



Número: **0800478-85.2020.8.20.5160**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Upanema**

Última distribuição : **31/08/2020**

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	
FERNANDA ALVES PEREIRA (AUTOR)		LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60427 256	22/09/2020 08:24	2752659_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, 10 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200209477

Vítima: FERNANDA ALVES PEREIRA

Data do Acidente: 10/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO SERGINALDO FREITAS MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FERNANDA ALVES PEREIRA

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 15847555





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, 25 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200209477

Vítima: FERNANDA ALVES PEREIRA

Data do Acidente: 10/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO SERGINALDO FREITAS MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FERNANDA ALVES PEREIRA

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 inferiores 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: FERNANDA ALVES PEREIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 004

Agência: 000000033

Conta: 0000049160-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nº da sinistro ou ASI: 096 623 944-18 3 - CPF da vítima: 24 2020 4 - Nome completo da vítima: Fernando Alves Pereira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2002

5 - Nome completo: Fernando Alves Pereira 6 - CPF: 096 623 944-18
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua Antonio Carlos de Carvalho 9 - Nº: 24 10 - Complemento: 2020
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Uporoma 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59640-000
15 - E-mail: Não Possui 16 - Telefone: (84) 99824-0066

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.000,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (109)

AGÊNCIA: CONTA:

☒ CONTA CORRENTE (dados do banco)

Nome do BANCO: Noreste

AGÊNCIA: 00033 CONTA: 49160 9

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

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 5.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.134/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Sou de parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheira(o): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheira(o), informar o nome completo:

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos 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 responsabilidade criminal por infração do Artigo 299 do Código Penal.

34 -
35 - Nome legível de quem assina o pedido (a cargo)
36 - CPF legível de quem assina o pedido (a cargo)
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a cargo)

38 - 39 - Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha:
39 - 20 - Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Uporoma RN 28/05/20
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Fernando A. Pereira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Promotor (se houver)

FPS-001 9002/2019

BANCO DO NORDESTE
EXTRATO P/ SIMPLES VERIFICACAO
CONTA CORRENTE
EMITIDO EM: 27/12/2019 AS 09:11:00
CONTA CORRENTE: AGENCIA 00033 CONTA 000049160-9
CLIENTE: FERNANDA ALVES PEREIRA
SALDO ANTERIOR 2.399,92 C

26/12/2019
COMPRA CART VISA ELF 008056 100,00 D
PAG J R R 26/12 18:03 2.299,92 C
SALDO

27/12/2019
SAGUE POR CARTAO 750393 2.295,00 D
SALDO 4,92

SALDO TOTAL DA CONTA 4,92 C

DISPONIVEL PARCIAL 4,92 C
POLIARCA CORRENTE 2.299,92
BLOQUEADO C/C 0,00

FUNDO INVESTIMENTO

PRE A COBRAR 4,92 C

SALDO DISPONIVEL TOTAL

DATA DO ULTIMO MOVIMENTO 26/12/2019

BANCO DO NORDESTE - O BANCO NEGOCIO E O
DESENVOLVIMENTO

BANCO DO NORDESTE - CLIENTE CONSULTA E
QUANTIDADA ORCA 728 3030 - VNU-BNR GEN BR

0033-0041-19 3.1.1-1-00





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE UPAEMA-RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 57/2020

Natureza da Ocorrência: Acidente

Local da Ocorrência: Rua Antônio Vitorino, próximo a Churrascaria Wilson e a Churrascaria O Alpendre

Data da Ocorrência: Dia 10/03/2020, por volta das 16h:40min

Comunicante: FERNANDA ALVES PEREIRA, RG Nº 2850719, brasileira, solteira, agricultora, nascida em 13/07/1992, natural de Mossoró-RN, filha de Luzienne Alves Pereira Fernandes, residente e domiciliada na Rua Antônio Carlos de Carvalho, nº 21, Bairro Pêgas, Upanema – RN, Fone: (84) 999262471.

Vítima: A comunicante

Autor do Fato: A Esclarecer

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

A comunicante compareceu a esta Unidade Policial para noticiar que na data e local supracitados, foi vítima de acidente. A comunicante relata que ia buscar o filho no colégio, indo em direção Centro – Pêgas, quando ultrapassou um carro. O motorista do carro não percebendo que a comunicante se deslocava, parou o veículo de forma repentina e abriu a porta, neste momento, a comunicante colidiu com a porta do carro, caindo rapidamente. A comunicante relata que houve fraturas de tíbia direita e joelho esquerdo. A motocicleta envolvida no acidente trata-se de uma HONDA CG 125 FAN, ano 2008-2008, chassi 9C2JC30708R159931, PLACA myr8753, renavam 00960111891. Motivo pelo qual registra o presente BO para fins de seguro.

OBS: As informações acima mencionadas são de inteira responsabilidade do comunicante.

Data e Horário do Registro: 29/04/2020, às 09h47min.

Comunicante: Fernanda Alves Pereira

Registrante: APC JOZIVAN COSME DE MEDEIROS

Mat. 96.491-3





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 036 623 944-18 3 - CPF da vítima: 096 623 944-18 4 - Nome completo da vítima: Fernando Alves Pereira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

5 - Nome completo: Fernando Alves Pereira 6 - CPF: 096 623 944-18
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua Antonio Carlos de Carvalho 9 - Número: 24 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Uporanga 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59640-000
15 - E-mail: Não Possui 16 - Tel (DDD): (84) 99824.0066

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: ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.000,00 ☐ R\$2.001,00 A R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 A R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (003) ☐ Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: 00033 CONTA: 49160 9

ACÉSSIA: 00033 CONTA: 49160 9

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

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

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

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

• O IML que 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.

Soluto o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, não a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme disposto na Lei nº 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

25 - Caso de falecimento 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 tenha filhos, informar: 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tenha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina o pedido (a roça):

35 - CPF legível de quem assina o pedido (a roça):

36 - Assinatura de quem assina o pedido (a roça):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a roça):

38 - Local e data: Uporanga RN 28/05/20

39 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver): Fernando A. Pereira

40 - Assinatura do Procurador (se houver):

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

44 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

45 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

46 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	18/06/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FERNANDA ALVES PEREIRA

BANCO: 004

AGÊNCIA: 00033

CONTA: 000000049160-9

Nr. da Autenticação E2A20A610A7F0A13





Lei da Sociedade Energética Brasileira, Lei 10.438, de 26/04/02

Companhia Energética de Rio Grande do Norte
Rua Niterói, 150 - RJN, Natal - RN CEP 59075-090
CNPJ 08.924.195/0001-81; Ins. Est. 20.958.984-2 | www.cosern.com.br

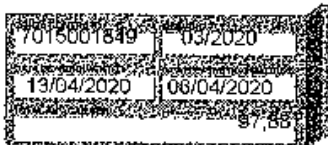
DADOS DO CLIENTE
FERNANDA ALVES PEREIRA

ENDEREÇO: RUA VENEZA, 216 - JARDIM BOA VISTA - 59075-000

CNPJ 08.924.195-018

CONTADORIA URBANA
UF: RN
CEP: 59075-000

EMPRESA
RESIDENCIAL
Município



03/2020 03/2020
03/2020 03/2020
03/2020 03/2020

CONSUMO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kW-h)	150,000000	11,7338774	43,10
Consumo Ativo (kW-h)	131,700000	0,2222222	42,76
Consumo Ativo (kW-h)			5,95
Multa por atraso NF 035828869 - 08/01/20			1,01
Imposto de Renda NF 035828869 - 08/01/20			0,16
Atualização IGP-M NF 035828869 - 08/01/20			0,76
TOTAL DA FATURA			97,89

PERÍODO	TIPO DA FATURA	DATA DE VENCIMENTO	ANTERIOR	ATUAL	DATA DE VENCIMENTO	VALOR	CONSUMO	ADJUSTE	CONSUMO (kW-h)
03/2020	03/2020	03/2020	03/2020	03/2020	03/2020	11,7338774	150,00		150,00

PERÍODO	TIPO DA FATURA	DATA DE VENCIMENTO	ANTERIOR	ATUAL	DATA DE VENCIMENTO	VALOR	CONSUMO	ADJUSTE	CONSUMO (kW-h)
03/2020	03/2020	03/2020	03/2020	03/2020	03/2020	11,7338774	150,00		150,00

Informações sobre o serviço de energia elétrica: O cliente é responsável por manter a instalação elétrica em conformidade com as normas técnicas da ABNT NBR 5410 e da ANEEL. O cliente deve manter a instalação elétrica em conformidade com as normas técnicas da ABNT NBR 5410 e da ANEEL.

PERÍODO	TIPO DA FATURA	DATA DE VENCIMENTO	ANTERIOR	ATUAL	DATA DE VENCIMENTO	VALOR	CONSUMO	ADJUSTE	CONSUMO (kW-h)
03/2020	03/2020	03/2020	03/2020	03/2020	03/2020	11,7338774	150,00		150,00

03/2020





Lei da Sociedade Energética Brasileira, Lei 10.438, de 26/04/02

Companhia Energética de Rio Grande do Norte
Rua Niterói, 150 - RJN, Natal - RN CEP 59075-090
CNPJ 08.924.195/0001-81; Ins. Est. 20.958.984-2 | www.cosern.com.br

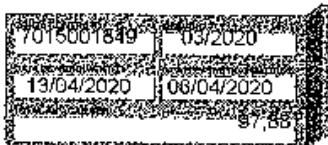
DADOS DO CLIENTE
FERNANDA ALVES PEREIRA

ENDERÇO: RUA VITÓRIA REGINA, 21 - JARDIM DO SOL 21

CNPJ 08.924.195-01

CONTADORIA URBANA
UF: RN
CEP: 59075-000

EMPRESA
RESIDENCIAL
Município



03/2020 03/2020
03/2020 03/2020
03/2020 03/2020

CONSUMO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kW) - TUSD	150,000000	11,7338774	43,10
Consumo Ativo (kW) - TUSD	131,700000	0,2222222	42,76
Consumo Ativo (kW) - TUSD			5,95
Multa por atraso NF 035828869 - 08/01/20			1,01
Imposto de Renda NF 035828869 - 08/01/20			0,16
Atualização IGP-M NF 035828869 - 08/01/20			0,76
TOTAL DA FATURA			97,89

PERÍODO	TIPO DA FATURA	DATA DE VENCIMENTO	ANTERIOR	ATUAL	DATA DE VENCIMENTO	VALOR	CONSUMO	ADJUSTE	CONSUMO (kW)
03/2020	03/2020	03/2020	03/2020	03/2020	03/2020	1,0000	1,0000		1,0000

PERÍODO	TIPO DA FATURA	DATA DE VENCIMENTO	ANTERIOR	ATUAL	DATA DE VENCIMENTO	VALOR	CONSUMO	ADJUSTE	CONSUMO (kW)
03/2020	03/2020	03/2020	03/2020	03/2020	03/2020	1,0000	1,0000		1,0000

Informações sobre o serviço de energia elétrica: O cliente é responsável por manter a instalação elétrica em conformidade com as normas técnicas da ABNT NBR 5410 e da ANEEL. O cliente deve manter a instalação elétrica em conformidade com as normas técnicas da ABNT NBR 5410 e da ANEEL.

PERÍODO	TIPO DA FATURA	DATA DE VENCIMENTO	ANTERIOR	ATUAL	DATA DE VENCIMENTO	VALOR	CONSUMO	ADJUSTE	CONSUMO (kW)
03/2020	03/2020	03/2020	03/2020	03/2020	03/2020	1,0000	1,0000		1,0000

03/2020



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradolider.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: 0800-1855 / Outras regiões: 0800-022-22-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-17-06 | Central Operadora: 0800-021-81-35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECADAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

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.

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

Pelo exposto, eu Antônio Gerônimo Freitas Marques
inscrito (a) no CPF/CNPJ 062.492.164 / 64 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Fernando Alves Pereira inscrito (a) no CPF sob o nº 036.623.944 / 18
do sinistro de DPVAT cobertura Inteligência da Vítima Fernando Alves Pereira
inscrito (a) no CPF sob o nº 036.623.944 / 18 conforme determinação da Circular Susep 445/12;
Declara Profissão: Recusou Renda: Recusou e apresenta os documentos comprobatórios:
☒ Recusa informar

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

Endereço: <u>Antônio e oles de sorvalhe</u>	Número: <u>23</u>	Complemento: <u>caso</u>
Bairro: <u>centro</u>	Cidade: <u>Uponema</u>	Estado: <u>RN</u>
C-MAIL: <u>Wes Potau</u>	CPF: <u>53640-000</u>	Tel.(DDD):

Local e Data: Uponema RN 28/05/20

Antônio Gerônimo Freitas Marques
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017

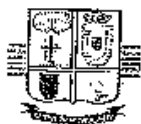


Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 08:24:37

<https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092208243675000000057981137>

Número do documento: 20092208243675000000057981137

Num. 60427256 - Pág. 10



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE UPAÑEMA
RUA JOÃO FRANCISCO, 90, CENTRO
CNPJ (MF) 08.085.771/0001-30



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA DE SAÚDE RAIMUNDO NONATO CÂNDIDO**

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

NOME Fernando Alves Pereira REG. 487.250
D. NASC. 13 07 92 COR LA SEXO F EST. CIVIL solteira
NATURALIDADE Upaema PROFISSÃO agricultora
END. R. Antonio Carlos de Carvalho CIDADE Upaema
DATA ATENDIMENTO 10 03 2020 HORA ATENDIMENTO 17:10
ATEND. 1ª VEZ ☐
SUBSEQUENTE ☒ RESP. PREENCHIMENTO João de Deus

TA 120x80 PULSO ☐ RESPIRAÇÃO ☐ TE ☐ PESO ☐

HISTÓRICO CLÍNICO

Paciente vítima de Acidente Moto x carro, às 10:40h.
Do Exame: consciente, Orientada.
A - V/A. Arterial periferia, sem cervicalgia
B - Boa ventilação, simétrica Sat 98% PC: 102bpm
C - Sinais de choque.
D - PFR, Gh 15.
E - Fratura de tíbia (D), fechada, estável

ENFERMEIRO - CARIMBO

CONDUTA

ob: Regulados Ortopedia HRTM - Dr. João Francisco 17:20h

ra Paula Thissiany de O. Gurgel

Médica
CRM/RN 10.115

MÉDICO - CARIMBO

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

DESTINO DO PACIENTE

FICOU NO LOCAL ()

INTER. NO SERV. DE

REMOVIDO Motomoto

HORA 18:00 PARA H.R.T.M.

ALTA POR ORDEM MÉDICA ()

A PEDIDO ()

A REVELIA ()

DATA / / /

ÓBITO / / /

HORA / / /





Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS-MAIA
Executante: O solicitante ou

CNES: 2503689
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **58764 FERNANDA ALVES PEREIRA**
CNS: Nascimento: 13/07/1992 Sexo: Feminino
Mãe: LUZIENE ALVES PEREIRA FERNANDES Pai:
Endereço: RUA ANTONIO CARLO DE CARVALHO, 21 - UPANEMA - UPANEMA
Município: UPANEMA Código Municipal IBGE: 241460 UF: RN

Prontuário:
Cor: PARDA
Fone: 99262471 /
CEP: 59670-000

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo: 371 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA EM MEMBROS INFERIORES

RADIOGRAFIA EVIDENCIANDO FRATURA FECHADA DE OSSOS DA PERNA DIREITA E FECHADA DE PATELA

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRURGICO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRURGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RADIOGRAFIA E EXAME FÍSICO

Diagnostico e Procedimento Inicial:

582.2 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA 408050225: REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA / LESÃO FISARIA DIST

102-3
✓ 999

Profissional Solicitante / Assistente:

PABLO ROMERO DA ESCOSSIA PINHEIRO

CRM: 5924 / RN

Data da Solicitação 10/03/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: _____ Nº do bilhete: _____ Série: _____
() Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____
() Acidente de Trabalho Trajeto CNPJ da Empresa: _____
Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____ Nº Autorização da AIH: _____

Documento: () CNS () CPF nº _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 17/03/2020

SANE / ARQUIVO



HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 1242 /2020

Prontuário: 212418

Paciente: 58764 - FERNANDA ALVES PEREIRA
Cartão SUS: 708108878238510 CPF: 09862397418
Idade: 27 anos 7 meses 28 dias Sexo: F Etnia: PARDA
Nome da mãe: LUZIENNE ALVES PEREIRA FERNANDES
Nome do pai: NADA CONSTA
Rua/Av: ANTONIO CARLOS DE CARVALHO
Complemento:
CEP: 59670000
Telefone: 84 99262471 84 99262471
Especialidade: CLÍNICA CIRURGICA
Responsável: FERNANDA ALVES PEREIRA -
Usuário: SONIA MARIA DA SILVA

Dt Nasc: 13/07/1992
Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nº: 21
Bairro: PEGAS

Cidade: UPANEMA

Unidade: OBS FEMININA

Leito: 1. 26E

Admissão: 10/03/2020 19:56:48 Alta: Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.2 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
408050225 -

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente sofreu com a queda da perna direita
Indo ao médico.
CID: S82.2 - Fratura da diáfise da tíbia
internamento

Dr. Paulo Roberto de Freitas Brito
Ortopedia e Traumatologia
TEC 14381
SUSPENSÃO

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ

SANE / ARQUIVO

MOSSORÓ, 10 de Março de 2020.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM





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

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: FERNANDA ALVES PEREIRA Idade: _____ Nº Reg. _____

Serviço: Tramitação Enfº: 302 Leito: 04

AO SERVIÇO: Cardiologia

MOTIVO DA CONSULTA: (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo)

Suave risco cirúrgico

Mossoró, 12 de 03 de 2020

Dr. Vitorino Andraus
CRM 14.141/1
Médico que solicita o parecer

PARECER: _____

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ESTA É A CÓPIA ORIGINAL

SAME MOSSORÓ

SAME / ARQUIVO





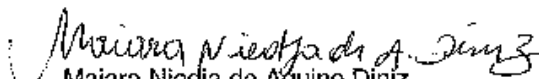
ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE UPANEMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL
CNPJ Nº 13.911.008.0001-51

Av. 16 de Setembro, nº 08 – Ladeira do Sol – Upanema /RN – Fone (84) 3325-0009

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a Senhora **FERNANDA ALVES PEREIRA** inscrita no CPF Nº **096.623.974-18**, RG Nº **003.308.803** cadastrada no cadastro único para programas sociais do Governo Federal (CadÚnico) com NIS: **1620390517-9** desde o dia 02 de Dezembro de 2011. De acordo com as informações declaradas pelo responsável legal da família, é residente na Rua Antonio Carlos de Carvalho, Nº 21, Município de Upanema RN, há 04 (quatro) pessoas na família. A renda familiar mensal é de R\$ 200,00 e per capita de R\$ 50,00 por pessoa. De acordo com informações do SIBEC (Sistema de benefícios ao cidadão) a mesma é beneficiária do Programa Bolsa Família.

Upanema – RN, 17 Março de 2020.


Maiara Niedja de Aquino Diniz

Coordenadora do Programa Bolsa Família e Cadastro Único



Prontuário: 212418



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

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **FERNANDA ALVES PEREIRA** (Fia: 1242/2020), CPF:09662397418.

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

Mossoró/RN, 10 de Março de 2020.

Fernanda Alves Pereira Fernandes
Paciente ou responsável

CCIH - HRTM

DATA 16/03/2020

Rafaela
Assinatura

**NÚCLEO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA - H.R.T.M.**

DATA 16/03/2020

[Assinatura]
Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 17/04/2020

[Assinatura]
SAME / ARQUIVO





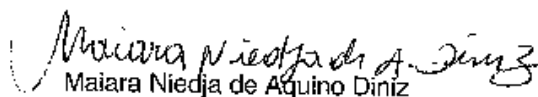
ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE UPANEMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL
CNPJ Nº 13.911.008.0001-51

Av. 16 de Setembro, nº 08- Ladeira do Sol – Upanema /RN – Fone (84) 3325-0009

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a Senhora **FERNANDA ALVES PEREIRA** inscrita no CPF Nº **096.623.974-18**, RG Nº **003.308.803** cadastrada no cadastro único para programas sociais do Governo Federal (CadÚnico) com NIS: **1620390517-9** desde o dia 02 de Dezembro de 2011. De acordo com as informações declaradas pelo responsável legal da família, é residente na Rua Antonio Carlos de Carvalho, Nº 21, Município de Upanema RN, há 04 (quatro) pessoas na família. A renda familiar mensal é de R\$ 200,00 e per capita de R\$ 50,00 por pessoa. De acordo com informações do SIBEC (Sistema de benefícios ao cidadão) a mesma é beneficiária do Programa Bolsa Família.

Upanema – RN, 17 Março de 2020.


Maiara Niedja de Aquino Diniz

Coordenadora do Programa Bolsa Família e Cadastro Único



Prontuário: 212418



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

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **FERNANDA ALVES PEREIRA** (Fia: 1242/2020), CPF:09662397418.

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

Mossoró/RN, 10 de Março de 2020.

Fernanda Alves Pereira
Paciente ou responsável

CCIH - HRTM

DATA 16/03/2020

Assinatura

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA - H.R.T.M.

DATA 16/03/2020

Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 17/03/2020

SAME / ARQUIVO





Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Executante: O solicitante ou

CNES: 2503689
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **58764 FERNANDA ALVES PEREIRA**

Prontuário:

CNS:

Nascimento: 13/07/1992

Sexo: Feminino

Cor: PARDA

Mãe: LUZIENE ALVES PEREIRA FERNANDES

Pat:

Endereço: RUA ANTONIO CARLO DE CARVALHO, 21 - UPANEMA - UPANEMA

Fone: 99262471 /

Município: UPANEMA

Código Municipal IBGE:

241460 UF: RN

CEP: 59670-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo: 371 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA EM MEMBROS INFERIORES

RADIOGRAFIA EVIDENCIANDO FRATURA FECHADA DE OSSOS DA PERNA DIREITA E FECHADA DE PATELA

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RADIOGRAFIA E EXAME FÍSICO

Diagnóstico e Procedimento Inicial:

S82.2 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA *46800225 REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISÁRIA / LESÃO FISÁRIA DIST

102.3

✓ 899

Profissional Solicitante / Assistente:

PABLO ROMERO DA ESCOSSIA PINHEIRO

CRM: 5924 / RN

Data da Solicitação 10/03/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora:

Nº do bilhete: Série:

() Acidente de Trabalho Típico

() Acidente de Trabalho Trajeto

CNPJ da Empresa:

CNAE da Emp.: CBOR:

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador:

Órgão Emissor:

Nº Autorização da AIH:

Documento: () CNS () CPF nº

Data da Autorização: / /

Assinatura/Carimbo:

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 17/03/2020

SAME / ARQUIVO



HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 1242 /2020

Prontuário: 212418

Paciente: 58764 - FERNANDA ALVES PEREIRA

Cartão SUS: 708108878238510

CPF: 09662397418

Dt Nasc: 13/07/1992

Idade: 27 anos 7 meses 28 dias

Sexo: F

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: LUZIENNE ALVES PEREIRA FERNANDES

Nome do pai: NADA CONSTA

Rua/Av: ANTONIO CARLOS DE CARVALHO

Nº: 21

Complemento:

Bairro: PEGAS

CEP: 59670000

Cidade: UPANEMA

Telefone: 84 99262471 84 99262471

Especialidade: CLÍNICA CIRÚRGICA

Unidade: OBS FEMININA

Leito: 1. 26E

Responsável: FERNANDA ALVES PEREIRA -

Usuário: SONIA MARIA DA SILVA

Admissão: 10/03/2020 19:56:48

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.2 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
408050225 -

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente admitido de dor do perno D e
Fradro do patulo.
e D. imobilização
internamento

Dr. Paulo Romero de Sousa Ribeiro
Ortopedia e Traumatologia
T.E.O. 44361
CRM 100000

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 17/03/2020

SAME / ARQUIVO

MOSSORÓ, 10 de Março de 2020.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 08:24:37

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092208243675000000057981137>

Número do documento: 20092208243675000000057981137

Num. 60427256 - Pág. 20



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

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Fernanda Alves Pereira. Idade: _____ Nº Reg. _____

Serviço: Imunologia. Enfº: 302 Leito: 04,

AO SERVIÇO: Oftalmologia.

MOTIVO DA CONSULTA: (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo)

Suspeito Risco Cirurgico

Mossoró, 12 de 03 de 2020

Dr. Vicente Antônio
PROFESSOR TARCÍSIO MAIA
Cirurgião Geral

Médico que solicita o parecer

PARECER:

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ / 12.03.2020

SAME / ARQUIVO



12/03/2020

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

Nome: FERNANDA ALVES PEREIRA 27 ANOS
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leitor: 302-4
DATA DA ADMISSÃO: 10/03/2020 UPANEMA - RN CODIGO: 58764

DATA: 12/03/2020 EVOLUÇÃO
Nº fraturas: 02 2º DIF POR FRACTURA DA PERNA DIREITA - EM USO DE TALA INGUINOPODÁTICA E FIXAÇÃO DE
PATELA ESQUERDA - EM USO DE TALA JOELHOFEIRA
(ALERGIA A BEZETACHIL)

QP: DOR EM MEMBRO ACOMETIDO

EF: BEG, COTE, EUPNEICA, NORMOCORADA, HIDRATADA E AFEBRIL
ACV: RCR, 2T, SEM SÓPOL, BNF
AR: MV+ EM AMBOS HEMITORAX, SRA.
ABD: PLANO, FLACIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO PROFUNDA
MID: NEUROVASCULAR PRESERVADO, SEM SINAIS DE TVP.
MIE: NEUROVASCULAR PRESERVADO, SEM SINAIS DE TVP.

SITUAÇÃO:

SOLICITAÇÃO PARA INCLUSÃO NO SISREG PREENCHIDA E ANEXADA - AGUARDA MARCAÇÃO DA CIRURGIA
LABORATÓRIO (11/03/20): HB: 11,7 - PT: 36,9 LEUCO: 7.400 (79% SEG) PLAQ: 174.000 UR: 16

CD: SOLICITADO RISCO CIRÚRGICO: 3 - COTIDIANO - HALLERDA - P/ HOJE - 12/03/20 (SIC)
VPM + SUSC NGR CLEXANE PARTICULA

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA VO LIVRE	
2	SI 0,9% 1000 ML - EV PARA 24 HR	Diante
3	DIPIRONA 2ML + 8 ML DE AAD, EV, 6/6 HR SN	1° e 2°
4	TRAMADOL 50MG + 100ML SI 0,9% EV 8/8 HORAS SN	SN
5	OMEPRAZOL 40 MG EV PELA MANHÃ	SN
6	CLEXANE 40 MG SC - 1X/DIA (SUSPENSÃO)	16
7 02/25	TILATIL 40 MG - DIURETIL - EV 1X/DIA	10
8	FISIOTERAPIA MOTORA	
9	SSVV + CCGG	Diante

Dr. Tupinambá Carlos L. Nogueira
Ortopedista
CRM 4027

22/03/20

16:20 hrs

Foram encaminhados para o setor de fisioterapia

para avaliação e tratamento.

Para o setor de fisioterapia.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 11/03/2020
SIM
SAME / ARQUIVO

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6320



ORTOPEDIA

P&C trauma - pernas ①, ②.

Rx. Fratura fechada da perna ①
Fratura de potro ②.

C.H. Indalgenes
médico
Autoriza-se a realização de cirurgia
INTERNAÇÃO

TALA JOGUEIRA perna ②

TALA Corno parabólico perna ①

Dr. Paulo Roberto da Escóssia Pinheiro
Ortopedia e Traumatologia
TEOT 14381
CRM/RN 9934

10/03/2020

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 08:24:37

NAR

Atenc. a quem de vobis, que domine

GIS, em dados

Su. dos m. colares, c/ 176.

Te. como: Su. linha m. m. m. m.

NAR de NAR

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 17040000

SAME/ARQUIVO

Dr. Carlos da Costa
Neurocirurgia
CRM/RN 9934



12/03/2020

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

Nome: FERNANDA ALVES PEREIRA
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC
DATA DA ADMISSÃO: 10/03/2020

27 ANOS
Leito: 302-4
LIPANEMA - RN

CODIGO: 58764

DATA: 12/03/2020
EVOLUÇÃO
Nº fraturas: 02
2º DIH POR FX OSSOS DA PERNA DIREITA - EM USO DE TALA INGUINOPODALICA + FX FECHADA DE
PATELA ESQUERDA - EM USO DE TALA JOELHO
(ALERGIA A BEZETACIL)

QP: DOR EM MEMBRO ACOMETIDO

EP: BEO, COTE, EUPNEICA, NORMOCORADA, HIDRATADA E AFEBRIL.
ACV: RCR, 2T, SEM SDPRO, BNF
ARI: MV+ EM AMBOS HEMITORAX, SRA.
ABD: PLANO, FLACIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO PROFUNDA
MID: NEUROVASCULAR PRESERVADO, SEM SINAIS DE TVP.
MIB: NEUROVASCULAR PRESERVADO, SEM SINAIS DE TVP.

SITUAÇÃO:

SOLICITAÇÃO PARA INCLUSÃO NO SISREG PREENCHIDA E ANEXADA - AGUARDA MARCAÇÃO DA CIRURGIA
LABORATÓRIO (11/03/20): HB: 11,7 HT: 36,9 LEUCO: 7.400 (79% SEG) PLAQ: 174.000 UR:16

CD: SOLICITO RISCO CIRURGICO
VPM

EXAME CLÍNICO MARCADO P/ 12/03/20 (S.C.)
+ SUSPEÇÃO DE CLEXANE

	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA VO LIVRE	Quint
2	SF 0,9% 1000 ML - EV PARA 24 HRS	1º e 2º
3	DIPIRONA 2ML + 8 ML DE ABD, EV, 6/6 HR SN	SN
4	TRAMADOL 50MG + 100ML SF0,9% EV 8/8 HORAS SN	SN
5	OMEPRAZOL 40 MG EV PELA MANHA	06
6	CLEXANE 40 MG SC - 1X/DIA (SUSPENSÃO)	16
7 02/05	TILATIL 40 MG + DIJLENTE - EV 1X/DIA	10
8	FISIOTERAPIA MOTORA	
9	SSVV + CCGG	Quint

Dr. Euphrosino Rodrigues L. Nogueira
Ortopedista
CRM 4061

22/03/20

16:20 hrs. Paciente Pedro Tavares com manifestação

interna de dor no joelho direito manifestada

para o hospital visando dor.

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6320

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 11/03/2020

SAME / ARQUIVO



ORTOTECIA

POCI trauma em pé (1), (2).

Rx: Fratura fechada ant. do pé (1)
Fratura do pé (2).

C.A. Indicação
medicamentosa
Osteossíntese com placa e parafusos
INTERNAÇÃO

TALA JOELHEIRA pé (1)

TALA com parafusos pé (2)

Dr. Paulo Roberto de Sousa Pinheiro
Ortopedia e Traumatologia
TEOT 14591
CRM/RN 9324

10/03/2020

Não

Ative a grade de metal; pre-convulsão

GIT, em duplo

Su. de 1. su. atores, CHTL

12 horas. Su. de 1. su. atores, CHTL

Ative de metal

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
LISTA CONFORME O ORIGINAL
SARE 105504 17040000
BIAO
SARE/ARQUIVO

Dr. Carlos da Costa
Neurocirurgia
CRM/RN 9324





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 5138 /2020

Admissão: 10/03/2020 18:49:57

OK

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 58764 - FERNANDA ALVES PEREIRA (27 a 7 m 28 d)

Nascimento: 13/07/1992

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS:

CPF: 09662397418

Prof:

Mãe: LUZIENE ALVES PEREIRA FERNANDES

Pai:

Lugar de nascimento: ANTONIO CARLO DE CARVALHO, 21

CEP: 59670000

Bairro: UPANEMA

Cidade: UPANEMA

Telefone: 84.99262471

Compl:

Motivo (relatado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

*Empresa:

OBS:

Classificação:

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PCT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO SIC. COLISÃO MOTO CARRO. QUEIXA DE DOR EM MMIS D E ESQUERDO.
Dt e Hora:

Vítima de colisão moto-carro.
Moto colida (gravação) não usava capacete.
EGD, Cote, Eupneica, Nega vsm fss.
Refera perda de consciência no momento.

Diagn. Inicial:

Assin:

PRESCRIÇÃO:

VIA HORÁRIO ASSINT.

pco acidente.

EF: Glasgow 15.

Edema e deformação de L. em P. de D.R.

Exatidão. leve em P. de D.R.

CD: Solicito Rx
Parecer de NCR.

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ - 13/03/2020

SAME / ARQUIVO

① SE 0, 3x 500 ml G.

② St 0, 3x 1000 ml + 1 - Dipirona 2G

1 - Fclat. 140mg

Dr. Leandro Freire
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Joelho

CRM/RN 7139 TEOT 16086 RQE 3741

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

CID

Proc.

Data:

/20. Hr:

Médico:

*Gerado via SX por FRANCISCO KLEBER PINHEIRO MEDEIROS. Impresso em 10 de Março de 2020.

(Assinar e



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 08:24:37

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092208243675000000057981137

Número do documento: 20092208243675000000057981137

Num. 60427256 - Pág. 26

12/03/2020

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

Nome: LERONDA ALVES P. NEIRA 27 ANOS
CLÍNICA CIRÚRGICA - EVOLUÇÃO: CC Lente 302-4
DATA DA ADMISSÃO: 10/03/2020 HIPERTENSÃO - RX CODIGO: 58764
Evolução
2º DIA POR TRAUMATISMO DA PERNÁ DIREITA - EM USO DE TALA INGUINOPEDALÁRICA E EX FICHA DA DTA
PATELA ESQ. LERDA - EM USO DE TALA DO LÍMBRA
(ALERGIA A BEZETACIL)

QIS DOR EM MEMBRO ACOMETIDO

EE: BCG, COTR. FURNETAL, NORMOCURADA, HIE. VIZ. DA E AFEGR L.
ACV: RCR, 27, COM SORRO. INF.
AF: MV: EM AMBOS HEMITORAX. S.A.L.
ABD: PLANO, T. AC. DO F. ENDÓCR. A. PALPAÇÃO: PROFUNDA
MID: N. F. URO. C. SCULAR PRESERVADO, SIM. SINAIS DE TAP.
MIE: NEUROVASCULAR PRESERVADO, SEM SINAIS DE TAP.

SITUAÇÃO:

SOLICITAÇÃO PARA INCLUSÃO NO SIFUS PRETENDIDA E ANEXADA - AGUARDA MARCAÇÃO DA CIRURGIA
LABORATÓRIO: GLIC: 103/201: HB: 21,7% E: 35,9 LEL: 10: 7,400 (75% SEG) PLAQ: 174.000 UN/15

CR: SOLICITO PSICO ORUGICO. EX: CIRCUL. A. MARCA DA. PV. HP. 10/03/2020 (STC)
VPM. F. C. 10/03/2020. C. EX. 10/03/2020. PARTICULAR

	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA VO. 100%	
2	SP. 0,9% 1000 ML. EV. PARA 24 HR.	08h
3	DIPIRONA 2MG. 8 ML. DE ADO. EV. 8/8 HR. 5N	12h
4	TRAMADOL 50MG. 100ML. 8/8 HR. 5N	16h
5	OL. 1 PRAZOL. 0,1 MG. EV. 2 V. 24 HR.	18h
6	CM. XANE 40 MG. 100ML. 12/12 HR.	08h
7	TRILATE 40 MG. 100ML. 12/12 HR.	16h
8	FIOTERAPIA FOTONIA	10h
9	SSV. 100MG	

Dr. Euzébio Caldas L. Nogueira
Ortopedista
CRM: 0017

Dr. Marcos Roberto Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 25.1525

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSCOSO

NAME (ARQUIVO)





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 5138 /2020

Admissão: 10/03/2020 18:49:57

OK

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 58764 - FERNANDA ALVES PEREIRA (27 a 7 m 28 d)

Nascimento: 13/07/1992

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS:

CPF: 09662397418

Prof:

Mãe: LUZIENE ALVES PEREIRA FERNANDES

Pai:

Logradouro: ANTONIO CARLO DE CARVALHO, 21

CEP: 59670000

Bairro: UPANEMA

Cidade: UPANEMA

Telefone: 84.99262471

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

*Empresa:

OBS:						Classificação:		PESO:		
						10/03/2020 18:45:37				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS	

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PCT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO SIC. COLISÃO MOTO CARRO. QUEIXA DE DOR EM MMIS D'E ESQUERDO.

Dt e Hora:

Vitima de colisao moto - carro
moto colide (travessa) não usava capacete.
EGG, Cote, Evacuacao, Nge vomitos.
Refere perda de consciencia momentanea

Diagn. Inicial:

Assin:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORARIO	ASSINT.
pro acidente.			
EF: Glasgow 15.			
Edema e deformidade de punho D.R.			
Bombagem leve em punho da mesma			
CD: Solicito Rx			
Parar de NCR.			
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SANE MOSSORO			
SAME / ARQUIVO			
① SE 0, 9% 500 ml E.			
② St 0, 9% 100 ml +			
- Dipirona 2G			
- Paracetamol 40mg			
Dr. Leandro Freire Ortopedia e Traumatologia Cirurgia de Mão CRM/RN 7439 TETO 18088 RQE 3741			

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

CID

Proc

Data:

/20. Hr:

Médico:

*Gerado Via SX pbr FRANCISCO KLEBER PINHEIRO MEDEIROS. Impresso em 10 de Março de 2020.

(Assinar e Carimbar)



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 08:24:37

https://pje1g.tjn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092208243675000000057981137

Número do documento: 20092208243675000000057981137



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

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: FERREIRA ALVES DECELA Idade: _____ Nº Reg. _____

Serviço: TRAUMATOLOGIA Enfo: 302 Leito: 04

AO SERVIÇO: CARDIOLOGIA

MOTIVO DA CONSULTA: (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo)

Sujeito Risco Cirurgico

Mossoró, 12 de 03 de 2020

Medico que solicita o parecer

PARECER:

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

RETORNE O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ

SAME / ARQUIVO



Prontuário: 212418



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

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **FERNANDA ALVES PEREIRA** (Fia: 1242/2020), CPF:09662397418.

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

Mossoró/RN, 10 de Março de 2020.

Fernanda Alves Pereira

Paciente ou responsável

CCIH - HRTM

DATA 10/03/2020

Rafaela

Assinatura

MÓDULO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA - H.R.T.M.

DATA 10/03/2020

[Assinatura]
Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 10/03/2020

[Assinatura]
SAME / ARQUIVO



HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 1242 /2020

Prontuário: 212418

Paciente: 58764 - FERNANDA ALVES PEREIRA

Cartão SUS: 708108878238510

CPF: 09662397418

Dt Nasc: 13/07/1992

Idade: 27 anos 7 meses 28 dias

Sexo: F

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: LUZIENNE ALVES PEREIRA FERNANDES

Nome do pai: NADA CONSTA

Rua/Av: ANTONIO CARLOS DE CARVALHO

Complemento:

CEP: 59670000

Cidade: UPANEMA

Nº: 21

Bairro: PEGAS

Telefone: 84 99262471 84 99262471

Especialidade: CLINICA CIRURGICA

Unidade: OBS FEMININA

Leito: 1. 26E

Responsável: FERNANDA ALVES PEREIRA -

Usuário: SONIA MARIA DA SILVA

Admissão: 10/03/2020 19:56:48

Alta:

Obito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.2 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
408050225 -

HISTORIA CLINICA

Paciente Admisão de trauma da perna D e
fratura de tibia
S.D. imobilizada
internamente

Dr. João Zorzenon de Farias Ribeiro
Ortopedia e Traumatologia
TEOT 14391
CRM 14391

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO

SAME / ARQUIVO

MOSSORO, 10 de Março de 2020.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 08:24:37

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092208243675000000057981137>

Número do documento: 20092208243675000000057981137

Num. 60427256 - Pág. 31



Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS-MAIA
Executante: O solicitante ou

CNES: 2503689
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **58764 FERNANDA ALVES PEREIRA**
CNS: Nascimento: 13/07/1992 Sexo: Feminino
Mãe: LUZIENE ALVES PEREIRA FERNANDES Pai:
Endereço: RUA ANTONIO CARLO DE CARVALHO, 21 - UPANEMA - UPANEMA Fone: 99262471 /
Município: UPANEMA Código Municipal IBGE: 241460 UF: RN CEP: 59670-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo: 371 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA EM MEMBROS INFERIORES

RADIOGRAFIA EVIDENCIANDO FRATURA FECHADA DE OSSOS DA PERNA DIREITA E FECHADA DE PATELA
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RADIOGRAFIA E EXAME FÍSICO

Diagnóstico e Procedimento Inicial:

82.2 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA **400030225-REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA / LESÃO FISARIA DIST**

102.3
✓ 889

Profissional Solicitante / Assistente:

PABLO ROMERO DA ESCOSSIA PINHEIRO

CRM: 5924 / RN

Data da Solicitação 10/03/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: _____ Nº do bilhete: _____ Série: _____
() Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____
() Acidente de Trabalho Trajeto CNPJ da Empresa: _____
Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____ Nº Autorização da AIH: _____

Documento: () CNS () CPF nº _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORO 11/03/2020

SANE / ARQUIVO



WILSON ROSADO

SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010

CNPI: 35.650.324/0001-50

Atendimento	1226335
Data:	12/03/2020
Hora:	17:25

Nº AIH
CAMILA

BOLETIM DE ADMISSÃO**454157 - FERNANDA ALVES PEREIRA****SOLTEIRO(A) - Sexo: FEMININO - 13/07/1992 - 27 A, 7 M, 30 D**

CPF: 096.623.974-18

RG: 2850719

CNS: 708108878238510

Convênio: PARTICULAR - PLANO ÚNICO

Leito: 105-02

Enfermaria: 305-405 - ENFERMARIA

Endereço: RUA ANTONIO CARLOS DE CARVALHO, Nº 21 - CEP: 59670-000

Bairro: PEIÇA

Cidade: Cód.: 2414605 - UPANEMA/RN

Profissão:

Especialidade: ORTOPEDIA CIRÚRGICA

Pai:

Mãe: LUZIEENNE ALVES PEREIRA FERENANDES

Naturalidade: MOSSORO

Caráter de Atendimento: ELETIVO

Responsável: LUZIEENNE ALVES PEREIRA FERENANDES

Procedimento Solicitado: FRATURA DE TÍBIA - S82 - FRAT DA PERNA INCL TORNOZELO

Diagnóstico Definitivo:

Acomodação:

Médico: 6320 - RAPHAEL MACHADO GONCALVES

Carteira:

Validade: 30/12/1899

Autorização: HOSPITAL WILSON ROSADO

Senha: AUTORIZAÇÃO DE REFEIÇÕES

Guia: CONVENIO: Particular

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

RESPONSÁVEL

Resultado
☐ Curado
☐ Melhorado
☐ Inalterado
☐ Piorado

☐ Removido
☐ Pedido
☐ Evaseio
☐ Indisciplina

☐ -48 Horas
☐ +48 Horas
☐ Óbito

Transferido:

História Clínica**Diagnóstico Provável**Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6320

RAPHAEL MACHADO GONCALVES



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 08:24:37

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092208243675000000057981137

Número do documento: 20092208243675000000057981137

Num. 60427256 - Pág. 33

Eu, abaixo qualificado,

Responsável LUZIANNE ALVES PEREIRA FERENANDES	Parentesco MAE	
Paciente FERNANDA ALVES PEREIRA	Nascimento 13/07/1992	RG 2850719
Endereço RUA ANTONIO CARLOS DE CARVALHO	Leito 105-02	Enfermaria 105 105 - ENFERMARIA

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

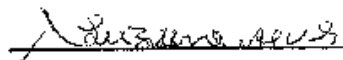
Declaro que, em caso de optar por acomodação de nível superior ao estipulado pelo convênio, assumo a diferença de acomodação e de honorários médicos conforme tabela AMB.

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 DECORRENTES 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, 12 de março de 2020


LUZIANNE ALVES PEREIRA FERENANDES

Testemunha

Nome: _____

RG: _____

Testemunha

Nome: _____

RG: _____





FICHA DE ANESTESIA

NOME <i>Fernando Aires Lourenço</i>							DATA <i>12/02/2010</i>	
SERVIÇO <i>RMH</i>			ANESTESISTA <i>Dr. Silva</i>		CIRURGIÃO <i>Moisés Paulo</i>			
IDADE <i>6</i>	SEXO <i>M</i>	COR	PR. ART. <i>cat. 2</i>	PULSO <i>bat</i>	TEMP.	ESTADO FÍSICO <i>1 2 3 4 5</i>	PRÉ-ANESTÉSICO	
DIAGNOSTICO <i>fractura 116 c.</i>								

OPERAÇÃO REALIZADA 16.10.20					
INÍCIO 21:00	TERMINO 22:34	DURAÇÃO	ROTINA	EMERGÊNCIA	EXTRA

SpO ₂		72 74 76 78 80 82 84 86 88 90 92 94 96 98 100												Observações	
ETCO ₂															
HORA														OBSERVAÇÕES	
A															
G															
E															
N															
T															
E															
S															
CÓDIGO															
ANESTESIA X	220														
OPERAÇÃO ⊕	200														
INTUBAÇÃO X ENDOTRAQUEAL	180														
	160														
PRES. SISTOL.	140														
PRES. DISTOL.	120														
PULSO.	100														
	80														
RESP. ASSIST.	60														
RESP. EXPONT.	40														
RESP. CONTR.	20														
POSIÇÃO															

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

AGENTES EMPREGADOS

ACORDADO	SALA DE RECUPERAÇÃO	CONDIÇÕES	ÓBITO
SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	B <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	





HOSPITAL
WILSON ROSADO

TRAUMATOLOGIA

Convênio: Particular

Paciente : Figueiredo, Jean Gomes

Data: 13/03/2020

1.	DIETA LIVRE	
2.	SF 0,9% 500ML EV DE 12/12H	12 24
3.	DIPIORNA 1G + ABD EV DE 6/6H	10 16
4.	TILATIL 40MG + 100ML SF 0,9% EV , 1X/DIA (suspenso)	SUSPENSO
5.	TRAMAL 50MG + 100ML SF 0,9% EV DE 8/8H, SE DOR	SN
6.	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H	10 16 22 04
7.	CURATIVO DIARIO	OK
8.	SSSVV + CCGG	Rotina
09.	ALTA HOSPITALAR	OK
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

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5320



Descrição dos procedimentos cirúrgicos

- 1) Incisão em S para o acesso ao canal.
- 2) Redução da fratura e reposição da articulação.
- 3) Enxerto de osso (fêmur) para o canal.
- 4) Curativo da ferida.
- 5) Imobilização com gesso.
- 6) Antibiótico intravenoso por 7 dias.
- 7) Fio de Kirsch com furo de 4,5 mm para encaixe do fio + placa (curativo).
- 8) Curativo da ferida.
- 9) Curativo da ferida + curativo local.

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedista e Traumatologista
CRM/RN 6320





HOSPITAL
WILSON ROSADO

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA.

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

BOLETIM DE SALA
DO C. P. O. B.

Paciente: Fernanda Alves Pereira Nº Reg.: _____

Convênio: Part

Cirurgia Realizada: _____

Data da Cirurgia: _____

Início: 21:00

Término: 22:30

MATERIAIS		MATERIAIS	
Abocath Nº		Gorros Desc.	07 Unid
Algodão Ortopédico cm		Látex	
Aguilha Descartável Nº <u>5/25</u>	<u>10x10</u>	Lâmina de Bisturi Nº <u>11</u>	01 Unid
Ag. Raque	<u>03 Unid</u>	Lâmina de Bisturi Nº	
Ag. Peridural <u>40x10</u>	<u>03 Unid</u>	Luva Estéril Nº 6.0	
Ag. Sutura Curva <u>35x07</u>	<u>03 Unid</u>	Luva Estéril Nº 6.5	
Atadura Gessada cm <u>200cm</u>	<u>03 Unid</u>	Luva Estéril Nº 7.0	01 Unid
Atadura Crepom cm		Luva Estéril Nº 7.5	01 Unid
Atadura Crepom cm		Luva Estéril Nº 8.0	01 Unid
Azul de Metileno ml		Luva Estéril Nº 8.5	
Bolas de Algodão		Luva de Procedimento	08 Unid
Bolsa para Colostomia		Máscara Desc.	01 Unid
Capa para Vídeo		Micropons cm	
Capa Microscópio		Multi Vias	
Cateter para Oxigênio		Óleo Dersane ml	
Cateter Acesso Central		Perfusor 7	
Cateter Peridural		Pinalt	
Cera Óssea		Propés	05 Unid
Compressas 05 und	<u>06 Unid</u>	Pomada Kolagenase G	
Coletor de Urina Aberto		Saco Estéril	
Coletor de Urina Fechado		Scalp	
Colônides g.		Seringa 1 ml	
Clip Cirúrgico		Seringa 3 ml	
Dreno Tórax		Seringa 5 ml	01 Unid
Dreno Penrose Nº		Seringa 10 ml	03 Unid
Dreno Portovak Nº		Seringa 20 ml	01 Unid
Escovas com PVPI	<u>06 Unid</u>	Seringa 60 ml	
Equipo para Soro		Sonda Endotraqueal Nº	
Equipo BIC		Sonda Nasogástrica Nº	
Equipo p/ Hemocomponente		Sonda Vesical Netalon Nº	
Equipo Fotossensível		Sonda Vesical Foley 02 Vias Nº	
Eletrodo Desc.	<u>05 Unid</u>	Sonda Vesical Foley 03 Vias Nº	
Esparadrapo		Sugitel	
Extensor de Equipo		Tela de Prolipropileno	
Faixa de Smarch cm		Tubos de Ventilação	
Frasco p/ Biópsia		Verde Brilhante	
Gases 10 und	<u>06 Unid</u>	Xilocalina Gel	
Gel Foan		Xilocalina Spray	
Gel para Eletrodo <u>01 Unid</u>	<u>10 gms</u>	Traqueóstomo	
MEDICAMENTOS		MEDICAMENTOS	
ABD 10 ml	<u>03 amp</u>	Dormonid	
ABD 1000 ml		Decadron	01 amp
Adrenalina		Dipirona	01 amp
Atracúrio		Dramin	
Atropina	<u>03 amp</u>	Efedrina	01 amp
Aturgyl Cofrio		Efortil	
Cefotaxima 1g	<u>100 mg</u>	Efedrina	



MEDICAMENTOS		SOLUÇÕES ANTI-SÉPTICAS	
Etomidato		Água oxigenada	
Fentanil		Alcool a 70% ml	
Ipsilon	100mg	Clorexidina alcoólica 0,5 ml	100ml
Nareon	100mg	Clorexidina aquosa ml	200ml
Neocaina Pesada	100mg	Clorexidina degermante ml	150ml
Neocaina 0,50% c/ Adren.		Éter ml	
Novabupi c/ Adren.		Formol líquido ml	
Nimbium		PVPI alcoólico ml	
Ondasterona		PVPI degermante ml	
Pavulon		PVPI tópico ml	
Plasil			
Profenid			
Prostigumina			
Propofol			
Quelicim			
Rop			
Sufentalina			
SF 0,9% 250 ml			
SF 0,9% 500 ml			
SF 0,9% 1000 ml			
SG 5% 250 ml			
SG 5% 500 ml			
SRS 500 ml			
SRL 500 ml			
Steril Drape			
Titatil			
Thiopental	100mg		
Transamin	100mg		
Tissucol			
Vacuron			
Xilocaina 2% SN			
Xilocaina CV			
ANESTÉSICOS INALATÓRIO		FIOS	
Enflurane ml		Acifex	
Halotano ml		Algodão	
Isoflurano ml		Algodão	
Servorane ml		Catgut Cromado	
		Catgut Cromado	
		Catgut Simples	
		Catgut Simples	
		Caprotyl	
		Ethibond	
		Ethibond	
		Fita Cardíaca	
		Monocryl	
		Monocryl	
		Mononylon 30	
		Mononylon	
		Mononylon	
		Prolene	
		Prolene	
		Vicryl 2	
		Vicryl	
GASES		TAXAS DE APARELHO	
Ar Comprimido		Aspirador de Parede	
Co2		Bisturi Elétrico	
Oxigênio		Craniótomo	
Nitrogênio		Dril	
		Intensificador de Imagens	
		Lipoaspirador	
		Microscópio	
		Monitor Cardíaco	
		Oxímetro de Pulso	
		Oxicapnógrafo	
		Respirador	
		Serra Elétrica	
		Sistema de Vídeo	
		Motor Ortopédico	
ALTO CUSTO			
Obs. Enf.:			
Visto Enfermeiro: <u>Trice Juliana Silva Azevedo</u> CORE-BA 01/227.655-TE			





HOSPITAL
WILSON ROSADO

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Francisco da Silva Idade: 60
Reg. Geral: 123456789 Convênio: Unimed Unidade/Leito: 101-1
Clínica: Ortopedia Data: 21/09/20

Evolução Médica

1. Paciente admitido no Hospital.
2. História de trauma com queda de altura.
3. Exame físico: dor no local da lesão.
4. Exame de imagem: fratura de fêmur.

Prescrição Médica

Aprazamento

1. Analgésico 1g + 400mg IV 6/6h
2. Antibiótico 1g IV 6/6h
3. Analgésico 1g + 400mg IV 6/6h
4. Analgésico 1g + 400mg IV 6/6h
5. Analgésico 1g + 400mg IV 6/6h
6. Analgésico 1g + 400mg IV 6/6h
7. Analgésico 1g + 400mg IV 6/6h
8. Analgésico 1g + 400mg IV 6/6h
9. Analgésico 1g + 400mg IV 6/6h
10. Analgésico 1g + 400mg IV 6/6h

Medicação administrada por:

M. P. Ortopedia + Ortopedia N. Ortopedia





HOSPITAL
WILSON ROSADO

Paciente: Leandro da Silva

Idade: 32 Data: 12/03/20

Convênio: Particular

Relatório de Cirurgia

1. Cirurgia Principal: Artroscopia do joelho direito para artroscopia

2. Cirurgia Secundária: ---

3. Cirurgião: Dr. Rafael Lacerda Gonçalves

CRM: ---

1º Auxiliar: Dr. João Carlos

CRM: ---

2º Auxiliar: ---

CRM: ---

Enfermeiro(a): ---

COREN: ---

4. Anestesista: Dr. João Carlos

CRM: ---

5. Instrumentador: Leandro da Silva

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: 12/03/20 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

Assinatura Cirurgião: Dr. Rafael Lacerda Gonçalves

CRM: ---

Data: 12/03/20

Para anestesia local, informar:

Hora do início do procedimento: --- Hora do término do procedimento: ---

Dr. Rafael Lacerda Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 123456



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
SECRETARIA DE SEGURANÇA NACIONAL

ANTONIO BERSINALDO FREITAS MARQUES

DOC. IDENTIFIC. FOR. BRAS. DN / UF
2308886 - TEEF - RN

CPF
062.492.164-64 **DATA NASCIMENTO**
28/06/1983

FILIAÇÃO
ANTONIO MARQUES DA SILVA
MARIA DAS GRACAS DE
FREITAS

RESERVAÇÃO
AD

Nº REGISTRO
04691868454 **VALIDADE**
08/02/2023 **HABILITAÇÃO**
08/07/2009

OBSERVAÇÕES
RAE

Antonio Bersinaldo F. Marques

LOCAL
MOSSORO, RN **DATA EMISSÃO**
20/02/2018

Luiz Eduardo Machado Pereira
Dir. Geral - Detran/RN **4214068545**
ASSINATURA DO SIGNATÁRIO **RN702707497**

RIO GRANDE DO NORTE

NÁUTICA TODO
OTERTADO NACIONAL
1563464660

PROIBIDO PLASTIFICAR
1563464660



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 014528984802
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 0096011891 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME
ANTONIO SERGINALDO FREITAS MARQUES

CPF / CNPJ 062.492.164-64 PLACA MYR8753

PLACA ANT. / UR MYR8753 / RN CHASSI 9C2JC30708R159931

ESPÉCIE TIPO PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICÁVE COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ANO FAB. 2008 ANO MOD. 2008

CAP. / POT. / CIL. 0CV/124 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA R\$ 0.00 VENC. COTA ÚNICA 11/04/2019 1º ISENTO

FAIXA LPVA 002813 3X PARCELAMENTO / COTAS R\$ ***** 2º ISENTO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ICF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO *** LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES
ALIEN. FED. EM FAVOR DE: 45.441.789/0001-54
ADMINISTRADORA DE CONSORCIO NACIONAL HONDA LTDA
MOTOR: JC30E78159931

UPANEMA/RN DATA 15/07/2019

Carla Silvestre da Silva
Coordenadora de Registro de Veículos
DETRAN - RN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RN Nº 014528984802 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

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 1 CPF / CNPJ 062.492.164-64 PLACA MYR8753

RENAVAM 0096011891 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB. 2008 R.N.T.R.C. 9 Nº CHASSI 9C2JC30708R159931

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DETRAN (R\$) IUS DO REGISTRO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) ICF (R\$) RUA DE SERVIÇO E RES. INCORR.

PAGAMENTO DATA DE COTAÇÃO

COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURODORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.249.608/0001-04



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200209477 **Cidade:** Upanema **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDA ALVES PEREIRA **Data do acidente:** 10/03/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TIBIA DIREITA.
FRATURA DE PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TIBIA E CONSERVADOR DAS DEMAIS LESÕES. ALTA MÉDICA.
(P1,10,13,14,15,17,22,25,27,28)

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200209477 **Cidade:** Upanema **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDA ALVES PEREIRA **Data do acidente:** 10/03/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TIBIA DIREITA.
FRATURA DE PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TIBIA E CONSERVADOR DAS DEMAIS LESÕES. ALTA MÉDICA.
(P1,10,13,14,15,17,22,25,27,28)

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Fernanda Alves Pereira, brasileiro (a),
Estado civil: solteira, Profissão: Agricultora, Data do Acidente: 10.03.20
Cobertura: Impedida, Portador (a) do RG: 2850419, Órgão Expedidor:
SSERN e do CPF: 096.623.974-18, residente no(a) R. Antonio Carlos
de Carvalho nº 21
Bairro: Péguas, Município: Upanema, RN

OUTORGADO:

Nome: Antonio Degenal dos Reis Marques, brasileiro (a),
Estado Civil: solteiro, Profissão: Agricultor
Portador (a) do RG: 2308686, Órgão Expedidor: Itap RN
E do CPF: 062.492.364-64, residente no(a)
R. Antonio Carlos de Carvalho Nº, 21
Bairro: Péguas, Município: Upanema, 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.



Upanema RN 29/04/20
Local e data

Fernanda Alves Pereira
Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

Serviço Único Notarial e Registral
Avenida Antônio Vitorino, 99, Centro, CEP nº 59670-000
(84) 3326-1240

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s)

de: FERNANDA ALVES PEREIRA

Selo Digital: RN20200884710001713AUK

Código de autenticação em <http://sistema.legis.br/legisla>

Upanema/RN, 29 de Abril de 2020 - 23

Elida Nogueira Brito Ribeiro
Escritório Autorizado

AB07358



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0162632/20
Vítima: FERNANDA ALVES PEREIRA
CPF: 096.623.974-18
CPF de: Próprio
Data do acidente: 10/03/2020
Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A
Titular do CPF: FERNANDA ALVES PEREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIO SERGINALDO FREITAS MARQUES : 062.492.164-64

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

FERNANDA ALVES PEREIRA : 096.623.974-18

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: 10/06/2020
Nome: ANTONIO SERGINALDO FREITAS MARQUES
CPF: 062.492.164-64

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/06/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

ANTONIO SERGINALDO FREITAS MARQUES

GERCIA LOURENCO DA SILVA

