



Número: **0809662-57.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **25ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **13/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.214,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado
<b>ALDIR JANUARIO DE FARIAS (AUTOR)</b>		<b>DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES (ADVOGADO)</b>
<b>Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais (RÉU)</b>		
<b>MICHEL FREIRE DE ARAUJO (TERCEIRO INTERESSADO)</b>		
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
62818 445	16/11/2020 18:04	<a href="#"><u>2765857_CONTESTACAO_Anexo_04</u></a>
		Outros documentos

# ITAU - UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALDIR JANUARIO DE FARIAS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 01339

CONTA: 000000050282-3

---

Autenticação:

1D21FF68B733B74A3CA96F38ACEFFF6A009F0C11BCF3121BC1535FE8176058A1



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/11/2020 18:04:58  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111618045772400000060233922>  
Número do documento: 20111618045772400000060233922

Num. 62818445 - Pág. 1

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190683941      **Cidade:** Natal      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALDIR JANUARIO DE FARIAS      **Data do acidente:** 24/05/2019      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO. P9/40

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. P35/43  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** CONFORME RELATÓRIO MÉDICO PÁGINA 1.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Marcondes Bernardino de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 061.089.354 / 80, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Aldir Samuário de Farias inscrito (a) no CPF sob o Nº 596.332.124 / 72

do sinistro de DPVAT cobertura invalides / Dams da Vítima Aldir Samuário de Farias

inscrito (a) no CPF sob o Nº 596.332.124 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

Endereço:	<u>Rua Brasilílio Camilo</u>	Número:	<u>127</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Bairro:	<u>Aniquim</u>	Cidade:	<u>Goiânia</u>	Estado:	<u>PR</u>
E-mail:				CEP:	<u>59173-000</u>

Local e Data: Parnamirim 28 de Novembro de 2019.

Marcondes Bernardino de Souza  
Assinatura do Declarante





# Laude Freitas #

Nome: Adair Ferreira de Freitas

Idade: 53 anos

Data do Acidente: 24/05/19

= Paciente sofreu acidente no ciclismo que gerou fratura de ambos os joelhos. Aos dois joelhos que evoluem seu sequelo.

# Atualmente refere dor em ambos e perda de 50% de movimento em 50%.

# TQ2

# Atto Mário Medicina da Idade Avançada  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMERJ 2021

Dr(a):

24/11/19

MOSSORÓ:	SERRA DO MEL:	ASSU:	PARNAÍMIRIM	NATAL:
Rua Juvenal Lamartine, 119 Centro Fone: (84) 3315-6900 / 3315-6901	Rua Celso Seixas/ Litorânea, 229 Vila Brasil Fone: (84) 9.8726-1552	Av. Senator Aluízio Cunha, 1304 Centro Fone: (84) 9.8139-0408	Av. Bessa Pernambucana, 880 Vila Nova Fone: (84) 9.9624-2021	Av. Presidente Medici, 256 Igápo - Zona Norte Fone: (84) 9.9839-0260



SUS -RN



**FICHA DE REFERENCIA**

Unidade de Origem: Município: NATAL  
PACIENTE: ALDIR JANUARIO DE FARIAS Prontuário:  
Endereço: RUA ALTO DA BELA VISTA  
Idade: 53 anos 2 meses Sexo: Masculino Ocupação:  
Nome de Responsável: ALDIR JANUARIO DE FARIAS

**DADOS CLÍNICOS**

impressão diagnóstica:	CID:
ANTONIO MAXSUELTON ALVES DE SOUZA Médico	7569 19/08/2019 CRM
DATA	

**AGENDAMENTO**

Encaminhamento para a especialidade: ORTOPEDIA  
Consulta marcada para a unidade: ION Município: Natal  
Para o Dr: as Horas do dia: 11/11/2019

AGENDAR CONSULTA NO SISTEMA SISREG PARA O ION  
(ANTIGA CLINORT-SUS)

TRAZER O RX E XEROX DOS SEGUINTE DOCUMENTOS:

IDENTIDADE       CARTÃO DO SUS  
 CPF       COMPROVANTE RESIDÊNCIA

*RX  
LIBERADO*



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/11/2020 18:04:58  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111618045772400000060233922>  
Número do documento: 20111618045772400000060233922

Num. 62818445 - Pág. 5

**PAC: ALDIR JANUARIO DE FARIAS**  
**EMP: ION - AMBULATORIO - DATA: 19/06/2019**

Data do Atendimento: 19/06/2019 - 10:32 Código:

Recepção: ANTONIO SOUZA

Paciente: 96828 - **ALDIR JANUARIO DE FARIAS**

Convênio: ION - AMBULATORIO - 705607472912514

Laudo Médico

**Sinais Clínicos:** TRAUMA, DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS DO BRAÇO POR FRATURA DE GRANDE TUBEROSIDADE

**Exame Solicitado:** RX BRAÇO AP/P EM CONSOLIDAÇÃO

**Diagnóstico CID:** S422 CONTUSÃO BRAÇO

**Tratamento Realizado:** VELPEAU, APOS 30 DIAS RETIRRA TIPOIA E INICIAR FISIOTERAPIA

Dr. Maysuelko Alves  
CRM/MT 7439 TEF 15233  
Ortopedia e Traumatologia  
Gir. Ortop. e Colovelo



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/11/2020 18:04:58  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111618045772400000060233922>  
Número do documento: 20111618045772400000060233922

Num. 62818445 - Pág. 6



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/11/2020 18:04:58  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111618045772400000060233922>  
Número do documento: 20111618045772400000060233922

Num. 62818445 - Pág. 7



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 26471 /2019

Admissão: 24/05/2019 17:58:29

### ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

Paciente: 128321 - ALDIR JANUARIO DE FARIAS (53 a 1 m 21 d)

Nascimento: 09/04/1966 Natural: SAO RAFAEL BRASIL Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 705607472912514 CPF: 59633212472 Prof:

Mãe: MARIA BARBOSA DE ARAUJO

Pai: EXPEDITO JANUARIO DE FARIAS

Logradouro: ALTO DA BELA VISTA, 579

CEP: 59042250 Bairro: NORDESTE

Cidade: NATAL

Telefone: 84 981226252 Compl:

Motivo: MOTO X CARRO - COLISÃO

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: FAMILIA

\*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 24/05/2019 17:52:08

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

### HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA DE MOTO COM TRAUMA DE MSD E TRAUMA DE FACE

Hora: \_\_\_\_\_

### EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A	
B	
C	
D	
E	

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

\*Saída: 24/05/2019 19:38:17 - INTERNADO

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

\*Gerado via SX por UZIMAR PEREIRA VALE. Impresso em 30 de Maio de 2019.



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/11/2020 18:04:58

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111618045772400000060233922>

Número do documento: 20111618045772400000060233922

Num. 62818445 - Pág. 8

A

B

C

D

### A (ALERGIAS)

#### M (MEDICAÇÃO EM USO)

## PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS

#### 110. E ALIMENTOS INGERIDOS)

#### A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

#### V (PASSADO VACINAL)

**EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM)**

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

---

**OUTROS**

CONDUITA PRIMÁRIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

## ANOTACÕES DE ENFERMAGEM

**ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL**

**ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL**

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

<b>ESPECIALISTA 1</b>	HORA:	DATA:
<b>ESPECIALISTA 2</b>	HORA:	DATA:
<b>ESPECIALISTA 3</b>	HORA:	DATA:

**DESTINO DO PACIENTE:**

**INTERAÇÃO NA CLÍNICA:** \_\_\_\_\_ **DATA:** / / **HORA:** \_\_\_\_\_

SAIDA: (  ) DECISÃO MEDICA (  ) REVELIA (  ) TRANSFERIDO PARA:

**OBITO: DATA** / / **HORA**

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



**SUS**

*PUNILHA DK.*  
Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar  
Nº 12557 / 2019

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
Executante: O solicitante ou:

CNES: 2653923

CNES:

*457*

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: 128321 ALDIR JANUARIO DE FARIAS

CNS: 705607472912514

Nascimento: 09/04/1966 Sexo: Masculino

Prontuário:

Cor: PARDA

Mãe: MARIA BARBOSA DE ARAUJO

Endereço: RUA ALTO DA BELA VISTA, 579 - NORDESTE - NATAL

Município: NATAL

Pai: EXPEDITO JANUARIO DE FARIAS

Fone: 981226252 /

Código Municipal IBGE: 240810

UF: RN

CEP: 59042-250

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

**JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:**  
*paciente alega acidente de moto com fratura luxação de ombro direito. enc ao cc para redução*

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:**  
REDUÇÃO INCRUENTA

**RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:**  
RX E SEMIOLOGIA

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S43.0 LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO\*408010134. REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO OU FRATURA / LUXAÇÃO

**Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?**

UMERO PROXIMAL, FX;2

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 24/05/2019

**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 Trajeto

**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_ Orgão Emissor: \_\_\_\_\_

Número da Autorização: \_\_\_\_\_

Data da Autorização: \_\_\_\_\_ Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_



2011161804577240000060233922

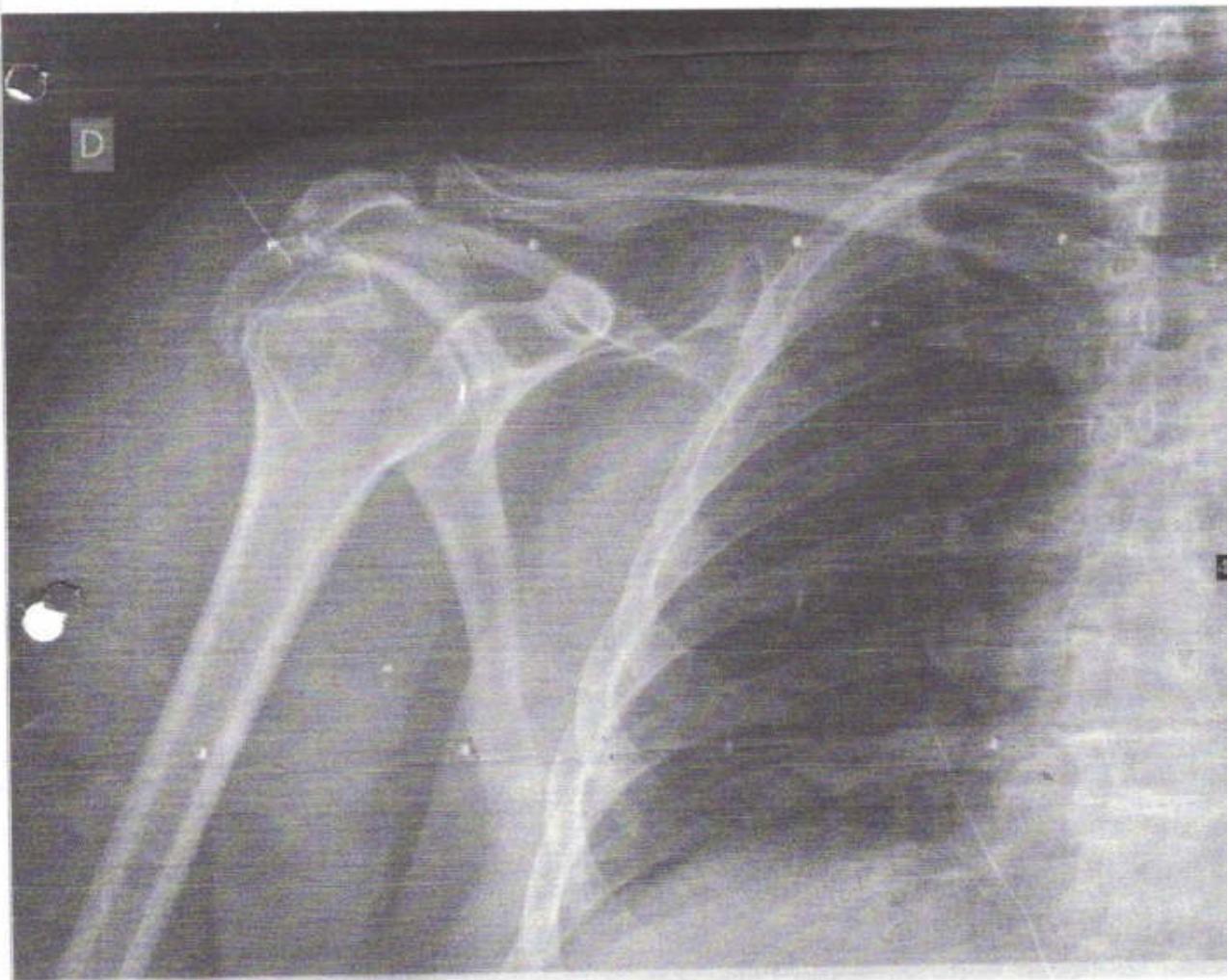


# ALDIR JANUARIO DE FARIAS, : DX from 25/05/201

ALDIR JANUARIO DE FARIAS  
ID: 66

CABEÇA AP  
H

HOSPITAL MUNICIPAL WILFREDO GOMES  
Data: 11/11/2020



WPS200011011596  
S-Plan: 200.599

200  
Zoom Ratio



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 264/1 /2019  
Admissão: 24/05/2019 17:58:29



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **128321 - ALDIR JANUARIO DE FARIAS** (53 a 1 m 15 d)

Nascimento: 09/04/1966 Natural: SAO RAFAEL.BRASIL

CPF: 59633212472

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 705607472912514

Prof:

Mãe: MARIA BARBOSA DE ARAUJO

Pai: EXPEDITO JANUARIO DE FARIAS

Logradouro: ALTO DA BELA VISTA, 579

Cidade: NATAL

CEP: 59042250 Bairro: NORDESTE

Compl:

Telefone: 84 981226252

Motivo: MOTO X CARRO - COLISÃO

**Tipos: NÃO REFERENCIADO**

Origem: FAMILIA

\*Empresa:

Fluxograma:	Discriminador:				
OBS:	Classificação: 24/05/2019 17:52:08				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R. F.C. TEMP. Glasgow RTS

**HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA**

Queixas: QUEDA DE MOTO COM TRAUMA DE MSD E TRAUMA DE FACE

Hora: \_\_\_\_\_

Pouco relato de queda de moto, sem perda de conscientia, Nenhum  
conscelgao, dor abdominal ou Taurina. Apenas dor em obbro D.

**EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)**

- A VAP, sem emboligas
- B Gipsos em Dorsal
- C Seu hemorragia, BPI, pulso +
- D Glasgow 15, sem desfaz
- E Seu inconsc

R2

21/05/19  
Acidente

**OUTRAS OBSERVAÇÕES:**

Pele seca

ABD: Flacido

\*Saída: \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO INICIAL - CID**

Luxação de Ombro D

\*Gerado via SX por UZIMAR PEREIRA VALE. Impresso em 24 de Maio de 2019.



## EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

;

B

C

D

E

A(ALÉRGIAS) Neg.M(MEDICAÇÃO EM USO) Neg.P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) Neg.

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V(PASSADO VACINAL)

## EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

RX de Ombro D AP

RX de Tornoz AP

## LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

## CONDUTA PRIMÁRIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

1) VAT, IM.

Palpação torácica: Nenhum sinal de  
fratura. Nenhum sinal de  
hemorragia ou pneumotórax.

Endométrio de fundo de utero (D)

O = ó estapedes.

Alt. C6

Dr. Wagner Nunes  
CRM - RN 9723

## ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

## ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1	<u>Ortopedista</u>	Dr. Wagner Nunes CRM - RN 9723	HORA: 18:15	DATA: 24/05/19
ESPECIALISTA 2			HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3			HORA:	DATA:

## DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: DATA / / HORA

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

ÓBITO: DATA / / HORA





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

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 26471 /2019  
Admissão: 24/05/2019 17:58:29



### ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

Paciente: **128321 - ALDIR JANUARIO DE FARIAS** (53 a 1 m 21 d)

Nascimento: 09/04/1966 Natural: SAO RAFAEL.BRASIL Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 705607472912514 CPF: 59633212472 Prof:

Mãe: MARIA BARBOSA DE ARAUJO

Pai: EXPEDITO JANUARIO DE FARIAS

Logradouro: ALTO DA BELA VISTA, 579

CEP: 59042250 Bairro: NORDESTE

Cidade: NATAL

Telefone: 84 .981226252

Compl:

**Motivo:** MOTO X CARRO - COLISÃO

**Tipo:** NÃO REFERENCIADO

**Origem:** FAMILIA

\*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 24/05/2019 17:52:08

HORA	P.A.	HGT	SatO2	Fio2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

### HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA DE MOTO COM TRAUMA DE MSD E TRAUMA DE FACE

Hora: \_\_\_\_\_

### EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A

B

C

D

E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

\*Saída: 24/05/2019 19:38:17 - INTERNADO

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

\*Gerado via SX por UZIMAR PEREIRA VALE. Impresso em 30 de Maio de 2019.



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/11/2020 18:04:58

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111618045772400000060233922>

Número do documento: 20111618045772400000060233922

Num. 62818445 - Pág. 15



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

NAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Tipoia  
Teroxim 40  
Dexametasona 10

AMARO ALVES  
CRM 5439

AMARO ALVES  
CRM 5439

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: *Outpatient*

DATA: *24/10/19*

HORA: *19:00*

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica

Á Revelia

Transferido para:

*DECLETUS MARLEVES (REDUGAO)*

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado

S.V.O.

I.T.E.P.

Médico (Carimbo)

AMARO ALVES  
CRM 5439



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:



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/11/2020 18:04:58

<https://pje1.g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111618045772400000060233922>

Número do documento: 20111618045772400000060233922

Num. 62818445 - Pág. 17



4. LUGARINTO PI SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1-ANALISE A RESPIRAÇÃO (NER QUIN, SENTIR); 2-ABARA VIA AE/IA, 3-PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAL) 4- PEÇA UM DESFIBRILADOR (DEA) 5- AVALE PULSO CAROTÍDEO, QUO FEMURAL (BRANQUIO EM LACTENTES) 6- SE PULSO, USE USTESE, INICIE COMPRIMES TORACAS, 19MM (PROPOORÇÃO 30:2) ATÉ A CHEGADA DO DEA, 7- DIA DISPONÍVEL: ANALISE O RITMO, 8- RITMO CHOCÁVEL: APLIQUE 1 CHOQUE 360 JAS (DEA BIFASICO), ELETRÔNICO RCP, 9- RITMO NAO CHOCÁVEL, REINÍCIE RCP 10:1 11- AVALE O RITMO A CADA 5 CICLOS, 12- PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, 13- COLOCUE A VITIMA SE MEIA, 14- EN POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO.

## ANAMNESE

Permite más puntos de moto con frenos solo 1

## EXAME FÍSICO

Energy Accrued + Revenues

## IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

For us except Oahu &.

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLÓGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

## OUTROS

## CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

## ANOTACÕES DE ENFERMAGEM

Tower height is 1500 ft.

Postage Meters

Dr. Mauro Corrêa Calhau  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-RJ 31.000-F 2010

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

#### ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA PLATEAU

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Olhos abertos (AO)	4
Olhos se abrem espontaneamente.	
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se existir far marcar 4 e se não 3)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
<b>Melhor resposta verbal (MRV)</b>	
Orientada. (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, onde está, o que é, a data e etc.)	5
Confusa. (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala aleatoriamente, mas sem foca conversacional.)	3
Breve incoerência. (Geralmente sem articular palavras.)	2
Arente;	1
<b>Melhor resposta motora (MRM)</b>	
Obedeça a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulos dolorosos.	5
Retriva informação a ditar.	4
Padrão flexo à dor. (Recorrência).	3
Padrão extenso à dor (Desorientação).	2
Responde.	1

#### \*\*ESCALA DE TRIANGULACIÓN DO

TRAUMA REVISADA - RTO	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	15-14 = 4 13-12 = 2 11-10 = 1 9-8 = 1 7 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-290 = 4 >290 = 1 8-90 = 2 1-50 = 1 00 = 1 >300 = 4
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	75-899 = 4 56-570 = 2 1-499 = 1 00 = 0

**CLASSIFICAÇÃO DO TCE  
(ATLS 2005)\***

03 - 99=grave (necessidade de intubação imediata);  
09- 3=moderado;  
14-15=baixo

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

**\*\* A escala proposta aplica-se a docentes conscientes e que  
estabeleceram com idade superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa  
solicita-se ao docente que classifique a intensidade de suas dor  
de estudo com as seguintes adesivas:**

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

Paciente: 128321 - ALDIR JANUARIO DE FARIAS

Cartão SUS: 705607472912514

CPF: 59633212472

Dt Nasc: 09/04/1966

Idade: 53 anos 1 mes 15 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA BARBOSA DE ARAUJO

Nome do pai: EXPEDITO JANUARIO DE FARIAS

Rua/Av: ALTO DA BELA VISTA

Complemento:

CEP: 59042250

Telefone: 84 981226252 84 981226252

Especialidade: ORTOPEDICA

Responsável: ALDIR JANUARIO DE FARIAS -

Usuário: MARIA XAVIER

Nº: 579

Bairro: NORDESTE

Cidade: NATAL

Unidade: PS - ORTOPEDIA

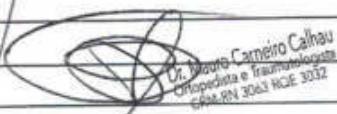
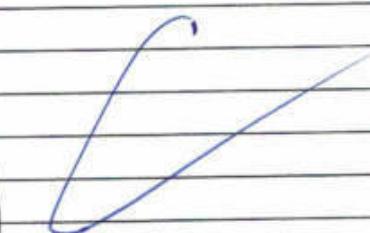
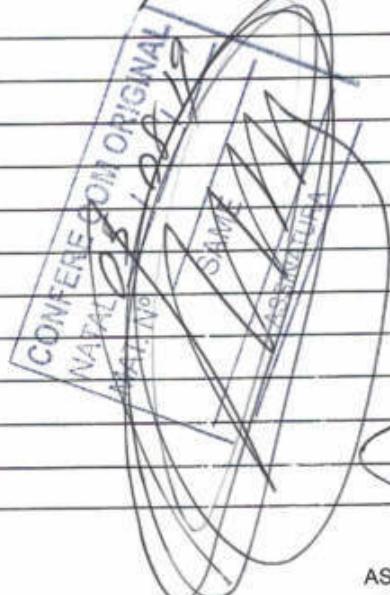
Leito: 1004

Admissão: 24/05/2019 19:38:18 Alta: *30.05.19* Óbito:  Dias de permanência: DIAGNÓSTICO INICIAL: S43.0 - LUXACAO DA ARTICULACAO DO OMBRO  
408010134 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

## RESUMO DE ALTA

*Doente vinha no serviço de todo  
com lesão luxo escônia unida a  
fratura no osso de náusea.*



ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

NATAL, 24 de Maio de 2019.



**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou:

CNES:

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**Nome: **128321 ALDIR JANUARIO DE FARIAS**

Prontuário:

CNS: 705607472912514

Nascimento: 09/04/1966 Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA BARBOSA DE ARAUJO

Pai: EXPEDITO JANUARIO DE FARIAS

Endereço: RUA ALTO DA BELA VISTA, 579 - NORDESTE - NATAL

Fone: 981226252 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE: 240810

UF: RN CEP: 59042-250

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

**JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE ALEGA ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA LUXAÇÃO DE OMBRO DIREITO. ENC AO CC PARA REDUÇÃO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

REDUÇÃO INCRUENTA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX E SEMIOLOGIA

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S43.0 LUXACAO DA ARTICULACAO DO OMBRO\*408010134.REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO OU FRATURA / LUXACAO

**Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?**

UMERO PROXIMAL, FX;2

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 24/05/2019

**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 TrajetôVínculo com previdência:  Empregado  Empregador  Autônomo  Desempregado  Aposentado  Não Segurado**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizado: \_\_\_\_\_ Orgão Emissor: \_\_\_\_\_

**Número da Autorização:** \_\_\_\_\_

Data da Autorização: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_







IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Antônio Juvêncio da Cruz* Reg. Nº *2465/19*

Diagnóstico pré-operatório: *Próstata hiperplásica.*

Indicação terapêutica: *Ressecção transuretral* Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: *24/05/19* Início: Término: Duração:

Operador: *A. Carneiro* CRM/CRO:

1º Auxiliar: CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

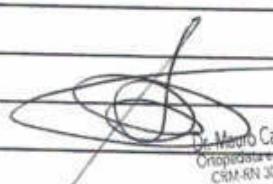
Instrumentador:

Anestesista: *A. Góis* CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

*Ressecção transuretral.  
Ressecção + Autópsia.  
Ressecção transuretral.  
Obstrução urinária é grave.  
P. 107g*

*24/05/19*

  
Dr. Meire Carneiro Calhau  
Ortopedista - Traumatologista  
CRM-RN 3063 / CQE 3032

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

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





ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

TIPOIA

AMARO ALVES  
CRM 3439

Teofilina 40  
Dexametasona 10

AMARO ALVES  
CRM 3439

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: *Outra*

DATA: 24/10/2019

HORA: 19:00

SAÍDA:

DATA: / /

HORA: / /

Decisão Médica

Á Revelia

Transferido para:

*DEOCLES MARCELOS (REDUGAO)*

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: / /



## INFORMATIVO

Venho através desta informar que nossa instituição não poderá disponibilizar o RX do(a) paciente **ALDIR JANUARIO DE FARIA** SUS (SISTEMA ÚNICO DE SAUDE) só pagara diante de uma auditoria feita e nela tem que constar ambos, o pré-operatório e o pós-operatório. Deixando claro o motivo pelo qual não será liberado, conforme solicitação de vossa senhoria.

Natal, 21 de Junho de 2019.

Recepção

*Fernanda Luona*

PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA



REGISTRO DE INTERNAMENTO

Nº AIH: 439941 Nº ATENDIMENTO: 439941 DATA: 03/06/2019  
TIPO DE INTERNAMENTO: ENFERMARIA LEITO: TERREO104 F HORA:   
ACOMODAÇÃO: ENFERMARIA CONVENIO: SUS  
MATRÍCULA: 705607472912514 VALIDADE:

Criado por Oneide Maria Araujo Fonseca em 03/06/2019 21:33

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: ALDIR JANUARIO DE FARIAS SEXO: Masculino  
DATA DE NASCIMENTO: 09/04/1966 RG: 786248 CPF:   
FILIAÇÃO MÃE: MARIA BARBOSA DE ARAUJO  
FILIAÇÃO PAI: EXPEDITO JANUARIO DE FARIAS  
ENDERECO: Rua Alto da Bela Vista Nº: 579  
BAIRRO: Nordeste CIDADE: NATAL  
ESTADO: RN CEP: 59042-250  
FONE: (84) 98127-0650 FONE:

SUMÁRIO DE ALTA

TIPO DE ALTA:  MÉDICA  ADMINISTRATIVA  A PEDIDO  EVASÃO  OBITO  
DATA:  HORA:  ASS. RESPONSÁVEL DO SETOR:

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

*PACIENTE COM FRAVRA DE ÚMERO  
PROXIMAL DIREITO, INTERNA PARA  
OSTEOSSÍNTESE.*

PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA

CNPJ: 09.417.742/0001-91

Confere com o Original

Data: 21 / 06 / 2019

*Tucano*

Dr. Maxsuelton Alves  
CRM/RN 7569 TECOT 15233  
Ortopedia e Traumatologia  
Cir. Ombro e Cotovelo

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Adair Jannoris de Freitas Nº REGISTRO \_\_\_\_\_

Data Nascimento 09/04/1966 Idade 53 sexo M LEITO: 104F Data de Admissão 01/06/19  
MÉDICO: Dr. Marcelo

ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

JEJUM COMPLETO INCLUINDO AGUA? (  ) Não (  ) Sim inicio 2000 PESO: 82 Kg Altura: cm

RETIRADA DE PRÓTESES/ORTESE/ADORNOS: (  ) SIM (  ) NÃO

ALERGIAS:  NÃO (  ) SIM: Muga

DOENÇAS PREGRESSAS: (  ) DM (  ) HAS (  ) TABAGISMO (  ) HIV (  ) Hep B (  ) Hep C (  ) Arritmias (  ) DPOC (  ) AVC (  )

Marca passo (  ) Outros: Muga Medicações de uso frequente: Muga

Consentimento Cirúrgico Preenchido (  ) Não (  ) Sim

Exames: (  ) Labor (  ) Raios-X (  ) USG (  ) TC (  ) RNM (  ) Risco cirúrgico Outros: \_\_\_\_\_

Encaminhado: (  ) Deambulando (  ) Cadeira de Rodas (  ) Maca (  ) Consciente (  ) Inconsciente (  ) Orientado (  ) Desorientado

Anotações de Enfermagem: \_\_\_\_\_

Conferido informação acima por: Dr. Marcelo Admitido na sala: 03 Hora \_\_\_\_\_

ETAPA I: PRÉ -INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta Fratura de címeros proximal "D"

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO: (  ) Limpa (  ) Contaminada (  ) Potencialmente Contaminada (  ) Infectada

1. Equipe completa presente (  ) Sim (  ) Não
2. Paciente com identificação e cirurgia confirmada (  )
3. Termo de consentimento (  ) Cirúrgico (  ) hemoterapico (  ) não, caso não esteja assinado contatar o médico.
4. Local da intervenção marcado corretamente (  ) sim (  ) não (  ) não aplicável
5. Bisturi elétrico disponível e testado (  )
6. Aparelho de Anestesia (  )
7. Equipamento de Vídeo (  )
8. Monitor Multi-Parâmetro (  )
9. Saída de: Oxigênio (  ) Ar Comprimido (  ) Vácuo (  )
10. Aspirador cirúrgico disponível e testado (  )
11. Mesa cirúrgica testada (  )



12. Hemoderivados solicitados e reservados ( ) sim ( ) Não  Não aplicável  
13. Paciente tem alergia conhecida ( ) sim  não  
14. Aparelho de anestesia testado  sim ( ) não  
15. Esterilizações dos instrumentais com indicadores  sim ( ) não

## ETAPA II: PRÉ-INCISÃO

16. Confirma nome do paciente, local da intervenção e cirurgia proposta (X)  
17. Confirma preparo da pele com clorexidine degermante e tópica (X) Sim ( ) não  
18. Confirmar antibiótico profilático administrado (X) sim ( ) não aplicável  
19. Paciente em posição adequada (X) sim ( ) não

## EQUIPE DE ENFERMAGEM

20. Confirmar se a disponibilidade dos materiais e equipamentos solicitados para cirurgia (X)  
20. Confirmar com a equipe médica se os exames necessários estão disponível (X)  
21. Confirma bisturi elétrico e placas instalados corretamente (X)

## INTRA-OPERATORIO

Posicionamento: Dorsal ( ) Lateral direita ( ) Lateral esquerda ( ) Posição Ginecológica ( )  
( ) Decúbito Prone ( ) Decúbito Ventral

Monitorização cardíaca:  sim  não PNI/Manguito em:  15-50 Placa neutrótil carb.  1/2

Passado faixa de smarck: Não ( ) sim: em: Início Término

Soluções Antissepticas Usadas no Campo Operatório:  Clorex degermante  Clorex aquoso  
 Clorex Alcóolica  PVPI degermante  
 PVPI tintura

Infusões: SF0,9% \_\_\_\_\_ ml R.Lactato: \_\_\_\_\_ ml R.Simples: \_\_\_\_\_ ml SG5% \_\_\_\_\_ ml

Drenos: ( ) Penrose nº ( ) Porto-vac nº ( ) Térax nº

Sinais vitais: P: 80 mmhg, Fc: 66, SpO<sub>2</sub>: 97% T: 36,4°C

Anestesia: Inicio \_\_\_\_\_ Termino \_\_\_\_\_ (A) Geral Inhalatório ( ) Geral Venosa ( ) Sedação ( ) Local

( ) Peridural ( ) Raqui ( ) B

101: ( ) Não  sim - Cânula nº 8,0 IOT aramado:  não ( )

AVP: ( ) não  sim USE, Jelco nº 20 por de Setor

Catéter O2: ( )não ( ) sim SNG: ( )NAO ( )SIM Nº \_\_\_\_\_ S

Ferida operatória : Curativo limpo e seco

Cultura: \_\_\_\_\_ Anát. Patológico: ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_ Unid. \_\_\_\_\_

Material Explantado: Kelly C. Stevens, Four

#### ETAPA III: ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

CONFIRMAR ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

Caso a cirurgia realizada não tenha sido o procedimento

Medicações administradas (anotar horários) Dipirona 250mg + Dexametasona 1  
amp. + Rantitina 10ml + Bismuth Prida 1am. Todas as  
medicações foram admi. Pelo mestre D. M. sutur



OPME: ( ) NÃO ( ) SIM, qual

11-04-201

22.04.19

22.10.19

02 fios Kirschner N° 2,5, mas implantados

Anotações de Enfermagem e Intercorrências

Início da cirurgia: \_\_\_\_\_ Termino da cirurgia: \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO Walter

ASSISTENTE: \_\_\_\_\_

ANESTESIOLOGISTA Walter

INSTRUMENTADORA Simone

CIRCULANTE: Willis

ENFERMEIRA: Edna

URPA ( Unidade de Recuperação pós-anestésica)

Condições de admissão do paciente:

Acordado ( ) Sonolento ( ) agitado Ar ambiente ( ) MV 50%

( ) Cateter de O2 ( ) TQT  AVP ( ) AVC

( ) Hipotensão ( ) Hipertensão ( ) Bradicardia ( ) Taquicardia ( ) Tremor ( ) Dor ( ) Baixa Saturação

( ) Hemorragia ( ) Desorientação ( ) Agitação ( ) Dispneia ( ) Broncoespasmo ( ) Outros. \_\_\_\_\_

Medicações Administradas na URPA ( anotar horários)

Encaminhado para o andar

AVP ( ) AVC ( ) SNG ( ) SVD FECHADA ( ) DRENOS ( ) CURATIVOS LIMPO ( )

~~ESSO~~ EM: MSD ( ) MSE ( ) MID ( ) MIE ( )

EXAMES: ( ) Labort ( ) Raio x ( ) USG ( ) TC ( ) RNM ( ) RISCO CIRURGICO ( ) OUTROS \_\_\_\_\_

ENCAMINHADO: ( ) Enfermaria ( ) UTI ( ) Alta Hospitalar ( ) Outros \_\_\_\_\_

Anotações de Enfermagem :


ENCAMINHADO POR: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_



Pronto clínica Dr. Paulo Gurgel  
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

PAJACIENTE: Aloaie Januário de Farias  
DIAGNÓSTICO MÉDICO: ONBOS D

MÉDICO: MAX

SETOR: 4 LEITO: 104F  
IDADE: 53 ANOS

ORIGEM: ( ) DOMICILIAR ( ) HOSPITALAR: QUAL:

DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: NEOPA

EVOLUÇÃO 03/06/19

HORÁRIO: 22h

SPECTO GERAL

CONSCIENTE  ORIENTADO  ALGO ORIENTADO  
 CREATIVO  HIPOATIVO  
 HIPERTÔNICO  HIPOTÔNICO  
 COMATOSO  SEDADO  JANASARCA  EDEMA

VENTILACÃO

O2 AMB ( ) MV % ( ) HOOD:  
 ENTUBADO TOT N°

OBS:

CESSO VENOSO (Local e data de inserção)

PPR

ELIMINAÇÕES

DIURESE  ESPONTÂNEA ( ) SVA A CADA:  
 HEMATÚRIA ( ) OLIGÚRIA ( ) ANÚRIA  
 POLIÚRIA ( ) SVD  
ASPERCITO/CARACTERÍSTICA:

EVACUAÇÃO

ESPONTÂNEA  
 ESTÍMULO:  
 AUSENTES DIAS  
ASPECTO/CARACTERÍSTICA:

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOME  
 HELACIDO ( ) GLOBO ( ) SEMI GLOBO  
 DISTENDIDO ( ) DOR A PALPAÇÃO  
 TÍMPANICO ( ) MACIÇO ( ) RUIDOS HIDROAÉROS

LOCOMOÇÃO

DEAMBULANDO ( ) CADEIRA DE RODAS  
 SOBRE MACA ( ) MULETA

DIETA

AO SEIO ( ) ORAL/COPINHO ( ) GTM  
 SOG/SNG / /  
 BESÍDUO GÁSTRICO:  
 ZERO ( ) VOMITO vezes

22h

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

PPR

ICTÉRICA  
CIANOSE

HIDRATADA ( ) RESSECADA  
 NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA  
 EXTREMIDADE FRIAS ( ) NORMOTÉRMICA  
 HIPOTERMIA  
 HPERTERMIA  
• DREN: Local:  
Característica do líquido:

APARELHO CARDIOPULMONAR

TÉNICO ( ) DISPNEICO ( ) TAQUIPNEICO  
 RADIPNEICO ( ) TIRAGEM:  
SUDOS ADVENTÍCIOS TIPO:  
TAQUICARDICO ( ) NORMOCARDICO ( ) BRADICARDICO

OBSEVAÇÕES:  ACIDENTE DE MOTO HÁ 10 DIAS

NELA FUI

EXAMES OK HEMOGRAFIA

DRENAGEM QUANTO A TELA E HIGIENE INTIMA.

UNIF. SANTALIA

ENFERMEIRA 835

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 04/06/19

HORÁRIO: 21:45

SPECTO GERAL

CONSCIENTE ( ) ORIENTADO ( ) ALGO ORIENTADO  
 CREATIVO ( ) HIPOATIVO  
 HIPERTÔNICO ( ) HIPOTÔNICO  
 COMATOSO ( ) SEDADO ( ) JANASARCA ( ) EDEMA

VENTILACÃO

O2 AMB ( ) MV % ( ) HOOD:  
 ENTUBADO TOT N°

OBS:

ELIMINAÇÕES

DIURESE  ESPONTÂNEA ( ) SVA A CADA:  
 HEMATÚRIA ( ) OLIGÚRIA ( ) ANÚRIA  
 POLIÚRIA ( ) SVD  
ASPERCITO/CARACTERÍSTICA:

EVACUAÇÃO

( ) ESPONTÂNEA

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

Cetazima



PELE  
 HIDRATADA  RESSECADA  ICTÉRICA  
 INORMOCORADA  HIPOCORADA  CIANOSE  
 EXTREMIDADE FRIAS  NORMOTÉRMICA  
 HIPOTERMIA:  
 HIPERTERMIA:  
 IDRENO Local:  
 Característica do líquido:

APARELHO CARDIOPULMONAR  
 EUPNEICO  DISPNEICO  TAQUIPNEICO  
 BRADIPNEICO  TIRAGEM:  
 RUIDOS ADVENTÍCIOS. TIPO:  
 TAQUICÁRDICO  NORMOCÁRDICO  BRADICARDICO

OBSERVAÇÕES: *4/10 P5, F02*  
*A S/I*

ESTÍMULO: \_\_\_\_\_ DIAS  
 AUSENTE \_\_\_\_\_ DIAS  
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMÉ  
 FLACIDO  GLOBOSO  SEMI GLOBOSO  
 DISTENDIDO  DOR A PALPAÇÃO  
 TIMPÂNICO  MACIÇO  RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

DEAMBULANDO  CADEIRA DE RODAS  
 SOBRE MACA  MULETA

DIETA

AO SEIO  ORAL/COPINHO  GTM  
 SOG/SNG \_\_\_\_\_  
 RESÍDUO GÁSTRICO:  
 ZERO  VOMITO \_\_\_\_\_ vezes

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO

HORÁRIO:

VENTILAÇÃO  
 O2 AMB  MV \_\_\_\_\_ %  HOOD:  
 ENTUBADO TOT Nº \_\_\_\_\_  
 OBS: \_\_\_\_\_

ELIMINAÇÕES

DIURESE  
 ESPONTÂNEA  SVA A CADA:  
 HEMATÚRIA  OLIGÚRIA  ANÚRIA  
 POLIÚRIA  SVD \_\_\_\_\_  
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

EVACUAÇÃO

ESPONTÂNEA  
 ESTÍMULO:  
 AUSENTE \_\_\_\_\_ DIAS  
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMÉ  
 FLACIDO  GLOBOSO  SEMI GLOBOSO  
 DISTENDIDO  DOR A PALPAÇÃO  
 TIMPÂNICO  MACIÇO  RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

DEAMBULANDO  CADEIRA DE RODAS  
 SOBRE MACA  MULETA

DIETA

AO SEIO  ORAL/COPINHO  GTM  
 SOG/SNG \_\_\_\_\_  
 RESÍDUO GÁSTRICO:  
 ZERO  VOMITO \_\_\_\_\_ vezes

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

AVP: \_\_\_\_\_  
 AVC: \_\_\_\_\_  
 Jelco: \_\_\_\_\_  
 Scalp: \_\_\_\_\_

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

HV \_\_\_\_\_  
 BI \_\_\_\_\_  
 ATB \_\_\_\_\_

PELE

HIDRATADA  RESSECADA  ICTÉRICA  
 INORMOCORADA  HIPOCORADA  CIANOSE  
 EXTREMIDADE FRIAS  NORMOTÉRMICA  
 HIPOTERMIA:  
 HIPERTERMIA:  
 IDRENO Local:  
 Característica do líquido:

APARELHO CARDIOPULMONAR

EUPNEICO  DISPNEICO  TAQUIPNEICO  
 BRADIPNEICO  TIRAGEM:  
 RUIDOS ADVENTÍCIOS. TIPO:  
 TAQUICÁRDICO  NORMOCÁRDICO  BRADICARDICO

OBSERVAÇÕES:

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro





PRONTOCLINICA  
Dr. Paulo Gurgel

## RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

USO DE:	DATA / H		USO DE:	DATA
BOMBA DE INF.	DIL		ECG	
NEBULIZADOR	Nº		OXIG./UMIDIF.	
ASPIRADOR	DIL		BERÇO AQUECIDO	
CURATIVO			FOTOTERAPIA	
			INCUBADORA	

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ASSINAT.
03/06/19	11:00	Pel. edema de pés e dor pós op. na ala sua residência Poco das Flores. Ressalta rincões duros, com pressão dolorida. Os quais derramava soro. Só no dia anterior não havia. Verificando se há um anel de folha de.	Magnolia Cunha da Costa COREN-RN 468.065-TE
04.06.19 01:20		Pel. reu. co c. c. em maca, acompanhado por marquês.	<i>Silvana</i>
04.06.19 11:30		Pel. retornar do c. c. em maca, acompanhado por marquês	Dynara Andrielly Sousa de Araujo COREN-RN 1.141.782-TE
04.06.19 14h		Sped. dipirona não foi adm. pois o farmacêutico não havia batido para o ato, o protocolo só subiu às 15:40h, enq. S. Raym. c. este.	Dynara Andrielly Sousa de Araujo COREN-RN 1.141.782-TE
04.06.19 16h		Adm. med. acetaminofen 1g + abd e	Dynara Andrielly Sousa de Araujo COREN-RN 1.141.782-TE
04-06-19 20:00		Adm: fencloxacina 300g + 2BD EV + dipirona 4g + 2BD EV conforme prescrição	Francenilda Paula de Oliveira COREN-RN 795.043-TE
05-06-19 21:00		Adm: rifacitina 4g + 2BD EV conforme prescrição	Francenilda Paula de Oliveira COREN-RN 795.043-TE
05-06-19 02:00		Adm: Dipirona 4g + 2BD EV conforme prescrição	Francenilda Paula de Oliveira COREN-RN 795.043-TE
05-06-19 06h		Adm: med. dipirona + abd su + leito 300g + 1BD 60g	Francenilda Paula de Oliveira COREN-RN 795.043-TE
05-06-19 16:30		Paciente sai de alta, inaudo patentes pós opais + acompanhado de familiar.	<i>Colen</i>
			Matheus Guedes de Melo COREN-RN 398284-TE







PRONTOCLINICA  
Dr. Paulo Gurgel

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE: Aldir J. Souza REGISTRO Nº \_\_\_\_\_  
APTO.: 101F-1 CONVENIO \_\_\_\_\_  
MÉDICO: \_\_\_\_\_

DATA / HORA	DESCRIÇÃO MEDICA
04/06/19	<u>ortopedia</u> Paciente admitido e encaminhado a fisioterapeuta motor.
05/06/19	<u>ortopedia</u> PO, est. hub move iscto p/ prayore e sup C. isto haptol
05-06-19	<u>nutricionista</u> Paciente admitido para�izar cirurgia no ombro. Negó alergias e obedeceu pre-aviso delebito, eliminação de alergógenos presentes em direta livre
	Patrícia L. de França Nutricionista CRN-RN 10161



**PRONTOCLINICA**  
**Dr. Paulo Gurgel**

NOME.:

**CONTROLE HÍDRICO E T.P.R.**

APTº 104

REG.: 604 MÉDICO.:

CONVÉNIO.:

DIA	HORAS	PRESSAO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PULSO	DIETA	VÓMITO	DIURESE	EVACUAÇÃO	ASSINATURA
03/06/20	21:00	120 x 70	27/	36,9 °C	65	-	-	-	-	J. Gurgel
04/06/20	06:00	130 x 90	97/	36,4 °C	80	-	-	-	-	J. Gurgel
04/06/20	12:00	160 x 90	-	36,3 °C	-	AC	φ	φ	φ	J. Gurgel
04-06-20	21:00	130 x 60	-	35,3 °C	-	-	-	-	-	J. Gurgel
05-06-20	19:15	120 x 90	97/	36,4	-	AC	φ	+	-	J. Gurgel
05-06-20	19:15	120 x 70	97/	36,4	-	AC	φ	+	-	J. Gurgel





Rua Monte Sinai, 1948 - Capim Macio - CEP 59078-360

CNPJ 09.417.742/0001-91

FONE: (84) 4008-5000

Nome: ALDIR JANUÁRIO DE FARIAS

Receita Médica

Uso Int.

1. Alginac 1000 \_\_\_\_\_ 1 cx

Tomar 1 cp VO 8/8h por 5 dias

2. Dipirona 500mg \_\_\_\_\_ 1 cx

Tomar 2 cp VC 6/6h caso dor

Natal, 04 de junho de 2019.

Dr. Maxsuelton Alves  
CRM/RN 7569 TECIT 15233  
Ortopedia e Traumatologia  
Dr. Ombro e Cotovelo



NOME: ALDIR JANUÁRIO DE FARIAS

Atestado Médico

Atesto que o (a) paciente acima citado (a) necessita de 30 (trinta) dias de afastamento de suas atividades laborativas por motivos médicos.

CID: S422

Atenciosamente,

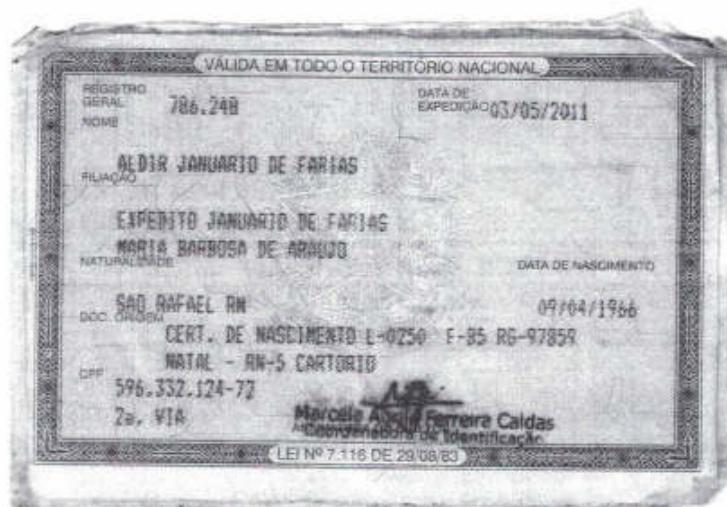
Dr. Maxsuelton Alves  
CRM/RN 7569 TEOT 15233  
Ortopedia e Traumatologia  
Cir. Ombro e Cotovelo

Dr Antônio Maxsuelton

CRM RN

Natal, 29 de maio de 2019.







## PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE

NOME:	Aldir Januário de Farias	
NACIONALIDADE:	ESTADO CIVIL:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Sindicalista	
IDENTIDADE:	CPF:	786.248 596.332.124-72
ENDEREÇO:	Rua Sete de Setembro Bela Vista nº 579 Bairro Nordeste	

## OUTORGADO

NOME:	Marcosales Bernardino de Souza	
NACIONALIDADE:	ESTADO CIVIL:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Desempregado	
IDENTIDADE:	CPF:	1896732 061.089.394-80
ENDEREÇO:	Rua Brasiliense 2000, Centro, Parauapebas	
DATA DO ACIDENTE:	29/05/2019	COBERTURA: invalidez / óbito.

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Observação: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

7º Ofício de Notas

PARNAMIRIM 26.11.2019

LOCAL E DATA

Aldir Januário DE Farias

ASSINATURA DO OUTORGANTE  
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



1º Ofício de Notas e Registros  
Rua Sargento Norberto Marques, 149 - Centro - CEP 59140-230 - Parnamirim - RN  
Fone / Fax: (84) 3272-3328 - Site: www.oficicoparnamirim.com.br

Reconheço por autenticidade e dou fé à firma de:

ALDIR JANUARIO DE FARIAS

Selo Digital: RN20190095310033434TSS

Confira a autenticidade em: <http://selodigital.tjrn.jus.br>

Parnamirim/RN - 26 de Novembro de 2019, às 11:07:35

1º Ofício de Notas



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/11/2020 18:04:58

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111618045772400000060233922>

Número do documento: 20111618045772400000060233922

Num. 62818445 - Pág. 40

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0438597/19

**Vítima:** ALDIR JANUARIO DE FARIAS

**CPF:** 596.332.124-72

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 24/05/2019

**CPF de:** Próprio  
**Titular do CPF:** ALDIR JANUARIO DE FARIAS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA : 061.089.354-80

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

#### ALDIR JANUARIO DE FARIAS : 596.332.124-72

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](http://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: 06/12/2019  
Nome: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA  
CPF: 061.089.354-80

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019  
Nome: CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA  
CPF: 026.685.584-92

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 09 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190683941**      **Vítima: ALDIR JANUARIO DE FARIAS**

**Data do Acidente: 24/05/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ALDIR JANUARIO DE FARIAS**

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 15213113

Pag. 00563/00564 - carta\_01 - INVALIDEZ



00040282



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 19 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190683941**      **Vítima: ALDIR JANUARIO DE FARIAS**

**Data do Acidente: 24/05/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ALDIR JANUARIO DE FARIAS**

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: ALDIR JANUARIO DE FARIAS**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 341**

**Agência: 000001339**

**Conta: 0000050282-3**

**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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

596.332.124-72

4 - Nome completo da vítima:

Aldir Januario de Farias

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

5 - Nome completo:

Aldir Januario de Farias

6 - CPF:

596.332.124-72

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

Rua 100 da Bela Vista

9 - Número:

579

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Nordeste

12 - Cidade:

Natal

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59042-250

15 - E-mail:

(81) 9124-7008 (84) 99806-1021

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

 AGÊNCIA:  CONTA:   
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1339

CONTA: 502 82

3

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 23 - Estado civil da vítima:  Solteira  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

 28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

 30 - Vítima deixou nascituro (vámenes)?  Sim  Não

 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não

32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos: Falecidos:

 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34

Importante: só é possível assinar o documento se o beneficiário não estiver vivo.

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Natal 26/11/2019

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver):





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 061450/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 22/11/2019 11:36 Data/Hora Fim: 22/11/2019 11:53  
Delegado de Polícia: Alzira Veiga de Medeiros

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos

Data/Hora do Fato: 24/05/2019 17:20

Local do Fato

Município: Natal (RN)  
Logradouro: RUA ALTO DA BELA VISTA

Bairro: Nordeste  
Nº: S/N

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB )	Veículo

EN VOLVIDO(S)

**Nome Civil: ALDIR JANUARIO DE FARIAS (COMUNICANTE , VÍTIMA )**

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade:RN - São Rafael Sexo: Masculino Nasc: 09/04/1966  
Profissão: Não Informado  
Estado Civil: Sem Informação  
Nome da Mãe: MARIA BARBOSA DE ARAUJO Nome do Pai: EXPEDITO JANUARIO DE FARIAS  
Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 596.332.124-72  
RG - Carteira de Identidade: 786248

Endereço

Município: Natal - RN  
Logradouro: RUA ALTO DA BELA VISTA Nº: 579  
Bairro: NORDESTE  
Telefone: (84) 98620-1277 (Celular)

**Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR )**

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Natal - RN

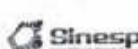
OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Descrição CARRO	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
<b>Nome Envolvido</b>	<b>Envolvimentos</b>
Desconhecido 1	Possuidor

Delegado de Polícia Civil: Alzira Veiga de Medeiros  
Impresso por: Janir Azevedo de Paiva  
Data de Impressão: 22/11/2019 11:53  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 061450/2019

Grupo	Veículo	Subgrupo	Motocicleta/Motoneta
Descrição	MOTOCICLETA	CPF/CNPJ do Proprietário	700.899.404-40
Placa	OJT6720	Renavam	00501899871
Número do Motor	F4D5-BR407753	Número do Chassi	9CDNF41ZJCM350475
Ano/Modelo Fabricação	2012/2011	Cor	PRETA
UF Veículo	Rio Grande do Norte	Município Veículo	Natal
Marca/Modelo	JTA/SUZUKI EN125 YES SE	Modelo	JTA/SUZUKI EN125 YES SE
Veículo Adulterado?	Não	Quantidade	1 Unidade
Situação	Envolvido, Meio Empregado	Última Atualização Denatran	10/03/2015
Situação do Veículo	NADA CONSTA		

Nome Envolvido	Envolvimentos
ALDIR JANUARIO DE FARIAS	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

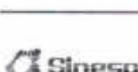
O COMUNICANTE/VÍTIMA COMPARCEU A ESTA UNIDADE POLICIAL E RELATOU QUE NA DATA E HORA CITADOS CONDUZIA A MOTOCICLETA EM TELA A CAMINHO DO TRABALHO QUANDO UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO BATEU NO GUIDOM E O MESMO VEIO A DESEQUILIBRAR E CAIR E SOFRER LESÕES CONFORME BAA DE NÚMERO 26471/2019, ORIUNDO DO PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO.  
NADA MAIS DISSE

ASSINATURAS

Janir Azevedo de Paiva  
Agente de Polícia  
Matrícula 170.234-3  
Responsável pelo Atendimento

ALDIR JANUARIO DE FARIAS  
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e cliente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 338-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

596.332.124-72

4 - Nome completo da vítima:

Aldir Januário de Farias

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Aldir Januário de Farias

6 - CPF:

596.332.124-72

7 - Profissão:

Recurso

8 - Endereço:

Rua alto da Sela Vista

9 - Número:

579

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Nordeste

12 - Cidade:

Natal

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59042-250

15 - E-mail:

/8199124-7008(84)99806-1021

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1339

CONTA: 502 82

3

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não teve filhos?  Vivos:  Falecidos:

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (valasor)?  Sim  Não31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34

Impróprio  
digitar ou  
utilizar o  
beneficiário  
não alfabetizado

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data:

Natal 26/11/2019

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha:

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019