



Número: **0817076-82.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **27/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JEFFERSON FERNANDES DE MELO (AUTOR)		ALEXANDRE BRUNO MENDES CORREIA (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62732307	13/11/2020 09:30	<a href="#">2766250_CONTESTACAO_Anexo_03</a>	Documento de Comprovação



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, 08 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190430327**

**Vítima: JEFFERSON FERNANDES DE MELO**

**Data do Acidente: 16/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRE BRUNO MENDES CORREIA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JEFFERSON FERNANDES DE MELO**

Informamos que o pagamento da indenização o 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 quadril 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: JEFFERSON FERNANDES DE MELO**

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

**Banco: 104**

**Agência: 2380**

**Conta: 000007285-5**

**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](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:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)		<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE		<input type="checkbox"/> MORTE	
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima:		4 - Nome completo da vítima:			
097-416-604-99		097-416-604-99		Jeferson Fernandes de Melo			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSBP Nº 445/2012							
5 - Nome completo:							
Jeferson Fernandes de Melo							
7 - Profissão:		8 - Endereço:		6 - CPF:		9 - Número:	
Trabalha		Rua da Liberdade, 100		097-416-604-99		35	
10 - Cidade:		11 - Estado:		14 - CEP:		10 - Complemento:	
Maceió		AL		59.605-165			
15 - E-mail:		13 - Estado:		16 - Tel (DDD):		17 - Nome completo do Representante Legal:	
odohumano@outlook.com		AL		87-99964-7997			
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR							
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:							
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00							
<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00							
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)							
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)							
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)							
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)							
AGÊNCIA: 0380 CONTA: 00070855							
AGÊNCIA: CONTA:							
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, não estar impedido de apresentar Laudo de Invalidez Médica para fins de indenização por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções)							
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou							
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou							
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.							
Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.							
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE							
23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ou Viúvo) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo							
24 - Data do óbito da vítima:							
25 - Grau de Parentesco com a vítima:							
26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:							
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
30 - Vítima deixou nascituro (ou nascido)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 - Imposição digital da vítima ou beneficiário não afetado							
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido							
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido							
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido							
38 - 1ª   Nome: CPF: Assinatura da testemunha							
39 - 2ª   Nome: CPF: Assinatura da testemunha							
40 - Local e Data: Maceió, 09/07/2019							
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)							
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)							
43 - Assinatura do Procurador (se houver)							



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 13/11/2020 09:30:18

<https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111309301822900000060154334>

Número do documento: 20111309301822900000060154334



PRF

# BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19019929B01



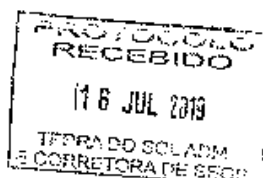
Maiores dúvidas acesse: [www.prf.gov.br/portal](http://www.prf.gov.br/portal)



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



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



Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JSAC, matrícula 1071007, Polícia Rodoviária Federal, em 17/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19019929B01 e o número de controle CC2443D00DDCA30C15627B6D48228.

191



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 13/11/2020 09:30:18

<https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111309301822900000060154334>

Número do documento: 20111309301822900000060154334

Num. 62732307 - Pág. 3



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19019929B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 16/04/2019 Hora: 07:30 Município: MOSSORÓ/RN  
BR: 110 KM: 47,3 Sentido: Decrescente  
Policial responsável pelo atendimento: ISAC, 1071007

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal  
Tipo de pista: Simples  
Estrutura Viária: Reta  
Acostamento: Sim  
Condição meteorológica: Céu Claro

Tipo de pavimento: Asfalto  
Condição da Pista: Seca  
Localidade urbanizada: Sim  
Canteiro Central: Não  
Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

Em Mossoró/RN, no dia 16/04/2019, Por volta das 07:30h, na BR- 110, no Km- 47,3, sentido decrescente. Ocorreu um acidente do tipo: Colisão Traseira, que resultou em duas vítimas com lesões graves. Os veículos envolvidos foram: V1 Fiat/Strada de placa: MZD- 2413/RN e o V2, motocicleta Honda/XRE de placa: ORR- 5D00/RN. Com base na análise dos vestígios materiais, no local do acidente, constatou-se que, quando o semáforo fechou o condutor do V1 parou e o condutor de V2 por dirigir sem os devidos cuidados, colidiu na traseira de V1. Da análise conclui-se que a causa do acidente foi devido a falta de atenção de V2 dirigir sem atenção e os devidos cuidados. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. OBSERVAÇÃO: - O local do acidente estava preservado. - Velocidade regulamentar de 50Km/h. - Os V1 e V2 foram entregues aos seus respectivos condutores ou responsáveis. - As vítimas foram socorridas pelo SAMU para o HRTM. - Esteve no local do acidente uma VTR da Polícia Militar.



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ISAC, matrícula 1071007, Policial Rodoviário Federal, em 17/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.203-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2012.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/convocacao/autenticar>, inserindo-se o protocolo 19019929B01 e o número de controle CC2443D30DDCDA30C15627B6D48328.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19019929B01



CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local preservado



UPANEMARN

AREIA BRANCA/RN

AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão traseira	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento

V1 - VEÍCULO 1 - MZD2413 - CAMINHONETE

V1 - Informações

Placa: MZD2413      Marca/modelo: FIAT/STRADA FIRE FLEX      Renavam: 00966612000  
Ano fabricação: 2008      Chassi: 9BD27803A87052558      Tipo de veículo: Caminhonete  
Espécie: Carga      Categoria: Particular      Cor: Fantasia  
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento  
Informações complementares: Danos: quebrou a lanterna traseira direita.



Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ISAC, matrícula 1071007, Polícia Rodoviária Federal, em 17/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea 5 do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 19019929B01 e o número de controle CC244300DDCDA30C15627B6D4832B.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19019929B01

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

Veículo: V1 / FIAT/STRADA FIRE FLEX  
Nome do Agente: ISAC

Placa: MZD2413  
Matrícula do Agente: 1071007

Nº BOAT: 19019929B01  
Data: 16/04/2019

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

Dano de Monta: Pequena



Documento assinado eletronicamente por ISAC, matrícula 1071007, Polícia Rodoviária Federal, em 17/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br>  
o protocolo 19019929B01 e o número de controle CC2443D00DDCA30C75627B6D48328.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19019929B01

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

Veículo: V2 / HONDA/XRE 300

Placa: ORR5D00

Nº BOAT: 19019929B01

Nome do Agente: ISAC

Matrícula do Agente: 1071007

Data: 16/04/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (tríciclos)			X	
	Dano de Montagem: Pequena			X	

V2 - Imagens Obrigatórias

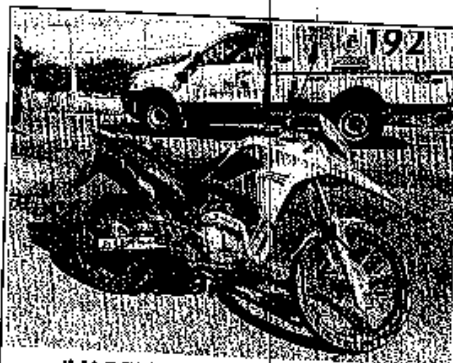


IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ISAC, matrícula 1071007, Polícia Rodoviária Federal, em 17/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobatalha/autenticar>, informando o protocolo 19019929B01 e o número de controle CC2413D000DCDA30C15627B6D48328.

191







MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19019929B01

**V2 - Proprietário**

Nome: ADEIRTON CARVALHO DA SILVA CPF/CNPJ: 090.838.734-20  
Email: Telefone: 84 - 9 8611 - 6955  
Endereço: TV - DR. AMAURI, 038, ALTO DE SÃO MANOEL, MOSSORO-RN

**V2C - CONDUTOR DE V2 - ADEIRTON CARVALHO DA SILVA**

**V2C - Informações**

Nome: ADEIRTON CARVALHO DA SILVA Data de Nascimento: 12/10/1985  
CPF: 090.838.734-20 Estado civil: Solteiro(a)  
Sexo: Masculino Estado físico: Lesões Graves  
Usava capacete: Sim

**V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor**

Categoria: Primeira habilitação: Nº Registro:  
UF: Vencimento da habilitação: Motorista profissional: Não  
Observações CNH:

**V2C - Alterações da Capacidade Motora**

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

**V2C - Dados do Contato**

Endereço: TRAVESSA DOUTOR AMAURY, 38, ALTO SAO MANOEL, MOSSORO-RN  
Telefone: 84 - 9 86 - 65955 Email:

**V2P1 - PASSAGEIRO 1 DO V2 - JEFFERSON FERNANDES DE MELO**

**V2P1 - Informações**

Nome: JEFFERSON FERNANDES DE MELO Data de Nascimento: 27/01/1990  
CPF: 097.416.604-99 Sexo: Masculino  
Estado físico: Lesões Graves Usava capacete: Sim

**V2P1 - Dados do Contato**

Endereço: TV OLINDA, 35, ALTO DE SÃO MANOEL, MOSSORO-RN  
Telefone: 84 9 8835- 6692 Email:



Documento assinado eletronicamente por ISAC, matrícula 1071007, Polícia Rodoviária Federal, em 17/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 51-FG, de 15 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/movobase/autenticar>, informando o protocolo 19019929B01 e o número de controle CC343D00D0CDA30C1562786D48328.





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19019929B01

V1 - Proprietário

Nome: FROTA MIDIA EXTERIOR LTDA

E-mail:

CPF/CNPJ: 13.043.887/0001-47

Telefone: 84- 99939-8865/99628 - 6309

Endereço: Tv - PARK DAS EMAS, 157 - , 157, ALTO DO SUMARÉ; MOSSORO-RN

V1C - CONDUTOR DE V1 - JULIO CESAR DO NASCIMENTO BARBOSA

V1C - Informações

Nome: JULIO CESAR DO NASCIMENTO BARBOSA

CPF: 085.515.494-21

Data de Nascimento: 31/07/1991

Sexo: Masculino

Estado civil: Casado(a)

Usava cinto de segurança: Sim

Estado físico: Ileso

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB

Primeira habilitação: 23/07/2010

UF: RN

Vencimento da habilitação: 22/05/2023

Nº Registro: 04991955391

Observações CNH: 99

Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Resultado obtido: 0,0 mg/l

V1C - Dados do Contato

Endereço: PARQUE DAS EMAS, 157, ALTO DO SUMARE, MOSSORO-RN

Telefone: 84 9 9939 - 8865 / 9 9628 -

E-mail:

V2 - VEÍCULO 2 - ORR5D00 - MOTOCICLETA

V2 - Informações

Placa: ORR5D00 Marca/modelo: HONDA/XRE 300

Ano fabricação: 2014 Chassi: 9C2ND1110ER020319

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

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

Informações complementares: Danos: Quebrou a carenagem dianteira do lado esquerdo.

Renavam: 01014876505

Tipo de veículo: Motocicleta

Cor: Branca



Documento assinado eletronicamente por ISAC, matricado 1071007, Policial Rodoviário Federal, em 17/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobol/autenticar>, informando o protocolo 19019929B01 e o número de controle CC2443002DDCA3DC15627B6D4B328.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19019929B01



V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA

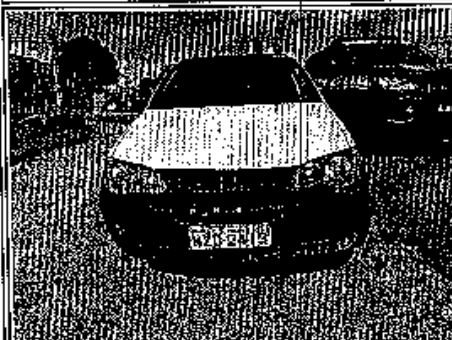


IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por ISAC, matrícula 1071067, Polícia Rodoviária Federal, em 17/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.290-2, de 24 de agosto de 2007, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 01-173, de 13 de agosto de 2017.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobol/autenticar>, informando o protocolo 19019929B01 e o número de controle CC2443B00DECD30C15627B6D48328.

191





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)		<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE		<input type="checkbox"/> MORTE		
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima:		4 - Nome completo da vítima:				
097-416-604-99		097-416-604-99		Jeferson Fernandes de Melo				
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSBP Nº 445/2012								
5 - Nome completo:		6 - CPF:		7 - Profissão:			8 - Endereço:	
Jeferson Fernandes de Melo		097-416-604-99		Trabalha			Rua da Liberdade, 100	
9 - Número:		10 - Complemento:		11 - Cidade:		12 - Estado:		
35				Maceió		AL		
13 - E-mail:		14 - CEP:		15 - Tel (DDD):		16 - Tel (Número):		
odohumano@outlook.com		59.605-165		87-99964-7997				
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:								
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00								
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)								
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)								
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)								
AGÊNCIA: 0380 CONTA: 000708555								
AGÊNCIA: CONTA:								
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, não estar impedido de apresentar Laudo do IML (Instituto Médico Legal) para fins de avaliação da indenização.								
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou								
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou								
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.								
Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.								
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE								
23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ou Viúva) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúva								
24 - Data do óbito da vítima:								
25 - Grau de Parentesco com a vítima:								
26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não								
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:								
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não								
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/>								
30 - Vítima deixou nascituro (ou nascido)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não								
31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não								
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/>								
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 - Imposição digital da vítima ou beneficiário não afetado								
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido								
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido								
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido								
38 - 1ª   Nome: CPF: Assinatura da testemunha								
39 - 2ª   Nome: CPF: Assinatura da testemunha								
40 - Local e Data: Maceió, 09/07/2019								
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)								
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)								
43 - Assinatura do Procurador (se houver)								





SAMU  
MOSSORÓ  
192

Prefeitura Municipal de Mossoró  
Secretaria Municipal da Saúde  
SAMU MOSSORÓ 192

**DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 242**

Mossoró 02 de Maio de 2019

Em resposta a solicitação do (a) Sr. (a): **SUELI DIAS MARTINS, 36 anos.**

RG: 1.972.785 passo a informar o que consta em nosso registro.

Identificação da ocorrência: 13

Nome do Paciente: **JEFFERSON FERNANDES DE MELO, 29 anos.**

Data: 16/04/2019

Local da ocorrência: BR-110 (próximo a UFERSA)


Viatura: **BRAVO** – Unidade de Suporte Básico de Vida - 02


Hora do Chamado: 08h 15min.

Natureza da Ocorrência: Colisão moto x carro

Procedimento no Local: Paciente socorrido de acordo com os protocolos SAMU, encaminhado para o Hospital Regional Tarcísio Maia, conforme regulação médica.

Dr. Dixon Fradik Medeiros Lima  
Diretor do SAMU Mossoró  
Mossoró - RN  
16/04/2019

  
**Silvania do Monte Santiago**  
Matrícula 58682-1  
Agente administrativo SAMU/Mossoró

  
**Dixon Fradik Medeiros Lima**  
Matrícula 405418-3  
Diretor do SAMU/ Mossoró

SAMU – Mossoró  
Rua: Sels de Janeiro, 509 – Santo Antônio – CEP: 59611-070 – Mossoró - RN  
Tel / FAX: (0xx-84)3315-4915  
e-mail: [samumossoro@hotmail.com](mailto:samumossoro@hotmail.com)



# 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:	01/08/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

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

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

CLIENTE: JEFFERSON FERNANDES DE MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02380

CONTA: 000000007285-5

---

---

Nr. da Autenticação CBD5F5C0582D2F35





Companhia Energética de São Paulo  
Rua Nelson, 150 - Jd. N.º 1 - São Paulo - SP  
CEP: 05318-000

CONSUMIDOR

ANTÔNIO LUIZ DE FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE

TV QUINDA 35

CPF: 201.379.214-12 NIS: 10642021495

ALTO DE SÃO MANOEL/ÁREA URBANA  
MOSSORÓ RN  
59626-135

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COMUNS

0854974629 04/2019  
10/04/2019 02/05/2019  
89,62

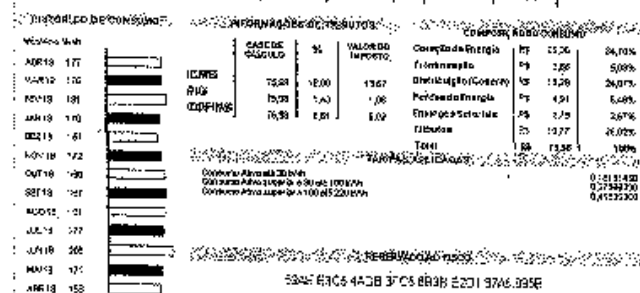
02704111 UNICA 05/04/2018  
00442216 3000079174 408210

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
Consumo Ativo até 20 kWh	20,00000000	R\$ 2,19300000	R\$ 43,86
Consumo Ativo superior a 20 até 100 kWh	70,00000000	R\$ 1,97430000	R\$ 138,20
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	77,00000000	R\$ 0,68150000	R\$ 52,53
Contrib. Imp. Rótulo Municipal			R\$ 6,74
KMS Parcela Subvenção			R\$ 8,33

TOTAL DA FATURA 89,62

PERÍODO	TIPO DA FATURA	DATA	PERÍODO	DATA	PERÍODO	DATA	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
02/04/19	CAI	02/04/2019	02/04/19	02/04/2019	02/04/19	02/04/2019	1,00000	1,00000



5545 6105 4428 37 03 0000 2201 3746 3936

Protocolo RECEBIDO 16 JUL 2019 TERRA DO SOL ALV. CORRETORES DE

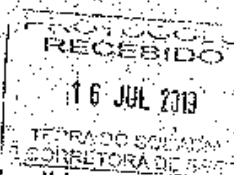
CONSUMO	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
00442216	12,00	4,00	48,00	12,00	48,00
00442216	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00
00442216	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00

DATA DE VENCIMENTO 10/04/2019

83800000000-9 89620038400-2 85497462920-0 01155218093-4



CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
AL DAS CARNAUBEIRAS, 833 TERREO - CONJ ULTRICK GRAFF  
MOSSORÓ - RN  
59625-410



ALEXANDRE BRUNO M CORREIA  
R RAIMUNDO L DE M 203 B AP 303  
MOSSORÓ - RN

59611-320

BE54899908BR



188A-7112 OP-1837813 OCR-V68C0101D18003 THOM

2099

# CAIXA

## Chegou seu novo Cartão de Débito CAIXA Elo com chip.

### Aproveite!



O seu Cartão de Débito CAIXA Elo tem um chip que oferece mais segurança em suas transações. Além disso, a CAIXA oferece também a vantagem de uma premiação para o seu cartão toda vez que você pagar compras com seu cartão de débito. Basta se cadastrar no Internet Banking CAIXA nos terminais de autoatendimento CAIXA ou no PAE.

#### ATENÇÃO

- Ao receber o seu cartão, confira se o seu nome está correto e assine no verso, no local indicado. Se você se tiver cadastrado o senha do cartão, seu cartão estará pronto para uso. Caso contrário, procure sua agência para cadastrá-lo.
- Nunca forneça ajuda ou terceiros ou utilizar os terminais de autoatendimento ou do Banco24Horas.
- Não escreva no cartão ou jure a ele a sua senha.
- Jamais forneça sua senha a terceiros.
- Nunca digite a sua senha em telefones ou celulares de terceiros, sob qualquer pretexto.
- Se o seu cartão for rotado ou ficar preso em algum equipamento de autoatendimento ou do Banco24Horas, não digite novamente a sua senha e ligue para as Centrais de Atendimento.
- Em caso de perda ou roubo, bloqueie imediatamente este cartão pelo SAC CAIXA ou pelo telefone do Atendimento Comercial ou nos terminais das salas de autoatendimento ou diretamente nas agências da CAIXA.
- Seu cartão é pessoal e intransferível e, portanto, o uso por terceiros não é autorizado pela CAIXA. Sua utilização irregular sujeita o titular do cartão às penalidades legais.

[caixa.gov.br](http://caixa.gov.br)

#### TELEFONES ÚTEIS

Atendimento Comercial: 3024 (105 Capais e Regiões Metropolitanas) / 0800 724 0505 (Demais Regiões) - Seção, extrato, emissão de novo cartão de débito, bloqueio de cartões de débito e outros serviços.  
Para pessoas com deficiência audível ou de fala: 0800 776 2492  
SAC CAIXA: 0800 724 0101 - Informações, reclamações, sugestões e elogios.  
Guarde: 0900 725 7473







## 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: 4020-1396 / 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 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, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jefferson Fernandes de Mello  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 051.839.634-99 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jefferson Fernandes de Mello inscrito (a) no CPF sob o Nº 099.416.604-99  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vitima Jefferson Fernandes de Mello

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 099.416.604-99, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Advogado Renda: — e apresento os documentos comprobatórios:

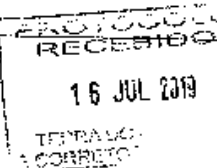
☒ Recuso informar

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 Pernambuco, 10, de Moura</u>	Número: <u>303</u>	Complemento: <u>AP 303</u>
Bairro: <u>Una Delfina</u>	Cidade: <u>Mossoro</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: <u>adulbarnandemendes@outlook.com</u>	CEP: <u>59621-320</u>	Tel. (DDD): <u>84-99864-7997</u>

Local e Data: Mossoro/RN, 03/07/2019

Assinatura do Declarante





## SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 46187 /2019

Admissão: 16/04/2019 08:49:46

## ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

307041

Paciente: 38107 - JEFFERSON FERNANDES DE MELO (29 a 2 m 20 d)

Nascimento: 27/01/1990

Natural: MOSSORO-BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 700404940795242

CPF:

Prof:

Mãe: ANTONIA IZANEIDE FERREIRA

Pai: JOSIMAR ARAUJO MELO

Logradouro: DR AUMAIR, 10

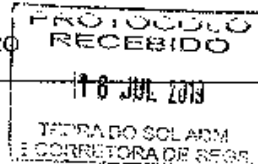
CEP: 59607100

Bairro: SAO MENAOEL

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.33153390

Compl:



Motivo (elegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

\*Empresa:

OBS: SAMU MOSSORO

Classificação:

16/04/2019 08:44:20

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	130/80		98		22				

## HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO, COM SUSPEITA DE FRATURA EM COLO DE FERMUR ESQUERDA.

Hora: 14:00 Paciente trazido pelo SAMU e conforme relatos dos paramédicos, paciente rememora colar cervical. Paciente afirma que estava sentado e estava na "grupos" da moto no momento da colisão. Refere alongar o membro. Nega perda de consciência, hemorragias e fraturas ósseas.

A= Visto como paciente com cervicalgia B= MM+ bilateralmente com sinais indolores e espasticidade simétrica. O paciente consciente, orientado, agitado, com movimentos vitais.

D= alongado 15, pupila isocóricas e fotossensíveis. O pérm esquerda com imobilização feita pelo SAMU e presença de emendas em PE. Paciente submetido com a mobilização da perna esquerda. Dor em foco distal da coxa.

Ação: flexão e extensão do pulso com mímica gestual. Não com mobilização voluntária. R= pulso PR e ausência de antepneumia.

Diagn. Inicial:

## PRESCRIÇÃO:

VIA

HORARIO

ASSINT.

① 500 mg

② Dapagliflozina 21 mg + 100 mg

③ Dexametasona 4 mg PO qd

- Dexametasona 4 mg PO qd

- 01 comprimido de 100 mg

- 1 comprimido de 100 mg

Guarnição P.C.C.

\*SAÍDA: ( ) Decisão médica ( ) Transferido ( ) Evasão ( ) Óbito ( ) Interna: (Preencher CID, PBOC)

CID 1025 Proc. 3018.01019

Data: 1/19. Hr:

Médico:

\*Gerado via SX por ANTONIO HELIO DA SILVA. Impresso em 16 de Abril de 2019.

(Assinar e Carimbar)

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO - VIA  
ESTA CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORO 03/06/2019

SAME / ARQUIVO

Dr. Paulo Roberto da Costa  
Ortopedia e Traumatologia  
TE-07-14597  
CRM/RN 1992



ORTOPEDIA

Pq 1 Fratura luxação de quadril Ef  
Fratura de acetábulo.

CA: Solicito TC

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
DAME MOSSORÓ 03.06.2019  
BIM  
DAME (ARQUIVO)



Prontuário: 207041



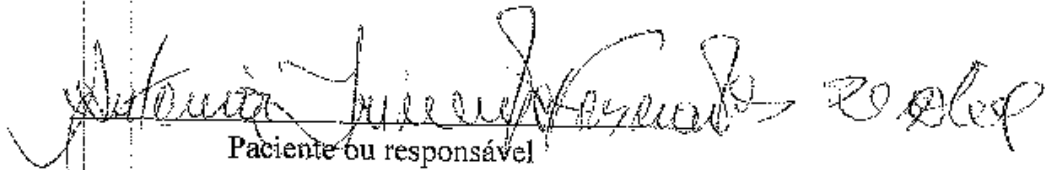
SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO  
RN  
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **JEFFERSON FERNANDES DE MELO** (Fia: 1915/2019), CPF:09741660499.

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

Mossoró/RN, 16 de Abril de 2019.


  
Paciente ou responsável

NUCLEO DE VIGILANCIA  
EPIDEMIOLÓGICA - R.T.A.  
DATA 16/05/19  
Assinatura

16/05/2019  
AD. W. Silva Magalhães

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 03/06/2019  
B.M.  
SAME / ARQUIVO



 <b>Sistema Único de Saúde</b>	<b>Ministério da Saúde</b>	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>
--	----------------------------	---

<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>		<b>2 - CNES</b>	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <i>LIVIA</i>			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
<b>Identificação do Paciente</b>		<b>6 - Nº DO PRONTUÁRIO</b>	
5 - NOME DO PACIENTE <i>TERE PSON FERNANDES DO MELO</i>		38107	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>		10 - RAÇA/COR	
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Mossoró</i>		17 - CDD. REG. MUNICIPAL	
		18 - UF <i>RN</i>	
		19 - CEP	

<b>20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS</b>		<b>JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO</b>	
		<i>LA QUADRA + PR ACOTAGELO E.</i>	
<b>21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO</b>			
		<i>Acidente com lesão por arma de fogo</i>	
<b>22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)</b>			
		<i>Exame físico + imagem</i>	
<b>23 - DIAGNÓSTICO INICIAL</b> <i>LA ACOTAGELO</i>		<b>24 - CID 10 PRINCIPAL</b> <i>S324</i>	<b>25 - CID 10 SECUNDÁRIO</b> <i>M18.8</i>
		<b>26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b>	

<b>27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>		<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>	
<i>LA ACOTAGELO</i>		<b>28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b> <i>01408101012917</i>	
<b>29 - CLÍNICA</b>	<b>30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO</b>	<b>31 - DOCUMENTO</b> ( ) CNS ( ) CPF	<b>32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</b>
			<i>100</i>
<b>33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</b>		<b>34 - DATA DA SOLICITAÇÃO</b> <i>10/11/19</i>	<b>35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)</b>
			<i>01/11/19</i>

<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>			
<b>36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>	<b>38 - CNPJ DA SEGURADORA</b>		<b>40 - Nº DO BICRÉTE</b>
<b>37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO</b>	<b>42 - CNPJ EMPRESA</b>		<b>41 - SÉRIE</b>
<b>38 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TAJETO</b>	<b>43 - CNAE DA EMPRESA</b>		<b>44 - CBOR</b>
<b>45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA</b>			
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO			

<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
<b>46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b>		<b>47 - CDD. EMISSÃO EMISSOR</b>	<b>48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>
<b>49 - DOCUMENTO</b> ( ) CNS ( ) CPF	<b>49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b>		<b>50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO</b>
<b>51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)</b>		<b>52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
		<i>REGIONAL TARCISIO</i>	
		<i>CONFORME O ORIGINAL</i>	
		<i>PROSSOR 03/06/2019</i>	
		<i>RIM</i>	
		<b>SAME / ARQUIVO</b>	





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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Gilson Fernandes de Azevedo Reg Nº \_\_\_\_\_

Diagnóstico pré-operatório: Fx vedado + lesão quadril ©

Indicação terapêutica: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

INTERVENÇÃO

Início: \_\_\_\_\_ Fim: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_

Operador G. Azevedo

1ª Auxiliar: \_\_\_\_\_

2ª Auxiliar: \_\_\_\_\_

3ª Auxiliar: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_

Anestesista: \_\_\_\_\_

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - Ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

(X) Limpa ( ) Pot. Contaminada ( ) Contaminada ( ) Infectada

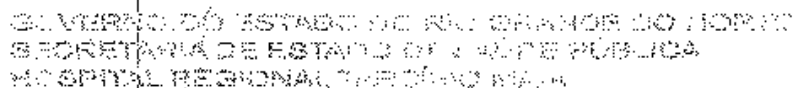
- 1) Incisão 12x12 cm na região quadril
- 2) Lesão encontrada quadril ©
- 3) Ampliação da ferida de 12x15
- 4) Colocação de 1 tração equineca transtibial
- 5) Curativo

Dr. Paulo Romero da Escóssia Pinheiro  
Ortopedia e Traumatologia  
TEOT 14391  
CRM/RN 5924

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
XIME MOSSORÓ 03/06/2019

SAMB+ARQUIVO





Nome do paciente: Jefferson Fernando de Melo nº do Pac: 46187  
 Cirurgia: Troca de válvula + redução de massa de gordura 16/04/19  
 Cirurgião: Patric Anestesista: - Instrumentação: -  
 Anestesiologista: E. dubian Anestesia: Rapil  
 Início da Cirurgia: 15:00 Fim: -

MATERIAL USADO	QUANTIDADE
* COMPRESSAS	5 un
* GASES	60 ml
* ESPARADRAPO	
* COMPRESSAS	
* LAMINA DE BISTURIN	1 un
* LIFAS	3 pacotes
* EQUIPO PARA SORO	
* S CALPS N°	
* JELCOS	
* CATETER PARA SUBCLAVIA	
* SERINGAS DE 01 ML	
* SERINGAS DE 03 ML	2 un
* SERINGAS DE 05 ML	2 un
* SERINGAS DE 10 ML	2 un
* SERINGAS DE 20 ML	2 un
* AGULHAS DE CARTAVELIS	
* SONDA ENDO TRACHEAL N°	
* TRAQUEOSTOMIA	
* SONDA URETRAL N°	
* SONDA FOLEY N°	
* SONDA NASOGASTRICA N°	
* CATETER PARA O2	1 un
* SONDA PARA ASPIRACAO N°	
* COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	
* BOLSA DE COLESTOMA	
* LENTE DE LENTAO	
* LENTE DE LENTAO	
* ATADURA SELADA	
* FAIXA DE CR POM	
* ALGODAO OR OPETAL	
* CATGUT OXIMADO	
* CATGUT SIMPLES	
* FIO DE ALGODAO	
* MONOMY OF	
* COLIROS HCL	
* USO DO BISTURIN E TROCO	
* URG DE OXIGENIO	
* SOLUCAO DE PAPIA ALCOOLICA	
* SOLUCAO DE ANTIDERMANTICO	250 ml
* SOLUCAO DE PAPIA CIPICO	
* SOLUCAO DE ETOR	
* SOLUCAO DE AZUL ORIGIN DA	
* SOLUCAO DE GLOBO 0.3%	500 ml
* SOLUCAO DE GLICOSE 5.5%	2 pacotes
* SOLUCAO DE RINGER LACTATO	
* SOLUCAO DE RINGER LACTATO	
* SOLUCAO DE RINGER SIMPLES	
* MANITOL	
* XILOCAINA 2%	
* ARE 10ml	

Nome: Raul  
 FIO TIPO STEINBERG 4 X 10 CM 101  
 Fabricante: Minar Med  
 Referência: 2 17 42 108  
 Lota: 00000000000000000000  
 Mo: Registro: 10/10/2018  
 Validade: 10/10/2020

7041556

HOSPITAL REGIONAL YARCIS  
 STA CONFORME O ORIGEM  
 02.06.2019

SAME / ARQUIVO



DATA: 07/05/2019

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

Nome: JEFERSON FERNANDES DE MELO 29 ANOS  
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 209-1  
DATA DA ADMISSÃO: 16/04/19 MOSSORO - RN CÓDIGO: 38107

DATA	EVOLUÇÃO
	21 °DI: LX DE QUADRIL E. + FX DE ACETABULO E. REALIZADO REDUCAO INCRUENTA + TRACAO TRANSTROCANTERICA  QP: SEM QUEIXAS.  EF: BEG, COTE, AAA. NORMOCORADO E HIDRATADO ACV: RCR, 2T, SEM SOPRO, BNF AR: MV + EM AMBOS OS HEMITORAX, SRA ABDOM: ATIPICO, FLACIDO E INDOLOR A PALPACAO. RHA +  SITUAÇÃO: LABORATÓRIO: (28/04/19): HB: 12.4 LEUCO: 12200 PLAQ: 468.000 UREIA: 25 (18/04) CR: 1.0 (18/04) TGO: 81 TGP: 49 INCLUSO NO SISREG RISCO CIRURGICO BAIXO  CD:VPM

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA LIVRE	
2	SFO,9% 1500 ML EV PARA 24 HORAS	
3	DIPIRONA 500MG/ML. 2ML + ABD EV 6/6 HORAS.SN	
4	OMEPRAZOL 40MG VO JEJUM 1XDIA	
5	BROMOPRIDA 10MG 8/8 HORAS SE NAUSE E/OU VOMITO	
6	CLEXANE 60MG SC 1X DIA	
7	FISIOTERAPIA MOTORA	

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SANE MOSSORÓ 03/06/2019  
SANE / ARQUIVO





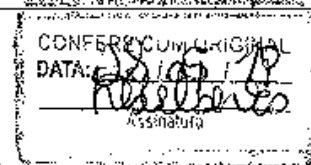


Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

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

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2- CNES	
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA		4- CNES 3515168	
Identificação do Paciente			
5- PACIENTE JEFFERSON FERNANDES DE MELO		6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO 185828	
7- CARTÃO NACIONAL/SUS 700 4049 4079 5242	8- DATA DE NASCIMENTO 27/01/1990	9- SEXO MASCULINO	10- RAÇA/COR PARDA
11- NOME DA MÃE ANTONIA IZINEILDE FERNANDES DE MELO		12- TELEFONE DE CONTATO 988356692	
13- NOME DO RESPONSÁVEL TIA/INEZ		14- TELEFONE DE CONTATO	
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) TV: OLINDA 35			
16- MUNICÍPIO MOSSORO	17- BAIRRO ALTO S. MIGUEL URBANA	18- UF RN	19- CEP 59625165
Justificativa de Internação			
20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Paciente encaminhado de Mossoro-RN com fratura acetabulada há 16 dias</i>			
21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>cirurgias</i>			
22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>RX + TC</i>			
23- DIAGNÓSTICO INICIAL <i>fratura</i>	24- CID 10 PRINCIPAL <i>acetabulo</i>	25- CID 10 SECUND.	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>trat cirurgico</i>			
28- CLÍNICA	29- CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>075 H</i>	31- DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34- DATA DA SOLICITAÇÃO	35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)			
36- ( ) AG. TRÂNSITO 37- ( ) AG. TRABALHO TIPO 38- ( ) ACI. TRABALHO TRAJETO	39- CNPJ DA SEGURADORA	40- Nº DO BILHETE	41- SÉRIE
45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO	42- CNPJ DA EMPRESA	43- CNAE DA EMPRESA	44- CBOR
Autorização			
46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47- COD. ORGÃO EMISSOR	52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48- DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO	51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		



## PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA  
ORTOPEDIA

## REGULAÇÃO

085

ENFERMARIA Nº	LEITO		PRONTUÁRIO 165628
DATA <b>07/05/2019</b>	HORA <b>14:15</b>	CATEGORIA	GIR
PACIENTE <b>JEFFERSON FERNANDES DE MELO</b>			DATA DE NASCIMENTO <b>27/01/1990</b>
ESTADO CIVIL <b>SOLTEIRO</b>		PROFISSÃO <b>AGRICULTOR</b>	
ENDEREÇO (RUA, N°) <b>RV OLINDA 35</b>			
MUNICÍPIO <b>MOSSORO</b>	BAIRRO <b>ALTO S MARIANA A. URBANA</b>	UF <b>RN</b>	CEP <b>59825165</b>
LOCAL DE TRABALHO			TELEFONE
FILIÇÃO <b>ANTONIA IZINEILDE FERNANDES DE MELO</b>	JOSIMAR ARAUJO DE MELO		
RESPONSÁVEL <b>TIA / INEZ</b>			TELEFONE <b>988356692</b>
ENDEREÇO <b>O MESMO</b>			
DIAGNOSTICO PROVISÓRIO			
DIAGNOSTICO DEFINITIVO			
DATA DE ADMISSAO	ALTA <b>21/05/19</b>		OBITO
	HISTORIA CLINICA		

CONFERE COM ORIGINAL

DATA

Assignment



PF 297413604.99  
US 700 4049 407 952 42 Del. 98835 6692 int



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA  
PARNAMIRIM / RN

Nome - Alfonso Izmeide Lourenço de Melo  
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 41

OME Jefferson Lourenço de Melo  
IDADE: 27/01/1990 COR: — SEXO: Masculino ESTADO CIVIL: solteiro  
NATURALIDADE: Mossoró RN PROFISSÃO: Autônomo PROCEDÊNCIA: —  
ENDEREÇO: Av. Oliveira 35 BAIRRO: Alto de São Jacinto  
CIDADE: Mossoró RN DATA: 07/05/2019 HORA: 12:00 AM

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALLEGADA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

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

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

TEMP RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

acidente com fratura  
avulsiva da 1ª e 2ª  
metacarpais de mão - RN

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura avulsiva



EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

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

CONDUTA

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <u>Ortopedia</u>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____
HORA ____:____:____ HS		HORA ____:____:____ PARA ____:____:____
RETIROU-SE POR DATA ____/____/____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA ____:____:____ HORA ____:____:____	A REVELIA <input type="checkbox"/>
A FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
<u>Rogério Santos</u> Ortopedia e Traumatologia MÉDICO (CRM 1226-5/OT 1341)		CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)

CONFERIDO COM VIGILÂNCIA  
DATA: 13/11/2020





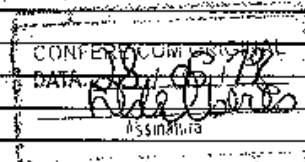
Hospital	
Nome do paciente	EFERSON E. DE MELO
Nº prontuário	
Data operação	Enf.
Operador	1º auxiliar
2º auxiliar	3º auxiliar
Anestesista	Instrumentador
Diagnóstico pré-operatório	Alargamento de canal cístico
Tipo de operação	Fract. de Fract. de costela (E)
Diagnóstico pós-operatório	Fract. de Fract. de costela (E)
Relatório imediato do patologista	
Exame radiológico no ato	
Acidente durante a operação	

#### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Via de acesso por via lateral e (E)  
Alargamento  
do canal de fratura com bisturi e  
drenagem e fratura de os parafusos e os  
placa 3.5  
Sutura e 8/0  
Sutura por placa  
Osteosíntese

Dr. Helder de Moraes  
Cirurgião de Trauma  
CRM 5211/5501-1221



Hospital		Enfermaria		Leito	Nº prontuário	
Nome <i>Alfonso Le Melo</i>		Idade <i>29</i>		Sexo <i>M</i>	Cor	
Sanguíneo	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros
	Hemácias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia	
Urina						
Aspiratório						
Circulatório					Asma	Bronquite
Digestivo	Eletrcardiograma					
to mental		Dentes	Pescoco	Ap. urinário		
toxicológico pré-operatório		Ataraxicos	Corticóides	Alergia		Hipotensores
testes anteriores					Estado físico <i>I</i>	Risco
ação pré-anestésica	Aplicada às					Efeito





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Jefferson Fernandes de Melo Idade: 29 D/N: 27/01/1990  
Pront.: 155628 Município: MOSSORÓ Procedência: ☒ Interno ( ) Externo  
Data da cirurgia: 27/01/2020 Hora Admissão: Bloco Sala: 03 Hora Saída: 14:00 Peso: 75  
Alergias: ( ) Não ☒ Sim Penicilina Comorbidades: ( ) HAS ( ) DM ( ) Outras  
Uso de medicações: ☒ Não ( ) Sim Jejum: ( ) Não ☒ Sim  
SSW Admissão: PA: 120/80 mmHg Pulso: 75 bpm FL: 98 rpm FC: 98 bpm SpO<sub>2</sub>: 98 % T: 36 °C  
Enfermeiro(a): Glória Instrumentador(a): Glória Circulante: Andreia Moura  
Cirurgia: Tireoidectomia Especialidade: Otorrinolaringologia Sala: 03  
Hora Início: 14:00 Hora Término: 13:00 Tipo de cirurgia: ☒ Eletiva ( ) Urgência ( ) Limpa ( ) Contaminada ( ) Infectada  
1º Cirurgião: Dr. Haurmon Aux.: Dr. Uli Residente: Dr. Uli  
Anestesia: ( ) Local ☒ Sedação ( ) Geral TOT: 20.45 ( ) Bloqueio ☒ Raquidiana Ag. n.º 26 ( ) Peridural ( ) Cateter ( ) s/cateter  
Ag. n.º 20.45 Cateter n.º 20.45 Garrote: ( ) Smarch ( ) Pneumático Início: 20.45 Término: 20.45  
Anestesiologista: Dr. Ingrid

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotenso	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Letárgico	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input type="checkbox"/> Oximetria
<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Fístula	<input type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Integra	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Diprífusor
<input checked="" type="checkbox"/> Ansioso	<input type="checkbox"/> C/lesões	<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> BIC
<input type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Normoesfígmico	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Desfibrilador
<input type="checkbox"/> U/ dificuldade	<input type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input type="checkbox"/> Eupnéia	<input type="checkbox"/> Cistostomia	
<input type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Dreno:	
<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input type="checkbox"/> Dispositivo O <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input type="checkbox"/> Tetraplégico	<input type="checkbox"/> Manchas		<input type="checkbox"/> Tração	
<input type="checkbox"/> Amputações	<input type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input type="checkbox"/> Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>75</u>	<u>78</u>	<u>102</u>	Bpm
Pulso	<u>78</u>	<u>75</u>	<u>102</u>	Bpm
Oximetria	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>98</u>	%
Capnografia	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	%
PA	<u>137</u>	<u>127</u>	<u>128</u>	mmHg

ACESSO VENOSO	POSICÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Arterial	<input type="checkbox"/> Dorsal	<input type="checkbox"/> Cabeça	<input type="checkbox"/> Anatômicos
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica	<input type="checkbox"/> Ventral	<input type="checkbox"/> Pescoço	<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Punção Venosa Central	<input checked="" type="checkbox"/> Lateral <u>E</u>	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Fletidos
<input type="checkbox"/> Dissecção venosa	<input type="checkbox"/> Litotômica	<input type="checkbox"/> Lombar	<input type="checkbox"/> MMII
Local: <u>MS</u>	<input type="checkbox"/> Trendleburg		<input type="checkbox"/> Anatômicos
Cateter: <u>Jelco 18</u>	<input type="checkbox"/> Canivete		<input type="checkbox"/> Abduzidos
	<input type="checkbox"/> Proclive		<input type="checkbox"/> Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	TRICOTOMIA
<input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não ( ) Metal ( ) Descartável	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Local: <u>Dorso</u>	
DEGERMAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não <u>+ alcool</u>	
Local: <u>Perna</u>	Solução: <u>Clorox</u>

SONDAGEM GÁSTRICA	IMPLANTE CIRÚRGICO
SNG n.º	Drenos:
Retorno:	Tela:
CATETERISMO VESICAL	Cateter:
SVF n.º <u>18</u> SVA n.º	Ostomia:
Diurese:	Fio de KC:
Profissional responsável: <u>Dr. e</u>	Placa - Tipo:
	Outros:

EXAMES SOLICITADOS	ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
<input type="checkbox"/> Hemograma	Caixa cirúrgica: <u>base</u>
<input type="checkbox"/> Coagulograma	Quant. Material: <u>39 Pcs</u>
<input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	Val.: <u>13/08/19</u>
<input type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)	Contagem de gaze e compressa: ( ) Não ( ) Sim



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

HEMOTRANSFUSÃO:

( ) Hemocentrado Unid. ( ) Plasma Unid. ( ) Plaquetas Unid.  
( ) Albumina Unid. ( ) Expansor plasmático Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

Levotiroxina 40mcg h: 22:00 ondasetron h: 22:00  
aspirina h: 22:00 8mg h: 22:00  
anticoagulante h: 22:00 h: 22:00

HIDRATAÇÃO VENOSA

( ) Soro Fisiológico: ml  
( ) Soro Glicosado: ml  
( ) Soro Ringer Simples: 1.000 ml  
( ) Soro Ringer Lactato: ml  
Quantidade total de volume administrado: ml

ANATOMO PATOLÓGICO

( ) Não ( ) Sim Peça: Peça para sepultamento: ( ) Não ( ) Sim  
Swab para cultura: Líquido:

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: limpo ( ) a/ exsudato ( ) Contaminada ( ) Aparelho gessado ( ) Bandagens ( ) Talas ( ) Outros:

INTERCORRÊNCIAS:

Ass: Ana Coren: 360446

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: ( ) Consciente ( ) Inconsciente ( ) Narcose ( ) Coma ( ) Vigil ( ) Agitado  
Respiratório: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel ( ) O<sub>2</sub> ambiente Curativo: ( ) Oclusivo ( ) Compressivo ( ) Bolsa de  
colostomia ( ) Outro:  
Diurese: ( ) Espontânea ( ) Normal ( ) Hematúria ( ) Irrigação Vesical ( ) Oligúrica Destino após a cirurgia: SRPA

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

Hora: 23:05 Data: 16/05/19 Nível de consciência: Desorientado ( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Grogue Vias aéreas: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel ( ) Cateter O<sub>2</sub> ( ) O<sub>2</sub> Ambiente  
Mobilização MMII: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade Mobilização MMSS: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade  
Venoclise: ( ) Não ( ) Sim Tipo: AVC Local: Local Sondas: ( ) Gástrica ( ) Enteral ( ) Vesical  
Drenos: ( ) Sucção ( ) Torácico ( ) Penrose ( ) Kherr Ostomias: ( ) Sim ( ) Não Especifique:  
Irrigação vesical contínua: ( ) Retorno satisfatório ( ) Retorno Insuficiente ( ) Coágulos  
Curativo: ( ) Oclusivo ( ) Descoberto ( ) Limpo ( ) Sujo Monitorização: ( ) ECG ( ) Oxímetro ( ) PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA ( ) Náuseas ( ) Vômitos ( ) Sangramento ( ) Dor ( ) Bexigoma ( ) Alteração PA ( ) Alteração FC  
Relate:

SINAIS VITAIS

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão		<u>90</u>			<u>100</u>	<u>NÃO</u>
30'		<u>87</u>			<u>99</u>	<u>NÃO</u>
60'						
Alta						

Líquidos administrados na URPA:

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

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

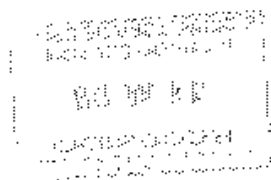
	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação
Recebido da SO				
Desprezado URPA				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: Paciente encaminhado para PAIO X.

Ass: Saymara Coren: 51067





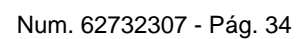




RECEITA FEDERAL  
15 JUL 1990



16 JK 189



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190430327 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JEFFERSON FERNANDES DE MELO **Data do acidente:** 16/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

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

**Data da análise:** 29/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO ACETÁBULO E LUXAÇÃO DO QUADRIL À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PG 12 E 13 - FOLHA DE CIRURGIA

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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





**Bruno Mendes Urbano Júnior**  
Advogado OAB/RN 13.397 Advogado OAB/RN 13.776

**PROCURAÇÃO**

**OUTORGANTE**

**JEFFERSON FERNANDES DE MELO**, brasileiro, solteiro, Trabalhador Agrícola, portador do CPF nº 097.416.604-99, residente e domiciliado a Rua Travessa Olinda, 35, Alto de São Manoel, Mossoró/RN, CEP: 59625-165. (84-99902-7074).

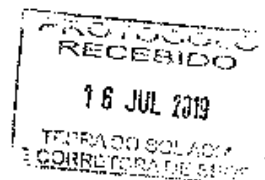
**OUTORGADO**

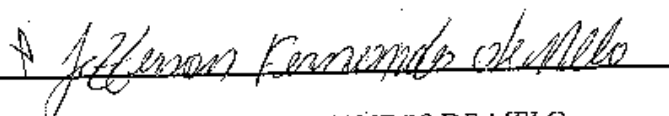
**ALEXANDRE BRUNO MENDES CORREIA**, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 13.397, com endereço para intimações de estilo no rodapé.

**PODERES:**

A quem confere(m) amplos e ilimitados poderes, para o foro em geral, com as Cláusulas "ad-judicia e et extra", para o foro em geral, perante qualquer instância (grau de jurisdição), e especialmente para junto a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A** ou ainda perante qualquer outra **Seguradora participante do Convênio DPVAT**, possa requerer e receber valores referentes a indenização proveniente do Seguro Obrigatório DPVAT, onde com esta se apresente/m, possa defender os interesses da parte outorgante em qualquer ação em que o mesmo seja autor ou réu, assistente, oponentes, ou de qualquer modo interessado, podendo interpor todos os recursos em direito permitidos; propor ações e delas variar ou desistir, acompanhando-as em todos os termos, até o final; entrar em acordo, agravar ou apelar de qualquer despacho ou sentença, fazer e assinar requerimentos, assim como todos os documentos necessários ao feito, requerer falência ou concordata; transgredir; firmar compromisso; passar recibos, inclusive receber Alvará judicial e/ou bens móveis apreendidos, dar quitação, assinar termos e compromissos de inventariante, e tudo o mais usar e praticar, requerer e assinar para o completo desempenho deste mandato, inclusive substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim lhe convier, e praticar(em) todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato.

Mossoró/RN 3 de julho de 2019





**JEFFERSON FERNANDES DE MELO**



**Bruno Mendes**      **Urbano Júnior**  
Advogado OAB/RN 13.397      Advogado OAB/RN 13.776

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0239878/19

Número do Sinistro: 3190430327

Vítima: JEFFERSON FERNANDES DE MELO

CPF: 097.416.604-99

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 16/04/2019

Titular do CPF: JEFFERSON FERNANDES DE MELO

CPF de: Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

ALEXANDRE BRUNO MENDES CORREIA : 051.839.634-79

Procuração

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/07/2019  
Nome: ALEXANDRE BRUNO MENDES CORREIA  
CPF: 051.839.634-79

ALEXANDRE BRUNO MENDES CORREIA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/07/2019  
Nome: FERNANDA XAVIER DE MEDEIROS VIEIRA  
CPF: 061.400.284-26

FERNANDA XAVIER DE MEDEIROS VIEIRA





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, 16 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190430327

Vítima: JEFFERSON FERNANDES DE MELO

Data do Acidente: 16/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BRUNO MENDES CORREIA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JEFFERSON FERNANDES DE MELO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14573582

