIDADE | PREÇO UNITÁRIO | TOTAL | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL | TERMO DE PAGAMENTO | LIMITES DE PAGAMENTO (R\$) |
|--------|------------|----------------|-------|----------------|-------------|--------------------|----------------------------|
| PIC | 0,20 | 0,30 | U,20 | 0,00 | | | |
| PIC | 0,20 | 0,30 | 0,20 | 0,00 | | | |

Total: R\$ 0,00

| | | | | |
|-------------|------------|---------------|----------------|-------|
| CONTRACT NO | MASSUM 120 | DATE RECEIVED | TOTAL DUE (\$) | 63.05 |
|-------------|------------|---------------|----------------|-------|





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: 0320-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 84

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 84 | Central Ouvidoria: 0800 621 91 39

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/DOCUMENTAL/ASP?TUDO=1&CDULO=2&P=6>

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 COAF.

1 SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PRIVÂNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURADO. 2 CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEMA POR FUNDADA DISCIPLINAR, APLICAR PENAL ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCITAS PREVISTAS DA LEI Nº 9.13/98.

Pelo exposto, eu

José Vicente de Freitas Neto

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 037.937.502/80 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisco Duge Marques Paiva inscrito (a) no CPF sob o nº 094.580.324/40

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Francisco Duge Marques Paiva

Inscrito (a) no CPF sob o nº 094.580.324/40, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência (junta 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: Rua Tore Número: 1201 Complemento: 2050
Bairro: Ricardo Tinô de Nova Cidade: Mafra Estado: RN CEP: 59631-390
E-mail: Wesley Passos Tel./DDD: (84) 99824-0066

Local e Data: Mafra RN 28/05/20

José Vicente de Freitas Neto
Assinatura do Declarante

010RL 001 V001/2007



SAMU
MOSSORÓ
192

Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 93

Mossoró 05 de Março de 2020

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário: **FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA, 29 anos.**

Natureza da Ocorrência: Acidente Automobilístico: Colisão Moto x Animal

Data da Ocorrência: 09/02/2020

Local da ocorrência: BR-304, próximo Cemitério.

Viatura: BRAVO – Unidade de Suporte Básico de Vida - 03

Hora do Chamado: 23h 10min.

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

Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: **Francisco Diego Marques Paiva, 29 anos, portador de RG: 002.732.453.**
Estamos à disposição para mais informações.

SILVANIA DO MONTE SANTIAGO
DIRETORA ADM / SAMU
MAT. 58682-1

Silvania do Monte Santiago
Matrícula 58682-1
Diretora Administrativa do SAMU/Mossoró

Dr. Dixon F. Medeiros Lima
Diretor / SAMU
Matrícula 405418-3
CRM/RN 5999

Dixon Fradik Medeiros Lima
Matrícula 405418-3
Diretor Geral do SAMU/ Mossoró

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





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 2915 /2020

Admissão: 09/02/2020 23:47:38

OK

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 57294 - FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA (29 a 7 m 14 d)

Nascimento: 25/06/1990

Natural: MOSSORO-BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS:

CPF: 09758032470

Prof:

Mãe: CELIANE MARQUES CRUZ DE PAIVA

Pai: EMIDIOMESTEVAN DE PAIVA

Logradouro: ESTUDANTE ODILON RODRIGUES, 10

CEP: 59633110

Bairro: PLANALTO TREZE DE MAIO

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.99735602

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: TRAZIDO PELO SAMU EM PROTOCOLO DE TRAUMA.

Classificação:

PESO:

09/02/2020 23:40:26

| HORA | P.A. | HGT | SatO2 | FiO2 | F.R. | F.C. / Pulso | TEMP. | Glasgow | RTS |
|------|-----------|-----|-------|------|------|--------------|-------|---------|-----|
| | 160 / 120 | | 99 | | 18 | 122 | | | |

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO/AVACA, CONSCIENTE, ORIENTADO, RELATANDO DOR EM OMBRO E ANTEBRAÇO E COM PROVAVEL FRATURA DE ANTEBRAÇO, DOR EM COLUNA TORAXICA.

Di e Hora: 00h40

Paciente vítima de colisão moto - animal, relato aminado de acordo com

em mãos curvas, com curvatura

B- no + veloz, deflexão e semelhança

C- estado clínico e hemodinâmico estável

D- Glasgow 15, reflexos normais

E- equívocos, porém, a seguir, dor + alteração

Diagn. Inicial: fratura de antebraço e coluna torácica

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORÁRIO

ASSINT.

1 Solicito TC de crânio + cervical

2 Solicito Radiografia de tórax + antebraço, supinados

3 medicações de NCR + analgésicos

1 Dipirona 1g + ADU

2 Tilidil 40mg + ADU

3 Dexametasona 10mg

4 Tramadol 100mg

19/02/20 00:30 NCR Paciente

Paciente com relato de colisão moto animal com TC subsequente

AP exame: ECG 15, sem alterações evidentes, curvatura

TC de crânio + coluna cervical segue protocolo de avaliação. Sem alterações integramento

TC de antebraço dentro da normalidade

CD: 1 - Q&S Neurologia.

00:30 - Análise de Rota. Rota

com primeira dor.

Dr. Juliano José da Silva

CRMRN 7399

Dr. Juliano José da Silva

CRMRN 7399

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

CID Proc.

Data: / /20, Hr: :

Médico:

*Gerado via SX por ANTONIO HELIO DA SILVA. Impresso em 09 de Fevereiro de 2020.

(Assinar e Carimbar)

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

ESTÁ CONFORME O ORDEM

SAME MOSSORO 19/02/2020

SAME / ARQUIVO



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 09:48:10

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009220948096400000057984371

Número do documento: 2009220948096400000057984371

WILSON ROSADO

SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59631-010
CNPJ: 35.650.324/0001-50

| | |
|---------------|------------|
| Identificação | 1225950 |
| dt: | 29/02/2020 |
| h: | 14:09 |

BOLETIM DE ADMISSÃO

| |
|----------|
| Nº AII |
| DANIELLE |

3531 - FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA

| | | | |
|---|--|--|------------------------------------|
| LTIRO(A) - Sexo: MASCULINO - 25/06/1990 - 29 A, 8 M, 4 D | | CPF: 097.580.324-70 | RG: 002432453 |
| Id: 706003880014640 | | Convênio: PARTICULAR - PLANO ÚNICO | |
| Id: 218-01 | | Enfermaria: 218 - 218 - AP | |
| Endereço: TORE, Nº 1.201 - CEP: 59600-010 | | Bairro: PLANALTO 13 DE MAIO | |
| Cidade: Cód.: 2408003 - MOSSORO/RN | | Profissão: | Especialidade: ORTOPEDIA CIRÚRGICA |
| EMÍDIO ESTEVAO DE PAIVA | | Mãe: CELUANIA MARQUES CRUZ DE PAIVA | |
| Localidade: MOSSORO RN | | Caráter de Atendimento: URGÊNCIA | |
| Responsável: FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA | | | |
| Admissão Solicitada: 1169-DIARIA ENFERMARIA SIMPLES - 03 LEITOS (SEM AR-CONDICION - \$51 - FERIM DO ANTEBRACO | | | |
| Diagnóstico Definitivo: | | Acomodação: | |
| | | Médico: 6320 - RAPHAEL MACHADO GONCALVES | |

Idade: 30/12/1999

HOSPITAL WILSON ROSADO
AUTORIZAÇÃO DE REFEIÇÕES

Convênio: Particular

() DESJEJUM () ALMOÇO
() JANTAR (X) AS 03 REFEIÇÕES

RESPONSÁVEL

Resultado

| | | | | | |
|--------------------------|------------|--------------------------|--------------|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Curado | <input type="checkbox"/> | Removido | <input type="checkbox"/> | -18 Horas |
| <input type="checkbox"/> | Melhorado | <input type="checkbox"/> | Pedido | <input type="checkbox"/> | +48 Horas |
| <input type="checkbox"/> | Inalterado | <input type="checkbox"/> | Evasão | <input type="checkbox"/> | Obito |
| <input type="checkbox"/> | Piorado | <input type="checkbox"/> | Indisciplina | | |

Transferido:

História Clínica

Ataque de Rv e dor no antebraço -> Carla Cristina C. da Silva

Diagnóstico Provável

X Carla Cristina Oliveira da Silva

RESPONSÁVEL

RAPHAEL MACHADO GONCALVES





HOSPITAL
WILSON ROSADO

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA.

Rua Pedro Velho, 250 - São Antônio - Mossoró/RN
CEP: 59611-010 - Fone: (84) 3318.9000
CNPJ: 35.650.324/0001-50

**BOLETIM DE SALA
DO C.C.**

Paciente: Fernando Diego

Nº Reg.: _____

Convênio: part

Cirurgia Realizada: cateterização coronária de emergência da artéria descendente esquerda

Data da Cirurgia: 21/09/2020

Início: 14h

Término: 16h

| MATERIAIS | | MATERIAIS | |
|--------------------------|--|--------------------------------|--|
| Abocath Nº | | Gorros Desc. | |
| Algodão Ortopédico cm | | Látex | |
| Agulha Descartável Nº | | Lâmina de Bisturi Nº | |
| Ag. Raque | | Lâmina de Bisturi Nº | |
| Ag. Peridural | | Luva Estéril Nº 6.0 | |
| Ag. Sutura Curva | | Luva Estéril Nº 6.5 | |
| Atadura Gessada cm | | Luva Estéril Nº 7.0 | |
| Atadura Crepom cm | | Luva Estéril Nº 7.5 | |
| Atadura Crepom cm | | Luva Estéril Nº 8.0 | |
| Azul de Metileno ml | | Luva Estéril Nº 8.5 | |
| Bolas de Algodão | | Luva de Procedimento | |
| Bolsa para Colostomia | | Máscara Desc. | |
| Capa para Vídeo | | Microfone cm | |
| Capa Microscópio | | Multí Vias | |
| Cateter para Oxigênio | | Óleo Dersane ml | |
| Cateter Acesso Central | | Perfusor 7 | |
| Cateter Peridural | | Pinalt | |
| Cera Óssea | | Propés | |
| Compressas 05 und | | Pomada Kolagenase G | |
| Coletor de Urina Aberto | | Saco Estéril | |
| Coletor de Urina Fechado | | Scalp | |
| Colonóides g. | | Seringa 1 ml | |
| Clip Cirúrgico | | Seringa 3 ml | |
| Dreno Tórax | | Seringa 5 ml | |
| Dreno Penrose Nº | | Seringa 10 ml | |
| Dreno Portovak Nº | | Seringa 20 ml | |
| Escovas com PVPI | | Seringa 60 ml | |
| Equipo para Soro | | Sonda Endotraqueal Nº | |
| Equipo BIC | | Sonda Nasogástrica Nº | |
| Equipo p/ Hemocomponente | | Sonda Vesical Natalon Nº | |
| Equipo Fotossensível | | Sonda Vesical Foley 02 Vias Nº | |
| Eletrodo Desc. | | Sonda Vesical Foley 03 Vias Nº | |
| Esparadrapo | | Sugitel | |
| Extensor de Equipo | | Teia de Prolipropileno | |
| Faixa de Smarch cm | | Tubos de Ventilação | |
| Frasco p/ Biópsia | | Verde Brilhante | |
| Gases 10 und | | Xilocaina Gel | |
| Gel Foan | | Xilocaina Spray | |
| Gel para Eletrodo | | Traqueostomo | |
| MEDICAMENTOS | | MEDICAMENTOS | |
| ABD 10 ml | | Dormonid | |
| ABD 1000 ml | | Decadron | |
| Adrenalina | | Dipirona | |
| Atracurio | | Dramin | |
| Atropina | | Efedrin | |
| Aturgyl Colírio | | Eforil | |
| Cefalotina 1g | | Efedrina | |
| Clonin | | Esmeron | |



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 09:48:10

<https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092209480964000000057984371>

Número do documento: 20092209480964000000057984371

Num. 60430981 - Pág. 15

Eu, abaixo qualificado,

| | | |
|---|---------------------------------|-----------------------------------|
| Responsável FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA | Parentesco O MESMO | |
| Paciente FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA | Nascimento 25/06/1990 | RG 002432453 |
| Endereço TORE | Leito 218-01 | Enfermaria 218 218 - AP |

Ao final firmado (a) como responsável pelo(a) paciente retroqualificado(a) autorizo por esta a melhor forma de direito, a internação hospitalar do(a) referido paciente neste CARDIODIAGNÓSTICO LTDA, sediado a PEDRO VELHO, 250 de MOSSORO.

Esta autorização, representando minha livre expressa manifestação de vontade, inclui internação hospitalar, tratamento clínico ou cirúrgico, realização de exames e prova complementares, invasivas ou não, hemoterapia e tudo mais que se fizer necessário para o tratamento do(a) paciente.

Declaro para os devidos fins que, NO CASO DO PACIENTE POSSUIR CONVÊNIO MÉDICO, estou ciente de que para ter direito a cobertura do custo do tratamento, HÁ NECESSIDADE DE EXPRESSA AUTORIZAÇÃO da empresa (Convênio) PARTICULAR - PLANO ÚNICO

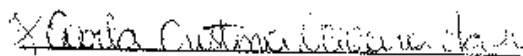
Declaro que, em caso de optar por acomodação de nível superior ao estipulado pelo convênio, assumo a diferença de acomodação e de honorários médicos conforme tabela AMB.

Declaro, ainda, estar ciente de que a ausência de autorização, SEJA QUAL FOR O MOTIVO, impede o hospital efetuar cobrança de quaisquer valores do convênio médico.

Assim, ASSUMO, PERANTE O HOSPITAL, TOTAL RESPONSABILIDADE PELO PAGAMENTO DAS DESPESAS RECORRENTES DO ATENDIMENTO MÉDICO FORNECIDO AO PACIENTE ACIMA CITADO, CASO O CONVÊNIO NÃO FORNEÇA A INDISPENSÁVEL AUTORIZAÇÃO, sendo certo que, nesta hipótese, os valores corresponderão aqueles praticados pelo próprio convênio em idêntica situação, ressaltando-se também o direito de solicitar a transferência do paciente caso seu estado de saúde o permita, arcando apenas com o custo do tratamento efetivamente fornecido.

Declaro para os devidos fins que, no caso do(a) paciente não possuir convênio, a internação se torna particular, aceito os valores da tabela particular praticada pelo Hospital, conforme cópia que me é apresentada neste ato. Concordo também que as contas serão fechadas e apresentadas a cada 3 (três) dias, e abatidas do valor pago antecipadamente, por ocasião da internação, sendo certo que quando a mesma atingir 70% (setenta por cento) do valor pago antecipadamente, farei novos pagamentos quantos forem necessários.

MOSSORO, 29 de fevereiro de 2020


FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA

Testemunha

Nome: _____

RG: _____

Testemunha

Nome: _____

RG: _____



TERMO DE CIÊNCIA, CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO
(Consentimento Informado)

Sr. (a) Francisco Diego Marinho Pereira
RG: 002.432.453 CPF: 097.858.329-01 (pelo presente instrumento, declaro plena
autorização ao Dr. Raphael CRM/RN 6320 e sua equipe, para realizar o(s)
seguinte(s) procedimento(s), cirurgia(s) ou tratamento(s)
Prostatectomia
ou algum(ns) outro(s) procedimento(s) que por ventura se fizer(em) necessário(s) durante o ato
operatório, e ainda realizar anestesia(s), transfusões de sangue e demais condutas médicas que atendam
às necessidades clínicas e cirúrgicas do caso.

Declaro que fui claramente informado(a) e compreendi a proposta do tratamento, procedimento
médico ou cirúrgico, seus benefícios e os riscos cirúrgicos e anestésicos, bem como estou ciente das
complicações que podem advir do tratamento do tipo queloide, assimetrias, alergias, alterações de
sensibilidade e motricidade, reações a curativos, hematomas, edemas, parestias transitórias ou não, além
de complicações e limitações relacionadas com a(s) cirurgia(s) a ser(em) realizada(s) e riscos mais graves,
porém considerados raros como: necrose de tecidos, infecções, trombozes venosas, embolias, arritmias,
reações alérgicas, parada respiratória, parada cardíaca e morte, e, ainda assim, assumo os riscos e
autorizo a realização do procedimento proposto.

Declaro, ainda, estar ciente dos riscos e benefícios da anestesia a que vou ser submetido(a) e estou
de pleno acordo com a anestesia proposta e assumo a responsabilidade de me submeter a outro tipo de
anestesia, caso a equipe de anestesiologistas julgue necessária.

Assumo também a responsabilidade de retornar quantas vezes for necessário no pós-operatório e
guardar repouso conforme orientação da equipe médica, não tendo a mesma nenhuma
responsabilidade quanto ao procedimento cirúrgico realizado descrito neste termo de consentimento
caso eu proceda de modo diverso.

Estou ciente da obrigatoriedade de não fumar, não usar narcóticos, remédios de emagrecimento
ou outros tipos de drogas nem antes, nem durante, e nem depois do procedimento cirúrgico proposto
dado os perigos exacerbados do uso deste tipo de substâncias.

Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas inteira e satisfatoriamente.
Declaro ter sido submetido(a) a todos os exames pré-operatórios que foram julgados necessários para a
realização do procedimento, inclusive o risco cirúrgico, avaliado por um especialista. Declaro ainda que
fui esclarecido(a) pelo meu médico assistente dos detalhes da cirurgia, procedimento ou tratamento e
estou ciente de que nenhum resultado específico me poderá ser garantido, visto que o facultativo
assume tão somente a obrigação de assegurar os melhores meios de tratamento. Não omiti nenhuma
informação sobre meu estado de saúde e condições emocionais, considerando-me apto(a) a ser
submetido(a) ao(s) procedimento(s) supra mencionados, concordando assim, em seguir as orientações
médicas tais como repouso, dieta, exercícios físicos, utilização de medicamentos e retorno ao
consultório/hospital nos dias determinados pelo médico, pois entendo que a observância de tais
recomendações são de vital importância para obtenção de um bom resultado.

Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para
exames anátomo-patológico ou utilizados com propósito médico, que se fizerem necessários.

Por fim, assumo, por livre e espontânea vontade, total responsabilidade por todas as despesas
médicas e hospitalares, ou de qualquer natureza, decorrentes desta assistência, comprometendo-me a
saldar as mesmas por ocasião da alta ou da retirada do(a) paciente.

Mossoró, 29 de fevereiro de 2020

Livia Karina Freitas da Silva
Assinatura do paciente

Assinatura do responsável

Certifico que expliquei detalhadamente o procedimento/ cirurgia/ tratamento, seus benefícios,
riscos e suas alternativas. Respondi satisfatoriamente a todas as perguntas e acredito que o paciente/
responsável, Sr(a): _____ compreendeu tudo o que
expliquei.



HOSPITAL
WILSON ROSADO

Paciente: LUIS CARLOS DE OLIVEIRA JUNIOR
Idade: 33 Data: 23/09/20
Convênio: Particular

Relatório de Cirurgia

1. Cirurgia Principal: Descompressão de hérnia de disco L5/S1

2. Cirurgia Secundária: Não

3. Cirurgião: Dr. Raphael Machado Gonçalves

1º Auxiliar: Dr. Roberto Silva

2º Auxiliar: Não

Enfermeiro(a): Não

4. Anestesista: Dr. Carlos

5. Instrumentador: Dr. Roberto

CRM: _____

CRM: _____

CRM: _____

COREN: _____

CRM: _____

COREN: _____

6. Tecido removidos: ☐ Não ☐ Sim Especificar: _____

7. Anátomo Patológico: ☐ Não ☐ Sim

Laudo: ☐ Maligno ☐ Benigno Dr.: _____

8. Classificação da Cirurgia: ☐ Limpa ☐ Potencialmente contaminada
☐ Contaminada ☐ Infectada

9. Contaminação Intra-operatória: ☐ Não ☐ Sim

10. Programação: ☐ Efetiva ☐ Urgência ☐ Emergência

11. Trauma: ☐ Não ☐ Sim Data: _____ Hora: _____

12. Infecção atual em outro Sistema: ☐ Não ☐ Sim Tipo: _____

13. Drenos: ☐ Não ☐ Sim Tipo: _____

14. Prótese (s): ☐ Não ☐ Sim Tipo: _____

15. Descrição do procedimento cirúrgico no verso

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia

Assinatura Cirurgião: _____

Data: 23/09/20

CRM: _____

Para anestesia local, informar:

Hora do início do procedimento: _____ Hora do término do procedimento: _____





CAM Clínica de Anestesiologia de Mossoró Ltda.

FICHA DE ANESTESIA

| | | | | | | | |
|---|----------------|-----------------------------|------------------------|--------------------------------------|-----------------|---------------------------------|-------------------------|
| NOME: <u>Felipe Augusto Marques de Sá</u> | | | | | | | DATA: <u>20/02/2020</u> |
| SERVIÇO: <u>Parto</u> | | ANESTESISTA: <u>Chantal</u> | | CIRURGIÃO: <u>Rafael A. S. de Sá</u> | | | |
| IDADE: <u>20</u> | SEXO: <u>M</u> | COR: <u>B</u> | PR. ART: <u>140x90</u> | PULSO: <u>72</u> | TEMP: <u>36</u> | ESTADO FÍSICO: <u>1 2 3 4 5</u> | |
| PRÉ-ANESTÉSICO | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO | | | | | | | |

OPERAÇÃO REALIZADA: Torç. C10 p. 1º e 2º m. com 25 cm

INÍCIO: 18:00 TERMINO: 18:30 DURAÇÃO: 30 min ROTINA: EMERGÊNCIA EXTRA:

SpO₂: 92 91 92 93 94

ETCO₂:

| HORA | OBSERVAÇÕES |
|---------------|-------------|
| A | |
| G | |
| E | |
| N | |
| T | |
| E | |
| S | |
| CÓDIGO | |
| ANESTESIA X | 220 |
| OPERAÇÃO X | 200 |
| INTUBAÇÃO X | 180 |
| ENDOTRAQUEAL | 160 |
| PRES. SISTOL. | 140 |
| PRES. DISTOL. | 120 |
| PULSO | 100 |
| RESP. ASST. | 80 |
| RESP. EXPONT. | 60 |
| RESP. CONTR. | 40 |
| POSICÃO | 20 |

TECNICA ANEST. GERAL: () INALATÓRIA: () ENDOVENOSA: () BALANCEADA: () SEDAÇÃO: ()
ANEST. REGIONAL: () RAQUIDIANA: () PERIDURAL: () OUTROS: ()

AGENTES EMPREGADOS: Amidatol 25 (1ml) / Sevoflur 25 (1ml)

Propofol 1 (1ml) / Midazolam 15 (1ml)

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



Descrição dos procedimentos cirúrgicos

1. Ressecção com anel de aço para fechamento
2. Ressecção de cartilagem e fechamento com anel de aço
3. Anel de aço para fechamento de ferida
4. Anel de aço para fechamento de ferida
5. Anel de aço para fechamento de ferida
6. Anel de aço para fechamento de ferida
7. Anel de aço para fechamento de ferida
8. Anel de aço para fechamento de ferida
9. Anel de aço para fechamento de ferida
10. Anel de aço para fechamento de ferida

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 0320



| MEDICAMENTOS | | SOLUÇÕES ANTI-SÉPTICAS | |
|--------------------------|--|--|--|
| Etomidato | | Água oxigenada | |
| Fentanil | | Alcool 70% ml | |
| Ipsilon g. | | Clorexidina alcoólica 0,5 ml | |
| Narcan | | Clorexidina aquosa ml | |
| Neocaína Pesada | | Clorexidina degermanle ml | |
| Neocaína 0,50% cl Adren. | | Éter ml | |
| Novabupri cl Adren. | | Formol líquido ml | |
| Nimbium | | PVPI alcoólico ml | |
| Ondasterona | | PVPI degermente ml | |
| Pavulon | | PVPI tópico ml | |
| Piasil | | FIOS | |
| Profenid | | | |
| Prostigumina | | Aciflex | |
| Propofol | | Algodão | |
| Quelicim | | Algodão | |
| Rop | | Catgut Cromado | |
| Sufentalina | | Catgut Cromado | |
| SF 0,9% 250 ml | | Catgut Simples | |
| SF 0,9% 500 ml | | Catgut Simples | |
| SF 0,9% 1000 ml | | Caprotyl | |
| SG 5% 250 ml | | Ethibond | |
| SG 5% 500 ml | | Ethibond | |
| SRS 500 ml | | Fita Cardíaca | |
| SRL 500 ml | | Monocryl | |
| Steril Drape | | Monocryl | |
| Tilatil | | Mononylon | |
| Thiopental | | Mononylon | |
| Transamim | | Mononylon | |
| Tissucol | | Prolene | |
| Vecuron | | Prolene | |
| Xilocaina 2% S/V | | Vicryl | |
| Xilocaina C/V | | Vicryl | |
| ANESTÉSICOS INALATÓRIO | | TAXAS DE APARELHO | |
| Enflurane ml | | Aspirador de Parede | |
| Halotano ml | | Bisturi Elétrico | |
| Isoflurano ml | | Craniótomo | |
| Servorane ml | | Dril | |
| GASES | | Intensificador de Imagens | |
| Ar Comprimido | | Lipoaspirador | |
| Co2 | | Microscópio | |
| Oxigênio | | Monitor Cardíaco | |
| Nitrogênio | | Oxímetro de Pulso | |
| ALTO CUSTO | | Oxicapnógrafo | |
| | | Respirador | |
| | | Serra Elétrica | |
| | | Sistema de Vídeo | |
| | | Motor Ortopédico | |
| | | Maria Neuma de Lima Téc. de Enfermagem COREN - 364458 | |
| Obs. Enf: | | | |
| Visto Enfermeiro: | | | |



CNPJ: 35.650.324/0001-50
WILSON ROSADO TELEFONE: (84) 3318-9000

PACIENTE: 1225950-FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA

IDADE: 29 A, 8 M, 4 D

PARTICULAR - PLANO ÚNICO

ENFERMARIA: 218-218 - AP

LEITO: 218-02

ADMISSÃO: 29/02/2020

PRESCRIÇÃO MÉDICA

29/02/2020 - 21:25:13

DIETA LIVRE

| | | | | | | |
|---|-------------|---------|--------|-----------------|-------|-------|
| SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500 ML | 1,00FR | IV | 08/08H | | 29 08 | |
| CEFALOTINA 1 G | 1,00FA | IV | 06/06H | + ABD | 29 06 | |
| CIEXANE 40MG / 0,4 ML | 1,00SER | SC | 1X DIA | | 29 06 | |
| OPIRONA 500MG/ML 2ML | 1,00AMP | IV | 06/06H | + ABD | 29 06 | |
| TRAMAL 50MG/ML 2ML | 1,00AMP | IV | 08/08H | + SF 0,9% 100ML | 29 08 | |
| TENOXICAN 20MG PÓ LIOFILO P/SOLUÇÃO INJETÁVEL | 1,00FRAMFIV | | 12/12H | + ABD | 29 08 | |
| NAUSEDRON 8 MG / 4 ML | SN | 1,00AMP | IV | 08/08H | + ABD | 29 08 |
| OMEPRAZOL 40MG INJ + DIL. | 1,00 FA | IV | 1X DIA | | 29 08 | |

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia

6320 - RAPHAEL MACHADO GONCALVES

DE SOLUÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 09:48:10

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092209480964000000057984371>

Número do documento: 20092209480964000000057984371



HOSPITAL
WILSON ROSADO

Convênio: PARTICULAR

Paciente : *Isabella Maria da Silva*

Data: 01/03/2020

Isabella Maria da Silva

| | | |
|-----|---|--|
| 1. | DIETA LIVRE | |
| 2. | SF 0,9% 500ML EV DE 12\12H | |
| 3. | DIPIORNA 1G + ABD EV DE 6/6H | |
| 4. | TILATH. 40MG + 100ML SF 0,9% EV , 1X\DIA (suspenso) | |
| 5. | TRAMAL 50MG + 100ML SF 0,9% EV DE 8\8H, SE DOR | |
| 6. | CEFALOTINA 1G EV DE 6\6H | |
| 7. | CURATIVO DIARIO | |
| 8. | SSSVV + CCGG | |
| 09. | ALTA HOSPITALAR | |
| 10. | | |
| 11. | | |
| 12. | | |
| 13. | | |
| 16. | | |
| 17. | | |
| 18. | | |
| 19. | | |
| 20. | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA

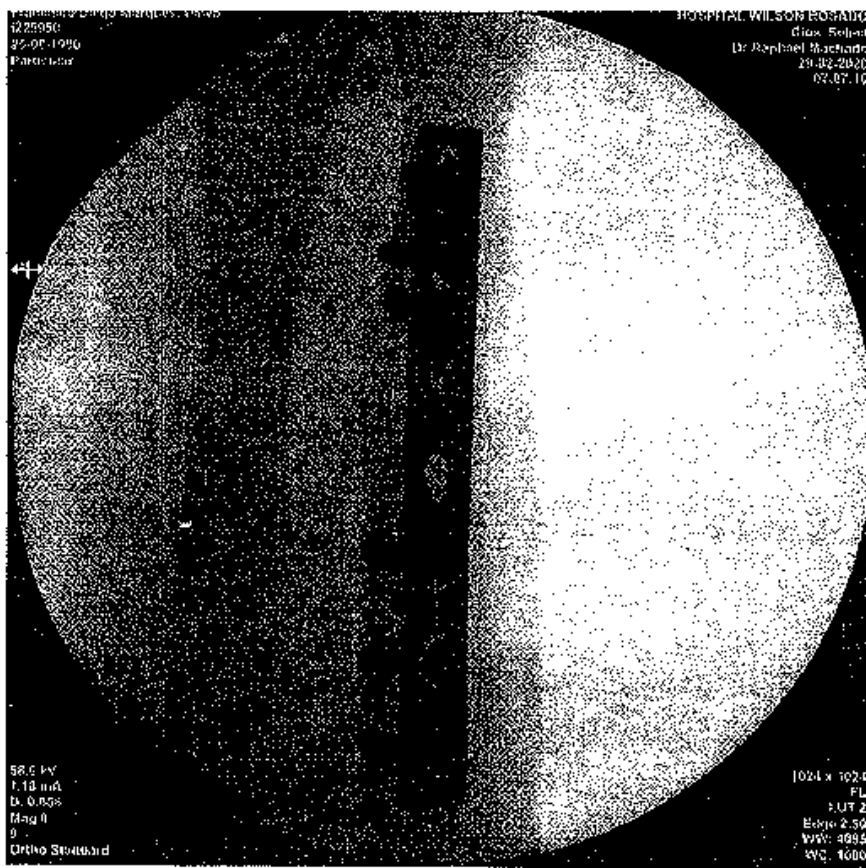
Paciente evolui em BEG, sem queixas.

FO em bom aspecto, neurovascular sem alteração.

Conduta: ALTA HOSPITALAR

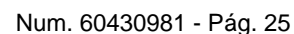
L. Karina Freitas da Silva
Ortopedista e Traumatologista
CRM 1122





Pedido: 0414

| Material Utilizado | Quantidade | Referência |
|--------------------|------------|------------|
|--------------------|------------|------------|



| | | | |
|-----------------------------------|--|---|--|
| PROJETO PLASTIFICAR | | VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL | |
| 1929431727 | | 1929431727 | |
| RIO GRANDE DO NORTE 10/11/2019 | | JOSE VICENTE DA SILVA, NETO 1929431727 10/11/2019 | |
| 1929431727 10/11/2019 | | 1929431727 10/11/2019 | |



Verificar

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
INSTITUTO NACIONAL DE RECURSOS DO JÚRI

FRANCISCO WILSON MARGENS PAIVA

088732453-200 28

087-280-348-70 25/04/1954

ENCINHO ESTEVÃO DE PAIVA

FRANCISCO MARGENS PAIVA

PAIVA

04713528820 30/03/2024 07/08/2009

1821829763

PROCURADOR

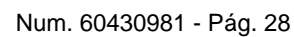
1821829763

03/06/2019

0875578810

GRUPO GRANDE DO NORTE



[illegible]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200204009 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA **Data do acidente:** 09/02/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE EM ANTEBRAÇO ESQUERDO) E PARA OS DEMAIS TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

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 LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.2(BAM) P.7-9(CIRURGIA) P.12(ALTA) P.13(IMAGEM)

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 superiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| Total | | | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Francisco Diego Marques Poiva, brasileiro(a),
estado civil: Solteiro, Profissão: Bombeiro, Data do Acidente: 09/02/20
Cobertura Invalida, portador(a) do RG 002 432 453, órgão expedidor
SSPRN e do CPF: 094.580.324-40 residente no(a)
Rua Tore nº 1201,
bairro: Ponetta Treza de Moura, município: Motaco / RN.

OUTORGADO:

Nome: Jose Vicente de Freitas Neto, brasileiro(a)
estado civil: Solteiro, Profissão: Autônomo, portador(a) do RG
319 58 389, órgão expedidor SSPAM e do CPF: 037.934.502-80 residente
no(a) Rua Tore nº 1201,
bairro: Ponetta Treza de Moura, município: Motaco / RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: 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 disponibilizados ao outorgado.

Motaco RN 28/05/20
Local e Data

x Francisco Diego Marques Poiva
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0158648/20

Vítima: FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA

CPF: 097.580.324-70

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 09/02/2020

Titular do CPF: FRANCISCO DIEGO
MARQUES PAIVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE VICENTE DE FREITAS NETO : 037.937.502-80

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

FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA : 097.580.324-70

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/06/2020
Nome: JOSE VICENTE DE FREITAS NETO
CPF: 037.937.502-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/06/2020
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

JOSE VICENTE DE FREITAS NETO

THIARA VIRGINIA DA HORA

