



Número: **0803857-17.2020.8.20.5101**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara da Comarca de Caicó**

Última distribuição : **04/12/2020**

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

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RONALDO GONCALVES DE MELO (AUTOR)		JOSE JOCERLAN AUGUSTO MACIEL (ADVOGADO) HEBERTH LANGBEHN DE CASTRO (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65171 239	07/02/2021 09:19	2782552_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200108611

Vítima: RONALDO GONCALVES DE MELO

Data do Acidente: 27/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE DE FRANCA PEREIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RONALDO GONCALVES 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 15608540

Pag. 01585/01586 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200108611

Vítima: RONALDO GONCALVES DE MELO

Data do Acidente: 27/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE DE FRANCA PEREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RONALDO GONCALVES DE MELO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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: RONALDO GONCALVES DE MELO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000001038-3

Conta: 000000700087-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3190431799 3 - CPF da vítima: 914.284.684-04 4 - Nome completo da vítima: Ronaldo Gonçalves de Melo

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

5 - Nome completo: Ronaldo Gonçalves de Melo 6 - CPF: 914.284.684-04
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Sítio Baixa do Arroz 9 - Número: 40 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Caico/RN 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.300-000
15 - E-mail: (84) 9.9626.2909 16 - Tel. (DDD): (84) 9.9626.2909

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 4038 CONTA: 0700087 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairasor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 -
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)
38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Caico/RN, 10/09/2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Ronaldo Gonçalves de Melo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

102/2019



Atendimento: 1702009 - DEMERVAL DE SOUZA FILHO

Impresso por: 1702009 - DEMERVAL DE SOUZA FILHO em 06/01/2020 08:35:15

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3190431799 3 - CPF da vítima: 914.284.684-04 4 - Nome completo da vítima: Ronaldo Gonçalves de Melo

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

5 - Nome completo: Ronaldo Gonçalves de Melo 6 - CPF: 914.284.684-04
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Sítio Baixa do Arroz 9 - Número: 40 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Caico/RN 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.300-000
15 - E-mail: (84) 9.9626.2909 16 - Tel. (DDD): (84)

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 4038 CONTA: 0700087 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vainasor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Caico/RN, 10/09/2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Ronaldo Gonçalves de Melo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

102/2019



BOLETIM DE ATENDIMENTO PRONTO SOCORRO

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO	DATA	HORA DE ENTRADA	Nº ATENDIMENTO
<i>QW</i>	27.05.19	08:12	36

CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviaturas e de forma legível.			
NOME	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO
<i>RONALDO GONCALVES DE MELO</i>	<i>05.10.58</i>	<i>60</i>	<i>M</i>
CPF	RG	DATA DE EXPEDIÇÃO	CARTÃO SUS
<i>214 284 684-04</i>	<i>164 5622</i>		<i>704 0033 8346 5060</i>
NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	RACIA/COR
<i>CEIAO</i>	<i>SEPARADO</i>	<i>AGRAVADA</i>	<i>B</i>
NOME DA MÃE	NOME DO PAI		
<i>SILVANA SANTOS MELO</i>	<i>EMILIO GONCALVES MELO</i>		
ENDEREÇO	BAIRRO		
<i>FL BAIXA DO ARAOZ</i>	<i>2. NUNES</i>		
CIDADE/ESTADO	TELEFONE DE CONTATO	ESCOLARIDADE	
<i>CEIAO</i>	<i>86262908</i>	<i>Primaria</i>	
FORMA DE CHEGADA			PACIENTE REGULADO?
☒ ESPONTÂNEA ☐ SAMU ☐ AMBULÂNCIA/MUNICÍPIO ☐ CORPO DE BOMBEIROS ☐ POLÍCIA MILITAR ☐ OUTRO: _____			☐ SIM ☐ NÃO

CAMPO 2 - SINAIS VITAIS							
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de saúde.							
PA: <i>131x69</i> mmHg	FC: <i>91</i> bpm	FR: _____ irpm	Temp. axilar: _____ °C	SpO ₂ : <i>96</i> %	Glicemia: <i>149</i> mg/dl		

CAMPO 3 - ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO													
Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro responsável pelo ACCR.													
☐	☐	☒	☐	ESCALA DE GLASGOW			ESCORE DE DOR						
VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL	AO	RV	RM	AP	TOTAL	1	2	3	4	5
				<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>		<i>15</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>
QUEIXA PRINCIPAL				HISTÓRIA BREVE									
<i>EDEMA EM JOELHO ÀS QUERAS</i>				<i>POX SOBREU DUEJO VÍFOS EMPURADO DE BADE. NO MOMENTO O/ REFORMIDADE EM JOELHO.</i>									
ALERGIAS				COMORBIDADES									
<i>NEGA</i>				<i>HAS + DM</i>									
OBSERVAÇÃO OBJETIVA													
<i>TOMOU 1g DE DIPIRONA HOJE</i>													
AVALIAÇÃO				REAVLIAÇÃO									
HORA				HORA									
				<i>08:26</i>									

CAMPO 4 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO	
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.	
DIAGNÓSTICO INICIAL	
<i>Edema no joelho e dor por uma manobra de teste</i>	

CAMPO 5 - EXAMES SOLICITADOS			
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.			
☐ HEMOGRAMA + PLAQUETAS	☐ TGO + TGP	☐ GASOMETRIA ARTERIAL	☐ ELETROCARDIOGRAMA
☐ UREIA + CREATININA	☐ CKMB + CPK	☐ COAGULOGRAMA	☒ RAIO-X: <i>joelho e em AP e L</i>
☐ GLICEMIA	☐ TROPONINA	☐ EAS	☐ TOMOGRAFIA: _____
☐ AMILASE	☐ IONOGRAMA	☐ PCR	☐ OUTROS: _____



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RONALDO GONCALVES DE MELO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01038-3

CONTA: 000000700087-1

Nr. Autenticação

BRADESCO1803202005000000000023701038000000700087168750 PAGO



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 07/02/2021 09:19:58

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020709195819800000062415508>

Número do documento: 21020709195819800000062415508

Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Rio Grande do Norte
Rua Manoel, 150, Bairro Natal, Rio Grande do Norte - CEP 55025-250
CNPJ: 06.734.186/0001-81 | (51) 3361.1991-0 | www.cemrj.com.br

ROVANETE ALVES DOS SANTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
R. PAZ DA CIDADE, 240

Off 202 642 944-53
* JESSFORD

BAIXA DO ARSOZ/AREA RURAL
CAICO RN
49300-000B2 RURAL
RESOLUÇÃO DE TRABALHADOR RURAL

CONTA CONTRATO	MÉRANO
7014215080	05/2019
SACA DE VENCIMENTO	SACA PREVISTA PROXIMA LETURA
09/05/2019	03/06/201
TOTAL A PAGAR (R\$)	

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
00348888	UNICA	02/05/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
000510014	300882393	13868

Correio Adversário
Atiracino Bandeira AMARELA
Cópia de CNB sobre Subvenção CDE

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
280.0000000	0.4795360	134.27008
		0.24
		0.16

TOTAL DA FATURA: R\$ 1.234,56 (dois mil e trinta e quatro reais e cinquenta e seis centavos)

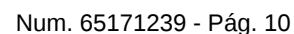
TOTAL DA FATURA DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (M³)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
108054	CAI	00/04/2019	40644,00	02/05/2019	40674,00	23		30,00	

[illegible]

Elaborado por el equipo de la Oficina de Estadística de la Secretaría de Salud, con base en los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Fuente: Secretaría de Salud, 2007. www.se.salud.gob.mx



Fonte: CIBR (2022). EUSD - Valor do Efeito do Índice do Sistema de Distribuição - R\$ 62,79





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José de França Pereira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 636.319.694 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Romildo Gonçalves de Melo inscrito (a) no CPF sob o Nº 914.284.684 / 04

do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima Romildo Gonçalves de Melo

inscrito (a) no CPF sob o Nº 914.284.684 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso 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 Major Lazaro</u>	Número: <u>647</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Timbaúba dos Batistas</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: <u>zecatimbauba@hotmail.com</u>	CEP: <u>59.320-000</u>	Tel.(DDD): <u>(84) 9.9632-0813</u>

Local e Data: Timbaúba dos Batistas RN;

José de França Pereira
Assinatura do Declarante

DLRL001 V001/2017





BOLETIM DE ATENDIMENTO PRONTO SOCORRO

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO	DATA	HORA DE ENTRADA	Nº ATENDIMENTO
<i>QW</i>	<i>27/05/19</i>	<i>08:12</i>	<i>36</i>

CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviaturas e de forma legível.					
NOME		DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO	
<i>RONALDO GONCALVES DE MELO</i>		<i>05.10.58</i>	<i>60</i>	<i>M</i>	
CPF	RG	DATA DE EXPEDIÇÃO	CARTÃO SUS		
<i>214 284 684-04</i>	<i>1 64 5622</i>		<i>704 0033 8346 5060</i>		
NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	RAÇA/COR		
<i>CEARÁ</i>	<i>SEPARADO</i>	<i>AGRICULTOR</i>	<i>B</i>		
NOME DA MÃE		NOME DO PAI			
<i>SILVANA SANTOS MELO</i>		<i>EMÍLIO GONCALVES MELO</i>			
ENDEREÇO		BAIRRO			
<i>FL. BAIXA DO ARAÚZ</i>		<i>2. NUNES</i>			
CIDADE/ESTADO		TELEFONE DE CONTATO	ESCOLARIDADE		
<i>CEARÁ</i>		<i>86262908</i>	<i>Primário</i>		
FORMA DE CHEGADA			PACIENTE REGULADO?		
☒ ESPONTÂNEA ☐ SAMU ☐ AMBULÂNCIA/MUNICÍPIO ☐ CORPO DE BOMBEIROS ☐ POLÍCIA MILITAR ☐ OUTRO: _____			☐ SIM ☐ NÃO		

CAMPO 2 - SINAIS VITAIS						
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de saúde.						
PA: <i>131x69</i> mmHg	FC: <i>91</i> bpm	FR: _____ irpm	Temp. axilar: _____ °C	SpO2: <i>96</i> %	Glicemia: <i>149</i> mg/dl	

CAMPO 3 - ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO													
Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro responsável pelo ACCR.													
☐	☐	☒	☐	ESCALA DE GLASGOW			ESCORE DE DOR						
VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL	AO	RV	RM	AP	TOTAL	1	2	3	4	5
				<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>		<i>15</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>
QUEIXA PRINCIPAL				HISTÓRIA BREVE									
<i>EDEMA EM JOELHO ÀS QUERAS</i>				<i>PCT SOFREU QUESO VÁRIOS EMPURRÃO DE BODE. NO MOMENTO C/ DEFORMIDADE EM JOELHO.</i>									
ALERGIAS				COMORBIDADES									
<i>NEGA</i>				<i>HAS + DM</i>									
OBSERVAÇÃO OBJETIVA													
<i>TOUVO 1g DE DIPIRONA HOJE</i>													
AVALIAÇÃO				REAVLIAÇÃO									
HORA				HORA									
				<i>08:26</i>									

CAMPO 4 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO	
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.	
DIAGNÓSTICO INICIAL	
<i>Edema no joelho e + leve por uma manobra de teste</i>	

CAMPO 5 - EXAMES SOLICITADOS			
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.			
☐ HEMOGRAMA + PLAQUETAS	☐ TGO + TGP	☐ GASOMETRIA ARTERIAL	☐ ELETROCARDIOGRAMA
☐ UREIA + CREATININA	☐ CKMB + CPK	☐ COAGULOGRAMA	☒ RAIO-X: <i>joelho e em AP e L</i>
☐ GLICEMIA	☐ TROPONINA	☐ EAS	☐ TOMOGRAFIA: _____
☐ AMILASE	☐ IONOGRAMA	☐ PCR	☐ OUTROS: _____





HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ

Telecela Freitas Fontes

Estrada do Perimetro Irrigado do Sabugi, S/N
Paulo VI - Caicó-RN | Contatos: 84 3421-9630 / 3421-9628
CNPJ : 08.241.754/0135-57



AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR-AIH

1. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ	2. CNES: 6.778.580
3. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: NOME: <u>Romaldo Gonçalves de Melo</u>	4. Nº DO PRONTUÁRIO <u>039348</u>
CPF: <u>2 1 4 9 8 4 6 8 4 0 4</u>	RG: <u>1 6 4 5 6 2 2</u>

5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <u>4 0 4 0 0 3 3 8 3 4 6 5 0 6 0</u>	6. DATA DE NASC. <u>05/10/58</u>	7. SEXO MASC. (A) FEM. ()
8. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <u>Silvina Santos de Melo</u>	DDD <u>84</u>	9. TELEFONE DE CONTATO <u>96269909</u>
10. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <u>Sítio Baixa do Aroz - zona rural</u>		
11. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <u>Caicó</u>	12. COD. IBGE MUNICÍPIO	13. UF <u>RN</u>
14. CEP: <u>59300000</u>		

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

15. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: <u>fractura do fêmur</u> <u>Dor de intensidade</u>	<u>material</u> <u>01 placa em 7"</u> <u>02 parafusos anteriores 4,5 cm</u> <u>03 parafusos posteriores 6 cm</u>
16. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: <u>Re</u>	
17. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): <u>He R</u>	

18. DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>fractura do fêmur</u>	19. CID 10 PRINCIPAL:	20. CID 10 SECUNDÁRIO:	21. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
--	-----------------------	------------------------	-------------------------------

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

22. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <u>fractura</u>	23. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
24. CLÍNICA	25. CARÁTER DA INTERNAÇÃO	26. DOCUMENTOS () CNS () CPF	27. Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLIC./ASSIST.
28. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST. <u>Ortopedista e Traumatologista</u>	29. DATA DA SOLICITAÇÃO <u>28/10/19</u>	30. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

31. () ACID. DE TRANSITO	34. CNPJ DA SEGURADORA	35. Nº DO BILHETE	36. SÉRIE
32. () ACID. TRABALHO TÍPICO	37. CNPJ DA EMPRESA	38. CNAE DA EMPRESA	39. CBOR
33. () ACID. TRABALHO TRAJETO			

40. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

41. NOME DO PROF. AUTORIZADOR	42. COD. ORGÃO EMISSOR	43. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR
44. DOCUMENTOS () CNS () CPF	45. Nº DOC. (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR	
46. DATA DA AUTORIZAÇÃO	47. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)	



SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOME DO PACIENTE: Ronaldo Gonçalves de Melo

REGISTRO/PRONTUÁRIO: <u>099 948</u>	DATA NASCIMENTO: <u>05.10.58</u>	SEXO: <u>M</u>
ENDEREÇO (Rua, Número) <u>Fazenda Baixa do Atroz</u>	BAIRRO: <u>Zona Rural</u>	
MUNICÍPIO: <u>Caicó</u>	UF <u>RN</u>	CEP: <u>59300-000</u>
NOME DO PAI: <u>Emílio Gonçalves de Melo</u>	TELEFONE: <u>9636 3909</u>	
RESPONSÁVEL: <u>Rafael (Filho)</u>	NOME DA MÃE: <u>Silvina Santos de Melo</u>	

PREENCHIMENTO MÉDICO (Preenchimento médico)

C* NICA: ☐ MÉDICA ☒ ORTOPÉDIA ☐ CIRÚRGICA ☐ PEDIATRIA	ENFERMARIA/LEITO:	INTERNACÃO DECORRENTE DE ACIDENTE ☐ DE TRABALHO ☐ DE TRANSITO ☒ DE OUTROS FINS ☐ NÃO
DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>fractura de fêmur E</u>		
INTERNACÃO DATA: _____ HORA: _____	ORIGEM RESIDÊNCIA? ☐ SIM ☐ NÃO	UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE
PROCEDÊNCIA:	CARATÉR DE INTERNAÇÃO: ☐ ELETIVA ☐ NORMAL ☒ EMERGÊNCIA	

RESUMO DA SAÍDA (Preenchimento médico)

RPROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição) <u>Tueteir</u>	TIPO DE PROCEDIMENTO: ☒ LIMPO ☐ INFECTADO ☐ CONTAMINADO ☐ POTENCIAL M. CONTAMINADO
PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/Descrição)	DATA: _____ HORA: _____
APRESENTOU IFECCÃO? ☐ HOSPITALAR ☐ COMUNITARIA ☒ NÃO	FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO: ☒ PROFILATICAMENTE ☐ NÃO ☐ TERAPEUTICAMENTE
MOTIVO DA SAÍDA (AIH): ☐ ALTA ☐ REMOÇÃO ☐ ÓBITO ATÉ 24 HORAS ☐ ÓBITO APÓS 24 HORAS	SE MOTIVADO SAID =1(remoção) ASSINAL DETALHAMENTODA ALTA ☐ CURADO ☐ MELHORADO ☐ INALTERADO ☐ A PEDIDO ☐ ADMINISTRATIVO ☐ POR INDICIPLINA ☐ EVASÃO ☐ INTER.P/DIAGNOSTICO ☐ P/COMPLEMETACÃO F.DE ACIDENTE

PREENCHER SE MOTIVO 2 = (REMOÇÃO)

INDICAÇÃO CLÍNICA:	DESTINO:
PREENCHER SE MOTIVA SAÍDA = ÓBITO	OCORREU ÓBITO CAUSADO POR INFECCÃO: ☐ SIM ☐ NÃO
CAUSA MORTE:	MÉDICO RESPONSÁVEL: (carimbo/assinatura) <u>Ortopedista e Traumatologista</u> CRM-RN 4419 - TROT 9874 CPF 921.720.284-45





Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ
Estrada do Perimetro Integrado Sabugi, SN - Bairro Paulo VI - Caicó/RN
CEP: 59.300-000 - Telefax: (84) 3421-9630 / 9628 / 9620
CNPJ: (MP): 08.241.754/0158-87

LAUDO DE CIRURGIA

Nome do Paciente Ronaldo Gonçalves de Melo N° Registro Data Admissão

Nome do Procedimento Cirúrgico Troc. C. Int.

Descrição do Ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Sutures, Drenagem, Fechamento)

Data	Início	Término	Duração	Gases	Compr	Drenos
21/05/19						

DATA

21/05/19

Início da lesão lateral pela t

Redução com elevação da parede de protrusão do abdômen lateral

Assimilação de enucleos da parede

Hemostase

Suturas

enclavo

1° Auxiliar

2° Auxiliar

Cirurgião Dr. Sérgio Santos Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RN 4419 - TROT 9878
UF 031.228.284-48



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 07/02/2021 09:19:58

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020709195819800000062415508>

Número do documento: 21020709195819800000062415508



HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
Telecila Freitas Fontes



ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Nº DE REGISTRO: 029248

DATA: 28.05.2019

NOME DO PACIENTE:

Romaldo Gonçalves de Melo

QUEIXA PRINCIPAL, HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL, ANTECEDENTES, EXAMES FÍSICO.

história física com
afundamento central

Dist de fundação

Indice Augie

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

história física

ASSINATURA DO MÉDICO:

Q



S HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ

Telecila Freitas Fontes

GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO NORTE

RELATÓRIO CIRURGIA SEGURA

DADOS DO PACIENTE

Nome: Ronaldo Gonçalves de Melo
 Data de nascimento: 05/10/58 Idade: 60 Sexo: ☒ M ☐ F
 Nome da Mãe: Olivia Gonçalves de Melo
 Número do prontuário: _____ Cartão do SUS: _____
 Endereço: Rio Branco do Arac
 Cidade de procedência: Caico

PRÉ-OPERATÓRIO

Data do procedimento: 23/05/19
 Setor de procedência: ☐ Clin. cirúrgica ☐ Clin. médica ☐ UTI ☐ Urgência Enfilite: _____
 Jejum? ☒ Sim Tempo de Jejum: desde 5h30h ☐ Não Tipo de alimentação: _____
 Alergias? ☐ Sim Quais? _____ ☒ Não
 Tricotomia no local da incisão para cirurgia geral? ☐ Sim ☒ Não ☐ NA
 Lateralidade? ☐ Direita ☐ Esquerda ☐ NA
 Retirada de adornos e/ou próteses? ☒ Sim ☐ Não ☐ NA
 Uso de marcapasso? ☐ Sim ☒ Não ☐ NA
 Profilaxia para TEV? ☐ Sim ☒ Não ☐ NA
 Comorbidades? ☒ Sim Quais? DMA + HAS ☐ Não
 Uso contínuo de medicamentos? ☒ Sim Quais? Losartane + Metformina ☐ Não

Sinais vitais: PA: _____ mmHg Glicemia: _____ mg/dL Tax: _____ °C

Porta exames complementares que auxiliem no procedimento? ☒ Sim ☐ Não

Prontuário? ☐ Sim ☒ Não

Transporte seguro até o centro cirúrgico? ☒ Sim ☐ Não

Tipo de transporte: ☒ Maca ☐ Cadeira de rodas

Paciente encaminhado para o centro cirúrgico às 11h30m

Enfermeiro Técnico de Enfermagem/COREN: Valtina Pereira

(Assinatura/Carimbo) COBEN

TRANS-OPERATÓRIO

Chegada do paciente às 11h45m

Sala de cirurgia nº 04

Checkagem de equipamentos e da sala

☒ Camo de anestesia + alarmes

☒ Aspirador

☒ Realizada desinfecção da sala

Tipo de procedimento: Plato tibial esquerdo

Tipo de anestesia: Plato tibial esquerdo Raqui

Equipe cirúrgica

Cirurgião: Dr Sibus Filio Cirurgião/Auxiliar: Dr Gabriel

Anestesista: Dr Francisco Instrumentador: Socorro

Circulante(s): Valdeni, Lucie

Transportação do paciente: ☒ Maca e mesa niveladas ☒ Trava da maca e da mesa cirúrgica

Risco de perda sanguínea? ☐ Sim (2 AVP calibrosos) ☒ Não



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ - TELECILA FREITAS FONTES
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugá, s/n - Bairro Paulo IV - Caicó/RN
CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.24174/0135-57 - (84) 3421-9620, 9621 e 9628

ANAMNESE INICIAL DE ENFERMAGEM

ENFERMARIA: 108

LEITO: 02

DATA DE ADMISSÃO: 28/05/19

Nº DO PRONTUÁRIO:

NOME DO PACIENTE: Ronaldo Gonçalves de Melo

Hora de admissão: 10:00h

DADOS SOCIAIS

Idade: 60a

Estado civil: casado

Espiritualidade: Católica

Ocupação: Agricultor

Sexo: Masculino

Procedência: ☒ Residência ☐ Serviço de saúde ☐ Setor:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO

Queixa principal: Dor no Membro Atingido

Estado emocional: ☒ Calmo ☐ Ansioso ☐ Irritado ☐ Triste ☐ Agitado ☐ Agressivo ☐ Coma

HISTÓRIA DE SAÚDE

Comorbidades: DM+HAS

Alergias: Nega

Medicações de uso contínuo: Losartana + Metformina + Simvastina

Dor: ☒ Sim ☐ Não, local:

Medicamento para controle:

Intensidade: 8 (0 a 10)

Resolutividade: ☒ Sim ☐ Não



EXAME FÍSICO

Estado geral: ☒ Bom ☐ Regular ☐ Comprometido ☐ Grave

SINAIS VITAIS

PA: mmHg T: °C FR: rpm FC: bpm SatO₂: % HGT:

FUNÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☐ Inconsciente ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Torporoso

☒ Cooperativo ☐ Não cooperativo ☒ Comunicativo ☐ Não comunicativo

Sono/repouso: Preservados

Responsivo aos estímulos: ☒ Verbais ☒ Dolorosos ☐ Oculares ☐ Térmicos

Crise convulsiva: ☐ Sim ☒ Não Se sim, quantos episódios:

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		
PARÂMETRO	RESPOSTA	PONTOS
ABERTURA OCULAR	Abertura ocular espontânea	4
	Abertura ocular ao comando	3
	Abertura ocular a dor	2
	Ausente	1
	Não testável	NT
RESPOSTA VERBAL	Orientado e conversando	5
	Desorientado, confuso	4
	Palavras desconexas	3
	Sons incompreensíveis	2
	Ausente	1
RESPOSTA MOTORA	Não testável	NT
	Obedece a comandos	6
	Localiza estímulo de dor	5
	Reflexo de retirada a dor	4
	Decorticação	3
	Descerebração	2
	Ausente	1
	Não testável	NT

Confere com o Original
Caicó - RN, 30/05/2019

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 07/02/2021 09:19:58
https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020709195819800000062415508
Número do documento: 21020709195819800000062415508

 GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ - TELECILA FREITAS FONTES		ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ - TELECILA FREITAS FONTES Estrada do Perímetro Irrigado Sabugá, s/n - Bairro Paulo IV - Caicó/RN CEP: 59.300-000 CNPJ (MF): 08.24174/0135-57 - (84) 3421-9620, 9621 e 9628	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		ENFERMARIA: 108	LEITO: 02
DATA DE ADMISSÃO: 28.05.19		Nº DO PRONTUÁRIO: 029.248	
NOME DO PACIENTE: Ronaldo Gonçalves de Melo		HD: Fratura fêmur E	
DATA E HORA: 29.05.19		SINAIS VITAIS: PA: mmHg T: °C FR: rpm FC: bpm SatO ₂ %	
☒ Acamado ☐ Deambulante, com ajuda: Estado Geral: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Comprometido ☐ Grave		Higiene: Corporal Oral Pele: ☒ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Cianose ☐ Icterícia Nível de consciência: 15 (Glasgow) Nível de sedação: (Ramsy)	
Oxigenoterapia: ☐ MV % ☐ Cateter nasal ☐ VMI Desmame: Dieta: Oral para HAS e DM ☐ Sonda: Drogas vasoativas: ☒ AVP ☐ CVC ☐ BIC ☐ Gravidade		Exames/cirurgias: ☐ Preparo de exames: ☐ Sim ☐ Não Antibioticoterapia: Sim ☐ Parecer médico: Feridas e curativos: ☐ Braden: Morse:	
Diagnóstico de enfermagem: Risco de integridade de pele.			
Prescrição de enfermagem: Orientação de hidratação cutânea + mudança de decúbito			
Evolução: Paciente em EB Regular; eliminações + e espem-tâneas, em uso de tala no MIE; sem queixas no momento. segue aos cuidados da equipe.			

DAVI NUNES DA SILVA
 COFEN 97886
 Raquel Teixeira
 Enfermeira
 UERN - Caicó/RN

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		ENFERMARIA:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO:		Nº DO PRONTUÁRIO:	
NOME DO PACIENTE:		HD:	
DATA E HORA:		SINAIS VITAIS: PA: mmHg T: °C FR: rpm FC: bpm SatO ₂ %	
☐ Acamado ☐ Deambulante, com ajuda: Estado Geral: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Comprometido ☐ Grave		Higiene: Corporal Oral Pele: ☐ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Cianose ☐ Icterícia Nível de consciência: (Glasgow) Nível de sedação: (Ramsy)	
Oxigenoterapia: ☐ MV % ☐ Cateter nasal ☐ VMI Desmame: Dieta: ☐ Sonda: Drogas vasoativas: ☐ AVP ☐ CVC ☐ BIC ☐ Gravidade		Exames/cirurgias: ☐ Preparo de exames: ☐ Sim ☐ Não Antibioticoterapia: ☐ Parecer médico: Feridas e curativos: ☐ Braden: Morse:	
Diagnóstico de enfermagem:			
Prescrição de enfermagem:			
Evolução:			

Confira com o Cof. al
 Caicó - RN, 29.05.2019
 MAT: 95278-8



EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE: <u>Romaldo Gonçalves de Melo</u>	Nº de Registro				Data Admissão					
	0	2	9	2	4	8	2	8	0	5

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
28/05/19	12h00min	Paciente, idoso, com os admitido no centro cirurgico para realizar platis em tibia esquerda. Repre pxim desde as 05h30min. Tomou um pouco de cafe nesse horario e os medicamentos. HAS e DM em uso de medicação. Foi submetido a anestesia raqui para realizar um procedimento. Durante a cirurgia houve quebra da garantia da esterilização dos campos cirurgicos pois uma máscara passou no campo, mesmo após inspeção da sala. Foi finalizado o procedimento e o paciente foi encaminhado para a clínica cirurgica na mesa as 13h15min.	
30.05.19	09:00	Paciente em clínica cirurgica. Foi realizado os procedimentos cirurgico de punção com elástico e realização do plano INTERM. EVOLUÇÃO CLINICA BOA E RECEBER ALTA HOSPITALAR POR BOM PROGRESSO DO PLANTIO, CORREÇÃO DO PLANTIO TIBIAL.	DR. N. 59886



Ressonância Magnética
Densitometria Óssea
Raio-x Digital - CR
Mamografia de Alta Resolução Digital - CR
Tomografia Computadorizada Multislice
Ultrassonografia Geral e com Doppler



**INSTITUTO
DE RADIOLOGIA
DE CAICÓ**

REGISTRO Nº 34823/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

LAUDO

NOME DO PACIENTE.....: RONALDO GONÇALVES DE MELO

MÉDICO SOLICITANTE.: DR. SILVIO FILHO

CONVÊNIO.....: SUS

EXAME SOLICITADO.....: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO

DATA DO EXAME.....: 27.05.2019

CIDADE.....: CAICÓ-RN

Estudo realizado através de cortes tomográficos computadorizados helicoidais, axiais com 0,7mm de espessura com técnica partes moles e estruturas ósseas, sem uso de meio de contraste endovenoso, com reconstruções nos planos coronais e sagitais, que revelou:

Edema de partes moles.

Ausência de processos expansivos e calcificações patológicas em ambas as pernas.

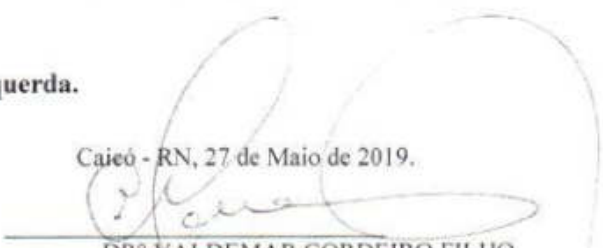
Sinais de fratura em bico de gaita transcodiliana na tibia esquerda.

Fratura cominutiva no platô tibial esquerdo.

Espaços articulares preservados, não observando-se redução ou esclerose subcondrais.

CONCLUSÃO: Fratura na tibia proximal esquerda.

Caicó - RN, 27 de Maio de 2019.


DRº VALDEMAR CORDEIRO FILHO

CPF: 043.991.374-87

CRM: 613/RN

Ass. Digitalizada

Nota: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através de interpretação do médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

Hospital Tiago Dias
Rua Manoel Elpidio, S/N - Penedo - Caicó/RN
(84) 3417 - 1252





URGENCIA E EMERGENCIA			
NOME:	Roberto Coord. on.		
DATA:	29.5.19	LEITO:	10-308-2
DIAGNOSTICO:			
ADMISSAO:			

	MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS											
					08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
01-																
02-																
03-																
04-																
05-																
06-																
07-																
08-																
09-																
10-																
11-																
12-																
13-																
14-																
15-																
16-																
17-																
18-																
19-																
20-																
21-																

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: RONALDO GONCALVES DE MELO

DOC. IDENTIDADE / OUT. SERVIÇO DE: 1445622 ITSP RN

CPF: 214.284.684-04 DATA NASCIMENTO: 05/10/1958

RUAÇÃO: EMILIO GONCALVES DE MELO SILVINA SANTOS DE MELO

PERMISSÃO: ACC CADENA: JAB

1ª EMISSÃO: 00569509247 VALIDEZ: 26/03/2020 1ª HABILITAÇÃO: 17/06/1979

Assinatura: *Ronaldo Gonçalves de Melo*

LOCAL: CALICO, RN DATA EMISSÃO: 30/03/2015

80300198479 RN702145369

DETRAN - RN (RIO GRANDE DO NORTE)

MÁQUINA SEM YUNUS
O TERNITÓRIO NACIONAL
1031720351

PROVEDOR PLANTIFICAR
1031720351



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MUNICÍPIO CARVALHOS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: JOSE DE FRANCA PEREIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 772406 SSP RN

CPF: 626.319.694-72 **DATA NASCIMENTO:** 05/09/1968

FILIAÇÃO: LUIZ DE FRANCA PEREIRA
BRIGIDA PEREIRA DANTAS

PERMISSÃO: **ACC:** **CAT. HAB:**

Nº REGISTRO: 00667221806 **VALIDADE:** 24/10/2024 **1ª HABILITAÇÃO:** 15/04/1994

OBSERVAÇÕES:

Jose de Franca Pereira
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: CAICO, RN **DATA EMISSÃO:** 30/10/2019

Assinatura do Emissor: 84366237839
RN706566777

RIO GRANDE DO NORTE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1929348264

PROIBIDO PLASTIFICAR
1929348264



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº **014242010954**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 CÓD. RENAVAM: 00150516932 R.N.T.R.C.: EXERCÍCIO: 2019

NOME:
RAFAEL RICELLE ALVES DE MELO

CPF / CNPJ: 082.404.594-71 PLACA: MZD6144

PLACA ANT. / UF: MSD6144 / RN CHASSI: 9C2KC16209R101799

ESPÉCIE TIPO: PASSAGEIRO/MOTOCICLISTA/NAO APLICAVE COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/CG 150 TITAN ES ANO FAB: 2009 ANO MOD: 2009

CAP. / POT. / CIL: 0CV/149 CILINDRADAS CATEGORIA: PARTICULAR COR PREDOMINANTE: CINZA

I P V A	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	1º	VENC. / COTAS
	R\$ 0,00	11/04/2019	2º	PAGO
	FAIXA L.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	3º	PAGO
	002808 3X	R\$ *****		

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): *** LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES:

MOTOR: KC16E29101799

CAICO/RN: DATA: 18/02/2019

Siderley Bezerra da Silva
Contratado de Prestação de Serviços
DETRAN - RN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº **014242010954** BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO:
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 18/02/2019

VIA: 1 CPF / CNPJ: 082.404.594-71 PLACA: MZD6144

RENAVAM: 00150516932 MARCA / MODELO: HONDA/CG 150 TITAN ES

ANO FAB: 2009 CAT. TAB: 9 Nº CHASSI: 9C2KC16209R101799

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): DENAT (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$):

CUSTO DO BILHETE (R\$): IOF (R\$): TOTAL SERVIÇO PRESEGURO (R\$):

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO:

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.608/0001-04



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0086195/20

Vítima: RONALDO GONCALVES DE MELO

CPF: 214.284.684-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/05/2019

Titular do CPF: RONALDO GONCALVES DE MELO

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE DE FRANCA PEREIRA : 626.319.694-72

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

RONALDO GONCALVES DE MELO : 214.284.684-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/03/2020
Nome: JOSE DE FRANCA PEREIRA
CPF: 626.319.694-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/03/2020
Nome: BRENO SANTANA DE ANDRADE
CPF: 106.762.784-77

JOSE DE FRANCA PEREIRA

BRENO SANTANA DE ANDRADE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200108611 **Cidade:** Caicó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONALDO GONCALVES DE MELO **Data do acidente:** 27/05/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 4.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO

Outorgante:

Ronaldo Gonçalves de Melo, Nacionalidade brasileira(o),
estado civil, Divorciado, profissão, Agricultor, residente
e domiciliada(o), na (o) Sítio Baixa do Amiez, Nº 40, Bairro,
+ Município de Caico/RN

Estado de (o) Rio Grande do Norte/RN CEP, 59.300-000

Portador(a) do RG: 1645622, SSP RN, CPF: 314.284.684-04

Outorgado:

José de França Pereira, Nacionalidade brasileira(o), estado civil solteiro, profissão técnico enfermagem, residente e domiciliado na rua, Major Cazusa nº 647, Centro, Município de Timbaúba dos Batistas/RN, Cep: 59.320-000, Estado do Rio Grande do Norte/RN, portador (a) do RG: 772406 SSP/RN, CPF: 626.319.694-72.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeio e constitui o (a) outorgado seu bastante procurador(a), para a fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do consórcio de seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) senhor (a) Ronaldo Gonçalves de Melo

Ocorrido em 27/05/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo, meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT, a ser creditado em conta bancária de minha titularidade conforme, a autorização de pagamento de sinistro e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da vítima.

Caico/RN, 04 de junho de 20 19

Ronaldo Gonçalves de Melo

Outorgante

CPF: 314.284.684-04

OBS: Reconhecer firma em cartório por autenticidade.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200108611 **Cidade:** Caicó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONALDO GONCALVES DE MELO **Data do acidente:** 27/05/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 4.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

