



Número: **0843940-84.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **20ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **11/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado
DANIELE TEIXEIRA DA SILVA (AUTOR)		ERIC TORQUATO NOGUEIRA (ADVOGADO) CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO (ADVOGADO) BRUNO HENRIQUE CORTEZ DE PAULA (ADVOGADO)
MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A. (RÉU)		
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
62448 101	05/11/2020 15:08	<u>2763002_CONTESTACAO_Anexo_04</u>
		Outros documentos

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIELE TEIXEIRA DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05876-9

CONTA: 000000015669-8

Nr. Autenticação

BRADESCO10072020050000000002370587600000015669472500 PAGO



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 05/11/2020 15:08:23
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110515082286300000059891018>
Número do documento: 20110515082286300000059891018

Num. 62448101 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200234480 **Cidade:** Caiçara do Rio do Vento **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIELE TEIXEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 17/01/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ACETÁBULO ESQUERDO. P14
FRATURA DO RAMO ISQUIOPÚBICO À DIREITA. P20
FRATURA EXPOSTA DA PATELA ESQUERDA COM EXTENSA LESÃO DE PARTES MOLES. P4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P9/18
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200234480 **Vítima: DANIELE TEIXEIRA DA SILVA**

Data do Acidente: 17/01/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ANDRIELLE KAROLAINA DO NASCIMENTO BARROS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIELE TEIXEIRA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: DANIELE TEIXEIRA DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 000005876-9

Conta: 0000015669-8

Tipo: CONTA CORRENTE

Pag. 01191/01192 - carta_15R - INVALIDEZ



00020596

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



A

;

B

C

D

E

A(ALERGIAS)

Broncofase

M(MEDICAÇÃO EM USO)

Nenhum

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

Nenhuma

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V(PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

Rx de fôvea AL

Rx de Coxas e API/pe

Rx de joelhos e Língua

Rx de Pernas e MP/pe

CONDUTA PRIMÁRIA(MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Rx de tornozelos e pé AL/pe

- TC de abdômen, fôvea e diafragma

- Perito SUD

- Tomografia S/ fôvea

- TC de tórax S/ mediastino e abdômen

em fumofôtonos

- TC de abdômen: S/ evolução de dor ou fôvea. Piora

fartura de fôvea.

- Rx de fartura de fôvea

- observar

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Ht+CS

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Dr. Getúlio Marinho
Cirurgião Geral
CRM PE: 26535
CRM RN: 7331

19:15 - Verificado P.A -

9x70 — P.A. Rx

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

NCR

Jr. Getúlio Marinho
Cirurgião Geral
CRM PE: 26535
CRM RN: 7331

DATA: 17/01/18

ESPECIALISTA 2

Bmf

HORA:

DATA: 17/01/20

ESPECIALISTA 3

O. f. fadis

CRM PE: 26535
CRM RN: 7331

DATA: 17/01/20

DESTINO DO PACIENTE:

DATA / / HORA

INTERAÇÃO NA CLÍNICA:

SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:

ÓBITO: DATA / / HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNESE

115 Palmarum como a como
ECC. 15, 1015 y expectante
TCC y evidencia da proba-
prop nro omegaco

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADILOGIA E IMAGEM)***

Dr. Vladimir de Oliveira Melo
Neurocirurgião
CRM/RN 6566

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTACÕES DE ENFERMAGEM

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 01/07/20
MAT. N.º 182.887-3

SAME
ASSASSINATION

ASSINATURA

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ELEMENTOS DA ESCENA DE COMA GLASSOW

Abertura Crônica (AC)	
Otros se abren espontáneamente.	4
Otros se abren no sonido verbal. (Pida confundir com a despertar de una persona adormecida, se asiste (or marque 4, se no 3).	3
Otros se abren por estímulo doloroso	2
Otros no se abren.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Otimizado! (Responde correctamente a apropiadamente las preguntas sobre su nombre, dónde se encuentra, quién, y por qué se está).	5
Confundido (Responde las preguntas correctamente, pero há algunas desorientaciones o confusión).	4
Patente inapropiado (Pida atención, más vale una breve conversación).	3
Bueno intelectivo. (Giovendo con claridad palabras).	2
Ansioso.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obediente a ordenes verbales. (Fai varias acciones quando lhe é ordenado).	5
Loculación mínima dolorosa.	5
Retirada hiperactiva a dolor.	4
Padrón fijo à dor. (Desorientación).	3
Padrón retinhar à dor (Desorientación).	2
Boca respetiva motora.	1

“ESCALA DE TRIAGEM DO

TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
	13-156
	5-120
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	1-80
	4-30
	30
	10-200
	>200
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	1-80
	1-50
	00
	>300
	70-800
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	50-570
	1-400
	00-300

“Escala de Trauma Revizada (RT): Ela indica de sobrevida para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptada de Charnley H.R., Sacco W.J., Copas, et al; A revision of the Trauma score. J Trauma 20(5): 634, 1988.

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pic Ponto
0	0	2	3	4

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2003)*

83 - \otimes grave (necessidade de intubação imediata);

Assessed as comatose and impaired

"A escala proposta aplica-se a desintoxicação e que colaborou com idade superior a 3 meses. Na Escala Qualitativa aplica-se no dialetos que classificam a intensidade da sua dor em escala de 0 a 100, com 100 representando a intensidade mais intensa."

Digitalizado com CamScanner



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2: Danielly Rebeca M Siqueira - 17/05/2020

ANAMNESE

Paciente 284, residente da casa.
Nenhum que esteja com risco de recaída.
Nenhum, bem perto da proibição de consumo.

14h40

EXAME FÍSICO No momento: TEP=35, membro superior esquerdo, movimentando bem os dedos
membros, pupila de 3mm, sensível a estímulos, sem dor à pressão de olho com CTR.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA Bumbarismo Fisiológico CTR PROBLEMA + FAM

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

Recomendado
Ricardo Ferreira Artur
Neurocirurgia
CRM/RN 7238
RFATH.

LABORATÓRIO

Baneira + neomônico, Tálus

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

On e contrar

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

escritor

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: ON FOLOMA DATA: / / HORA:

SAÍDA: DATA: / / HORA:

Decisão Médica À Revelia Transferido para:

MÓBITO: DATA: / / HORA:

Entregue à família com Atestado S.V.O. I.T.E.P.

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: DATA: / / HORA:

SAÍDA: DATA: / / HORA:

Decisão Médica À Revelia Transferido para:

MÓBITO: DATA: / / HORA:

Entregue à família com Atestado S.V.O. I.T.E.P.

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 05/11/2020 15:08:23

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110515082286300000059891018>

Número do documento: 20110515082286300000059891018

Num. 62448101 - Pág. 7

SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou _____

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **160523 DANIELLY TEIXEIRA DA SILVA**

Prontuário:

CNS: _____ Nascimento: 15/07/1991

Cor: PARDA

Mãe: LINDALVA BEZERRA DA SILVA

Pai:

Endereço: RUA MANOEL COIMBRA, 1 - CENTRO - JOAO CAMARA

Fone: 996158005 /

Município: JOAO CAMARA

Código Municipal IBGE:

240580 UF: RN

CEP: 59550-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 2087 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO CARRO X CARRO COM TRAUMA EM JOELHO ESQUERDO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

PROCEDIMENTO CIRURGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX E EXAME FÍSICO



Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.0 FRATURA DA ROTULA [PATELA]*408050527. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXACAO INT

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

NÃO SE APLICA; 3

Informações importantes sobre as condições do paciente:

 Diabetes Hipertensão Obesidade Faz Antibioticoterapia Lesão por pressão Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assitente:

GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS

CRM: 4781 / RN

Data da Solicitação 17/01/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

() Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: _____ Nº do bilhete: _____ Série: _____
() Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____
() Acidente de Trabalho Trajetô

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

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

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 05/11/2020 15:08:23

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110515082286300000059891018>

Número do documento: 20110515082286300000059891018

Num. 62448101 - Pág. 8

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 597 /2020

Prontuário: 1193080

Paciente: 160523 - DANIELLY TEIXEIRA DA SILVA

Cartão SUS:

CPF:

Dt Nasc: 15/07/1991

Idade: 28 anos 6 meses 2 dias

Sexo: F

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: LINDALVA BEZERRA DA SILVA

Nome do pai:

Rua/Av: MANOEL COIMBRA

Nº:1

Complemento: PACIENTE NAO PORTA DOCUMENTOS

Bairro: CENTRO

CEP: 59550000

Cidade: JOAO CAMARA

Telefone: 84 996158005 84 996158005

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1003

Responsável: DANIELLY TEIXEIRA DA SILVA -

Usuário: FRANCISCO DE ASSIS DE BRITO

Admissão: 17/01/2020 16:15:34 Alta: Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.0 - FRATURA DA ROTULA [PATELA]
408050527 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

Preliminar

RESUMO DE ALTA

*Paciente preliminar, com fraturas
acetabular 5/ devo a (G) + fraturas
exposta de patela com friso e subfase
não operável + Fratura de tibia
e/ou fibula.*

Maintenç de 7º fer poligonal

*CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 17/01/2020
MAT. N° 160523
SAME
CD
ASSINATURA*

*Dr. USTINHO L. de LARA M.
CRM: 11867
CREF: 11867
CRA: 11867*

NATAL, 17 de Janeiro de 2020.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 05/11/2020 15:08:23

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110515082286300000059891018>

Número do documento: 20110515082286300000059891018

Digitalizado com CamScanner

Num. 62448101 - Pág. 9



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

João comara
Fis. 597

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Danielly Teixeira da Silva

DATA DE NASCIMENTO: 15/07/1991 IDADE: 28 anos

REGISTRO: 1193080

DATA DE ADMISSÃO: 17/01/2020 HORA: 19:30

ADMISSÃO DO PACIENTE:

CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: outro pediatra

HIDRATAÇÃO: SIM () NÃO () VIA: PERIFÉRICO () ACESSO CENTRAL: ()

NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE (X) ORIENTADO () VIGIL () AGITADO ()

INCONSCIENTE: ()

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR (X) GRAVE ()

SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE () M.V. () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()

ALÉRGICO: SIM () NÃO () HIPERTENSO: SIM () NÃO ()

DIABÉTICO: SIM () NÃO () ASMÁTICO: SIM () NÃO ()

DOENÇA RENAL: SIM () NÃO () OUTRAS PATOLOGIAS: _____

MEDICAÇÕES EM USO: _____

CIRURGIAS ANTERIORES: _____

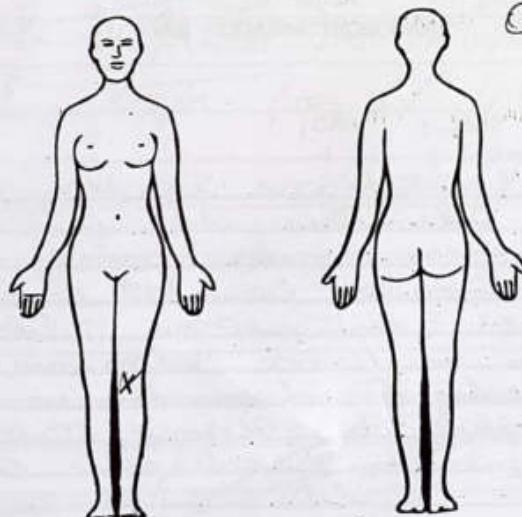
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM (X) NÃO ()

OBSERVAÇÃO: RX

ÁREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____

ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____

OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



OBS. Pacient sonolente

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, <u>01/07/20</u>
MAT. N. <u>LSU873</u>
SAME
ASSINATURA

JALECO N° _____ ACESSO CENTRAL: _____

INSTRUMENTADO romane

CIRCULANTE francisco

TIPO DE ANESTESIA: GERAL (X) RAQUI () PERIDUAL () B.P.B. () LOCAL ()

OBS.: _____

ANESTESISTA: Dra. Priscila

INÍCIO DE ANESTESIA: 20:10

TERMINO DE ANESTESIA: 21:45

ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: Oxacilina 2g, gentamicin 20mg, flagyl 500mg

HORA: 20:10

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



INÍCIO DE CIRURGIA: 20/35
CIRURGIÃO: *Dr. Cesar Lobo*

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

TIPO DE CIRURGIA: *Intervenção na fratura exposta ou
fechada e limpeza + desbridamento*

TÉRMINO DE CIRURGIA: 21/00

SONDAGEM VESICAL: SIM () NÃO (x)

Nº DA SONDA:

SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()

Nº DA SONDA:

EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO () RX: SIM () NÃO ()

RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO ()

TIPO:

RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO (x) TIPO:

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO () FEITO FICHA: SIM () NÃO ()

MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO () ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO SIM () NÃO ()

FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM () NÃO ()

DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO ()

COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM () NÃO () QUANTIDADE:

GAZES CONFERIDAS: SIM () NÃO () QUANTIDADE:

CAIXA CIRÚRGICA: *Caixa plástica de descarte*

COMPLETA: SIM () NÃO () OBS:

ÓBITO: SIM () NÃO () HORA: _____ REALIZADO RCP: SIM () NÃO ()

RESPONSÁVEL PELA RCP:

PACIENTE ENCAMINHADO: CRO (x) UTI () ALTA ()

EM AR AMBIENTE: SIM () NÃO () TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO ()

ENTUBADO: SIM () NÃO ()

PREENCHIDO AIH: SIM () NÃO ()

FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM () NÃO ()

FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM () NÃO ()

OBSERVAÇÕES: *Paciente colmado na SO, em H.V.P.,
mentiricanda com o hemostato e pulso +
PNT + esofagoscopia, reaberto em duas
fase anestesia geral, intubada com int. NE F.O.,
realizado desbridamento + antisepse + colocada
compressa operatória. 20:15 hs Adm. inibidores
medicacionais. Pelo anestesista descontaminação, som
diamina e 250 mg. complexo B. Clamp morfina
3mg ev. Prócedimento realizado sem
intolerâncias, feito curativo + desco
tado de ferro. *Paciente
paciente per estabilizada. 21:50 Paciente ento
mentrado a SPPA em ar ambiente + H.V.P.
21:45 hs Adm. inibidores diafragma 2g ev.**

Assinatura do (a) Enfermeiro(a)

Francisco

Assinatura do Circulante

Cominello

Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

Digitalizado com CamScanner



IDENTIFICAÇÃO

Nome: Vanuillys Liseth de Souza Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório: PT exposta de pulmão devido a fibra e

Indicação terapêutica: LTC + remoção de fibra Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: 17/01/2020 Início: Término: Duração:

Operador: B. Onalda Souza CRM/CRO: CONFERE COM ORIGINAL

1º Auxiliar: CRM/CRO: NATAL, 01/01/20

2º Auxiliar: CRM/CRO: MAI. N. 151923

Instrumentador: CRM/CRO: SAME

Anestesista: B. Souza CRM/CRO: ASSINATURA

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- ① Paciente de intuito larval pelo presteza
- ② Abdomen + axímpa
- ③ lavagem exantem com SF 0,9% (10L)
- ④ abdome larval + retirada de tecido desnaturalizado
- ⑤ lavagem com SF 0,9%.
- ⑥ Enxaguar de pulmão
- ⑦ Enxaguar + talhar com 10x10 mm

*Dr. Osvaldo C. de Souza Jr.
CRM-PB 11077-11876*

John = Pulmão larva + 8 h de observação de paciente expet
sem sintomas de enteropneuse (03)

*Dr. Osvaldo C. de Souza Jr.
CRM-PB 11077-11876*

04.13.04.0178 (3) 581.0 (743,69)

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

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

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





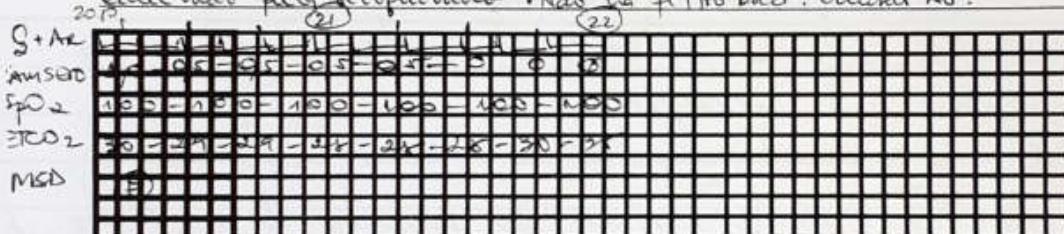
FICHA DE ANESTESIA

Paciente: DANIELLY TEIXEIRA DA SILVA
Idade: 28 Sexo: F $\approx 70\text{kg}$ ASA: IE
Diagnóstico: Trauma MLE Registro: 1193080
Cirurgia Realizada: Limpeza + Desbridamento de fratura exposta Data: 17/01/2020
Cirurgião: Oraldo Auxiliar: Ø
Anestesiologista: Priscila Enfermagem: Francil. + Manu tecap. Verg

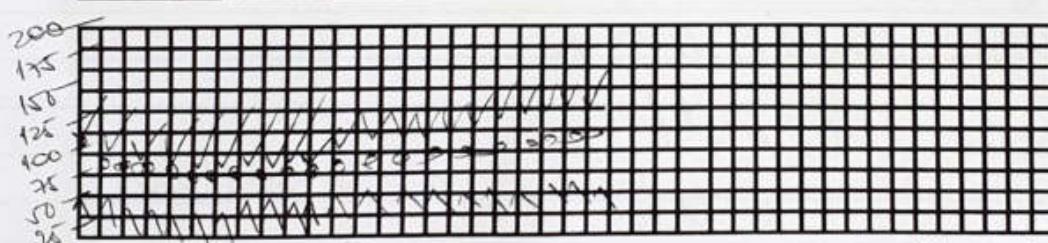
História Clínica Admisional: Admitida Havia as 14:34, trauma grave, às 13h.
Fratura exposta joelho E, nature fractíbulo E, sonolenta. Hipotensão
Acesso BY perior. Nega alergia/ comorbidades.

Técnica Anestésica: ANESTESIA GERAL BALANCEADA (ER+IN)

Indução sequência rápida sem intocanças. TOT 70.
monit. ECG, PA, SpO2, ETCO2, CO2, Vapocád.
Galeirado para perfusão. Não há filtro bact. Odorat Ad.



ECG
PA, NI
SpO2
ETCO2



Hr
SpO2/500ml 1
SpO2 500ml 1

Inicio: X 20:10 O 20:35 Término: O 21:00 X 21:45

Anestésicos Utilizados:

- Do/ 1. OXACILINA 2g ER — 4 FR
3. GENTAMICINA 240mg ER — 3 And
5. FENTANIL 250mcg ER — 1 FR
7. LIDO 100mcg ER — 1 amp
9. Propofol 100mcg ER — 1 FR
11. Bromadiato 5mg ER — 1 And
13. Enaltecina 100mcg ER — 1 amp

2. Rocuronio 15mg ER — 1 FR
4. DEXAMETASONA 10mg ER — 1 amp
6. VIT C 2g ER — 4 amp
8. Compl. B 1 amp ER
10. Morfina 1mg ert+5mg amp/2mg
12. DIPIRONA 2g ER — 2 amp
14.

Encaminhamento: Colocadas hemograma coagulograma e eletrólitos
Ants + Extubação. A SPPA/ aldrice Pneum 9/10.

Dra. Priscila Mesquita
Anestesiologista
CRM RN 6792

Assinatura do Anestesiologista - CRM

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



CR 9469 3998 SOS. FON: 1030 - 1661 2210. 6-6



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 26

NOME: *Danielle Oliveira da Silva*
IDADE: 15 ANOS COR: *10911* SEXO: F ESTADO CIVIL: *Solteira*
NATURALIDADE: *NIAT RN* PROFISSÃO: *Do lar* PROCEDÊNCIA: *DTT*
ENDEREÇO: *União dos Comunícios* BAIRRO: *Centro*
CIDADE: *João Pessoa* DATA: *22/2/2020* HORA: *18:35*

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM NÃO

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

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

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

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Travou a moto

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fractura

Fractura

Fractura

HRDML / SESAP
CONFERI C/ O ORIGINAL
Parnamirim-RN

20/02/2020

Mat. 96744



Sistema Único de Saúde

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

Fevereiro

0- DATA 03/02/2020	1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA	2- CNES 3515168	
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA		4- CNES 3515168	
Identificação do Paciente			
5- PACIENTE DANIELE TEIXEIRA DA SILVA		6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO 16B751	
7- CARTÃO NACIONAL SUS 701 1030 1461 2210	CPF 095111224-44	8- DATA DE NASCIMENTO 15/11/1991	
11- NOME DA MÃE UNDALVA BEZERRA DA SILVA		12- TELEFONE DE CONTATO 99815-9001	
13- NOME DO RESPONSÁVEL ELÓUIZE JORDANA PAIVA DA SILVA (CUNHADA)		14- TELEFONE DE CONTATO	
15- ENDEREÇO (RUA, N°) RUA MIGUEL SEBRA, 75			
16- MUNICÍPIO JOÃO CAMARA	17- BAIRRO CENTRO	18- UF RN	19- CEP 59550-000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Palidez na pele traseira no MIG.
Dor + limitação funcional

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Gripe intensa

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

Sintomatologia + Rx

23- DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA PATELA E FRATURA QUADRIL E	24- CID 10 PRINCIPAL Procedimento Solicitado TTT cirúrgico	25- CID 10 SEGUNDO.	26- CID 10 CÓDIGOS ASSOCIADOS
27- CLÍNICA Ortopedia	28- CÓDIGO DA INTEHNAÇÃO 00-CASETE DA INTEHNAÇÃO	29- DOCUMENTO () CNS () CPF	30- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
31- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Dr. Palma Carlos da Cunha	32- DATA DA SOLICITAÇÃO 08/02/2020	33- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE () CNS () CPF	34- ASSINATURA E CARAMBÓ (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
35- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR Dr. Fernanda Christina Flor Linhares	36- CNPJ DA SEGURADORA 03.100.000/0001-61	37- N° DO RILHÉTE	38- N° DO RILHÉTE
39- NOME DO PROFISSIONAL TÍPICO Dr. Fernanda Christina Flor Linhares	40- CNPJ DA EMPRESA	41- SERIE	42- CNPJ DA EMPRESA
43- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	44- CBOR		
45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	46- DOCUMENTO () CNS () CPF	47- CÓD. ORGÃO EMISSOR	48- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
49- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Dr. Fernanda Christina Flor Linhares	50- DATA DA AUTORIZAÇÃO 05/02/2020	51- ASSINATURA E CARAMBÓ (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

HRDML / SESAP

CONFIR/ C/ O/ ORIGINAL

Paramirim-RN 26/02/2020
Mat. 96911-4



EXAMES COMPLEMENTARES*Ass. do Responsável***ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE**

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

CONDUTA*INTUSCUS**HOSPITAL**Ass. da Responsável
Ocupante: Sra. FET TEREZINHA
Ocupação: Enfermeira
Endereço: Rua das Flores, 123
Cidade: C. Negrão de Lima
Estado: Ceará**Ass. da Responsável***DESTINO DO PACIENTE**

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL <i>Academêmico de Ribeirão</i>	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>UTI</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____ / _____ / _____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA _____ / _____ / _____ ÓBITO _____ / _____ / _____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____ HORA _____	A REVELIA <input type="checkbox"/>
ENTREGUE MÉDICO (Carimbo)	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/> CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA ORTOPEDIA	REGULAÇÃO WALFREDO GURGEL	OBS	
ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO 168751	
DATA	HORA	CATEGORIA GIH	
03/02/2020	9:51		
PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO 15/11/1991	
DANIELE TEIXEIRA DA SILVA			
ESTADO CIVIL SOLTEIRO	PROFISSAO DO LAR		
ENDERECO (RUA, Nº) RUA MIGUEL SEABRA, 75			
MUNICÍPIO JOÃO CAMARA	BAIRRO CENTRO	UF RN	CEP 59550-000
LOCAL DE TRABALHO			TELEFONE
PAI/LA LINDALVA BEZERRA DA SILVA	DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA		
RESPONSÁVEL ELOUIZE JORDANA PAIVA DA SILVA (CUNHADA)		TELEFONE 99615-9001	
ENDEREÇO 095111224-44			

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO
Fratura Acetáculo E + Fratura Pele E

DATA DE ADMISSÃO

ALTA 12/02/20

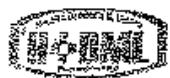
ÓBITO

HISTÓRIA CLÍNICA

Dr. Dalmia Carvalho de A.
CRM: 14.124 - Traumatologista
Endereço: Rua 27 de Fevereiro, 3786
Cidade: Parnamirim - RN
CEP: 59550-000
Data: 12/02/2020

HODML / SESAP
CONFIRMO ORIGINAL
Parnamirim-RN, 12/02/2020
Mat. 9691-4





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

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

<input checked="" type="checkbox"/> Hemoconcentrado _____ Unid.	<input type="checkbox"/> Plasma _____ Unid.	<input checked="" type="checkbox"/> HEMOTRANSFUSÃO: <input type="checkbox"/> Expansor plasmático _____ Unid.	<input checked="" type="checkbox"/> Plaquetas _____ Unid.						
Albumina _____ Unid.									
h: _____	h: _____	h: _____	h: _____						
h: _____	h: _____	h: _____	h: _____						
h: _____	h: _____	h: _____	h: _____						
<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico: _____ ml <input type="checkbox"/> Soro Glicosado: _____ ml		<input checked="" type="checkbox"/> Soro Ringer Simples: _____ ml <input type="checkbox"/> Soro Ringer Lactato: _____ ml	HIDRATAÇÃO VENOSA Quantidade total de volume administrado: _____						
<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Peça: Símbolos para cultura: _____		<input type="checkbox"/> Peça para sepultamento: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Líquido: _____	ANÁTOMO PATOLÓGICO						
<input type="checkbox"/> CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES FO de aspecto: <input checked="" type="checkbox"/> Limpo <input type="checkbox"/> c/exsudato <input type="checkbox"/> Contaminada <input type="checkbox"/> Aparelho gessado <input type="checkbox"/> Bandagens <input checked="" type="checkbox"/> Talas <input type="checkbox"/> Outros: _____									
INTERCORRÊNCIAS: <i>S/ intercorrências</i>									
Ass: <i>Cecília</i> Coren: <i>118674</i>									
CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO									
Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Narcose <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Vigil <input type="checkbox"/> Agitado									
Respiratório: <input type="checkbox"/> Intubado <input checked="" type="checkbox"/> Extubado <input type="checkbox"/> Cânula de Guedel <input checked="" type="checkbox"/> O ₂ ambiente Curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Oclusivo <input type="checkbox"/> Compressivo <input type="checkbox"/> Bolsa de colostomia <input type="checkbox"/> Outro: _____									
Diurese: <input type="checkbox"/> Espontânea <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Irrigação Vesical <input type="checkbox"/> Oligúrico Destino após a cirurgia: _____									
UNIDADE DE RECLUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO									
Horas: <i>18:55</i>	Data: <i>10/02/2020</i>	Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Acordado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Narcose <input type="checkbox"/> Orientado							
<input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Choroso Vias aéreas: <input type="checkbox"/> Intubado <input type="checkbox"/> Extubado <input type="checkbox"/> Cânula de Guedel <input type="checkbox"/> Cateter O ₂ <input type="checkbox"/> O ₂ Ambiente									
Mobilização MMH: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Sem mobilidade Mobilização MMSS: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Sem mobilidade									
Venoclise: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Tipo: _____ Local: _____ Sondas: <input type="checkbox"/> Gástrica <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Vesical									
Drenos: <input type="checkbox"/> Sutura <input type="checkbox"/> Torácico <input type="checkbox"/> Penrose <input type="checkbox"/> Kherr Ostomias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Especifique: _____									
Irrigação vesical contínua: <input type="checkbox"/> Retorno satisfatório <input type="checkbox"/> Retorno Insuficiente <input type="checkbox"/> Coágulos									
Curativo: <input type="checkbox"/> Oclusivo <input type="checkbox"/> Descoberto <input type="checkbox"/> Limpo <input type="checkbox"/> Selo Monitorização: <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Oxímetro <input type="checkbox"/> PA									
INTERCORRÊNCIAS NA URPA: <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Bexigoma <input type="checkbox"/> Alteração PA <input type="checkbox"/> Alteração FC									
Relate: _____									
SINAIS VITais									
Horas	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor	Líquidos administrados na URPA:		
Admissão	<i>29</i>	—	—	—	<i>99</i>	<i>99</i>	Soro glicosado: _____ ml		
30'	<i>34</i>	—	—	—	<i>98</i>	<i>98</i>	Soro Fisiológico: _____ ml		
60'							Ringer: _____ ml		
Alta							Irrigação vesical contínua: _____		
Medicações administradas URPA:				Eliminações:					
Horas	Medicação	Dose	Via	Assinatura	Recebido da SO	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: <i>Após procedimento cirúrgico e cura das feridas, paciente em ambulada a pele, feto no fundo acrômico com eritema e edema, com amarelamento em seu fundo.</i>				Ass: <i>mpreto</i> Coren: <i>193-11</i>					



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermagem	Leito	Nº prontuário			
Nome			Idade	Sexo			
Data	Pressão arterial	P脉搏	Respiração	Temperatura	Peso	550kg	Outros
30/09/20							
Tipo sanguíneo	Hematíes	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemias	Ureia		
	Urina						
Ap. respiratório	Eupneico				Asma	Mege	Bronquite
Ap. circulatório	KCR em 2T				Eletrocardiograma		
Ap. digestivo	N. D. N		Dentas	Peacôco	Ap. Urinário		
Estado mental	Consciente		Ataracicas	Corticoides	Alergia	Mege	Hipotensores
D. anestésico pré-operatório					Estado fisiológico	ANM I	Risco
Anestesias anteriores							
Medicação pré-anestésica		Aplicada às		Efeito			
Agentes Anestésicos	O						
Liquidos							
Opér.	260 250 240 230 220 210 200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10						
Ar. qt.	260 250 240 230 220 210 200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10						
O. Resp.	260 250 240 230 220 210 200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10						
P. Pulo.	260 250 240 230 220 210 200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10						
SÍMBOLOS	Cefazoline 3g Midazolam 3mg Fentanil 50mcg		Nescafe pirade = 15mg	ondamnitron 8mp			
ANOTAÇÕES	Fentanyl 50mcg Morphine = 300mcg						
POSIÇÃO	Anestesia: 30°						
Agentes	Fentanyl 8mp						
Técnica	Anestesia: 30° + Sedacor						
Operação	Tratamento ginecologico						
Cirurgiões	Dr. Marcus Augusto Dr. Fabio Roberto						
Anestesistas	Júlio Cesar Oliveira						
	Intervenções						





Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

Nome: Danielle Teixeira da Silveira Idade: 22 D/N: 15/11/2020
 Pront. 108.751 Município: João Pessoa Procedência: Interno () Externo
 Data da cirurgia: 10/11/2020 Hora Admissão: Bloco: 1 Sala: 1 Hora Saída: Peso: 46,64
 Alergias: Não () Sim Comorbidades: () H/S () JDM () Outras menos
 Uso de medicações: () Não () Sim Jejum: () Não () Sim
 SSVV Admissão: PA: 110x80 mmHg Pulo: 80 bpm RI: rpm FC: 80 bpm SpO₂: 98 % T: °C

Enfermeiro(a): Alana Instrumentado(a): Rita Circulante: Cecília
 Cirurgia: Hif cir. Nat. de rotela E Especialidade: Ortopedia Sala: 01
 Hora Início: 17:30 Hora Término: 18:35 Tipo de cirurgia: X Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
 1º Cirurgião: Dra. Fabio Roberto Aux.: Dra. Carlos Augusto Residente:
 Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: () Bloqueio () Baquidiana Ag. n.º 27 () Peridural () c/cateter () s/cateter
 Ag. n.º Cateter n.º Início: 17:35 Garrote: X Smarch () Pneumático Início: 17:45 Término: 18:40
 Anestesiologista: Dra. Jackson

EUROMUSCULAR		PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/>	Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
	Letárgico	<input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro
	Coma	<input checked="" type="checkbox"/> Cianótica	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/>	Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input checked="" type="checkbox"/> Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
	Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input checked="" type="checkbox"/> Estimul. Nerv.
	Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Integra	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input checked="" type="checkbox"/> Diprifuçor
	Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input checked="" type="checkbox"/> Choque	<input checked="" type="checkbox"/> SVD	<input checked="" type="checkbox"/> BIC
	Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfígmico	<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia	<input checked="" type="checkbox"/> Desfibrilador
<input checked="" type="checkbox"/>	t/dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia	
	Açamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Dispnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Dreno:	
	Parapléjico	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Dispositivo O ₂	<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado	
	Tetrapléjico	<input checked="" type="checkbox"/> Manchas		<input checked="" type="checkbox"/> Tracção	
	Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input checked="" type="checkbox"/> Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>63</u>	<u>59</u>	<u>60</u>	Bpm
Pulso	<u>63</u>	<u>59</u>	<u>60</u>	Bpm
Simetria	<u>97</u>	<u>99</u>	<u>98</u>	%
Capnografia	<u>115x55</u>	<u>111x62</u>	<u>112x79</u>	mmHg
PA				

ACESSO VENOSO			
<input checked="" type="checkbox"/>	Punção Arterial		
<input checked="" type="checkbox"/>	Punção Venosa Periférica		
<input checked="" type="checkbox"/>	Punção Venosa Central		
<input checked="" type="checkbox"/>	Dissecção venosa		
Local:			
Cateter:			

SONDAGEM GÁSTRICA			
<input checked="" type="checkbox"/>	SNG n.º		
Retorno:			
CATETERISMO VESICAL			
<input checked="" type="checkbox"/>	SVF n.º	<input checked="" type="checkbox"/> SVA n.º	
Diurese:			
Profissional responsável:			

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

POSIÇÃO	COXIM	MÍMES
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input checked="" type="checkbox"/> Ventral	<input checked="" type="checkbox"/> Pescoco	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input checked="" type="checkbox"/> Lateral	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Flexidos
<input checked="" type="checkbox"/> Litotómica	<input checked="" type="checkbox"/> Lombar	<input checked="" type="checkbox"/> MAM
<input checked="" type="checkbox"/> Trendlemburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input checked="" type="checkbox"/> Canivete		<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input checked="" type="checkbox"/> Prodive		<input checked="" type="checkbox"/> Flexidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
 () Sim Não () Metal () Descartável

Local: DEGERMAÇÃO TRICOTOMIA
 () Sim Não () Sim Não Local:

Local: MIE Solução: clorex Local:

IMPLANTE CIRÚRGICO
 Drenos:
 Tela:
 Cateter:
 Ostomia:
 Fio de KC: Vagado (01) Parafuso - tipo:
 Placa - Tipo:
 Outros:

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
 Caixa cirúrgica: Bonfi perjurada Material:
 Val.: 01/05/20 Contagem de gaze e compressa: Sim: Não:





Hospital

Nº prontuário

Nome do paciente

David Taxeiro da Silva

Data operação

10/02/2020

En.

Leito

Operador

DR. KANTOS, Augusto

1º auxiliar

DR. Fábio Patrício

2º auxiliar

DR. Jackson

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesista

DR. Jackson

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Fratura de patela (R)

Tipo de operação

Frat cirúrgica lat da patela (R)

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

CIRURGIAS MULTIPLAS

(0415010012)

POLITRAUMATIZADO

(0415330013)

IPROC. CLÍNICO

IPROC. CIRURGICO

(0415330014)

IGB0.325225

(0415330015)

IGB0.325270

(0415330016)

4 DIAS

(0415330017)

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1) Fazete no cíngulo clávico sob naqui
- 2) Incisão no negó anterior da patela (R)
- 3) Deline p.º planos
- 4) Passa oito inferior da patela
- 5) Retira tecido excedente extensor do fibular
- 6) Tampa tecônico de 3x a 0,5x
- 7) Sutura p.º planos
- 8) Ocaso

DR. KANTOS - 1005 003
Assinado e enviado a processado
Data: 10/02/2020 10:00:10



cod: 324 882264

 GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIH <i>424</i>	
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO			
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES		
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE <i>Danielly Teixeira do Silveira</i>	6 - N° DO PROTOCOLO <i>280</i>		
7 - CARTÃO NACIONAL SUS <i>F03 1030 1461 2210</i>	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>15/11/1991</i>	9 - SEXO <i>F</i>	10 - MASCULINO <i>1</i> FEMININO <i>2</i>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>LINDALVA BEZERRA DA SILVA</i>	11 - TELEFONE DE CONTATO <i>9648-5602</i>		
12 - ENDEREÇO (RUA, N°) <i>MANOEL EDUARDO</i>	13 - NÚMERO DA CATEGORIA <i>João Cunha</i>		
14 - BAIRRO <i>CENTRO</i>	15 - UF <i>RN</i>	16 - CEP <i>9469-3998</i>	
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Ponente com traumas no joelho</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Tratamento cirúrgico</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>R</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura patela</i>	21 - CID INICIAL <i>SB2.0</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Tratamento cirúrgico</i>	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>DR. JOSÉ VASCONCELOS</i>
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>408050683</i>			29 - DT SOLICITAÇÃO <i>28/01/2020</i>
			30 - CNS / CPF
			31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			
32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - N° DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO		DESCRIÇÃO ... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
41 - CID PRINCIPAL		43 - ()	44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA
42 - CID SECUNDÁRIO			
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - N° DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	<i>HRMIL / SESAP CONFERI C/ O ORIGINAL Paranhos-RN. 28/01/2020 Mat. 464814</i>	
48 - CNS / CPF	52		
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		

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





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL DR. DEOCÉLIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA



Paciente: DANIELE TEIXEIRA DA SILVA

Data do exame: 05/02/2020

L-6

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA BACIA

TÉCNICA:

Foram obtidas imagens por aquisição volumétrica *multislice*, sem a administração endovenosa de contraste, com reformatações multiplanares.

RELATÓRIO:

Fratura do acetábulo esquerdo e ramo ísquio pélvico direito.

Demais estruturas ósseas de formato habitual, sem sinais de fraturas.

Articulações coxofemorais de contornos regulares.

Articulações sacroiliacas conservadas.

Não há sinais de derrame articular.

Planos musculares sem alterações tomográficas.

Laudo gerado: 05/02/2020 10:11. Para baixar uma cópia, acesse <https://valdor.vibrasrad.com.br>, utilize data/hora e a chave: HRDMLTPH.

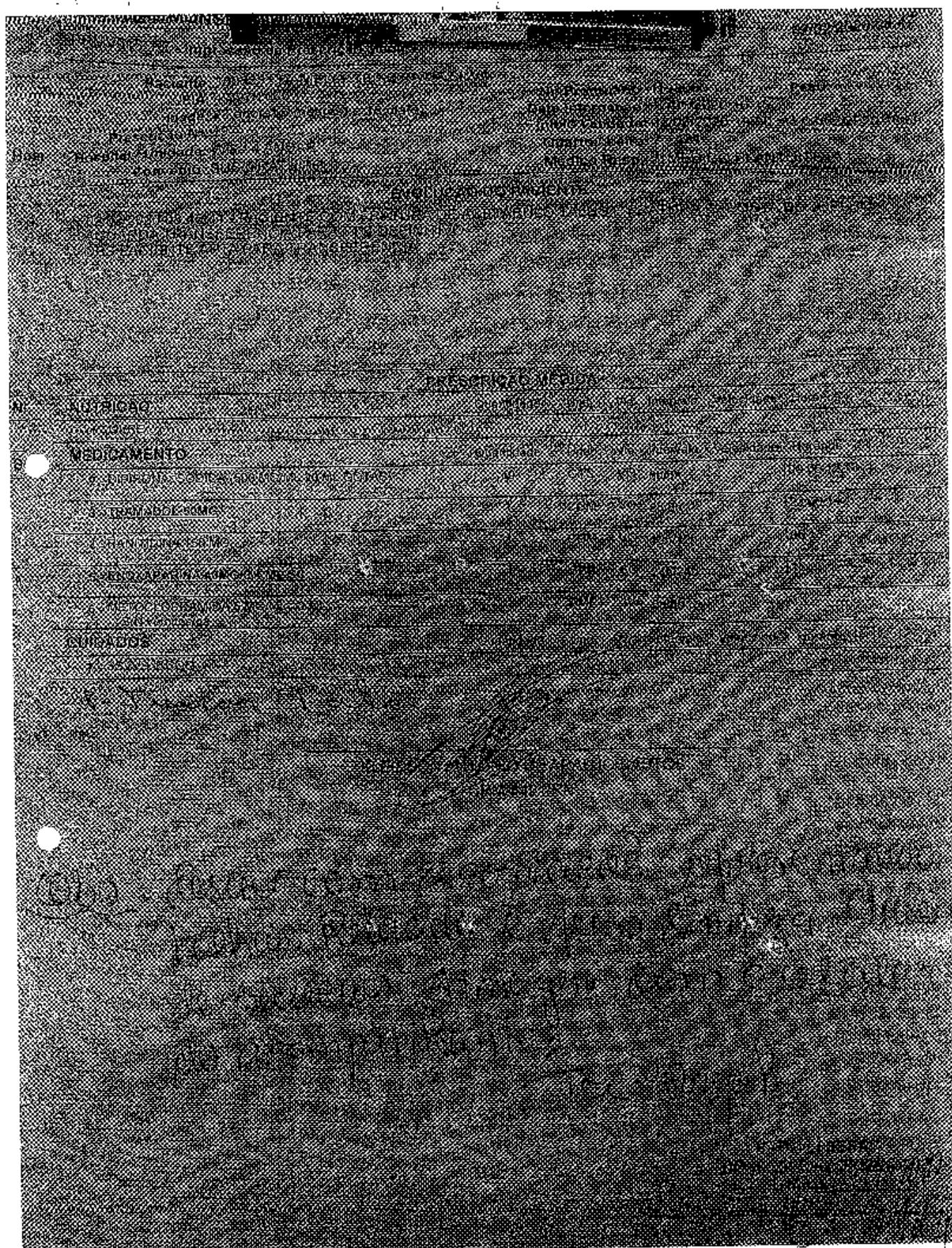
Marcel Dantas de Sousa

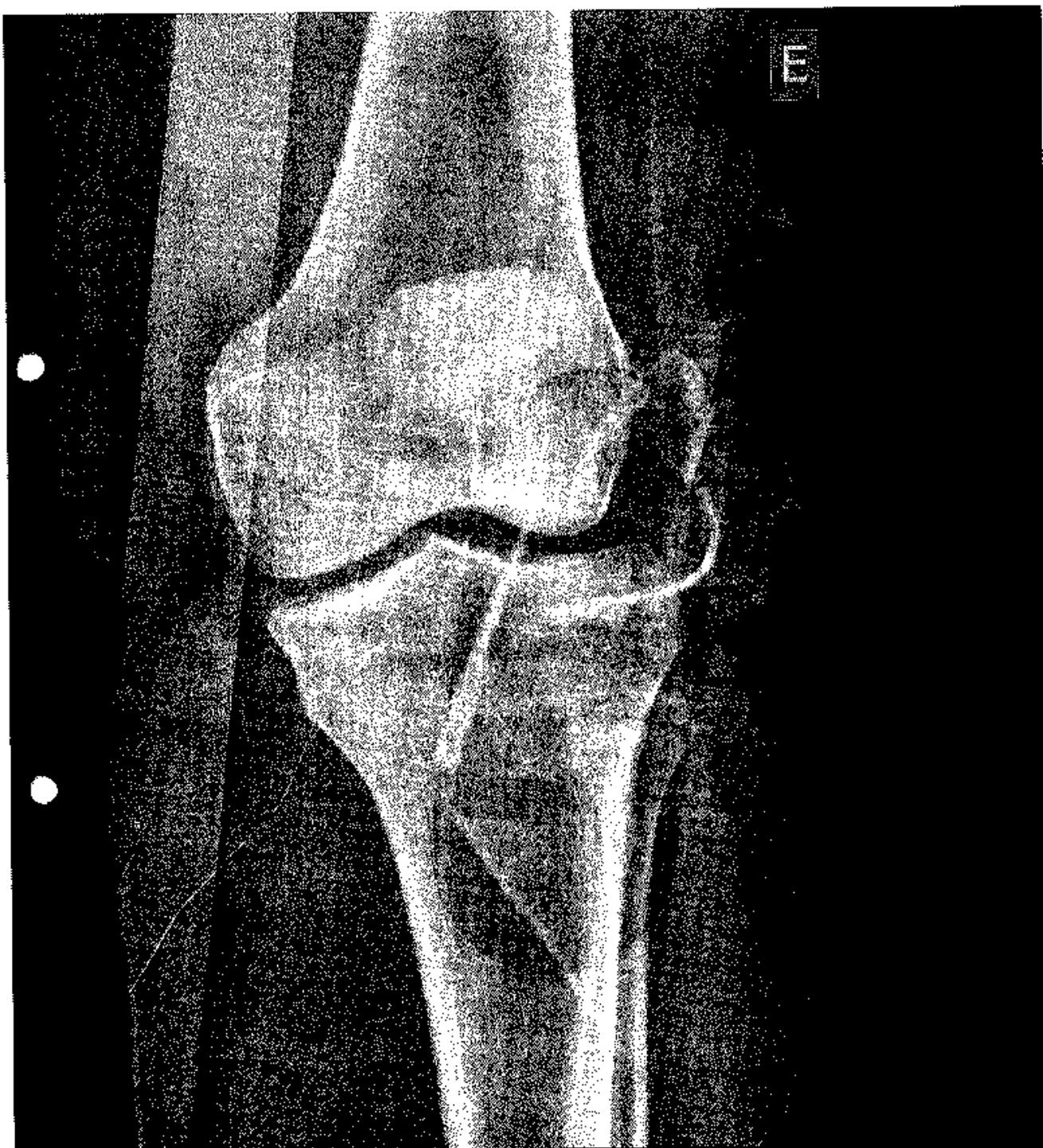
Assinado Por:

Marcel Dantas de Sousa
CRM-RN 4557 / RADIOLÓGISTA

HRDML / SESAP
CONFIRMO ORIGINAL
Parnamirim-RN, 26/06/2020
Mat. 969214







Id. Paciente: 3070/2020

Data Exame: 17/01/2020 15:14:24

Paciente: DANIELLY TEIXEIRA DA SILVA

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: EDSON

Idade: 28 ano(s)

JOELHO AP

Tam: real

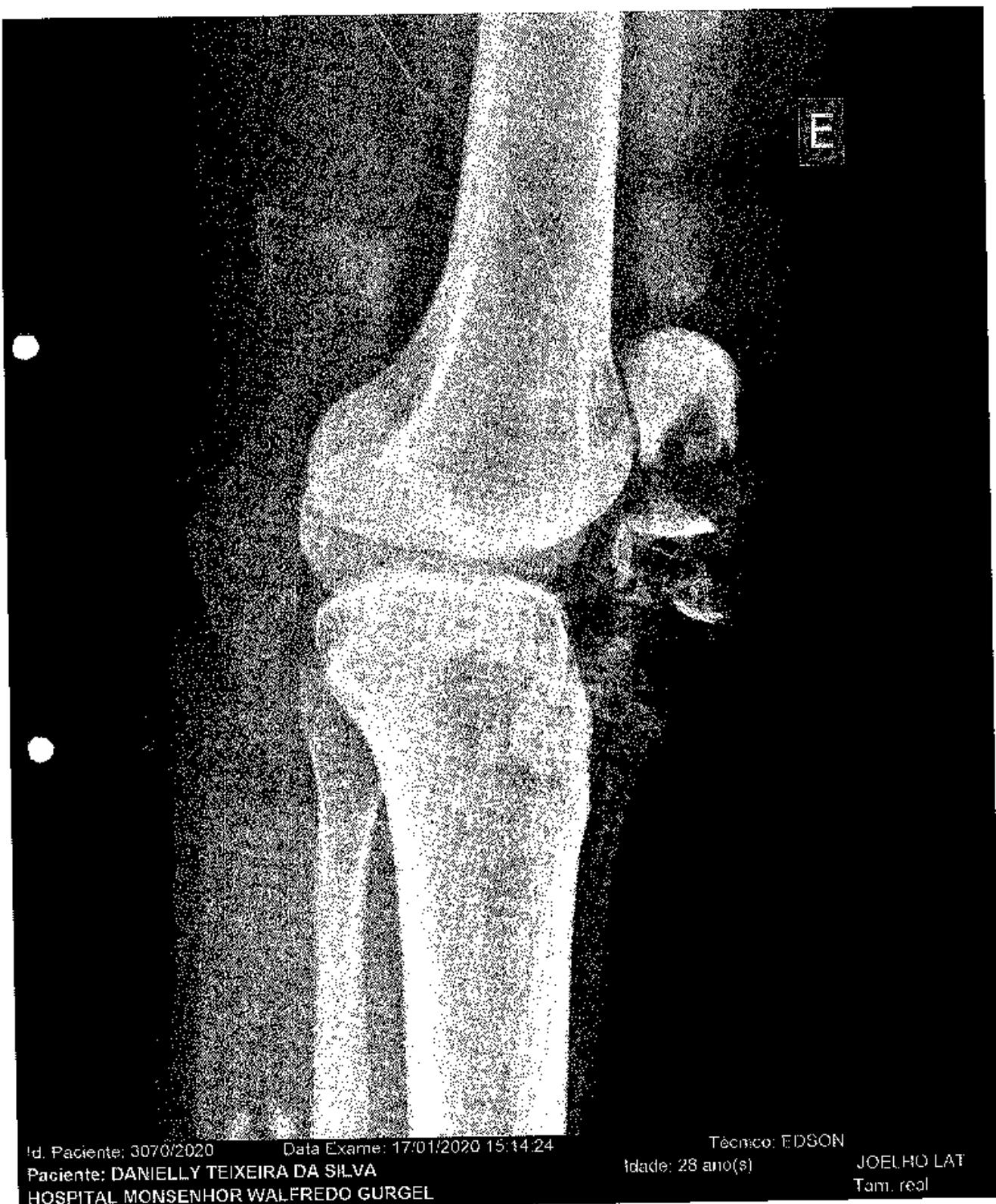


Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 05/11/2020 15:08:23

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110515082286300000059891018>

Número do documento: 20110515082286300000059891018

Num. 62448101 - Pág. 25



Id. Paciente: 3070/2020

Data Exame: 17/01/2020 15:14:24

Paciente: DANIELLY TEIXEIRA DA SILVA

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: EDSON

Idade: 28 ano(s)

JOELHO LAT

Tam. real



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 05/11/2020 15:08:23

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110515082286300000059891018>

Número do documento: 20110515082286300000059891018

Num. 62448101 - Pág. 26







Id. Paciente: 3070/2020

Data Exame: 17/01/2020 15:14:24

Técnico: EDSON

Paciente: DANIELY TEIXEIRA DA SILVA

Idade: 28 ano(s)

PE AP

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Tam. real

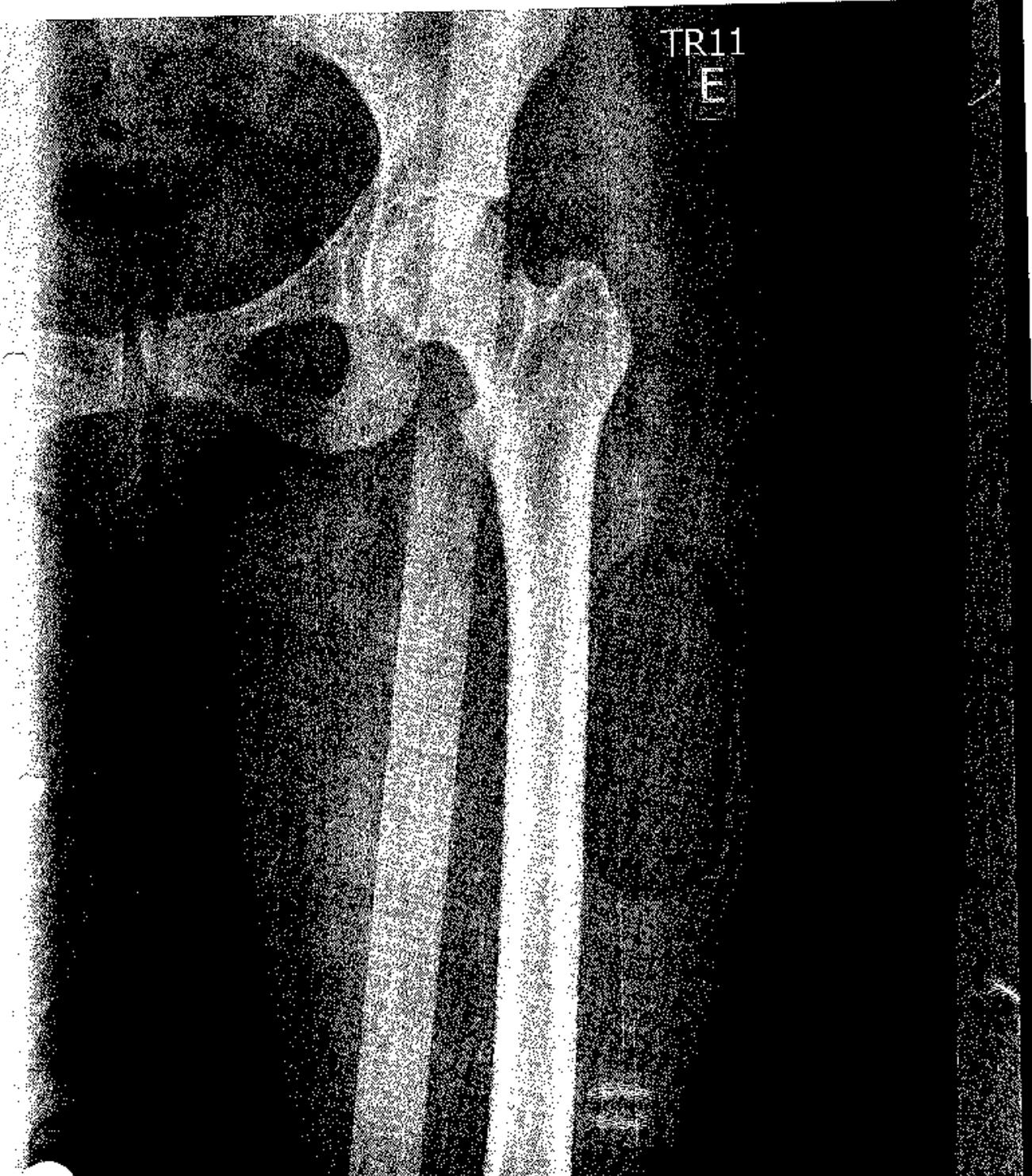


Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 05/11/2020 15:08:23

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110515082286300000059891018>

Número do documento: 20110515082286300000059891018

Num. 62448101 - Pág. 29



TR11
E

Id. Paciente: 3070/2020

Data Exame: 17/01/2020 15:14:24

Técnico: EDSON

Paciente: DANIELLY TEIXEIRA DA SILVA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

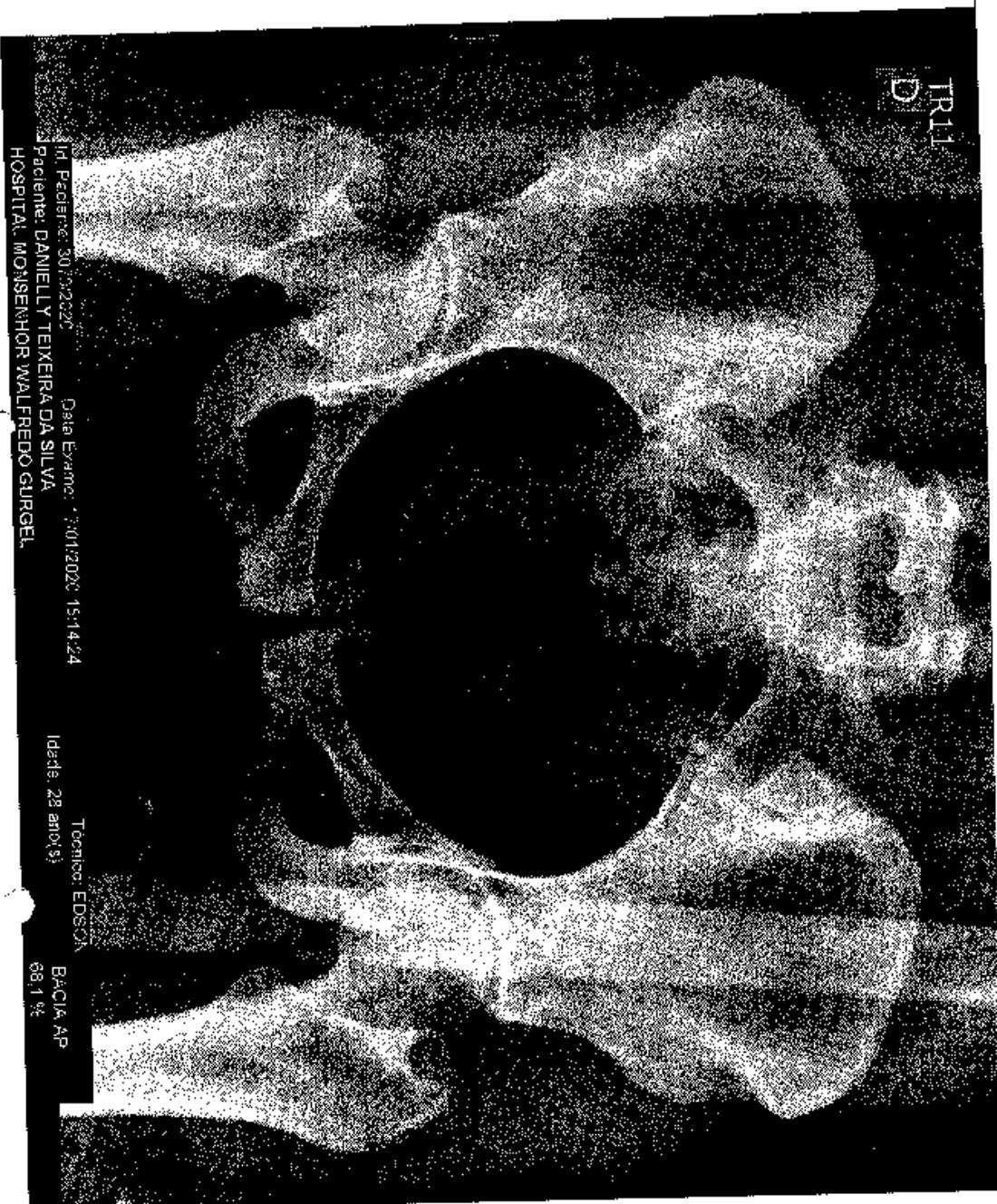
Idade: 28 ano(s)

FEMUR AP
58,7 %



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 05/11/2020 15:08:23
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110515082286300000059891018>
Número do documento: 20110515082286300000059891018

Num. 62448101 - Pág. 30



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0183499/20

Vítima: DANIELE TEIXEIRA DA SILVA

CPF: 095.111.224-44

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/01/2020

Titular do CPF: DANIELE TEIXEIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANDRIELLE KAROLAINÉ DO NASCIMENTO BARROS : 100.915.444-32

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

DANIELE TEIXEIRA DA SILVA : 095.111.224-44

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 01/07/2020

Data do cadastramento: 01/07/2020

Nome: ANDRIELLE KAROLAINÉ DO NASCIMENTO BARROS
CPF: 100.915.444-32

Nome: GERÇIA LOURENÇO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

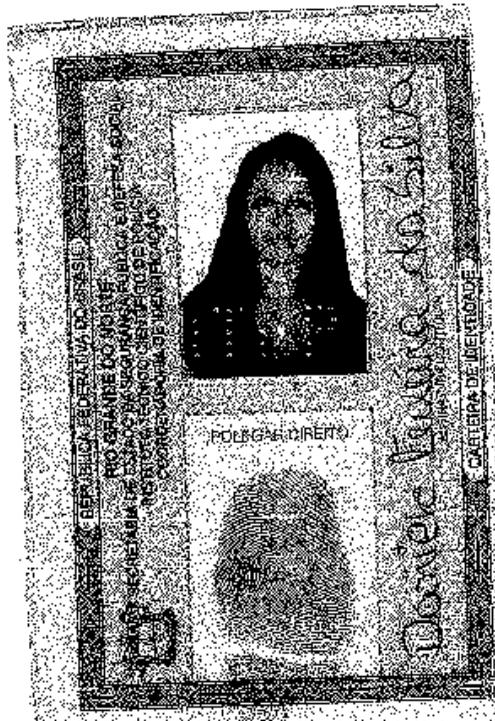
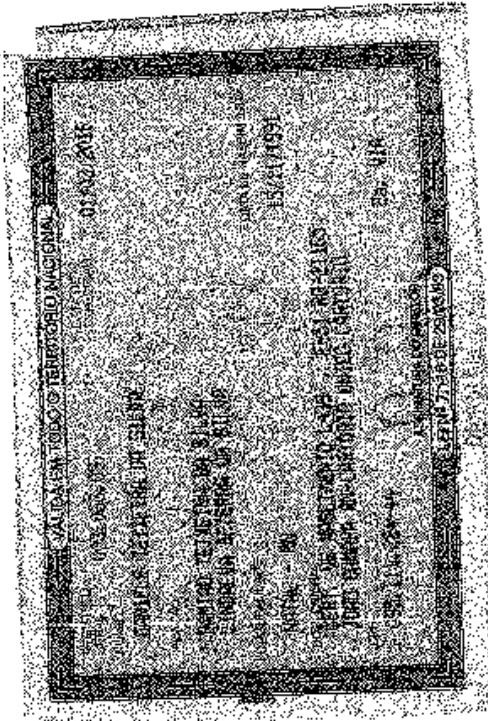
ANDRIELLE KAROLAINÉ DO NASCIMENTO BARROS

GERÇIA LOURENÇO DA SILVA



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 05/11/2020 15:08:23
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110515082286300000059891018>
Número do documento: 20110515082286300000059891018

Num. 62448101 - Pág. 32





PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 20003164B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: www.prf.gov.br/novobat /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373285, Policial Rodoviário Federal, em 21/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003164B01 e o número de controle ABC388828A8FEB29729354C35A2D6D.

191



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 05/11/2020 15:08:23
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110515082286300000059891018>
Número do documento: 20110515082286300000059891018

Num. 62448101 - Pág. 34



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 20003164B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 17/01/2020 Hora: 11:30 Município: CAICARA DO RIO DO VENTO/RN
BR: 304 KM: 222,9 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: JUSSIER, 1373285

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Molhada
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Não
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Chuva	Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTO DECRESCENTE



SENTO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 17/01/2020 por volta das 11:30h, na BR 304, km 222,9, no município de Caiçara do Rio do Vento-RN, aconteceu um acidente do tipo colisão frontal seguida de colisão lateral com 4 feridos graves e 1 ferido leve. Os veículos envolvidos foram V1: IMP/ VW GOL CL 1.6 MI de placas MXQ-0904; V2: FIAT/SIENA FIRE FLEX de placas MYR-5172; V3 : I/FORD RANGER XL CD4 22C de placas QEG-3247. Com base na análise dos vestígios identificados, constatou-se que o veículo V1, que seguia no sentido decrescente da rodovia, repentinamente, perde o controle da direção, invade a faixa de contra-mão de direção e colide frontalmente contra o veículo V2, que sai da pista e capota, V1, por sua vez, retorna à faixa de origem e colide lateralmente contra o veículo V3. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, conclui-se que o fator principal do acidente foi o veículo V1 ter perdido o controle da direção e ter invadido a faixa de contra-mão de direção, no sentido oposto.



Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373285, Policial Rodoviário Federal, em 21/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003164B01 e o número de controle ABC388828A8FEB29729354C35A2D6D.

191



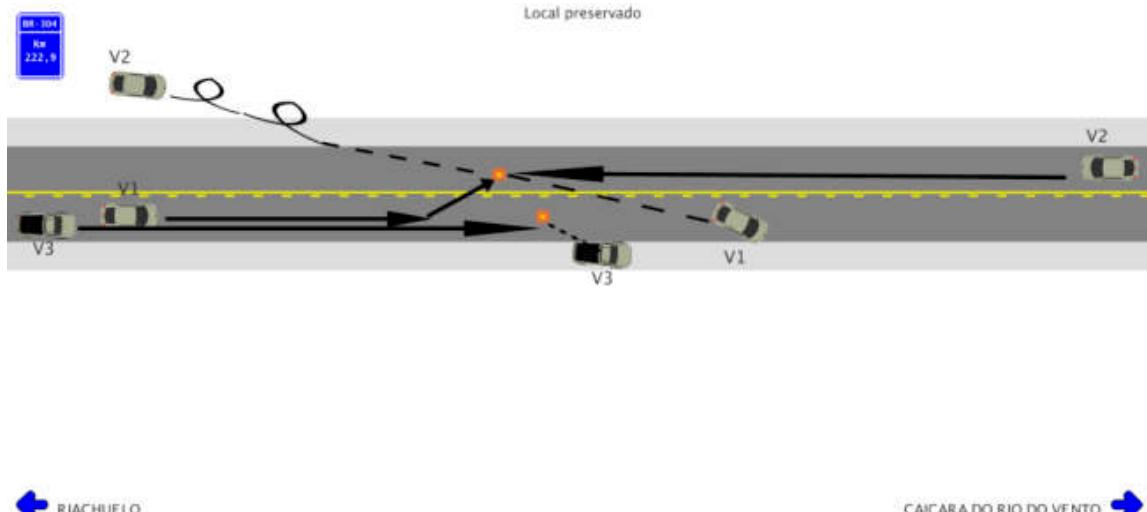


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 20003164B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão frontal	V2, V1
2	Colisão lateral	V3, V1

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
1	V1			
1	V2			
2	V1			
2	V3			

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento

V1 - VEÍCULO 1 - MXQ0904 - AUTOMÓVEL

V1 - Informações



Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373285, Policial Rodoviário Federal, em 21/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003164B01 e o número de controle ABC388828A8FEB29729354C35A2D6D.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 20003164B01

Placa: MXQ0904 Marca/modelo: IMP/VW GOL CL 1.6 MI

Renavam: 00176931015

Ano fabricação: 1997 Chassi: 8AWZZZ377VA911538

Tipo de veículo: Automóvel

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Cor: Branca

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento



Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373285, Policial Rodoviário Federal, em 21/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003164B01 e o número de controle ABC388828A8FEB29729354C35A2D6D.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 20003164B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / IMP/VW GOL CL 1.6 MI Placa: MXQ0904 Nº BOAT: 20003164B01

Nome do Agente: JUSSIER Matrícula do Agente: 1373285 Data: 17/01/2020

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Painel corta-fogo		X		
2	Longarina dianteira esquerda		X		
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X		
4	Estrutura da soleira esquerda		X		
5	Air Bags Frontais		X		
6	Air Bags Laterais		X		
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X		
8	Estrutura da coluna central esquerda		X		
9	Estrutura da coluna traseira esquerda			X	
10	Caixa de roda traseira esquerda			X	
11	Assoalho central esquerdo		X		
12	Longarina traseira esquerda		X		
13	Assoalho portamalas ou caçamba			X	
14	Longarina traseira direita			X	
15	Caixa de roda traseira direita			X	
16	Estrutura da coluna traseira direita			X	
17	Estrutura da soleira direita		X		
18	Estrutura da coluna central direita		X		
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X		
20	Assoalho central direito		X		
21	Caixa de roda dianteira direita		X		
22	Longarina dianteira direita		X		

Dano de Monta: Grande



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373285, Policial Rodoviário Federal, em 21/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003164B01 e o número de controle ABC388828A8FEB29729354C35A2D6D.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 20003164B01

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA

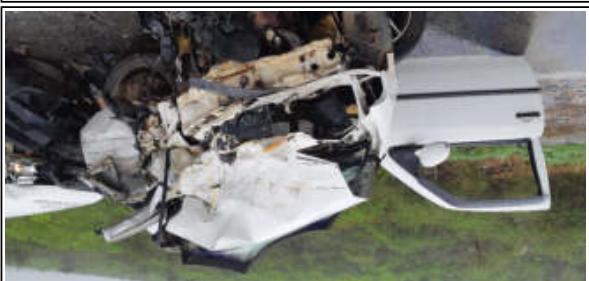


IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373285, Policial Rodoviário Federal, em 21/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003164B01 e o número de controle ABC388828A8FEB29729354C35A2D6D.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 20003164B01



V1 - Proprietário

Nome: DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA
Email:
Endereço: JOAO CAMARA-RN

CPF/CNPJ: 011.299.494-60
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - DANILA TEIXEIRA DA SILVA

V1C - Informações

Nome: DANILA TEIXEIRA DA SILVA
CPF: 017.444.254-85
Sexo: Feminino
Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 19/10/1994
Estado civil: Não Informado
Estado físico: Lesões Leves

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: B Primeira habilitação: 06/02/2017 Nº Registro: 06790868632
UF: RN Vencimento da habilitação: 02/08/2021 Motorista profissional: Não
Observações CNH: 99

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: FRANCISCO CARLOS GAIOS, 99, AP 301, NOVA PARNAMIRIM, PARNAMIRIM-RN
Telefone: Email:

V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - DANIELE TEIXEIRA DA SILVA

V1P1 - Informações

Nome: DANIELE TEIXEIRA DA SILVA Data de Nascimento: 15/11/1991
CPF: 095.111.224-44 Sexo: Feminino
Estado físico: Lesões Graves Usava cinto de segurança: Sim

V1P1 - Dados do Contato

Endereço: VINTE E NOVE DE OUTUBRO, 1038, MARCOS GESSO, BOA VISTA, JOAO CAMARA-RN
Telefone: 008491563281 Email:

V2 - VEÍCULO 2 - MYR5172 - AUTOMÓVEL

V2 - Informações



Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373285, Policial Rodoviário Federal, em 21/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003164B01 e o número de controle ABC388828A8FEB29729354C35A2D6D.





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 20003164B01

Placa: MYR5172 Marca/modelo: FIAT/SIENA FIRE FLEX

Renavam: 00955185211

Ano fabricação: 2008 Chassi: 9BD17206G83404257

Tipo de veículo: Automóvel

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Cor: Prata

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento



Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373285, Policial Rodoviário Federal, em 21/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003164B01 e o número de controle ABC388828A8FEB29729354C35A2D6D.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 20003164B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / FIAT/SIENA FIRE FLEX

Placa: MYR5172

Nº BOAT: 20003164B01

Nome do Agente: JUSSIER

Matrícula do Agente: 1373285

Data: 17/01/2020

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Painel corta-fogo			X	
2	Longarina dianteira esquerda		X		
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X		
4	Estrutura da soleira esquerda			X	
5	Air Bags Frontais		X		
6	Air Bags Laterais			X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X		
8	Estrutura da coluna central esquerda		X		
9	Estrutura da coluna traseira esquerda			X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X		
11	Assoalho central esquerdo			X	
12	Longarina traseira esquerda			X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba			X	
14	Longarina traseira direita			X	
15	Caixa de roda traseira direita		X		
16	Estrutura da coluna traseira direita			X	
17	Estrutura da soleira direita		X		
18	Estrutura da coluna central direita		X		
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X		
20	Assoalho central direito			X	
21	Caixa de roda dianteira direita		X		
22	Longarina dianteira direita		X		

Dano de Monta: Grande



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373285, Policial Rodoviário Federal, em 21/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003164B01 e o número de controle ABC388828A8FEB29729354C35A2D6D.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 20003164B01

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373285, Policial Rodoviário Federal, em 21/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003164B01 e o número de controle ABC388828A8FEB29729354C35A2D6D.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 20003164B01



V2 - Proprietário

Nome: LUIZ GONZAGA DOS SANTOS
Email:
Endereço: IPANGUACU-RN

CPF/CNPJ: 030.753.668-89
Telefone:

V2C - CONDUTOR DE V2 - LUIZ GONZAGA DOS SANTOS

V2C - Informações

Nome: LUIZ GONZAGA DOS SANTOS
CPF: 030.753.668-89
Sexo: Masculino
Usava cinto de segurança: Sim

Data de Nascimento: 06/08/1955
Estado civil: Casado(a)
Estado físico: Lesões Graves

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: B Primeira habilitação: 24/08/1982 Nº Registro: 02958249448
UF: RN Vencimento da habilitação: 24/02/2024 Motorista profissional: Não
Observações CNH: A

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: PO NOVA DESCOBERTA, 78, CASA, NOVA DESCOBERTA, IPANGUACU-RN
Telefone: Email:

V2P1 - PASSAGEIRO 1 DO V2 - MARIA EDUARDA DA SILVA SANTOS

V2P1 - Informações

Nome: MARIA EDUARDA DA SILVA SANTOS Data de Nascimento: 01/10/1999
CPF: 127.173.064-20 Sexo: Feminino
Estado físico: Lesões Graves Usava cinto de segurança: Ignorado

V2P1 - Dados do Contato

Endereço: NOVA DESCOBERTA, ZONA RURAL, ACU-RN
Telefone: Email:



Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373285, Policial Rodoviário Federal, em 21/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003164B01 e o número de controle ABC388828A8FEB29729354C35A2D6D.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 20003164B01



V2P2 - PASSAGEIRO 2 DO V2 - LUIZ EDUARDO DA SILVA SANTOS

V2P2 - Informações

Nome: LUIZ EDUARDO DA SILVA SANTOS

Data de Nascimento: 17/12/2003

CPF: 715.048.674-67

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: Ignorado

V2P2 - Dados do Contato

Endereço: NOVA DESCOBERTA, 1885, ZONA RURAL, IPANGUACU-RN

Telefone: Email:

V3 - VEÍCULO 3 - QEG3247 - CAMINHONETE

V3 - Informações

Placa: QEG3247 Marca/modelo: I/FORD RANGER XL CD4 22C

Renavam: 01174704478

Ano fabricação: 2018 Chassi: 8AFAR23N3KJ117848

Tipo de veículo: Caminhonete

Espécie: Especial Categoria: Particular

Cor: Branca

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento



Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373285, Policial Rodoviário Federal, em 21/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003164B01 e o número de controle ABC388828A8FEB29729354C35A2D6D.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 20003164B01

V3 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V3 / I/FORD RANGER XL CD4 22C Placa: QEG3247 Nº BOAT: 20003164B01

Nome do Agente: JUSSIER Matrícula do Agente: 1373285 Data: 17/01/2020

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente
		Sim	Não
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M	X
2	Carroçaria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroçaria com o chassis.	M	X
3	Para choque traseiro danificado.	M	X
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M	X
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M	X
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M	X
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M	X
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M	X
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M	X
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G	X
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G	X
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G	X
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M	X
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M	X
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G	X
16	Air bags (se existir)	M	X

Dano de Monta: Pequena



Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373285, Policial Rodoviário Federal, em 21/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003164B01 e o número de controle ABC388828A8FEB29729354C35A2D6D.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 20003164B01

V3 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373285, Policial Rodoviário Federal, em 21/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003164B01 e o número de controle ABC388828A8FEB29729354C35A2D6D.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 20003164B01



V3 - Proprietário

Nome: NORTE GERADORES IMP EXP E LOC DE MAQUINA CPF/CNPJ: 63.876.114/0001-10
Email: Telefone:
Endereço: BENEVIDES-PA

V3C - CONDUTOR DE V3 - FRANCISCO JERFFSON SOUSA SANTOS

V3C - Informações

Nome: FRANCISCO JERFFSON SOUSA SANTOS Data de Nascimento: 03/11/1989
CPF: 054.137.753-18 Estado civil: Não Informado
Sexo: Masculino Estado físico: Ileso
Usava cinto de segurança: Sim

V3C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AD Primeira habilitação: 31/08/2011 Nº Registro: 05293265273
UF: CE Vencimento da habilitação: 18/01/2024 Motorista profissional: Não
Observações CNH: 15

V3C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não
Resultado obtido: 0,00 mg/l

V3C - Dados do Contato

Endereço: R PARACATU, 202, PARQUE POTIRA, CAUCAIA-CE
Telefone: Email:



Documento assinado eletronicamente por JUSSIER, matrícula 1373285, Policial Rodoviário Federal, em 21/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003164B01 e o número de controle ABC388828A8FEB29729354C35A2D6D.

191





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: 3200234480 **Vítima: DANIELE TEIXEIRA DA SILVA**

Data do Acidente: 17/01/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ANDRIELLE KAROLAINA DO NASCIMENTO BARROS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANIELE TEIXEIRA DA SILVA

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, contados 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 15904437