



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	Tipo
62448 101	05/11/2020 15:08	2763002_CONTESTACAO_Anexo_04	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

BRADESCO1007202005000000000023705876000000015669472500 PAGO



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 - OSTEOSSÍNTESE. 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 KAROLAINE 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**

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





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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 3073 /2020
Admissão: 17/01/2020 14:34:11

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 160523 - DANIELLY TEIXEIRA DA SILVA (28 a 6 m 2 d)

Nascimento: 15/07/1991 Natural: JOAO CAMARA BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS:

CPF:

Prof:

Mãe: LINDALVA BEZERRA DA SILVA

Pai:

Logradouro: MANOEL COIMBRA, 1

CEP: 59550000

Bairro: CENTRO

Cidade: JOAO CAMARA

Telefone: 84 996158005

Compl: PACIENTE NAO PORTA DOCUMENTOS

Motivo: CARRO X CARRO

Origem: AMBUL. INTERIOR

Tipo: REFERENCIADO

Empresari

Fluxograma:

OBS:

Classificação: 17/01/2020 14:29:40

HORA	P.A.	HGT	SatO2	PO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISAO CARRO/CARRO COM NA COXA ESQUERDA

Hora:

Paciente vítima de colisão carro-carro - W- 1430. Alto impacto. Ocorrência do ar cheio e PE. 2º do acidente em terra sobre a pista. Negr de tower

ULTRA

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

DATA: 17/01/2020 HORA: 14:30

A Vin sem fumaça color S/cavos/gis

Tipo de Exame: USABT - 10

B M0 01/10/2019. 100% intacto

C Ven-IT- 3M. PA 100mmHg: 70x40; pulso cheio.

D Glicose 14 S/dieta motor.

E Paciente em jejum (E) + Edema turgido (E).

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Not. plano, flocido, apneia, dgo doloroso em hipogastro. Pele intacta.

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por FRANCISCO DE ASSIS DE ABITO. Impresso em 17 de Janeiro de 2020

FIAT EXROSA JOECHO

Realizado em: 17/01/2020

Técnico: 12

A
B
C
D
E

A(ALERGIAS) Nen
M(MEDICAÇÃO EM USO) Nen
P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) Nen
L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)
A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)
V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM) Rx de Pelve AP. Rx de Coxas AP/PA Rx de Joelhos AP/PA Rx de Pernas AP/PA CONDUTA PRIMÁRIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS Rx de Fomeçito e Pele AP/PA tc de crânio, tórax e abdome Painel SOD tc de tórax S/máscara de luno ou furofóres tc de abdome: S/evolução de luno de furofóres fatur de pele. - Rx e fatur de tórax - chaves Bim. Simol	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS <u>HT+CS</u> OUTROS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL <u>Dr. Getúlio Marinho</u> Cirurgião Geral CRM PE: 26535 CRM RN: 7331	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL <u>Dr. Getúlio Marinho</u> Cirurgião Geral CRM PE: 26535 CRM RN: 7331

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1 <u>NCR</u>	HORA: <u>17/01/20</u> DATA: <u>17/01/20</u>
ESPECIALISTA 2 <u>Bmf</u>	HORA: <u>17/01/20</u> DATA: <u>17/01/20</u>
ESPECIALISTA 3 <u>At. Med. Dir</u>	HORA: <u>17/01/20</u> DATA: <u>17/01/20</u>

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:	DATA / / HORA
SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:	
OBITO: DATA / / HORA	
ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () I.T.E.P	



ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 1.)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
(Resposta) (Resposta orientada e significativamente às perguntas sobre eu mesmo, onde, onde, estado, situação, o tempo, a data, o dia.)	5
Confuso (Resposta às perguntas orientada, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inorguladas (Fala distrita, mas sem frase coerente e coerente.)	3
Som ininteligível. (Comando sem entender palavras.)	2
Resposta.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz valores simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Resposta intencional a dor.	4
Padrão flexo à dor (Desorientação).	3
Padrão extensor à dor (Desorientação).	2
Som resposta motora.	1

DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO*
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 3
	9-12 = 3
	8-9 = 2
	6-7 = 1
	3-5 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	16-20 = 3
	21-29 = 3
	8-9 = 2
	1-5 = 1
	0 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90 = 3
	70-89 = 2
	50-69 = 1
	1-49 = 0
	0 = 0

² "Escala de Trauma Revisada (RT): É um índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Changlin H.K. Sacco W.J. Copes, et al; A revision of the Trauma score, J Trauma 29(5) 624, 1989.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE:
(ATLS 2003)*

63 - 68-grave (necessidade de
intubação imediata);
69- 74-moderado;
75-79-leve

* Reference: TEASDALE G. JENNET, B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet* 1974;2:81-84

* A escola propõe aplicar-se a docentes capacitados e que colaborem com idade superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa solicita-se ao docente que classifique a intensidade de sua dor de acordo com as seguintes adjetivos:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pic Poss
0	1	2	3	4

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

DANIELLY REIXOMA DA SILVA

H7001

14/10/2020

ANAMNESE

46 40

Paciente 28a, acidente de carro.
Após que estava com um tipo de supressão.
Após o acidente, houve perda de consciência.

EXAME FÍSICO

no momento: EAP = 55, membros inferiores ex, mantendo bem o tônus
membros, pupila isocorética, sem dor à palpação do abdômen.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Poliomielose Fraseada (AP) PROCA + FEM

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

R. C. C. C.

Rafael Ferreira Antunes
Neurocirurgia
CRM/RN 7238

RFAH.

LABORATÓRIO

SAEIA + NEUTRÓFILOS, TÁLUS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

em e contra epilepsia
(INTERNAÇÃO) 4000 mg CAN

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

ON 10/10/20

DATA:

/ /

HORA:

SAÍDA:

DATA:

/ /

HORA:

Decisão Médica ☐À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

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:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

/ /

HORA:

SAÍDA:

DATA:

/ /

HORA:

Decisão Médica ☐À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

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



Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou

CNES: 2653923
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **160523 DANIELLY TEIXEIRA DA SILVA**
CNS: Nascimento: 15/07/1991 Sexo: Feminino
Mãe: LINDALVA BEZERRA DA SILVA Pai:
Endereço: RUA MANOEL COIMBRA, 1 - CENTRO - JOAO CAMARA
Município: JOAO CAMARA Código Municipal IBGE: 240580 UF: RN

Prontuário:
Cor: PARDA
Fone: 996158005 /
CEP: 59550-000

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 2087 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

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 FISICO



Diagnostico 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 / Assistente:

GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS

CRM: 4781 / RN

Data da Solicitação 17/01/2020

PREENCHER EM CASO 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

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: Orgão Emissor:

Número da Autorização:

Data da Autorização: Assinatura/Carimbo:

Digitalizado com CamScanner



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:

Pelotização

RESUMO DE ALTA

*Paciente pelotizada, com fratura
de rotula S/ desvio a (E) + fraturas
exponso de patela com perda de substancia
pelo inferior + Fratura de tendão
de ham hiberno.*

Alimentação de 7º Jeopolizado

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 01/07/20

MAT. Nº. 184873

SAME

ASSINATURA

Dr. Gustavo C. de Lara Jr.
CRM: 1193080
Rua 7005 - TEL: 1193080

NATAL, 17 de Janeiro de 2020.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM





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

João Camara
Fie 592

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: Artur Pedro
HIDRATAÇÃO: SIM (x) NÃO () VIA: PERIFÉRICO (x) ACESSO CENTRAL: ()
NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE (x) ORIENTADO () VIGIL () AGITADO ()
INCONSCIENTE: ()
ESTADO GERAL: BOM () REGULAR (x) GRAVE ()
SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE (x) 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: _____

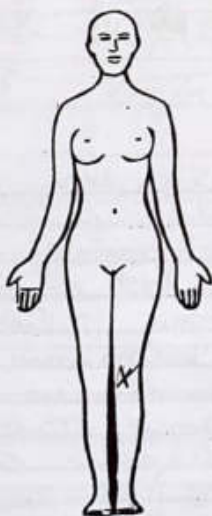
HORA: _____

ÁREA DE PUNÇÃO: _____

HORA: _____

OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA

OBS. Paciente semolente



CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 01/07/20
MAT. Nº 1525873
SAME
Gf
ASSINATURA

JALECON: _____ ACESSO CENTRAL: _____

INSTRUMENTADO: Comanuelle

CIRCULANTE: Francine

TIPO DE ANESTESIA: GERAL (x) RAQUI () PERIDURAL () B.P.B. () LOCAL ()

OBS: _____

ANESTESISTA: D. Priscila

INÍCIO DE ANESTESIA: 20:10

TÉRMINO DE ANESTESIA: 21:45

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

HORA: 20:10

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



INICIO DE CIRURGIA: 20:35

CIRURGIÃO: Dr. Cardozo

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

TIPO DE CIRURGIA: Tot Crurectomia de faturar eipos de joelho e limpeza + desbridamento

TÉRMINO DE CIRURGIA: 21:00

SONDAGEM VESICAL: SIM () NÃO (X)

Nº DA SONDA:

SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (X)

Nº DA SONDA:

EXAMES LABORATORIAIS: SIM (X) NÃO ()

RX: SIM () NÃO (X)

RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO (X)

TIPO:

RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO (X)

TIPO:

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO ()

FEITO FICHA: SIM () NÃO ()

MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO (X)

ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO SIM () NÃO ()

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

DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO ()

COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM () NÃO (X)

QUANTIDADE:

GAZES CONFERIDAS: SIM () NÃO (X)

QUANTIDADE:

CAIXA CIRÚRGICA: Citopica delicada

COMPLETA: SIM (X) NÃO ()

OBS.:

ÓBITO: SIM () NÃO (X)

HORA:

REALIZADO RCP: SIM () NÃO ()

RESPONSÁVEL PELA RCP:

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

EM AR AMBIENTE: SIM (X) NÃO ()

TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO (X)

ENTUBADO: SIM () NÃO (X)

PREENCHIDO AIH: SIM (X) NÃO ()

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

FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM (X) NÃO ()

OBSERVAÇÕES: Paciente admitida na S.O. em H.V.P., monitorizada com oxímetro de pulso + PNT + espirometria, realizada indução para anestesia geral, intubada com tubo N. 7.0, realizado desbridamento + antissepsia + colocação de curativos operatórios. 20:10h Administração de medicações pela anestesiologista dexatossana 10mg, Vitamina C 2g, Complexo B 2amp, morfina 2mg e.v. Procedimento realizado sem intercorrências, feito curativo + colocação final de gesso. Paciente extubada a 21:50h Paciente entubada a 5:00h em ar ambiente + H.V.P. 21:40h Administração de oxigênio 2g e.v.

Assinatura do (a) Enfermeiro(a)

Assinatura do Circulante

Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

Digitalizado com CamScanner



VERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis SarinhoBOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Desmelly Lizandra de Sales Reg. N°
Diagnóstico pré-operatório: Fratura exposta de fêmur do braço q/ fêmur e
Indicação terapêutica: LRC + desmanta fêmur Urgência () Eletiva () Julho

INTERVENÇÃO

Data: 17/01/2020 Início: Término: Duração:
Operador: Dr. Oualda Lous CRM/CRO: CONFERE COM ORIGINAL
1º Auxiliar: CRM/CRO: NATAL, 01/07/20
2º Auxiliar: CRM/CRO: MAT. N° 15263
Instrumentador: SAME
Anestesista: Dr. Lusidly CRM/CRO: ASSINATURA

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- 1) Incisão de pulso dorsal pelo antebraço
- 2) Anestesia + aspiração
- 3) Lavagem extensiva com SF 0,9% (10L)
- 4) Desmanta fêmur + retirada de tecido destruído
- 5) Lavagem com SF 0,9%
- 6) Sutura de pele
- 7) Curativo + tala com pedralha

Dr. Oualda Lous
CRM-PB 11876

Dr. Oualda Lous Jr
CRM-PB 11876

Dr. Oualda Lous Jr
CRM-PB 11876

Dr. Oualda Lous Jr
CRM-PB 11876

04.13.04.017-8 (3) S81.0 (744,69)

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.





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

EXT. URG

FICHA DE ANESTESIA

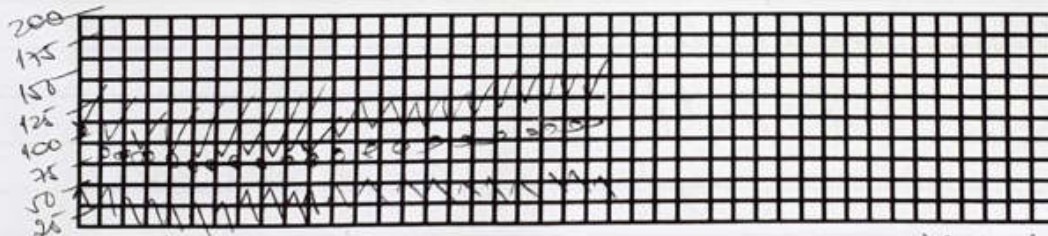
Paciente: DANIELLY TEIXEIRA DA SILVA ASA: IE
Idade: 28 Sexo: F Registro: 1193080
Diagnóstico: Trauma MLE Data: 17/01/2020
Cirurgia Realizada: Limpeza + desbridamento de fratura exposta
Cirurgião: Oswaldo Auxiliar: Ø
Anestesiologista: Priscila Enfermagem: Francil + Maru Feufu Verg
História Clínica Admissional: Admitida HUWG às 14:34, trauma face, às 13h.
Fratura exposta Joelho E, fratura bacia E, sonolenta. Hipotensão
Arterial e perior. Nega alergia / comorbidades.

Técnica Anestésica: ANESTESIA GERAL BALANÇADA (EX+IN)
Indução sequencial rápida, sem intercorrências. TOT 70.
Lançamento I. For Peep 4 + 102940 PC 18 DP 10. Vaporizador
calibrado para sevoflurano. Não há filtro bact. Ocultar Ao.

S+Ar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
AMSD	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
SpO2	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
ETCO2	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
MSD	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø

ECG
PANI
SpO2
ETCO2

Hv
SFO9/500ml
SRL 500ml



Início: X 20:10 Ø 20:35 Término: Ø 21:00 X 21:45

Anestésicos Utilizados:

- | | | |
|------|---------------------------------|------------------------------------|
| Do { | 1. OXACILINA 2g ex — 4 flc | 2. Rocurônio 15mg ex — 1 flc |
| | 3. GENTAMICINA 240mg ex — 3 amp | 4. DEXAMETASONA 10mg ex — 1 amp |
| | 5. Fentanil 250mcg ex — 1 flc | 6. VIT C 2g ex — 4 amp |
| | 7. LIDO 100mg ex — 1 amp | 8. Compl. B 1 amp ex |
| | 9. Propofol 100mg ex — 1 flc | 10. MORFINA 1mg ex + 1mg amp / 2mg |
| | 11. ETomidato 5mg ex — 1 amp | 12. DIPIRONA 2g ex — 2 amp |
| | 13. Amelcin 100mg ex — 1 amp | 14. |

Encaminhamento: colhidas hemograma coagulograma e eletrólitos
AUS + Extubação. A SRA Aldete Pontez 9/10.

Dra. Priscila Mesquita
Anestesiologista
CRM-RN 6792

Assinatura do Anestesiologista - CRM

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

Digitalizado com CamScanner



162 9469 3998 SUS 701:1030-1661 2210. 6.06



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 Figueira da Silva

IDADE:

15/11/1991

SEXO:

F

ESTADO CIVIL:

Solteira

NATURALIDADE:

Natal RN

PROFISSÃO:

Do lar

PROCEDÊNCIA:

DTT

ENDEREÇO:

Rua Manoel de Albuquerque

BAIRRO:

Centro

CIDADE:

João Câmara

DATA:

2/2/2020

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)

Tamam Exa M/G

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Ex Patras
Ex Acommod
Ex Tmcs

HRDML / SESAP
CONFERI C/ O ORIGINAL
Parnamirim - RN, 20/02/2020

Mat. 96944





Sistema
Único de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- 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 168751 7- CARTÃO NACIONAL SUS 095111224-44 8- DATA DE NASCIMENTO 15/11/1991 9- SEXO FEMININO 10- RAÇA/COR 11- NOME DA MÃE LINDALVA BEZERRA DA SILVA 12- TELEFONE DE CONTATO 99615-9001 13- NOME DO RESPONSÁVEL ELOUIZE JORDANA PAMA DA SILVA (CUNHADA) 14- TELEFONE DE CONTATO 15- ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA MIGUEL SEABRA, 75 16- MUNICÍPIO JOAO CAMARA 17- BAIRRO CENTRO 18- UF RN 19- CEP 59550-000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Rebate sobre trauma no MIE.
Dor + limitação funcional

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Guia interna

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

Semiologia + Rx

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

FRATURA PATELA E
FRATURA RUABRIL E

Procedimento Solicitado

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA Ortopedia 30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO 31- DOCUMENTO 32- Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 34- DATA DA SOLICITAÇÃO 35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 36- CNES DA SEGURADORA 37- Nº DO RILHETE 38- CNPJ DA EMPRESA 39- CNES DA EMPRESA 40- CBOR 41- SERIE 42- CNPJ DA EMPRESA 43- CNES DA EMPRESA 44- CBOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 47- COD. ORGÃO EMISSOR 52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 48- DOCUMENTO 49- Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 50- DATA DA AUTORIZAÇÃO 51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

HRDML / SESAP
CONFERIR O ORIGINAL
Parnamirim-RN, 20/02/2020
Mat. 969214



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

Intensas
Aspiradas

Dr. André C. Marques
Otorrino e Fonoaudiologia
CRM/PA 150171534

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

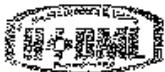
<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE HORA _____ PARA _____	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____ HORA _____ PARA _____
--	---	--

RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/>	A REVELIA <input type="checkbox"/>
DATA _____	HORA _____	
ÓBITO _____	HORA _____	
ENTREGUE	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>
		I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)





HOSPITAL REGIONAL DE ORLÂNDIA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

☒ Hemoco concentrado _____ Unid.
☒ Albumina _____ Unid.
h: _____

☒ Plasma _____ Unid.
☒ Expansor plasmático _____ Unid.
h: _____

☒ Plaquetas _____ Unid.
h: _____

MEDICAÇÕES UTILIZADAS
h: _____
h: _____
h: _____

☒ Soro Fisiológico: _____ ml
☒ Soro Glicosado: _____ ml

☒ Soro Ringer Simples: _____ ml
☒ Soro Ringer Lactato: _____ ml

Quantidade total de volume administrado: _____

ANATOMO PATOLÓGICO

☒ Não ☐ Sim Peça: _____
Peça para sepultamento: ☒ Não ☐ Sim
Líquido: _____

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: ☒ Limpo ☐ c/exsudato ☐ Contaminada ☐ Aparelho gessado ☐ Bandagens ☒ Talas ☐ Outros: _____

INTERCORRÊNCIAS: 5/intercorrências

Ass: [Assinatura] Coren: 118642

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: ☒ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Narcose ☐ Coma ☐ Vigil ☐ Agitado
Respiratório: ☐ Intubado ☒ Extubado ☐ Cânula de Guedel ☒ O₂ ambiente Curativo: ☒ Oclusivo ☐ Compressivo ☐ Bolsa de colostomia ☐ Outro: _____
Dureza: ☐ Espontânea ☒ Normal ☐ Hematúria ☐ Irrigação Vesical ☐ Oligúrico Destino após a cirurgia: [Assinatura]

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO

Horas: 18:55 Data: 10.02.2020 Nível de consciência: ☒ Acordado ☐ Sonolento ☐ Narcose ☒ Orientado
☐ Desorientado ☐ Agitado ☐ Choro Vias aéreas: ☐ Intubado ☒ Extubado ☐ Cânula de Guedel ☐ Cateter O₂ ☒ Ambiente
Mobilização MMII: ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Sem mobilidade Mobilização MMSS: ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Sem mobilidade
Vendicase: ☐ Não ☐ Sim Tipo: _____ Local: _____ Sondas: ☐ Gástrica ☐ Enteral ☐ Vesical
Drenas: ☐ Sucção ☐ Torácico ☐ Penrose ☐ Kherr Ostomias: ☐ Sim ☐ Não Especifique: _____
Irrigação vesical contínua: ☐ Retorno satisfatório ☐ Retorno Insuficiente ☐ Coágulos
Curativo: ☐ Oclusivo ☐ Descoberto ☐ Limpo ☐ Sujo Monitorização: ☐ ECG ☐ Oxímetro ☐ PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA ☐ Náuseas ☐ Vômitos ☐ Sangramento ☐ Dor ☐ Bexigoma ☐ Alteração PA ☐ Alteração FC

Relate:

SINAIS VITAIS

hora	TC	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão		59	-	-	95	
20'		54	-	-	98	
60'						
Alta						

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: _____ ml
Soro Fisiológico: _____ ml
Ringer: _____ ml
Irrigação vesical contínua: _____

HRDML / SESAP

CONFERIR C/ O ORIGINAL
Pantufira RN 26/06/2020

Medicações administradas URPA:

hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação
Recebido da SO				
Desprezado URPA				

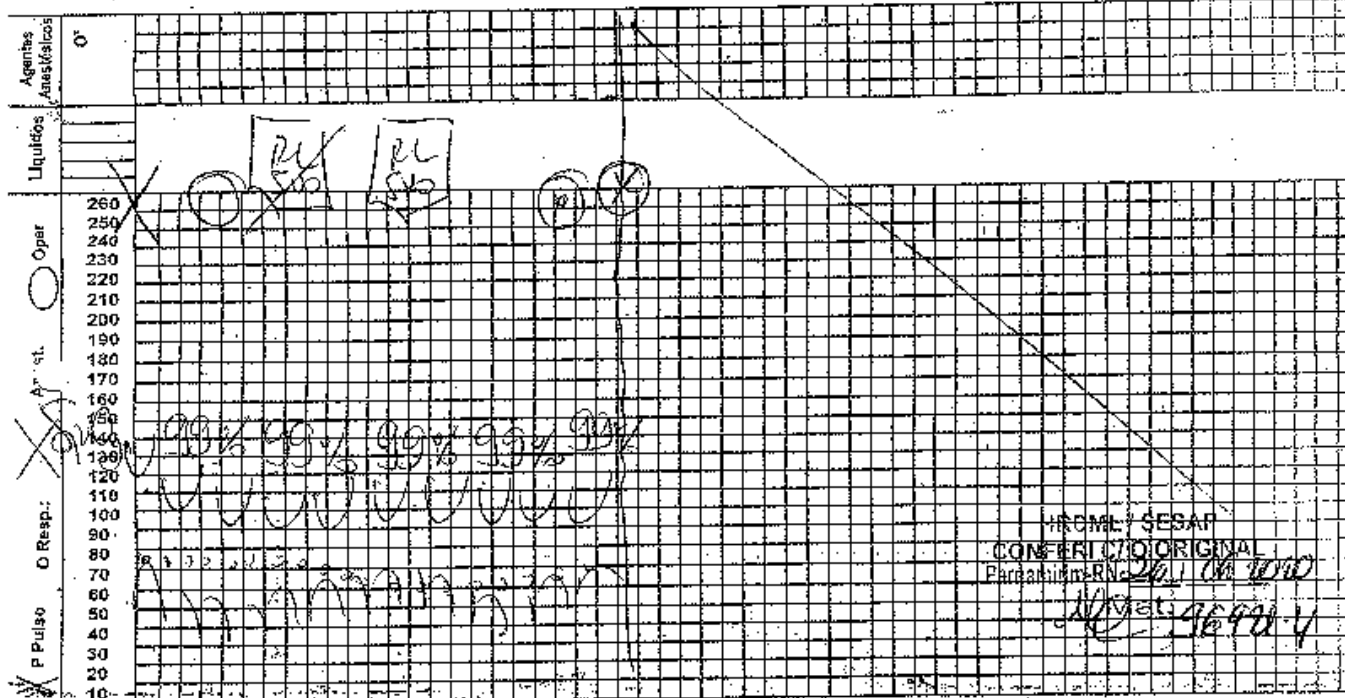
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: Após procedimento cirúrgico e curativa paciente encaminhada a PU para M.O. aprovada consciente e orientada para com movimentos em sua UMI

Ass: [Assinatura] Coren: 187-112



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermaria		Leito		Nº prontuário	
Nome				Idade		Sexo <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Data 30/03/20		Pressão arterial		Pulso		Respiração	
Tipo sanguíneo		Hemáticas		Hemoglobina		Hematócrito	
		Urina		Glicemia		Ureia	
Ap. respiratório						Asma	
Ap. circulatório						Eletrcardiograma	
Ap. digestivo				Dentes		Pescoco	
Estado mental				Alargações		Corticoides	
D. físico pré-operatório						Estado físico	
Anestésias anteriores							
Medicação pré-anestésica				Aplicada às		Efeito	



SÍMBOLOS	Cefazolin 3g	Neocasto	ondamtion 8mg
E	Midazolam 5mg	Piracetam = 15mg	
ANOTAÇÕES	fentanyl 50ug		
POSIÇÃO	Ramiflone 50mg	Morfina = 100ug	
Agentes	ondamtion 8mg		
Técnica	Ragunamtion 8mg + Sedação		
Operação	Tratamento cirúrgico da bolsa da pele		
Cirurgiões	Dr. Marcus Augusto / Dr. Fabiano Roberto		
Anestésistas	Jackson Queiroz		

Procedimento: 51 interconexões





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Danielle Teixeira da Silva Idade: 27 D/N: 15/11/1998
Pront.: 108.751 Município: João Câmara Procedência: ☒ Interno () Externo
Data da cirurgia: 02/02/2020 Hora Admissão: Bloco: Sala: 1 Hora Saída: 18:45 Peso: 48 kg
Alergias: ☒ Não () Sim Comorbidades: ☒ HAS () DM () Outras nefro
Uso de medicações: ☒ Não () Sim Jejum: ☒ Não () Sim
SSVV Admissão: PA: 120x80 mmHg Pulso: 80 bpm FI: — rpm FC: 80 bpm SpO₂: 98 % T: — °C
Enfermeiro(a): Alana Instrumentado(a): Rita Circulante: Cecy
Cirurgia: Ht cir. nat. de potela E Especialidade: Oftalmologia Sala: 01
Hora Início: 17:50 Hora Término: 18:35 Tipo de cirurgia: ☒ Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1ª Cirurgião: Dr. Fabio Roberto Aux.: Dr. Carlos Augusto Residente: —
Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: — () Bloqueio Dr. Baquidiana Ag. nº 27 () Peridural () Cateter () s/cateter
Ag. nº — Cateter nº: — Início: 17:35 Garrote: ☒ Smarch () Pneumático Início: 17:45 Término: 18:40
Anestesiologista: Dr. Jackson

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotenso	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Letárgico	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input type="checkbox"/> Estimul. Nerv.
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Integra	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Diprífusor
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> BIC
<input type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Normoesfígmico	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Desfibrilador
<input checked="" type="checkbox"/> t/dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input type="checkbox"/> Cistostomia	
<input type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Dreno	
<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input type="checkbox"/> Dispositivo O ₂	<input type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input type="checkbox"/> Tetraplégico	<input type="checkbox"/> Manchas		<input type="checkbox"/> Tração	
<input type="checkbox"/> 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
Oximetria	<u>97</u>	<u>99</u>	<u>98</u>	%
Capnografia				%
PA	<u>115x55</u>	<u>111x62</u>	<u>112x70</u>	mmHg

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

SONDAGEM GÁSTRICA
<input type="checkbox"/> SNG nº <u>—</u>
Retorno: <u>—</u>

CATETERISMO VESICAL
<input type="checkbox"/> SVF nº <u>—</u> SVA nº <u>—</u>
Diurese: <u>—</u>
Profissional responsável: <u>—</u>

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

POSICÃO	COXIM	MIMOS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input type="checkbox"/> Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/> Anatómicos
<input type="checkbox"/> Ventral	<input type="checkbox"/> Pescoço	<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Flexidos
<input type="checkbox"/> Litotômica	<input type="checkbox"/> Lombar	<input type="checkbox"/> MIMOS
<input type="checkbox"/> Trendleburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatómicos
<input type="checkbox"/> Canivete		<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Proclive		<input type="checkbox"/> Flexidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
() Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não () Metal () Descartável	
Local: <u>—</u>	
DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	() Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Local: <u>M.E</u>	Solução: <u>clorox</u> Local: <u>—</u>

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos:
Tela:
Cateter:
Ostomia:
Fio de KC: <u>Voçado (01)</u> Parafuso - tipo:
Placa - Tipo:
Outros:

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: <u>Bon @ periwash</u> Material: <u>—</u>
Val.: <u>02/05/20</u> Contagem de gaze e compressa: <u>—</u> Não () Sim



Nome do paciente		Nº prontuário	
Daniel Teixeira da Silva			
Data operação	Enf.	Leito	
10/02/2020			
Operador	1º auxiliar	Instrumentador	
Dr. Carlos Augusto	Dr. Fabio Roberto		
2º auxiliar	3º auxiliar		
Dr. Jackson			
Anestesiata	Tipo de anestesia		
Dr. Jackson			
Diagnóstico pré-operatório			
Tratamento de patela (C)			
Tipo de operação			
Tratamento cirúrgico da patela (C)			
Diagnóstico pós-operatório			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

CIRURGIAS MÚLTIPLAS
(04150100.2)
POLITRAUMATIZADO
(0415330013)
PROC. CLÍNICO
PROC. CIRÚRGICO
CBO. 325225
CBO. 325270
DIAS
CID. S82.1

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO


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

- 1) Furete em diâmetro oblíquo sob ruga
- 2) Incisão em região anterior do joelho (C)
- 3) Dissecção para planos
- 4) Passar pelo inferior da patela
- 5) Curvatura recorrente extensor de Allarth
- 6) Ligar. recorrente de 3" a 0.5x
- 7) Sutura pt. planos
- 8) Orelha

Dr. Fabio Roberto
Cirurgião e Anestesiologista
CRM 35047/SP



Cod: 374 BB2264

 <p>GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho</p>		<p>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIM</p>	
<p>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</p>			
<p>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO</p>			
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE		4 - CNES	
<p>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</p>			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO		10 - MASCULINO	
11 - FEMININO		12 - 1	
13 - 2		14 - 3	
15 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		16 - TELEFONE DE CONTATO	
17 - ENDEREÇO (RUA, Nº)		18 - 9648-5602	
19 - 9469-3998		20 - 21	
22 - 23		24 - 25	
26 - 27		28 - 29	
30 - 31		32 - 33	
34 - 35		36 - 37	
38 - 39		40 - 41	
42 - 43		44 - 45	
46 - 47		48 - 49	
50 - 51		52 - 53	
54 - 55		56 - 57	
58 - 59		60 - 61	
62 - 63		64 - 65	
66 - 67		68 - 69	
70 - 71		72 - 73	
74 - 75		76 - 77	
78 - 79		80 - 81	
82 - 83		84 - 85	
86 - 87		88 - 89	
90 - 91		92 - 93	
94 - 95		96 - 97	
98 - 99		100 - 101	

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. DEOCLÉCIO 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 isquio púbico direito.

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

Articulações coxofemorais de contornos regulares.

Articulações sacroilíacas conservadas.

Não há sinais de derrame articular.

Planos musculares sem alterações tomográficas.

Laudado gerado: 05/02/2020 18:11. Para baixar uma cópia, acesse <https://vsldar.vivrad.com.br/>, utilize data/hora e a chave: hDLDH7PH.

Marcel Dantas de Sousa

Laudado Por:
Marcel Dantas de Sousa
CRM-RN 4557 / RADIOLOGISTA

HRDML / SESAP
CONFERI C/ O ORIGINAL
Parnamirim-RN, 26/06/2020
Mat. 964214

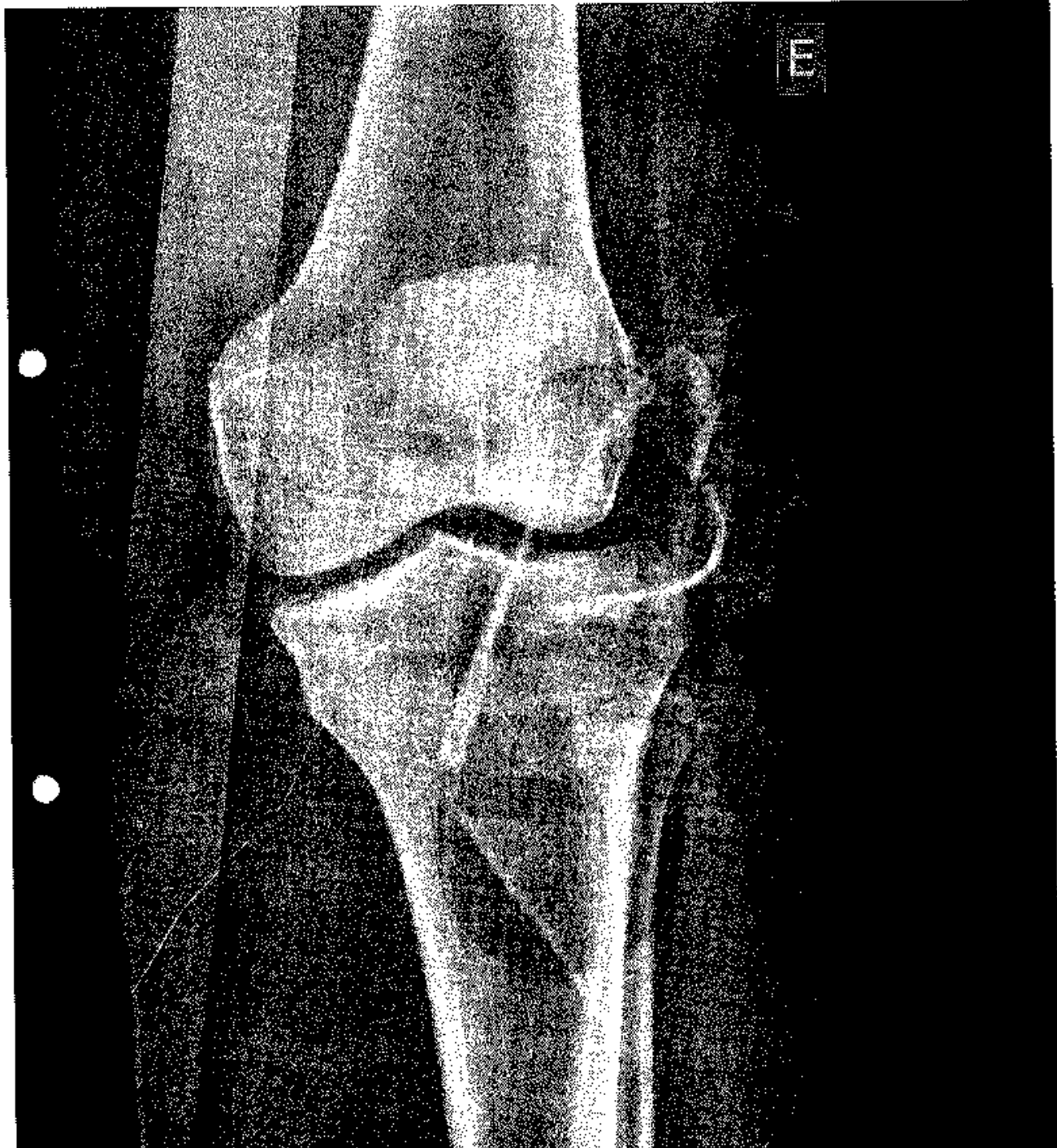
Rua Dr. Sadi Mendes, S/N - Santos Reis - Parnamirim/RN - (84) 3644-5491

Pág. 1 de 1



NUMERO	INDICACAO	QUANTIDADE	UNIDADE	PRECO UNITARIO	PRECO TOTAL
1	DIAPYRIL 500MG/100MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
2	TRAMADOL 50MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
3	PARALON 100MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
4	TRAMADOL 50MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
5	PARALON 100MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
6	TRAMADOL 50MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
7	PARALON 100MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
8	TRAMADOL 50MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
9	PARALON 100MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
10	TRAMADOL 50MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
11	PARALON 100MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
12	TRAMADOL 50MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
13	PARALON 100MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
14	TRAMADOL 50MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
15	PARALON 100MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
16	TRAMADOL 50MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
17	PARALON 100MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
18	TRAMADOL 50MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
19	PARALON 100MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
20	TRAMADOL 50MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
21	PARALON 100MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
22	TRAMADOL 50MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
23	PARALON 100MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
24	TRAMADOL 50MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
25	PARALON 100MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
26	TRAMADOL 50MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
27	PARALON 100MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
28	TRAMADOL 50MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
29	PARALON 100MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
30	TRAMADOL 50MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
31	PARALON 100MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
32	TRAMADOL 50MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
33	PARALON 100MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
34	TRAMADOL 50MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
35	PARALON 100MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
36	TRAMADOL 50MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
37	PARALON 100MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
38	TRAMADOL 50MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
39	PARALON 100MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
40	TRAMADOL 50MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
41	PARALON 100MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
42	TRAMADOL 50MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
43	PARALON 100MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
44	TRAMADOL 50MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
45	PARALON 100MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
46	TRAMADOL 50MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
47	PARALON 100MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
48	TRAMADOL 50MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
49	PARALON 100MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
50	TRAMADOL 50MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
51	PARALON 100MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
52	TRAMADOL 50MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
53	PARALON 100MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
54	TRAMADOL 50MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
55	PARALON 100MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
56	TRAMADOL 50MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
57	PARALON 100MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
58	TRAMADOL 50MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
59	PARALON 100MG	10	COMPRIMIDOS	1,50	15,00
60					

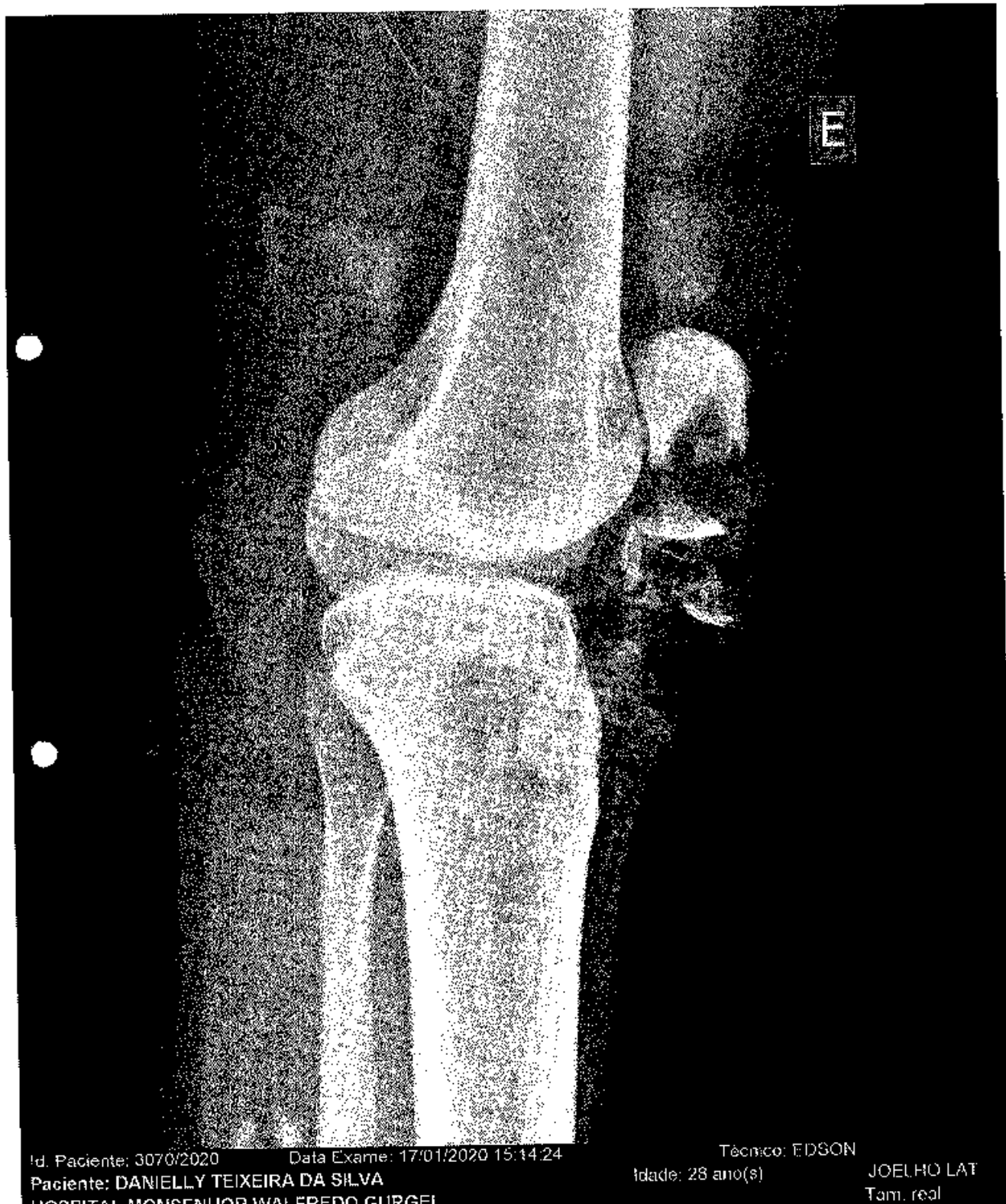




Id. Paciente: 3070/2020 Data Exame: 17/01/2020 15:14:24
Paciente: DANIELLY TEIXEIRA DA SILVA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: EDSON
Idade: 28 ano(s) JOELHO AP
Tam real





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





Técnico EDSON
data: 28/01/20

Data Exame: 30/07/2020 15:14:24

Paciente: DANIELLY TEIXEIRA DA SILVA

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL





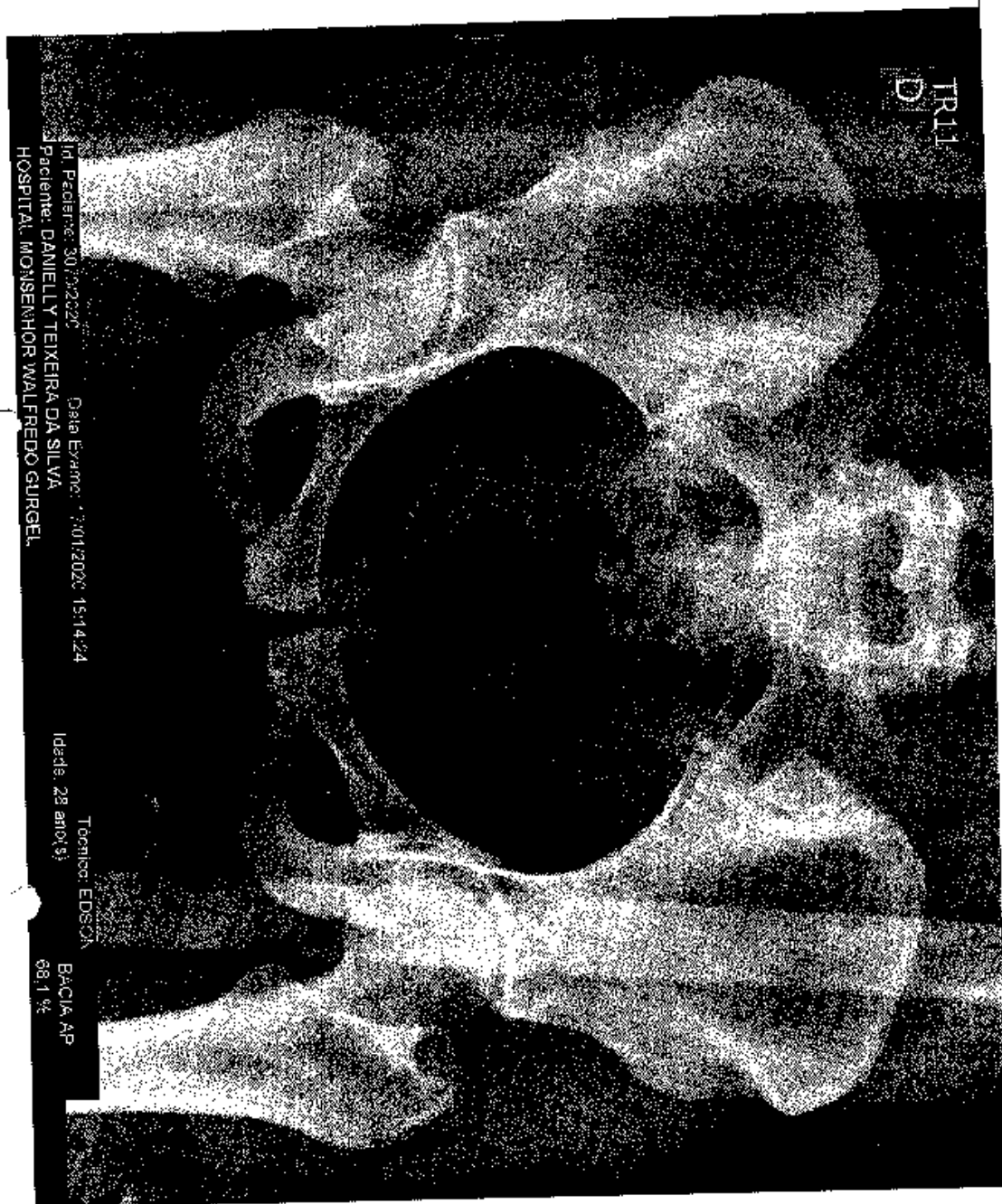


TR11
E

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) FEMUR AP
58,7 %





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

Data do acidente: 17/01/2020

Titular do CPF: DANIELE TEIXEIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANDRIELLE KAROLAINE 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

Data da apresentação: 01/07/2020
Nome: ANDRIELLE KAROLAINE DO NASCIMENTO BARROS
CPF: 100.915.444-32

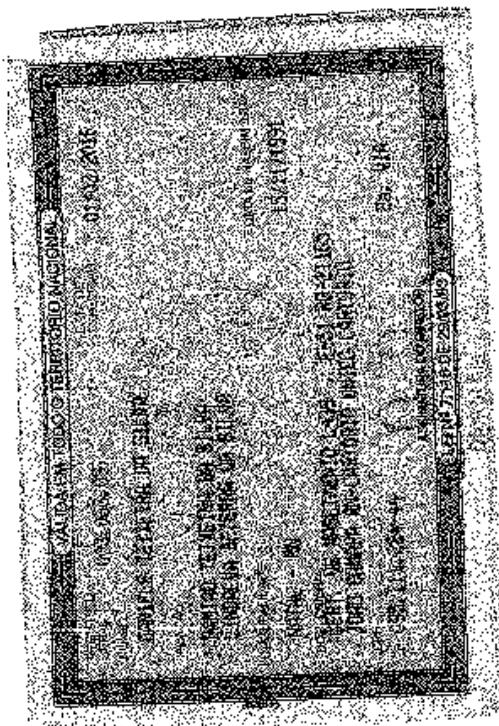
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/07/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

ANDRIELLE KAROLAINE DO NASCIMENTO BARROS

GERCIA LOURENCO DA SILVA





Vitima



Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei 10.438 de 26/04/02

COSERN
Companhia Saneamento de São Paulo
Rua Horácio, 181 - São Paulo, SP - 01228-900
CNPJ 08.284.189/0001-31 | Insc. Est. 06.583.06-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
Nome: DONATELA VITORINO DA SILVA
CPF: 000.000.000-00
Endereço: RUA DE SÃO CARLOS, 123 - JARDIM PAULISTA - SÃO PAULO - SP - 01308-000

CLASSIFICAÇÃO
Tipo de Serviço: RESIDENCIAL
Categoria: Padrão

PERÍODO DE FATURAMENTO
Data de Início: 01/06/2020
Data de Fim: 01/07/2020

VALOR DO DÉBITO
R\$ 168,39

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR (R\$)
Energia Elétrica (Residencial)	24,00 kWh	R\$ 7,00	R\$ 168,00
Imposto de Consumo	24,00 kWh	R\$ 0,01	R\$ 0,39
Total			R\$ 168,39

Forma de Pagamento
Parcelado em 12x R\$ 14,03

Nº DO MEMBROR	Tipo da Função	Anterior	Atual	Nº de Contas	Acerto	Consumo (kWh)
00000000	1	01/06/2020	01/07/2020	24	168,39	24,00

Item	Valor (R\$)	%	Valor (R\$)	%
ICMS	168,00	100%	168,00	100%
PIS	0,39	0,23%	0,39	0,23%
Cofins	0,00	0,00%	0,00	0,00%
Total	168,39	100%	168,39	100%





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.



Documento assinado eletronicamente por JUSSIÉ, 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
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO 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



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO 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, concluiu-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.pr.f.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003164B01 e o número de controle ABC388828A8FEB29729354C35A2D6D.

191



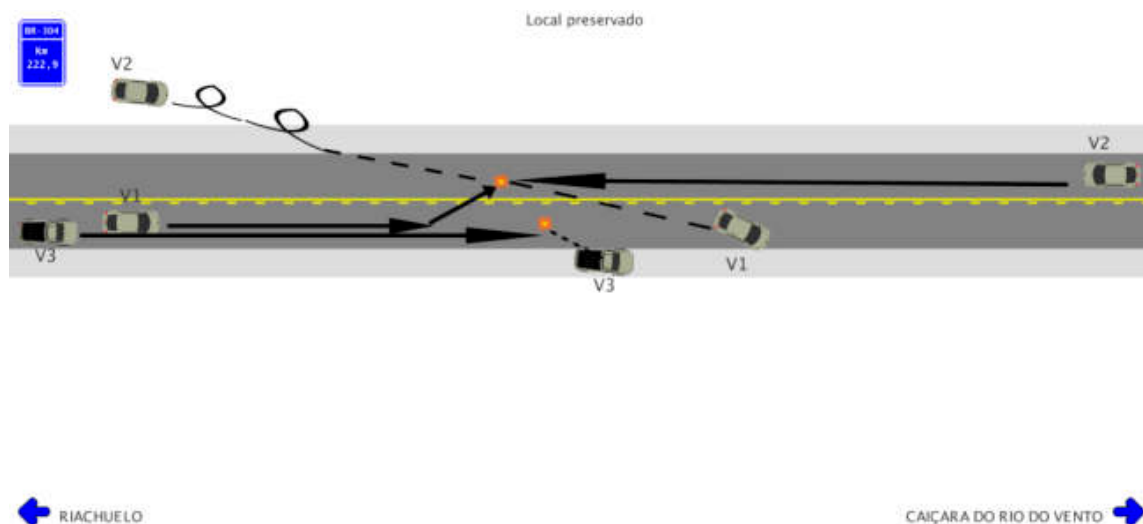


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO 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 ABC38828A8FEB29729354C35A2D6D.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003164B01

Placa: MXQ0904 Marca/modelo: IMP/VW GOL CL 1.6 MI
Ano fabricação: 1997 Chassi: 8AWZZZ377VA911538
Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Renavam: 00176931015
Tipo de veículo: Automóvel
Cor: Branca



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.pr.f.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003164B01 e o número de controle ABC388828A8FEB29729354C35A2D6D.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO 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



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
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO 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
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO 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
UF: RN
Observações CNH: 99

Primeira habilitação: 06/02/2017
Vencimento da habilitação: 02/08/2021

Nº Registro: 06790868632
Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: 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
CPF: 095.111.224-44
Estado físico: Lesões Graves

Data de Nascimento: 15/11/1991
Sexo: Feminino
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.pr.f.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003164B01 e o número de controle ABC388828A8FEB29729354C35A2D6D.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003164B01

Placa: MYR5172 Marca/modelo: FIAT/SIENA FIRE FLEX
Ano fabricação: 2008 Chassi: 9BD17206G83404257
Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Renavam: 00955185211
Tipo de veículo: Automóvel
Cor: Prata



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.pr.f.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003164B01 e o número de controle ABC388828A8FEB29729354C35A2D6D.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO 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



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
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO 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.pr.f.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003164B01 e o número de controle ABC388828A8FEB29729354C35A2D6D.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO 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
UF: RN
Observações CNH: A

Primeira habilitação: 24/08/1982
Vencimento da habilitação: 24/02/2024

Nº Registro: 02958249448
Motorista profissional: Não

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: 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
CPF: 127.173.064-20
Estado físico: Lesões Graves

Data de Nascimento: 01/10/1999
Sexo: Feminino
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.





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003164B01

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

V2P2 - Informações

Nome: LUIZ EDUARDO DA SILVA SANTOS

CPF: 715.048.674-67

Estado físico: Lesões Graves

Data de Nascimento: 17/12/2003

Sexo: Masculino

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

Ano fabricação: 2018 Chassi: 8AFAR23N3KJ117848

Espécie: Especial Categoria: Particular

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

Renavam: 01174704478

Tipo de veículo: Caminhonete

Cor: Branca



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.pr.f.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003164B01 e o número de controle ABC388828A8FEB29729354C35A2D6D.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO 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	NA
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 chassi.	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 Montagem: 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
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO 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.pr.f.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20003164B01 e o número de controle ABC388828A8FEB29729354C35A2D6D.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO 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.





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 KAROLAINE 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, 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 15904437

Pag. 01347/01348 - carta_01 - INVALIDEZ

