



Número: **0844742-82.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **15/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 3.037,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO (AUTOR)		DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES (ADVOGADO)	
Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais (RÉU)			
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62822 281	16/11/2020 19:09	2766756_CONTESTACAO_Anexo_05	Outros documentos

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: 07/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00756

CONTA: 000000062178-4

Nr. da Autenticação D9F8F78911075A98



PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2012108984**Cidade:** Parnamirim**Natureza:** Invalidez**Vítima:** LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO**Data do acidente:** 01/01/2012**Emissor do parecer:** Juliana dos S Wanis**Seguradora:** FEDERAL DE SEGUROS S/A**Prestadora:** Visão Médica Ltda**CRM do médico:** 88043-4

PARECER

Data da análise:	20/03/2012
Valoração do IML:	
Perícia médica:	Não
Diagnóstico:	FRATURA DA PATELA ESQUERDA
Resultados terapêuticos:	
Sequelas permanentes:	LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO
Sequelas:	Com sequela
Conduta mantida:	Não
Quantificação das sequelas:	INVALIDEZ PARCIAL / JOELHO ESQUERDO: 50% DE 25%= 12,5%
Documentos complementares:	
Observações:	
Valor pleiteado:	13.500,00
Médico avaliador:	JULIANA WANIS
UF do CRM do médico:	RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um joelho	25	1	50

Valor avaliado: 1.687,50



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



FEDERAL DE SEGUROS S.A.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT - Nº DO SINISTRO _____

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO, PORTADOR (A) DO
RG Nº 3350812155 EXPEDIDO POR DETRAN EM 10/08/09 E CPF Nº
067.406.064-47 PROFISSÃO AUTÔNOMO E RENDA MENSAL
600,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE À
INDENIZAÇÃO/REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA
LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO AUTORIZO A
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO
COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento.
Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

() CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (QUALQUER BANCO)

Nº DO BANCO _____

Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA _____

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA BANCO BRADESCO Nº BANCO 237

Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA _____

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA BANCO ITAÚ Nº BANCO 341

Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA _____

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA BANCO DO BRASIL Nº BANCO 001

Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA _____

(X) CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL Nº BANCO 104

Nº AGÊNCIA 2008 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)Nº CONTA 29121-9PARNAMIRIM, RJ 08/03/12

LOCAL / DATA

LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

Assinatura do / da Beneficiário / a

RECEBEMOS EM

09 MAR. 2012

FEDERAL SEGUROS S/A

FEDERAL SEGUROS S/A
12 MAR 2012



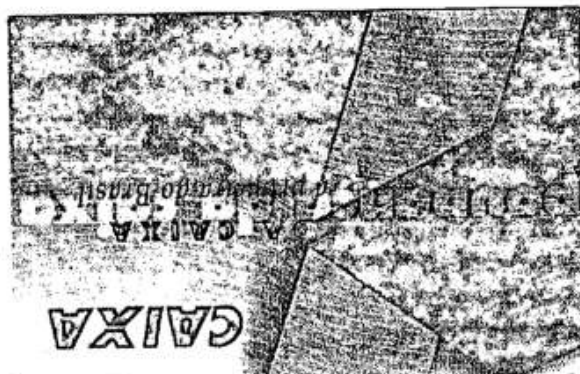
FEDERAL SEGUROS S/A.

12 MAR 2012

RECEBEMOS EM

24
09 MAR. 2012

FEDERAL SEGUROS S/A





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODoviÁRIA ESTADUAL - CPRE
SETOR DE TRÁFEGO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA
1004026



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE
ACIDENTE DE TRÂNSITO

Nº 50816

1 - LOCAL E DATA

Local Tv. Edgar de Medeiros Bairro Pium
Cidade Parnamirim - RN P. Ref. Posto Pium
Data 01/01/2012 Hora do acidente 21 00 Hora do registro 21 48 Dia/semana domingo

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ - colisão frontal ☐ - colisão lateral ☐ - capotamento ☐ - atropelamento
☐ - colisão posterior ☐ - colisão transversal ☐ - choque ☒ - outros

3 - VEÍCULO 01

Placa/Chassi NNS-6263 Cidade Parnamirim UF RN
Marca/Mod. YAMAHA/XTZ Cor Azul Ano 2011
Proprietário Leonardo Bruno Silva do Nascimento Nº de Ocup. 01
Condutor Leonardo Bruno Silva do Nascimento D. N. 12/06/1985
Endereço Rua da Aurora Nº 57 Tel 9134-1561
Bairro Pium Cidade Parnamirim UF RN
CPF Nº 067406064-47 CNH Nº 033.508.121.55 Validade 06/08/2014 Categoria AB
Local de Trabalho Corais de Cotovelo Fone _____
End. Completo Rua Joaquim Patricio, Pium, Parnamirim - RN.

4 - VEÍCULO 02:

Placa/Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocup. _____
Condutor _____ D. N. _____
Endereço _____ Nº _____ Tel _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. Completo _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa/Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocup. _____
Condutor _____ D. N. _____
Endereço _____ Nº _____ Tel _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. Completo _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa/Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocup. _____
Condutor _____ D. N. _____
Endereço _____ Nº _____ Tel _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. Completo _____



SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS
Tabelionato Paulo Amaral
AV TEN MIBROS, 889 - CENTRO - CEP 59400-000 - PARNAMIRIM - RN - FONE/FAX (96) 3272-2212/3272-2212
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido, dou fé.
Parnamirim/RN, 08 DE MARÇO DE 2012.
Up. 1
Emol. R\$ 2,50 * * * * * Substituto * * * * *
Valido somente com o selo de autenticidade.

09 MAR. 2012

FEDERAL SEGUROS S/A



7-VERSÕES DOS ENVOLVIDOS NO ACIDENTE DO TRÂNSITO

SOBRE VI: Onde transitava?			
Em que sentido?		Em que faixa?	

Versão do condutor do V1:

SOBRE V2: Onde transitava?			
Em que sentido?		Em que faixa?	

Versão do condutor do V2:

SOBRE V3: Onde transitava?		
Em que sentido?		Em que faixa?

Versão do condutor do V3:



SEGUNDO OFICIO DE NOTAS

Tabelionato Panya Amarat

AV TEN. MEDeiros, 650 - CENTRO - CEP 55140-030 - PERNAMBUCO - RN - FONE/FAX: (84) 3272-2670 / 3272-2312

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido: dou fé.

Parnamirim/RN, 08 DE MARÇO DE 2012.

Op.: 1

Emol. R\$ 2,50

Pedro Erasmo de Paiva Nun

Substituto

Válido somente com o selo de autenticidade.

SOBRE V4: Onde transitava?			
Em que sentido?		Em que faixa?	

Versão do condutor do V4:

FEDERAL SEGUROS S/A.
12 MAR 2012

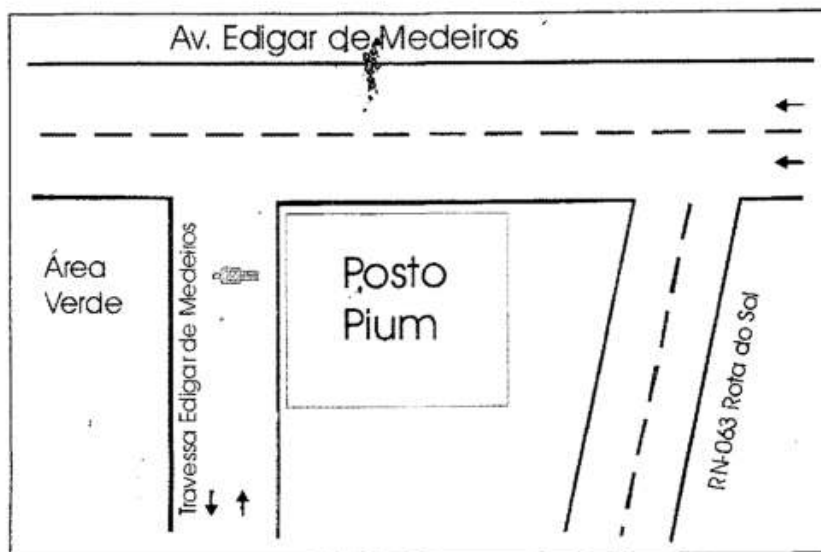
Recebemos em 09 MAR. 2002
FEDERAL SEGUROS S/A



CONDIÇÕES DA VIA:

Luminosidade	Cond./tempo	Tipo de pista	Caract./pista	Cond./pista	Sinalização
☐ Amanhecer	☒ bom	☐ asfalto	☒ reta	☒ seca	☒ Inexistente
☐ Pleno dia	☐ nublado	☒ paralelepípedo	☐ curva	☐ molhada	☐ Do PM
☐ Anoitecer	☐ chuva	☐ concreto	☐ Aclive	☐ inundada	☐ semafórica
☒ Noite c/iluminação	☐ neblina	☐ cascalho	☐ Declive	☐ Poças d'água	☐ Faixa de pedestre
☐ Noite s/iluminação	☐ outro	☐ terra	☐ lombada	☐ oleosa	☐ Linha contínua
		☐ outro	☐ cruzamento	☐ enlameada	☐ Linha descontinua
			☐ rotatória	☐ Em obras	☐ Placa:
			☒ retorno	☐ Com defeito	☐ Lombada eletrônica:
			☐ entroncamento	☐ Com areia	☐ Vel. Máx. perm
			☐ bifurcação	☐ outro	☐ Km/h
			☐ Outros		☐

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRANSITO



10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRANSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1	AVARIAS DO VEÍCULO 2
AVARIAS DO VEÍCULO 3	AVARIAS DO VEÍCULO 4

FEDERAL SEGUROS S/A.
12 MAR 2012

RECEBEMOS EM

09 MAR. 2012

FEDERAL SEGUROS S/A

SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS

Tabelionato Paiva Amaral

AV. TEN. MEDEIROS, 452 - CENTRO - CEP 59142-020 - PARNAMIRIM - RN - FONE/FAX: (84) 3373.2676 / 3373.2312

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que se foi exibido: dou fé.

Parnamirim/RN, 08 DE MARÇO DE 2012.

Op.: 1. Pedro Erasmo de Paiva Nun

Enol: R\$ 2,50. Substituto

Valido somente com o selo de autenticidade.



11- ☒ VITIMA / ☐ TESTEMUNHA / ☒ CONDUTOR ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 / PASSAGEIRO ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 / ☐ PEDESTRE

Nome Leonardo Bruno Silva do Nascimento
 RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento 12/06/1993
 Endereço Rua da Aurora N° 57 FONE: 9139-1561
 Bairro Plum Cidade Parnamirim UF RN
 Versão: _____

12- ☐ VITIMA / ☐ TESTEMUNHA / ☐ CONDUTOR ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 / PASSAGEIRO ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 / ☐ PEDESTRE

Nome _____
 RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
 Endereço _____ N° _____ FONE: _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão: _____

13- ☐ VITIMA / ☐ TESTEMUNHA / ☐ CONDUTOR ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 / PASSAGEIRO ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 / ☐ PEDESTRE

Nome _____
 RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
 Endereço _____ N° _____ FONE: _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão: _____

14- ☐ VITIMA / ☐ TESTEMUNHA / ☐ CONDUTOR ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 / PASSAGEIRO ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 / ☐ PEDESTRE

Nome _____
 RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
 Endereço _____ N° _____ FONE: _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão: _____

15- SOCORRISTA

Placa _____ UF _____ Marca/modelo _____
 Nome _____ RG N° _____ Órgão Expedidor _____
 Endereço _____ N° _____ FONE: _____
 Cidade _____ UF _____

16-OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

Informo que ao chegar no local só encontrava-se o condutor do V-1 caído ao solo e o V-1 não se encontrava no local, onde a mesma teria sido levada por populares da família do condutor do V-1 para sua residência, já o condutor do V-1 foi conduzido ao PS Clóvis Sarinho pelo SAMU, não sendo possível colher a sua versão devido o mesmo estar na sala de cirurgia, informo ainda que segundo informações no local o acidente aconteceu através de uma queda do condutor do V-1.

17- CONCLUSÃO DO SETOR DE TRÁFEGO

Deixo de emitir parecer, por insuficiência de informações sobre o ocorrido.

Nome Completo do PM que registrou a ocorrência	Antônio de Souza Brito		
Posto/Grad.	3° SGT	PM N°	88028
		Viatura	19
		Sub-unidade	1° NPPE

Local e Data: Natal/RN, 24 de fevereiro de 2012

RE

Eann Styvenson Valentim Mendes
 1° Ten QOPM
 Mat. 170.086-3
 CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido: dou fé.

SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS

Ata de Medição de Velocidade - 06/12/2011 - 07/12/2011



DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

1004031



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VITIMA:

Leonardo Bruno S. Nascimento

NÚMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

01.07.2012

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

01.01.2012

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

Vandy Ernesto de Andrade CRM 1608

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Fratura de Patela E com ferimento
corpo contuso do Joelho E

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Tratamento Cirurgico

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?
CASO POSITIVO DESCREVER:

[] SIM

[X] NÃO

COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

[] A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

[X] A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

- 1° Fratura de Patela E
- 2° Ferimento corpo contuso do Joelho E
- 3° Alta Hospitalar 07.01.2012
- 4°
- 5°

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VITIMA NO PERÍODO DE
QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Vandy Ernesto de Andrade

LOCAL

08, 02, 2012

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO

CRM 1608

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

ASSINATURA DA VITIMA

RECEBEMOS EM

09 MAR. 2012

FEDERAL SEGUROS S/A

FEDERAL SEGUROS S/A

12 MAR 2012





HOSPITAL MUNICIPAL WALTER NERY GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
[UNITRAUMA] - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

DATA: 01/01/2012 HORA: 23:42:21 Nº BAA: 276/2012
NOME: LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO DATA NASC: 12/06/1985
IDADE: 26 COR: PARDA SEXO: M CPF: 06740606447 RG: 2175501
NOME DA MÃE: SEVERINA MARIA DA SILVA GOMES
NOME DO PAI: JOAO BATISTA DO NASCIMENTO
ENDEREÇO: RUA AURORA, 5 BAIRRO: PIUM (DISTRITO LITORAL)
COMPLEMENTO: SUS
FONE: 84 / / /
CIDADE: PARNAMIRIM PROFISSÃO: PINTOR
NATURALIDADE: ESTADO: RN
ORIGEM: SAMU METROPOLITANA ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
MOTIVO DO ATENDIMENTO: ACIDENTE DE TRANSITO - MOTOQUEIRO

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Atoma de acidente de moto. Já aproximadamente 03 horas
estava usando capote. Vem encaminhado para ortopedia
por fratura de patela (C?). Não pôde de conversão
nóculos e vidros.

RECEBEMOS

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

09 MAR 2012

FEDERAL SEGUROS

A: Lúid. Admissão sem neurologia;
B: MM + e simétrico. Espandido em ar ambiente
C: RR, RT, BM-
D: Sordador, sem defeito.
E: Exame de corpo contuso em membro, neurológico em pt esquerdo.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Edema glóide, sem dor à palpação.

FEDERAL SEGUROS SIA.

12 MAR 2012

03.02.12
M. T. T. T.

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL
00:30				20	80	15	
DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura de patela com artéria lesada e a artéria lesada.							



EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)	
A	
B	
C	
D	
E	

A (ALERGIAS): nega
M (MEDICAÇÃO EM USO): nega
P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):
L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS):
A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):
V (PASSADO VACINAL): Atualizada

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM) ***	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
	OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Alta em casa

1) *Justa Lim*
2) *RS 1000 - 10*
3) *Keflin 1g IV 6/6h*
4) *Metronidazol 500mg VO 12*
5) *CC 60 - 12*

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

RECEBEMOS EM
09 MAR 2012
FEDERAL SEGUROS S/A

Assinatura e Carimbo do Responsável

PARECERES

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		
ESPECIALISTA 1: <i>Buonomo Leopoldo</i>	HORA: <i>00:10</i>	DATA: <i>02/01/12</i>
ESPECIALISTA 2: <i>Dr. F. F. F.</i>	HORA: <i>00:10</i>	DATA: <i>02/01/12</i>
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:

FEDERAL SEGUROS S/A
12 MAR 2012



Sistema Ministério
SUS único de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

REVISADO

EM 11/01/2012

POR Aida C. Macedo

2 - CNES
2653923

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO (2 - 33/2012)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
15594

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO
12/06/1985

9 - SEXO
Masc ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR
PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

SEVERINA MARIA DA SILVA GOMES

DDD
84

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

SEVERINA MARIA DA SILVA GOMES

DDD
84

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA AURORA, 5 - PIUM (DISTRITO LITORAL)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PARNAMIRIM

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
240325

18 - UF
RN

19 - CEP
59160830

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Análise da colúmbula tri
s de

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

fratura do antebraço do membro
superior esquerdo.

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

Exame radiológico
do antebraço

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura do antebraço do
membro superior esquerdo

24 - CID 10
PRINCIPAL

25 - CID 10
CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

CONFERE COM O

27 - CLÍNICA
NATALIA

28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
2

31 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) SOLICITANTE/ASSISTENTE

028334

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE/ASSISTENTE

FRANCISCO DE ASSIS FREIRE DE SOUZA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

02/01/2012

35 - ASSOCIAÇÃO Nº REGISTRO DO CONSELHO

Associação de Advogados

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOA

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR

HERCILIA RABELO RIOS NOGUEIRA

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

M240810201

52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

2413040178 (3)

48 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

09824677453

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSIN E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

0413040178

1989



HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL
AVENIDA SENADOR SALGADO FILHO
Bairro: TIROL - Fone: 84-2327532 - CEP: 59015000 - NATAL - RN

FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

02/01/2012 08:41

Paciente 99192 - LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO		CPF 067.406.064-47	Número Arquivo 2 / 15594	Nascimento 12/06/1985
Residência RUA AURORA, 5		Bairro PIUM (DISTRITO LITORAL)		
Cidade PARNAMIRIM	UF RN	CEP 59160830	Pais (do endereço) BRASIL	
Naturalidade	UF	Nacionalidade BRASIL		
Telefone	Estado Civil SOLTEIRO	Tipo Documento CPF	Núm. Documento 06740606447	Órgão Emissor
Data Internação 02/01/2012 08:41:02	Idade 26	Sexo M	Cor PARDA	Profissão PINTOR
Nome Pai JOAO BATISTA DO NASCIMENTO		Nome Mãe SEVERINA MARIA DA SILVA GOMES		
Responsável SEVERINA MARIA DA SILVA GOMES	Grau Parentesco MÃE	Endereço RUA AURORA, 5	Telefone	
Cidade PARNAMIRIM	UF RN	CPF Responsável		
Número FIA 2 - 33/ 2012	Unidade 5 - CRO - CEN. RECUP. OP	Tipo Quarto 1 - ENFERMARIA	Quarto 1	Leito 707
Convênio 1-SUS	Tipo Plano 1-SUS - SISTEMA UNICO DE SAL	Num. Carteira	Dt. Validade _/_/	Clinica ORT - ORTOPEDICA
Leito Superior	Pagto. Diferença	Valor Depósito		
Hipótese Diagnóstica (CID)		Diagnóstico Definitivo		
Médico Responsável 423-FRANCISCO DE ASSIS FREIRE DE SOUZA		Conselho CRM 3635/RN	Data 12 MAR 2012	
Motivo de Alta				
Funcionário SUERDA MARCIA GOMES BRANDAO	Observações			

CONFERE E ASSINE ORIGINAL
NATAL 02-11

RECEBEMOS EM
09 MAR. 2012
FEDERAL SEGUROS S/A

Assinatura Paciente

Assinatura Responsável



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO - 15594

Paciente: 99192 - LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO FIA: 33/ 2012
Idade: 26 Anos Sexo: M Estado civil: SOLTEIRO
Pai: JOAO BATISTA DO NASCIMENTO
Mãe: SEVERINA MARIA DA SILVA GOMES
Endereço: RUA AURORA, 5, PIUM (DISTRITO LITORAL) - 59160830
Responsável: SEVERINA MARIA DA SILVA GOMES
Especialidade: ORTOPEDICA Unidade: CRO - CEN. RECUP. OP Leito: 707

Admissão: 02/01/2012 08:41:02 Alta: ___/___/___ Óbito: ___/___/___ Dias de Permanência: ___

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final:

*ferimento em antebraço e
experiência com o
gripador*

*paciente internado no
SOM, apresentando lesão
na mão.*

*Realizada cirurgia
e sutura*

CONFERE COM ORIGINAL

NATAL: 03/02/12
[Assinatura]

ASSINATURA

FEDERAL SEGUROS S/A.

12 MAR 2012

RECEBEMOS EM

09 MAR. 2012

Dr. Francisco de Assis F. de Souza
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3635-RN

FEDERAL SEGUROS S/A

04/01/12

Natal: ___/___/___

Assinatura do Médico - CRM





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:

Fernanda Christina Flor Linhares

Nº Registro:

Serviço:

Idade:

27 a

Leito:

HISTÓRIA CLÍNICA

Fratura da costela q.
trauma fechado e
fratura t

Fratura consolidaada t q
nao ocorreu hp
3 dias

Dr. Francisco de Assis F. de Souza
Ortopedia Traumatologia
CRM 3675-PN

04/04/12

12

CONFERE COM
NATALIA 03.12
<i>[Assinatura]</i>
ASSINATURA

FEDERAL SEGUROS S/A.

12 MAR 2012

RECEBEMOS EM

09 MAR. 2012

FEDERAL SEGUROS S/A

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

Nome

Carla Maria F. de A.

Nº Registro

Serviço

Idade

Leito

DATA

EVOLUÇÃO MULTIDICIPLINAR

06/01/12

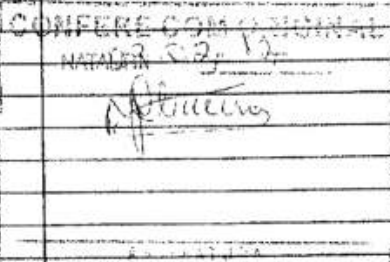
*Falta curso
(2007) e exames*

*Dr. Francisco de Assis F. de Souza
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3635-PN*

09/01/12

*Falta curso
nova, resultados
e exames*

*Dr. Francisco de Assis F. de Souza
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3635-PN*



RECEBEMOS EM

09 MAR. 2012

FEDERAL SEGUROS S/A

FEDERAL SEGUROS S/A

12 MAR 2012

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.





Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto-Socorro Clóvis Sarinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Leonardo Bruno Silva do Nascimento

DATA DE NASCIMENTO: 12.06.1985 IDADE: 26 anos

REGISTRO: FIA 33/2012

DATA DE ADMISSÃO: 04.01.2012 HORA: 09:30h

ADMISSÃO DO PACIENTE:

CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Ortopedia

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

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE (X) ORIENTADO (X) VIGIL () AGITADO ()

INCONSCIENTE ()

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

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

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

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

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

MEDICAÇÕES EM USO: _____

CIRURGIAS ANTERIORES: _____

EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO ()

OBSERVAÇÃO: _____

ÁREA DE TRICOTOMIA: _____

HORA: _____

ÁREA DE PUNÇÃO: _____

HORA: _____

OBS.: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA.

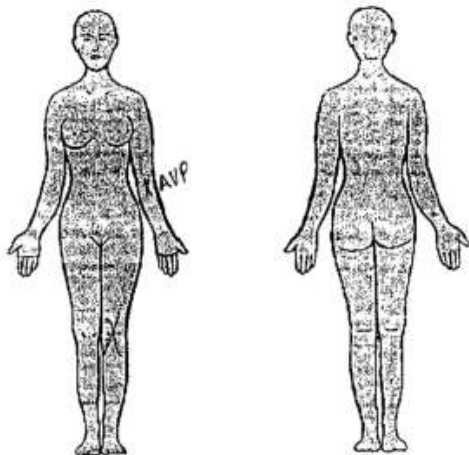
RECEBEMOS EM

09 MAR. 2012

FEDERAL SEGUROS S/A

FEDERAL SEGUROS S/A

12 MAR 2012



JELCO Nº _____ ACESSO CENTRAL: _____

INSTRUMENTADOR: Rosiane

CIRCULANTE: Cynthia

TIPO DE ANESTESIA:

GERAL () RAQUI (X) PERIDURAL () B.P.B. () LOCAL ()

OBS.: _____

ANESTESISTA: Dr. Vinicius

INÍCIO DE ANESTESIA: _____

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



TÉRMINO DE ANESTESIA: _____
ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: _____
HORA: _____

INÍCIO DE CIRURGIA: _____
CIRURGIÃO: Dr. Francisco de Assis
1º AUXILIAR: _____
2º AUXILIAR: _____
3º AUXILIAR: _____
TIPO DE CIRURGIA: limpeza cirúrgica de ferimento de joelho E

TÉRMINO DE CIRURGIA: _____
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 HEMOTRANSUSÃO: 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 (X) NÃO () QUANTIDADE: 16
GAZES CONFERIDAS: SIM () NÃO (X) QUANTIDADE: 6 pacotes

CAIXA CIRÚRGICA: Básica
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 AR AMBIENTE: SIM (X) NÃO () TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO (X)
ENTUBADO: SIM () NÃO (X)
PREENCHIDO AIH: SIM () NÃO ()
FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM () NÃO ()
FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM (X) NÃO ()

OBSERVAÇÕES: Paciente admitido em SO para realização de procedimento cirúrgico, em ar ambiente, AVE em MSE. Submetido a anestesia raquidiana, sem intercorrências. Feito limpeza com soro e sabão. Feito assepsia com PVP 10%. Feito sutura e curativo e colocado tala de gesso. Colocado drenagem de penrose nº 2. Encaminhado ao CRO em O2 ambiente, AVE em MSE e sob efeito de anestesia raquidiana. — Téc. Cynthia Xavier

PA: 129 x 67 mmHg
FC: 73 bpm
SpO2: 98%

FEDERAL SEGUROS S/A
12 MAR 2012

RECEBEMOS EM

09 MAR 2012

FEDERAL SEGUROS S/A





Rio Grande do Norte

SÉCRETARIA DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome:

Leonardo Gomes S. de Aguiar

Reg. Nº.

Diagnóstico pré-operatório:

Ferimento cutâneo do

Indicação terapêutica:

ferimento infectado

INTERVENÇÃO

INÍCIO:

Fim:

Duração:

Operador:

Dr. F. de Aguiar

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista:

RELATO DA INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas
e descrição dos processos - Ligaduras e suturas empregadas - Drenagem - Curativos

Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Obs.:

Abertura, limpeza,
mesmo

Colocação com curativos
Antes e depois do ferimento
necessário, ferimento desvalorizado
ferimento profundo e com
fundo branco

curativo a planície do
fundo
colocação de pontos
curativo
Fim

RECEBEMOS EM

09 MAR 2012

FEDERAL SEGUROS S/A

FEDERAL SEGUROS S/A

12 MAR 2012

Dr. Francisco de Assis F. de Souza
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3635-RN

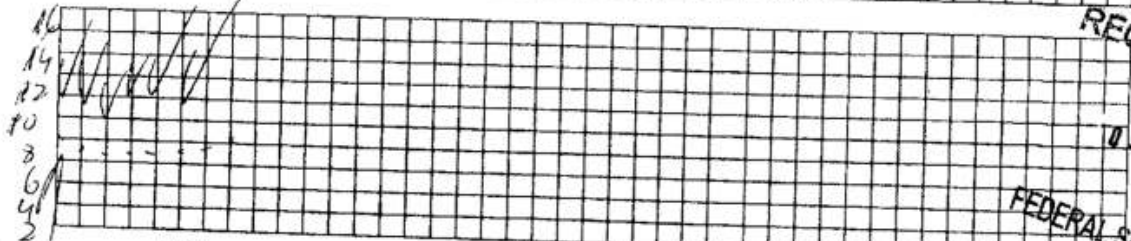
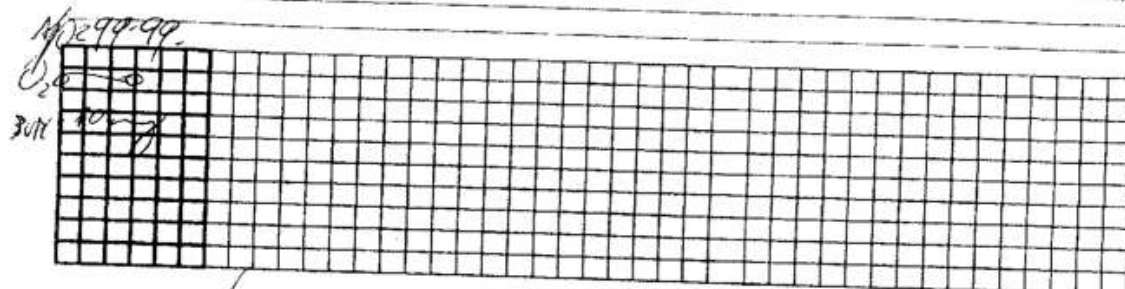




GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO ASA: 1
Idade: 26 Sexo: M Registro: 3312012
Diagnóstico: LESÃO EM JOELHO (E) Data: 04/01/12
Cirurgia Realizada: TRAT. CIR. LESÃO PATELAR + PARTES MOLES
Cirurgião: ASSIS Auxiliar: _____
Anestesiologista: VINÍCIUS Enfermagem: _____
História Clínica Admissional: PETE WITMA DE TRAIANA MOURA LOPES NA
03 DIAS COM LESÃO EM PARTES MOLES DE JOELHO (E).
NEGA ALERGAS. INFORMA JETUM A 8L.
Técnica Anestésica: RAQUIANESTESIA, PUNÇÃO L4-L5. AGULHA 25G.



RECEBEMOS EM

09 MAR. 2012

FEDERAL SEGUROS S/A

Início: 09:50

Término: 10:20

Anestésicos Utilizados:

1. BUPIVACAÍNA 0,5% - 10 ml
2. MIORAXIL - 2 mg IV
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____

1. FENTANIL - 5 FEDERAL SEGUROS S/A.
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____

12 MAR 2012

Encaminhamento: PETE ALODURAZO, ESPRINT, EM. 10 CRO (10:25)
03 07.12

[Handwritten signature]

VINÍCIUS LOBO
Assinatura do Anestesiologista - CRM 4892
ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



VO DESTINADO PARA DIARIOS SEMANALMENTE UTILIZANDO-SE PROTOCO DO HOSPITAL, RECOLHENDO DE CADA VEZ UM DE PRECISO DO DIA, PARA O QUAL SE

EXAME FÍSICO Paciente apresenta ferimento lacerante - contuso em mento e supercílio esquerdo

Fermento curto - contuso

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

- Antingpo
- Anestesia
- Suture
- Curatino

Interessa
do CNF

Problema 16-a de Sursuc
CRO 1040

Assinatura e Carimbo do Responsável

FEDERAL SEGUROS
12 MAR 2012

12 MAR 2017

CONFIDENTIAL

RECEBEMOS EM

09 MAR 2012

FEDERAL SEGUROS S/A

Assinatura e Carimbo do Responsável

[illegible]

1ª ETAPA DE TRAVELHO DE TRABALHO DE ALUNOS - RPS		
DISCIPLINAS	PORTUGUÊS	
ESCALA DE COM- PARAÇÃO	13-150	2.0
	9-120	2.0
	5-80	2.0
	4-50	2.0
	10-240	2.0
FREQUÊNCIA RESERVAÇÃO	2-50	2.0
	6-30	2.0
	1-50	2.0
	60	2.0
	100	2.0
PRELIMINAR SUSPENSÃO	10-200	2.0
	20-250	2.0
	1-250	2.0

¹⁰ Escola de Treino Revivendo (RTE). Bom índice de aderência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champagnat H, R, Serre W. J. Capes, et al. A revision of the Trauma score. J. Trauma 2005; 524, 1995.

CLASSE DE GRAU DO TCE
 (ATLS 2005)¹

03-08 = grave (necessidade de intervenção imediata)
09-3 = moderado
14-15 = leve

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

²² A escola propõe aplicar a doentes comunitários e que estejam em idade superior a 3 anos. Na Escola Qualitativa aplicou-se ao doente que usufruiu a iminência da sua morte e estava com as seguintes atitudes.

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

Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA EL OR LINHARES - 16/11/2020 19:09:17

Num. 62822281 - Pág. 21

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111619091672500000060238251>

Número do documento: 20111619091672500000060238251

Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/11/2020 19:09:17
<https://pje1g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111619091672500000060238251>
 Número do documento: 20111619091672500000060238251

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO
1004037



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

157508414

NOME: LONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF: 2175501 SSP RJ

CNPJ: 067406064-47 DATA NASCIMENTO: 12/06/1988

PLACAO: JOAO BATISTA DO NASCIMENTO
SEVERINA MARIA DA SILVA GOMES

PERMISSAO: ACC CATIAH: AB

1º REGISTRO: 03350812155 VALIDEZ: 06/08/2014 1ª RENOVACAO: 09/08/2004

ASSINATURAS

ASSINATURA DO TITULAR: LONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

ASSINATURA DO TITULAR: 10/08/2009

LOCAL: NATAL, RN

48055046806
RN701045261

ASSINATURA DO TITULAR

157508414

PROIBIDA PLASTICAÇÃO

RECEBEMOS EM

09 MAR. 2012

FEDERAL SEGUROS S/A

FEDERAL SEGUROS S/A. 20

12 MAR 2012



OUTROS
1004054



Eu, LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO portador da carteira de identidade nº 33508121SS e inscrito no CPF/MF sob o nº 067.406.064-47 residente e domiciliado na RUA ANJORA 57 - PIUM Cidade PARANAMIRIM Estado RN, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

FEDERAL SEGUROS S/A.

12 MAR 2012

RECEBEMOS EM

09 MAR. 2012

LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

FEDERAL SEGUROS S/A

PARANAMIRIM, RN 08/03/12

Local e data

