



Número: **0847640-68.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **22/09/2020**

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	
GILBERTO FERREIRA DA SILVA (AUTOR)		ERIC TORQUATO NOGUEIRA (ADVOGADO) CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO (ADVOGADO) BRUNO HENRIQUE CORTEZ DE PAULA (ADVOGADO)	
MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A. (RÉU)			
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62820086	16/11/2020 18:29	2765861_CONTESTACAO_Anexo_04	Outros documentos



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, 14 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200325276

Vítima: GILBERTO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 02/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERIC TORQUATO NOGUEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILBERTO FERREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16121690





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, 27 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200325276

Vítima: GILBERTO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 02/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERIC TORQUATO NOGUEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILBERTO FERREIRA 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: GILBERTO FERREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002758

Conta: 000000032402-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

115.279.334-90

4 - Nome completo da vítima:

GILBERTO FERREIRA DA SILVA

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

5 - Nome completo:

GILBERTO FERREIRA DA SILVA

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

RUA OLHO D'ÁGUA

11 - Bairro:

CANA BRAVA

12 - Cidade:

MACAIBA

15 - E-mail:

6 - CPE:

115.279.334-90

9 - Número:

129

10 - Complemento:

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59280-000

16 - Tel. (DDD):

(84) 997868691

DADOS CADASTRAIS

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 POUQUANÇA (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:

AGÊNCIA: 2758

CONTA: 000 32402

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorciado

☐

Separado Judicialmente

☐

Válido

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:

☐

Vítima deixou

☐

Sim

☐

Não

30 - Vítima deixou

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

☐

Falecidos:

☐

Sim

☐

Não

33 - Vítima deixou

☐

Sim

☐

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, MACAIBA/RN 14/08/20

Gilberto Ferreira da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PS.001 V002/2019





Fls: 1

Visto:



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE MONTE ALEGRE - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00051149/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/09/2020 10:38:55 Data/Hora Fim: 04/09/2020 10:38:55
Origem:
Delegado de Polícia: Adriana Shirley de Freitas Caldas

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Municipal de Vera Cruz

Data/Hora do Fato: 02/02/2020 18:00

Local do Fato

Município: Vera Cruz (RN)
Bairro: Centro
Logradouro: av principal de vera cruz
Complemento: proximo mercadinho sao francisco
Tipo do Local: Via Pública

Natureza

20005: ACIDENTE COM LESÕES

Melo(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Nome Civil: GILBERTO FERREIRA DA SILVA (COMUNICANTE, VITIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 23/05/1985

Idade: 35

Profissão: Agricultor

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Maria das Dores da Silva

Naturalidade: Macaíba - RN

Nome do Pai: Jose Ferreira da Silva

Documento(s)

RG: 002949417

CPF: 115.279.334-90

Endereço

Município: Macaíba - RN

Logradouro: granja olho dagua

Bairro: cana brava

Nº: 129

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Descrição veículo envolvido no acidente

Placa: OWA2A56

Número do Motor: JC41E1E121668

Ano/Modelo Fabricação: 2014/2014

UF Veículo: RN

Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário: 058.399.494-69

Renavam: 01175143941

Número do Chassi: 9C2JC4110ER121668

Cor: PRETA

Município Veículo: Vera Cruz

Veículo Adulterado? Não



Impresso por: Pedro Emiliano da Silva Cavalcante

Data de Impressão: 04/09/2020 17:02:45

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Fls: 2

Visto:



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE MONTE ALEGRE - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00051149/2020

Situação Meio Empregado, Envolvido

Última Atualização Denatran 23/03/2020

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Gilberto Ferreira da Silva	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O Comunicante compareceu até esta Delegacia de Polícia para informar que no dia e hora citado estava conduzindo uma motocicleta tipo HONDA/CG 125 FAN KS, PLACA OWA2A56; QUE estava passando na avenida principal do município de Vera Cruz, área urbana, quando foi atingido por veículo tipo automóvel de passeio, colidiu na lateral do mesmo; QUE a vítima alegou ter tentado desviar mais o motorista do veículo fez uma manobra colocando pra cima daquele; QUE foi levado para o hospital local de Vera Cruz e em seguida para Hospital Walfredo Gurgel - Natal/RN - Boletim de Atendimento de Urgência Nº 6288-2020, segundo informações da guila do Hospital Walfredo, a vítima se encontrava sem capacete e exame constatou dosagem alcoólica; QUE o motorista não possui CNH e a motocicleta está no nome de Josimar Garcia de Frellas; QUE nada mais disse.

ASSINATURAS

Pedro Emiliano da Silva Cavalcante
servidor público
Matrícula 1800854
Responsável pelo Atendimento

Gilberto Ferreira da Silva
Comunicante, Vítima

Dados para os devidos fins de ciência que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima apresentadas e ante o que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que coligi, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Calúnia e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



Impresso por: Pedro Emiliano da Silva Cavalcante

Data de Impressão: 04/09/2020 11:02:45

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 115.279.334-90 4 - Nome completo da vítima: GILBERTO FERREIRA DA SILVA

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

5 - Nome completo: GILBERTO FERREIRA DA SILVA 6 - CPF: 115.279.334-90
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA OLHO D'ÁGUA 9 - Número: 129 10 - Complemento:
11 - Bairro: CANA BRAVA 12 - Cidade: MACAIBA 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59280-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (84) 997868691

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:
☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2758 CONTA: 00032402 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

25 - 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 (quinteto)? ☐ 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 Líder 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

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, MACAIBA/RN, 14/08/20

Gilberto Ferreira da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1002/2019



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	21/09/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILBERTO FERREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02758

CONTA: 000000032402-6

Nr. da Autenticação 829E7AD902CF0F8E





MARIA DAS DORES DA SILVA

PLA OUIO ENGLA 129

CPF: 044 359 064-91 NIS: 16364007016

CANA BRAVA/CANA BRAVA
MACAIBA, RN
59200-000

**STAGGERING
BI-RESIDENCIAL
BAZA RENDA COM FIES
Mortgage:**

0633799016 07/2020

045740276	UNICA	2308772523
-----------	-------	------------

WASHINGTON	340/545752	421163
------------	------------	--------

39472120 340820

2

	quantidade	valor unit.	valor tot.
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,0000000	0,11658405	3,49
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	40,0000000	0,16678950	6,67
Consumo-TE até 30 kWh	30,0000000	0,11152808	3,34
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	40,0000000	0,13113127	5,24
ICMS-Fórmula Substituição			4,60
Bônus (TRAP) eq 71 da Lei 10.438/2002			-1,02

TOTAL: 4.74764 23.02

10100 MEMORANDUM	TO: DA FUNCTION	INTEROFFICE		ADMIN.		10110 DATE	10120 BY	10130 COMMENTS	10140 APPROVED	10150 COMMENTS (OPTIONAL)
		DATA	LEADS	DATA	LEADS					
000000	001	00000000	00000000	00000000	00000000	00		000000		0000

[illegible][illegible][illegible]

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

21

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOS, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.186/0001-01
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055139-0



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 24/04/02
Ligação Gratuita:
- TELEFONAMENTO COSERN: 118
- Atendimento ao cliente: 0800 281 0142
- Ouvidoria: 0800 084 0404
Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte
ARSEP: 0800 727 0167 - Ligação Gratuita de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: 167
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ERC TORQUATO NOGUEIRA

CPF: 061.387.534-12

DATA DE VENCIMENTO

26/06/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)
28,08

DATA DA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

12/06/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO
16/06/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL
943678671

Série: U

CONTA CONTRATO

7015510778

Nº DO CLIENTE
3011433242

Nº DA INSTALAÇÃO
2055828

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DOM JOSE TOMAZ 773 SL-1504

EDIFÍCIO SFAX
TRILHAREJA URBANA
59022-350 NATAL RN

CLASSIFICAÇÃO
B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

DSF17REC:28ED.7790.1508.8D40.9494.E714

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	Consumo	Valor	Unidade
Consumo Ativo (kW-h) - TURB	28,000000	0,2546999	12,03
Consumo Ativo (kW-h) - TE	38,000000	0,2546999	12,51
Custo de Base, Política Municipal			2,55

Consumo Ativo (kW-h) - TURB	Consumo Ativo (kW-h) - TE
0,2546999	0,2546999

Consumo Ativo (kW-h) - TURB	Consumo Ativo (kW-h) - TE
0,2546999	0,2546999

TOTAL DA FATURA 28,08

Consumo Ativo (kW-h) - TURB	Consumo Ativo (kW-h) - TE
0,2546999	0,2546999

Consumo Ativo (kW-h) - TURB	Consumo Ativo (kW-h) - TE
0,2546999	0,2546999

Consumo Ativo (kW-h) - TURB	Consumo Ativo (kW-h) - TE
0,2546999	0,2546999

Consumo Ativo (kW-h) - TURB	Consumo Ativo (kW-h) - TE
0,2546999	0,2546999

Consumo Ativo (kW-h) - TURB	Consumo Ativo (kW-h) - TE
0,2546999	0,2546999

Consumo Ativo (kW-h) - TURB	Consumo Ativo (kW-h) - TE
0,2546999	0,2546999

Consumo Ativo (kW-h) - TURB	Consumo Ativo (kW-h) - TE
0,2546999	0,2546999

Consumo Ativo (kW-h) - TURB	Consumo Ativo (kW-h) - TE
0,2546999	0,2546999

Consumo Ativo (kW-h) - TURB	Consumo Ativo (kW-h) - TE
0,2546999	0,2546999

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 SUSEP¹ 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 COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ERIC TORQUATO NOGUEIRA inscrito (a) no CPF/CNPJ 061.387.934-12, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GILBERTO FERREIRA DA SILVA, inscrito(a) no CPF sob o Nº 115.279.334-90, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima GILBERTO FERREIRA DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 115.279.334-90, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

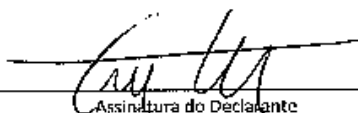
☒ Recuso informar

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: Rua Dom José Tomaz		Número: 773	Complemento: Ed. Sfax – apto 1504
Bairro: Tirol	Cidade: Natal	Estado: RN	CEP: 59022-250
Email: tpv@tpvadvocacia.com.br		Telefone comercial: (84) 3301-5336	Telefone celular (DDD): (84) 98711-5930

Natal/RN, 9 de setembro de 2020


Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017





BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 6286 /2020
Admissão: 02/02/2020 20:17:43



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **162794 - GILBERTO FERREIRA DA SILVA** (34 a 8 m 10 d)
Nascimento: 23/05/1985 Natural: MACAIBA, BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
INS: 703402275081319 CPF: 11527933490 Prof.:
Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA Pai: JOSE FERREIRA DA SILVA
Logradouro: GRANJA OLHO D'ÁGUA, 1
CEP: 59280000 Bairro: AREA RURAL Cidade: MACAIBA
Telefone: 84 986056088 Compl:

Motivo: CARRO X MOTO
Origem: AMBUL. INTERIOR

Tipo: REFERENCIADO
Empresa:

Fluxograma:

Disciplinador:

Obs:

Classificação: 02/02/2020 20:14:42

HORA	P.A.	HGT	TEMP	F.C.	TEMP	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM LESÃO NO PE ESQUERDO COM ROMPIMENTO DE TENDÃO, PAC ALCOLIZADO

Antecedentes:

Acidente motociclístico. Paciente não manuseava o veículo corretamente, ingerindo bebida alcoólica. Trauma no pé esquerdo, fratura fechada do tendão. Nenhuma alteração.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Lesão no pé esquerdo, fratura fechada do tendão.

Saída:

DIAGNÓSTICO INICIAL CID

Gerado via SX por FRANCISCO DE ASSIS MORAIS OLIVEIRA. Impresso em 02 de Fevereiro de 2020.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrado Gurgel
Pronto Socorro Clóvia Sarinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

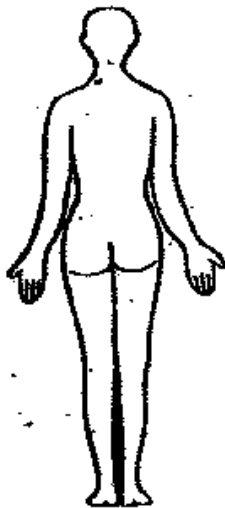
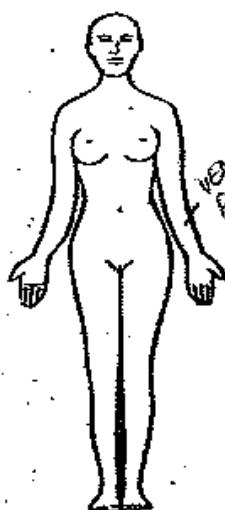
MACA 8A

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: GILBERTO FERREIRA DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO: 23/05/85 IDADE: 35 ANOS
REGISTRO: 123212020
DATA DE ADMISSÃO: 02/08/20 HORA: 23:30

ADMISSÃO DO PACIENTE:
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: ORTOPEDIA
HIDRATAÇÃO: SIM () NÃO () VIA: PERIFÉRICO (x) ACESSO CENTRAL: ()
NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONSCIENTE (x) ORIENTADO () VIGIL () AGITADO ()
INCONSCIENTE: ()
ESTADO GERAL: BOM () REGULAR (x) GRAVE ()
SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE (x) M.V. () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()
ALÉRGICO: SIM () NÃO (x)
DIABÉTICO: SIM () NÃO (x)
DOENÇA RENAL: SIM () NÃO (x) OUTRAS PATOLOGIAS: _____
MEDICAÇÕES EM USO: _____
CIRURGIAS ANTERIORES: _____
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO (x)
OBSERVAÇÃO: _____

ÁREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____
ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____
OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 21/08/20
MAT. Nº 123456
SOME
ASSINATURA

JALECO Nº _____ ACESSO CENTRAL: _____
INSTRUMENTADO: SCORE
CIRCULANTE: RAFAELA
TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUID (x) PERIDURAL () B.P.B. () LOCAL ()
OBS: _____
ANESTESISTA: THIAGO RAMOS + CARLO VICTOR
INÍCIO DE ANESTESIA: 23:40
TÉRMINO DE ANESTESIA: 00:45
ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: AMICACINA 1g
HORA: _____

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.





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

RELATÓRIO DE
HISTÓRIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICO

Nome: GILBERTO FERREIRA DA SILVA

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data: 03/02/2020

Hora:

Tram. Cirurgia Abdominal

Paciente vítima de trauma em pé esquerdo após queda de moto, sem história prévia de doença, perda de consciência e expulso dentes.

Foi chamado no C.E. 1º de Rionegro, que realizou primeiros socorros e transporte em UTI Básico.

1º. Paciente chegou com Nota de Registro, acompanhando o transporte por ambulância. História recente de trauma.

Wagner Fernando B. Amorim
Cirurgião Plástico
CRM 5539 - RQE 2672

03/02/2020

OPORTUNO 25 LESÃO (ver 654)
Nº PE 01000

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL. 21/10/20
MAT. Nº. 181691
SAME
CA
ASSINATURA

Dr. Ricardo Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5501 - RQE 11255

Nota: Ofrases, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situações de emergências clínicas cirúrgicas, agudas de vários sistemas, 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 de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
Prêmio Socorro Clóvis Salgueiro

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: 9. Roberto Francisco de Silva Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório: Lesão complexa do punho

Indicação terapêutica: 200

Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: 03/02/2020 Início:

Término:

Duração:

Operador: Ricardo Araújo

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista:

CRM/CRO:

CRM/CRO:

CRM/CRO:

CRM/CRO:

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL. 21/08/20
MAT. Nº. 19-11
SABE
ASSINATURA

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- 1) Dor no punho
 - 2) Anestesia
 - 3) Limpeza da ferida
 - 4) Desbridamento
 - 5) Tempo médio de cirurgia
 - 6) 2:13:42 e 5:00:00
 - 7) de 2:13:42 e 5:00:00
 - 8) de 2:13:42 e 5:00:00
 - 9) de 2:13:42 e 5:00:00
 - 10) de 2:13:42 e 5:00:00
- RM Análise = Acoplamento
Longo

04.13.04.017-8(3) 5913 (741,60)
04.08.06.045-0(2) 5869 (205,91)

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

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

Este documento, no âmbito hospitalar, assiste 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.



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2

NAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMEIRA

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL. 21/08/20
MAT. Nº. 192-84-3
S.A.M.F.
ASSINATURA

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

ALTA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

BITO:

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:

ALTA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

BITO:

DATA:

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
Prêmio Socorro Clóvis Sarrinho

**BOLETIM
OPERATÓRIO**

IDENTIFICAÇÃO

Nome: GILBERTO PERREIRA DA SILVA Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório: Fratura de maxila de Pd. EVASUENAS

Indicação terapêutica: EXTERNO

Urgência () Eletiva ☒

INTERVENÇÃO

Data: 03/03/2020 início:

Término:

Duração:

Operador: ROMERO MANOEL

CRM/CRO:

1º Auxiliar: JOÃO ALVES

CRM/CRO:

2º Auxiliar: JOÃO GILBERTO

CRM/CRO:

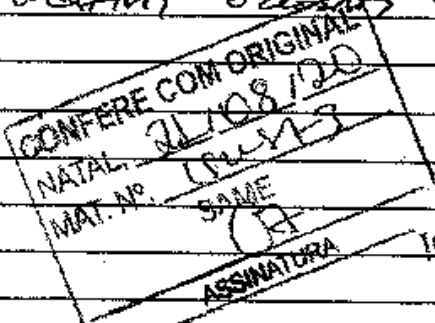
Instrumentador:

Anestesista: PEDRO OLIVEIRA

CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Vós naquela altura. Realizada a cirurgia.
Desobstrução do canal maxilar (Duro do Pd. Esquerdo).
Retirada de cimento e fixação com placa de fixação
após a cirurgia. Fim da cirurgia e curativo
curativo e curativo e curativo e curativo.



João Alves Martins
Médico / CRM 2484

043020029 (2) L9088PD 355

0402020029

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.





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Guilherme Francisco de Silva Idade: _____ Nº Reg: _____
Serviço: Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia Enf: _____ Leito: 724

AO SERVIÇO

Cirurgia Plástica (Dr. Wagner)

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

Paciente com lesão extensa em pé
foi realizado tratamento por parte de
outro profissional. Paciente do Dr. Ricardo
Arquivo

Natal 05 de 02 de 2020

Dr. Anderson W. Vasconcelos de Azevedo
Otorrinolaringologista e Fonoaudiólogo
CRM-ORL - 6882 - TEL: 14815
RQE 2973

Médico que solicita o parecer

PARECER

Racional Terá acompanhamento
conjunto com Cirurgia Plástica.

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL. 21/08/20
MAT. Nº 152770
SILVE
ASSINATURA

Em 05 de Fevereiro de 2020

Dr. Anderson W. Vasconcelos de Azevedo
Otorrinolaringologista e Fonoaudiólogo
CRM-ORL - 6882 - TEL: 14815
RQE 2973

Médico que emite o parecer

Identificação

Enfermaria: _____ Leito: 434 UTE: _____ Leito: _____
Data de admissão: 02/02/2020 Ats: _____
Nome: Gilberto Pereira da Silva Nacionalidade: Brasileira
Idade: 34 Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino Data de Nascimento: 23/05/1985
RG: 2449412 Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: Do 1º ao 4º grau
Filiação: Pai: João Pereira da Silva
Mãe: Marlene dos Reis da Silva
Endereço: Rua Elho D'Água S/N Cidade: Marcelina
Telefone: _____ () Residencial () Trabalho () Reca-
Contato: 98605 6088 Outros telefones: 8722 3457 companheira
Composição familiar: marido e 2 filhos Travessa
Outras informações: Faz uso de () Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: carpinteiro Trabalho e vínculo empregatício () Não () Si-
() Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPS
Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa: _____

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares
() Socorrido em via pública () Outros meios
() Encaminhado: Hospital de origem: União Médica

Critérios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo? _____
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: Pedro de Almeida de Oliveira
Parentesco: filho Telefone: 98605 6088
Endereço do Responsável: Rua Elho D'Água S/N - Marcelina

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

paciente adaptado ao ambiente hospitalar e em boas condições.
Presença de exames de laboratório.

10/02/2020 cadastrado no sistema de acompanhamento
Ofício - Datas - A São 916

óbito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DOX () Obs. _____

Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____

Orientações/Encaminhamentos: _____

Atenção: O preenchimento deste formulário é obrigatório para a avaliação da situação de emergência clínica, cirúrgica, aguda ou crônica, em especial a lesão, de acordo com as normas técnicas vigentes e a prática de emergência em saúde e a população em risco à luz dos valores éticos e humanitários.



INICIO DE CIRURGIA: 00:00 ✓

CIRURGIÃO: RICARDO ARAÚJO

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

TIPO DE CIRURGIA:

TÉRMINO DE CIRURGIA: 00:35

SONDAGEM VESICAL: SIM () NÃO (X)

Nº DA Sonda:

SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (X)

Nº DA Sonda:

EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (X)

RX:

SIM ()

NÃO (X)

RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO (X)

TIPO:

RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO (X)

TIPO:

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO (X)

FEITO FICHA: SIM ()

NÃO (X)

MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO (X)

ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO: SIM ()

NÃO (X)

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

DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO (X)

COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM () NÃO (X)

QUANTIDADE:

GAZES CONFERIDAS: SIM () NÃO (X)

QUANTIDADE:

CAIXA CIRÚRGICA: 1 DELICADO

COMPLETA: SIM (X) NÃO ()

OBS:

ÓBITO: SIM () NÃO (X)

HORA:

REALIZADO RCP: SIM ()

NÃO (X)

RESPONSÁVEL PELA RCP:

PACIENTE ENCAMINHADO: CRO (X)

UTI ()

ALTA ()

EM 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: POR ADMITIDO EM SALA CONSCIENTE E ORIENTADO.

EM O2 AMBIENTE: VENOCUDE PREVIA EM MSE, NEGA

ALERGIAS. MEDICAMENTOSAS E PATOLOGIAS PREVIAS. MONITO

RIZADO, SNU: PA: 130/78 mmHg, FC 76 bpm, SpO2 99%, RAQUÍ

POR DR. TIAGO; DEZER MAGALHÃES E ANTI-SEPSIA CI. CUREXIA NA

POR RICARDO. SOLICITADO PARECER DO CIRURGIÃO PLÁSTICO.

AO FIM DO PROCEDIMENTO REALIZADO CURATIVO CI. AGUAREL

E ENCAMINHADO AO CRO.

Rosa de Cássia B. Padua
COREN-RN 184613-ENF

Assinatura do (a) Enfermeiro(a)

Rafael B. F.

Assinatura do Cirurgião

PI Socorro

Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



A
B
C
D
E

A(ALERGIAS)

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

CONDIÇÃO PRIMÁRIAMEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

4 Veces dT, IM, 0,5g

Oxacetina 0,5g
Ao CC para cirurgia
SO URGENTE

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1	HORA: 20:13	DATA:
ESPECIALISTA 2	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3	HORA:	DATA:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

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

OBITO: DATA / / HORA

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





Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **162791 GILBERTO FERREIRA DA SILVA**

Prontuário:

CNS: 703402275081319

Nascimento: 23/05/1985

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA

Pai: JOSE FERREIRA DA SILVA

Endereço: SÍTIO GRANJA OLHO D'ÁGUA, 1 - ÁREA RURAL - MACAIBA

Fone: 986056088 /

Município: MACAIBA

Código Municipal IBGE:

240710 UF: RN

CEP: 59280-000

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

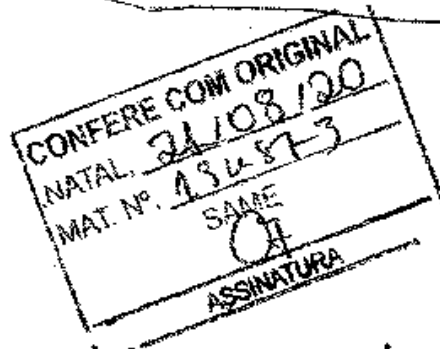
Laudo Nº 4326 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

COLISÃO MOTO-CARRO COM TRAUMA EM PÉ ESQ ACOMETENDO REGIÃO DORSAL, PARTES MOLES, TENDÕES EXTENSORES.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
RISCO DE COMPLICAÇÃO



RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
SEMIOLOGIA E RAIOS

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S96.7 TRAUMATISMO DE MÚLTIPLOS MÚSCULOS E TENDÕES AO NÍV. 408060450. TENOMIOTOMIA

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

NÃO SE APLICA

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☐ Faz Antibióticoterapia

☐ Lesão por pressão

☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assinante:

RICARDO ARAUJO

CRM: 5001 / RN

Data da Solicitação 02/02/2020

Dr. Ricardo Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5001 / RJ 11295

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora:

Nº do bilhete:

Série:

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa:

CNAE da Emp.:

CBOR:

() Acidente de Trabalho Trajeto

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

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





Secretaria de Estado de Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walterdo Siqueira
Pronto Socorro Glória Sênior

RECEITUÁRIO

NOME:

MATRICULA:

Guilherme Ferreira da Silva

laudo medico

Paciente internado em tratamento
desde 02/02/2020, vítima de cefaleia
crônica, submetido a cirurgia
para colocação de shunt em
pequena quantidade, necessitando de cuidados
de enfermagem com pitua e bexiga
devido ao cateterismo.

Guilherme

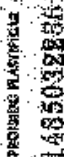
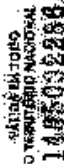
Adm. 20

DATA 09/03/2020

MÉDICO - CRM

FUMAR FAZ MAL À SAÚDE. USE CINTO DE SEGURANÇA
PILOTE SEMPRE COM CAPACETE - NÃO BEBA AO DIRIGIR
ESTE HOSPITAL É SEU, E MEU, E NOSSO.

Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/11/2020 18:29:41
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111618294124000000060236057
Número do documento: 20111618294124000000060236057



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200325276 **Cidade:** Monte Alegre **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILBERTO FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 02/02/2020 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PÉ 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 LEVE DE PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 12_LAUDO MÉDICO

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: GILBERTO FERREIRA DA SILVA, brasileiro, união estável, agricultor, inscrita no CPF/MF sob o nº 115.279.334-90, portador da cédula de identidade nº 2949417 SSP/RN, residente e domiciliado na Rua Olho Dagua, nº 129, Cana Brava, CEP: 59280-000, Macaíba/RN.

OUTORGADO: ERIC TORQUATO NOGUEIRA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o número 11760, portador do CPF/MF nº 061.387.934-12, RG nº 3393071 – SSP/RN, com endereço profissional situado à Rua Dom José Tomaz, 773 (Edifício Sfax – sala 1504), Tirol, CEP 59022-250, Natal/RN.

DATA DO ACIDENTE: 02/02/2020

COBERTURA: Indiviz

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.

Macaíba/RN, 15 de agosto de 2020.

x Gilberto Ferreira da Silva

**ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)**



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255983/20

Vítima: GILBERTO FERREIRA DA SILVA

CPF: 115.279.334-90

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

Data do acidente: 02/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILBERTO FERREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ERIC TORQUATO NOGUEIRA : 061.387.934-12

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

GILBERTO FERREIRA DA SILVA : 115.279.334-90

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/09/2020
Nome: ERIC TORQUATO NOGUEIRA
CPF: 061.387.934-12

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2020
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

ERIC TORQUATO NOGUEIRA

THIARA VIRGINIA DA HORA

