



Número: **0912457-73.2022.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **21ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **18/11/2022**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ABINOAN DE CARVALHO (AUTOR)		Rocco Meliande Neto (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (REU)		ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO)	
MICHEL FREIRE DE ARAUJO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
96418959	09/03/2023 16:20	2880516_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros documentos

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO: 320026187201

VALOR TOTAL: 1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ABINOAN DE CARVALHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02008

CONTA: 000000021396

Número da Autenticação

DBD84288D7C0C48D



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200261872 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ABINOAN DE CARVALHO **Data do acidente:** 02/04/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM JOELHO DIREITO COM LESÃO DE LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1 P7)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: @P7 - SINISTRO ANTERIOR (3200082590) CANCELADO POR VÍTIMA EM TRATAMENTO - PERÍCIA MÉDICA EM 09/03/2020 - - SINISTRO COM RECLAMAÇÃO SAC.

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200261872 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ABINOAN DE CARVALHO **Data do acidente:** 02/04/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM JOELHO DIREITO COM RUPTURA COMPLETA DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1 P7)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

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

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

PAGO ANTERIORMENTE CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DE 18/02/2020 ASSINADO PELO DR. URAL DE OLIVEIRA CRM 4315RN. (P7)

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
		Total	0 %	R\$ 0,00





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, 06 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200261872

Vítima: ABINOAN DE CARVALHO

Data do Acidente: 02/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ABINOAN DE CARVALHO

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: **ABINOAN DE CARVALHO**

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

Banco: **104**

Agência: **000002008**

Conta: **000000021396-6**

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205883/20

Número do Sinistro: 3200261872

Vítima: ABINOAN DE CARVALHO

Data do acidente: 02/04/2019

CPF: 025.416.504-42

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ABINOAN DE CARVALHO

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 10/08/2020
Nome: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE
CPF: 702.851.364-53

ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/08/2020
Nome: WILLIANDERSON PINHEIRO MAIA
CPF: 017.220.804-18

WILLIANDERSON PINHEIRO MAIA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205883/20

Vítima: ABINOAN DE CARVALHO

CPF: 025.416.504-42

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 02/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ABINOAN DE CARVALHO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROBINSON LUIS VITAL FREIRE : 702.851.364-53

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

ABINOAN DE CARVALHO : 025.416.504-42

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: 23/07/2020
Nome: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE
CPF: 702.851.364-53

ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/07/2020
Nome: WILLIANDERSON PINHEIRO MAIA
CPF: 017.220.804-18

WILLIANDERSON PINHEIRO MAIA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 014852736010
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 01096866193 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019
NOME ARNON DE CARVALHO

CPF / CNPJ 025.416.504-42 PLACA QG99847
PLACA ANT. / UR. QG99847 / RN CHASSI 9CGRG3110G0006407

ESPÉCIE TIPO PASSEIPEIRO/MOTOCICLETA/VANO APPLICAVE
MARCA / MODELO YANHA/YERLEO FACTOR E
CATEGORIA 2016
OCV/149 CILINDRAIS PARTI CULAR BRANCA

DOZA ÚNICA 1ª VENC. / DOTAS
P R\$ 0.00 14/08/2019 2ª PAGO
V FAIXA 1 PVA 1º PANCELAMENTO / DOTAS 3ª PAGO
A 009634 3X R\$ 24.59

PREMIUM TARIFÁRIO (R\$) 100 (R\$) PREMIUM TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
*** LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

ALLEN. FTD. EM FAVOR DE: 47.458.183/0001-40
YANHA ALK CONSORCIO LTDA
MOTOR: G36ZE-018409

PARANATIRIK/RN
Cadastrado em 02/10/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

RN Nº 014852736010 BILHETE DE SEGURO DPVAT
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

VIA 1 EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 02/10/2019
RENAVAM 01096866193 PLACA QG99847
R.N.T.R.C. 9

CPF / CNPJ 025.416.504-42 MARCA / MODELO YANHA/YERLEO FACTOR E
R.N.T.R.C. 9 Nº CHASSI 9CGRG3110G0006407

PREMIUM TARIFÁRIO
R\$ (R\$) QUANTO DO SEGURO (R\$)
R\$ (R\$) QUANTO DO SEGURO (R\$)

QUANTO DO BILHETE (R\$) QUANTO DO SEGURO (R\$)
QUANTO DO SEGURO (R\$) QUANTO DO SEGURO (R\$)
QUANTO DO SEGURO (R\$) QUANTO DO SEGURO (R\$)

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.2418.0930/0001-04

DATA DE PAGAMENTO

DATA DE DOUTAÇÃO





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
 SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
 Canal de Denúncia: 0800 593 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200246049 Data da solicitação: 16/07/20
 Nome do beneficiário: Almiran de Carvalho CPF do beneficiário: 02541650892
 Nome do solicitante: ROBINSON LUIS VITAL FERRE CPF do solicitante: 702-851-364-53

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (84) 31293901 Tel. Comercial: () Tel. Residencial: ()
 E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

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

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA DISCORDO DO VALOR RECEBIDO DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO SIM, Informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: COMPROVANTE DE PAGAMENTO (DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Não com o cancelamento do processo onde estou argumentando que eu estava com minha motocicleta com os documentos atrasados pois a data do acidente que eu sofri foi dia 03/04/2019 pois o lançamento e dia 05/05/2019, o qual em conjunto com outros documentos pago em parcelas autorizados pelo DETRAN PR. Para comprovação das fotos segue em anexo uma declaração comprovando a data da solicitação que foi feito e pedido reanalisar meu processo.

16.07.2020
 Local e Data
Almiran de Carvalho
 Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:
 Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.
 Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:
 O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO
DO BILHETE DE SEGURO DPVAT

Para os devidos efeitos, declaramos que se encontra devidamente contabilizado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT do exercício de 2018 relativo ao veículo abaixo caracterizado:

BILHETE PAGO EM: 11/10/2018

DADOS DO BILHETE	
PLACA:	RN/QGG-9847
CHASSI Nº:	9C6RG3110G0006407
RENAVAM:	01096866193
CATEGORIA:	09
VALOR:	R\$ 185,50 (CENTO E OITENTA E CINCO REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)

→ Vencimento 04/06/2018

→ Vencimento 14/05/2019

Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 2019



Em caso de dúvidas, entre em contato com a Central de Atendimento, das 8h às 20h: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões).

Preocupada com o meio ambiente, a Seguradora Líder DPVAT utiliza papel reciclado e busca preservar o futuro.





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 0h às 24h
 SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
 Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200261-872

Data da solicitação: 05/08/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: ABIMOM DA CARVALHO

CPF do beneficiário: 025.456.504-42

Nome do solicitante: ROBINSON LUIS VITAL FREIRA

CPF do solicitante: 702.851.364-53

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: 0849-8706-3749 Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

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

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

- DISCORDO DA NEGATIVA DISCORDO DO VALOR RECEBIDO DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

- NÃO SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:
- Novos documentos médicos
 - Laudo do IML
 - Boletim de Ocorrência
 - Notas fiscais complementares
 - Outros: (DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

EU: ROBINSON LUIS VITAL FREIRA, CPF: 702-851-364-53 - VENHO A TRAVÉS DESTA SOLICITAÇÃO A SEGURADORA LIDER LIDERAR SEJA ANGRADA UMA PERICIA MEDICA PARA COMPROVAÇÃO DA SEQUELA DEFINITIVA QUE TENHO NO MEU FILHO POIS O VALOR RECEBIDO DE 3.687,50 NÃO É COMPATÍVEL COM A PORCENTAGEM DA SEQUELA QUE NÃO É COMPATÍVEL A TABELA ESTABELECIDADA PELA SEGURADORA LIDERAR QUE O VALOR CORRETO É DE 3.375,25% POR CENTO DA SEQUELA E A VITIMA SO RECEBEU 3.687,50 MUITO ABAIXO QUETRI DECRETO NO PROCESSO EXISTE LAUDO DO DR. VIRAL DE OLIVEIRA ATESTANDO A SEQUELA DEFINITIVA ASSIM SENDO AGUARDAREMO O AGRADECIMENTO DA PERICIA MEDICA OU O RESTANTE DO VALOR RESTANTE DA INDENIZAÇÃO ANTERIORMENTE GRATO

Local e Data

ROBINSON LUIS VITAL FREIRA PROCURADOR DA VITIMA
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Caso não preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido de Seguro DPVAT

Observação sobre beneficiário/vítima não habilitado:

O novo beneficiário deverá escolher pessoa de sua confiança, habilitada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante ABINOAN DE CARVALHO
portador(a) do documento de identidade nº 001596380, expedido por DETRAN RN em
19.10.2006, inscrito no CPF sob o nº 02541650492, residente na
Ivanir de Souza, nº 46
complemento -, Bairro Rosa dos Ventos, cidade
Parnamirim, Estado RN.

2. Outorgado ROBINSON LUIS VITAL FERREIRA
portador(a) do documento de identidade nº 1.099.457, expedido por SSP em
23.07.19, inscrito no CPF sob o nº 902.857.364-53, residente na
Rua Santa Maria, nº 22
complemento -, Bairro Sela Parnamirim, cidade
Parnamirim, Estado RN.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

1º Ofício de Notas Parnamirim de 25 de Novembro.

Outorgante Abinoan de Carvalho

(VEJA ORIENTAÇÃO SOBRE AUTENTICIDADE DE DOCUMENTOS OU RECONHECIMENTO DE FIRMAS NO WWW.COSESPSEGUROS.COM.BR)

Tratando-se de pessoa não alfabetizada, a procuração deverá ser firmada em cartório, obrigatoriamente.

1º Ofício de Notas e Registros
Rua 689, pelo Roberto Marques, 149 - Centro - CEP 59140-230 - Parnamirim - RN
Fone / Fax: (84) 3773323 - Site: www.1oficiodeparnamirim.com.br
E-mail: Link de link (Facebook) - Luciana Christine Rodrigues do Vale (Substituta)

Reconheço por autenticidade e dou fé à firma de:
ABINOAN DE CARVALHO
Selo Digital: RN20190095315003845Z0X
Confira a autenticidade em: <http://selodigital.tjm.jus.br>
Parnamirim/RN, 25 de Novembro de 2019, às 18:58:35

Em testemunho 1º Ofício de Notas

1º Ofício de Notas e Registros
MARTA BARRETO
Substituta
Parnamirim - RN



MOD. 8.20.179 24/01/2008 REDE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205883/20

Número do Sinistro: 3200261872

Vítima: ABINOAN DE CARVALHO

Data do acidente: 02/04/2019

CPF: 025.416.504-42

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ABINOAN DE CARVALHO

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

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: 06/08/2020
Nome: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE
CPF: 702.851.364-53

ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2020
Nome: WILLIANDERSON PINHEIRO MAIA
CPF: 017.220.804-18

WILLIANDERSON PINHEIRO MAIA





CLÍNICA SIM - SERVIÇOS DE IMAGENS MÉDICAS
MATRIZ - Rua Coronel Joaquim Manoel, 615, SI 04, Harmony Medical Center
FILIAL I - Rua Coronel Joaquim Manoel, 654, Anexo Hospital Médico Cirúrgico
Petrópolis | 59012-330 | Natal/RN | Brasil
+55 (84) 3646-0000

Paciente: ABINOAN DE CARVALHO
Código Paciente: 253026 SAS JOELHO DIREITO
Data Nascimento: 10/05/1979 - 40 ano(s)
Data do exame: 16/11/2019
Procedimento: JOELHO ROTINA
Medico Solicitante: -

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

Técnica:

Exame realizado pela técnica de fast spin echo com imagens obtidas predominantemente em T1, T2 e DP, em aquisições multiplanares.

Análise:

Sinais de ruptura completa do ligamento cruzado anterior.

Irregularidades superficiais do revestimento condral do vértice e facetas da patela, compatível com condropatia grau I.

Pequeno derrame articular suprapatelar livre.

Lesão degenerativa do corno posterior do menisco lateral que apresenta aspecto macerado e se encontra parcialmente extruso em relação ao espaço articular.

Degeneração mucóide do corno posterior do menisco medial.

Espessamento e alteração do sinal da inserção do tendão quadrícipital no pólo superior da patela, compatível com tendinopatia.

Estruturas ósseas com morfologia e sinal medular conservados.

Demais superfícies condrais regulares, sem fissuras ou erosões evidentes.

Ligamentos cruzado posterior e colaterais com continuidade, espessura e sinal conservados.

Tendões patelar, bíceps femoral distal, trato ílio-tibial e tendões da pata de ganso sem particularidades.

Distensão líquida da bursa do semimembranoso-gastrocnêmio medial, com formação de pequeno cisto poplíteo.

Conclusão:

Sinais de ruptura completa do ligamento cruzado anterior.

Irregularidades superficiais do revestimento condral do vértice e facetas da patela, compatível com condropatia grau I.

Laudado Por:
DR. Juliano C.D. Oliveira
CRM-RN 6737 / RADIOLOGISTA

Verificação



RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ABERTA | MAMOGRAFIA DIGITAL DE ALTA RESOLUÇÃO |
DENSITOMETRIA ÓSSEA | RAIOS-X DIGITAL | ULTRASSONOLOGIA GERAL E ESPECIALIZADA
EM DOPPLER VENOSO E ARTERIAL PUNÇÕES E MARCAÇÕES CIRÚRGICAS

Agende seu exame - +55 (84) 3646-0000

Pag. 1 de 2





Estado do Rio Grande do Norte
Prefeitura Municipal de Parnamirim - RN
Secretaria Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO MÉDICO

Data: 04/04/2019

Nome: Abelmar de Carvalho (40 anos)

Declaração Médica

Declaro por este documento
que o paciente acima citado foi
atendido nesta unidade por motivo
de consulta médica após acidente
de trânsito

Na ocasião foi solicitado RNM
de joelho direito

Grato

Dr. João Bernardo de Medeiros Bisneto
Médico
CRM/RN 8498





AREA: **36**
 MICROÁREA: **03**
 AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: **Alumson**
 UNIDADE: **UBS - Bela Parnamirim**
 NEPRONTUÁRIO PSF: **300**
 DATA:

R - Nova Jerusalim S/N
 ENDEREÇO (Rua, nº, bairro, município)

	NOME	POSICAO NA FAMILIA	DATA DE NASCIMENTO
1	Socilia de Carvalho Souza		18.07.5
2	Felita de Carvalho Souza		11.07.2
3	Adriano José de Carvalho		22.09.75
4	Alumson de Carvalho		10.05.7
5	Sandra Estarima de Carvalho		11.02.7
6	Fabíola de Carvalho Félina		22.05.19
7	Jonatan de Carvalho		10.05.7
8	Jonas de Carvalho Neto		25/01/2003
9			
10			
11			
12			

Rogério Gurgel
 Diretor
 Mat. 31043
 UBS - Bela Parnamirim





PRONTUÁRIO

NÚMERO: 76 ANO:

NOME: Alisson de Carvalho

SEXO: M DATA DE NASCIMENTO: 20/05/1995 NATURALIDADE:

ESQUEMA DE VACINAÇÃO

DUPLA (DT)	HEPATITE A	HEPATITE B	TRIPLICE VIRAL	GRIFE	ESQUEMA ADDRESS

HISTÓRICO/EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

CONDUTA

RUBRICA

06/11/2019

CONTINUANDO.

Paralisação da Triagem de Juchas (D)
Distrito Santa Rosa

Paralisação da
Triagem de Juchas

• Aus. reintegração regularizada em Juchas
• Orçamentos

RUM (SIG/SA/2019) Junta (D) : Suro de
Paralisação completa. do laboratório municipal de Juchas
Sua regularização exigência de documentação
completa do município e gestão do posto

~~SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE~~
M. 11110
CRIMIA 6499

Rogério Gurgel
Diretor
Mat. 3104-63
UBS - Bela Parnamirim



Plano de Cuidado

DATA	HISTÓRICO / EVOLUÇÃO	DIAGNÓSTICO	CONDUTA	RUBRICA
31/10/2019	Reunião com a equipe de enfermagem para discutir o plano de cuidado.		Saúde com boa evolução clínica. Rotação de 8h.	Dr. Maria Rita C. Freitas Médica CRM/RN 8281
25/11/18	PA - 100/70 Dro = 81Kg Paciente com PNI para avaliação de risco. HSU: N/R. HCV: N/R.		Medicação adequada.	
04/10/19	Paciente com PNI para avaliação de risco. 02/10/19, em uso de insulina. Relato de queixa de dor em região de joelho direito (aproximadamente 10cm de dor), com vermelhidão e inchaço. Refere dor constante. Paciente em uso de medicação.			
04/10/2019	* Consulta de Enfoque * Paciente aguardando-se de avaliação de joelho direito por trauma. Relato de dor em região de joelho direito e inchaço.			
	Gl: Disparquetico + Hipercolesterolemia + Comprometido de glicose local Quente respiração PNI de joelho			
	Dr. Larissa O. Aguiar Médica CRM/RN 9214			
06/11/2019	Exame físico (constituição)			
				Rogério Gurgel Diretor Mat: 3104-6 UBS - Bela Parada



FICHA INDIVIDUAL

NÚMERO:	ANO:	NOME:	PRONTUÁRIO
SEXO: M	DATA DO NASCIMENTO: 10/05/1979	PROFISSÃO: ABRIGADO DE CAVALHO ACS	76 ACS AIRTON

IMUNIZAÇÕES						
VACINAS						
DOSES	ANTÍPÓLIO	DPT	BCG	ANTI-SARAMPO	TOXÓIDE TETÂNICA	OUTRAS
1ª						
2ª						
3ª						
Ref.						
Ref.						
Ref.						

DATA	HISTÓRICO/EVOLUÇÃO	DIAGNÓSTICO	CONDUTA	RÚBRICA
23/06/16	PA 120x22			
26-10-16	RA-120 X 80			

*Quilares de tons cinza e verde brancos 05 dias. Politelemia
Pericardial. Nega febre atualmente, apresentando nos dias primeiros dia.
As exames, seria de PCR indolente e poliose.
400 unidades bacterianas por dia.
CD: Agitamento 500mg 5 dias. Levotiroxina 10mg/ml. 21/59/2016.*

Janilson Dantas de Sousa Cavellho
MÉDICO
CRM/RN 8319

Rogério Gungel
Diretor
Mat. 3104

UBS - Bela Paranaíba



CLINICA HOPE
LABORATÓRIO HAPPY

LAUDO MÉDICO

ABINDAN DE CARVALHO, apresenta quadro de lesão ligamentar de joelho direito após trauma. Fez fisioterapias.

Instabilidade do joelho direito A-P, hipotrofia de coxa direita.

Invalidez anatômica e funcional de joelho direito de caráter PERMANENTE.

ALTA

Dr. Ural de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 4315

NATAL

Av. Pernambuco, esquina com Rua Garanhuns, 01 - Cidade da Esperança - Natal/RN
(em frente ao posto de saúde)
(84) 3205-7400 / 3205-5842





GOVERNO DO ESTADO DO
RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
RUI PARRONCELLO - WALTER BRAGA GOMES

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <i>Antonio de Castro</i>		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL/SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO <input checked="" type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)			
13 - MUNICÍPIO <i>Pararamirim</i>	14 - BARRIO	15 - UF <i>RN</i>	16 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>POA + instabilidade feto (D)</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Emergência</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>KMM + Seroeletricidade</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>1º grau LCA 1º grau insuficiência 1º grau condut + g. normal</i>	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Ressecção LCA 403050160 Reparo Menisco 403050885 1º grau LCA com condut + g. normal 403050926 Surgimento de LCA 407060123</i>	26 - LEITO CLÍNICO	27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>[Assinatura]</i>
25 - CÓD. DO PROCEDIMENTO <i>415010012</i>	29 - Nº DE SOLICITAÇÃO <i>07108120</i>	30 - CNES / CPF	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
38 - () ACID. TRABALHO TRAVEJO	46 - () CÓD. 10 PRINCIPAL		
40 - () CÓD. 10 SECUNDÁRIO	42 - () CÓD. 10 SECUNDÁRIO		
43 - ()			
44 - () GRAVE			
45 - () GRAVÍSSIMA			

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIIH)
47 - DT. AUT. / /	51 - DT. AUT. / /	
48 - CNES / CPF		
52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	



Abandamento 2002300144
Nome ABINDAN DE CARVALHO
Idade 40 ANOS
Sexo M
Tipo de Seguro SUS
Data do Atendimento 28/02/2020
Procedência LAB. CENTR

HEMOGRAMA



Hospital Memorial
São Francisco

Abindan de Carvalho

- Hemograma*
- Coagulograma*
- Glicemia*

03.08.20

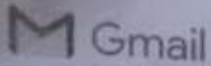
[Handwritten Signature]
Dr. Marcelo D. Lago
Cirurgião Geral
CRM 17.757-1/2006

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Fone: (84) 3133-4200 - CEP 59022-020 - Tirol - Natal/RN



04/08/2020

Gmail - SOLICITAÇÃO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA ELETIVA



Central de Regulação Parnamirim <regulacaoparnamirim@gmail.c

SOLICITAÇÃO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA ELETIVA

1 mensagem

Formulários Google <forms-receipts-norep'y@google.com>
Para: regulacaoparnamirim@gmail.com

4 de agosto de 2020, 1

Google Forms

Agradecemos o preenchimento de SOLICITAÇÃO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA ELETIVA

Isto foi o que recebemos de você:

SOLICITAÇÃO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA ELETIVA

Formulário eletrônico de solicitação de Cirurgias Ortopédicas Eletivas à Central Metropolitana de Regulação da SESAP/SMS Natal

Endereço de e-mail *

regulacaoparnamirim@gmail.com

INFORMAÇÕES SOBRE A UNIDADE

Unidade Solicitante *

- Natal (distrito leste)
- Natal (distrito oeste)
- Natal (distrito sul)
- Natal (distrito norte I)

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=6043677&as&view=pt&search=all&permithid=thread-F%3A1674107700879456630&siml=msg-F%3A1674107...>





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

309

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 14/10/2020 07:50

Paciente: **ABINOAN DE CARVALHO** Registro: **58072**
 Num. RG: **1596380** CPF: **025.416.504-42** Nascimento: **10/05/1979** 41 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**
 Endereço: **IVANDIR DE SOUZA** N.: **46** Bairro: **ROSA DOS VENTOS**
 Cidade : **PARNAMIRIM** UF: **RN** CEP: **59150000** Fone: **84991298901**
 Profissão: **AGENTE DE SAUDE** Mãe: **JOSELIA DE CARVALHO SOUZA**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **5** Entrada: **14/10/2020 7:49** Previsão saída: **15/10/2020 17:00** Atendente: **JAILMAMA**
 Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **700604473134163**
 Médico : **Dr. MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO** CRM: **6574** **LEITO RESERVA 07**

Dados do Responsável

Responsável: _____ CPF: _____ RG: _____
 Parentesco: _____

Termo de Responsabilidade

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial.

Declaro para os fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital Memorial de Natal pela instituição conveniada a qualquer título.

Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo seja acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora esta autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

Autorizo a liberação da documentação do meu caso médico, através de fotografia, ou de exames gráficos ou de imagens, bem como o seu arquivamento por meio digital, papéis, fotografias ou quaisquer meios para os seguintes fins:

- a. Diagnóstico;
- b. Planejamento e Terapêutico;
- c. Ensino e Pesquisa.

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

Abinoan de Carvalho

Observações

COM AIH, SISREG, AUTORIZAÇÃO MUNIC, RISCO E ECG, EXAMES LAB, LAUDO RM, MEDICO CIENTE

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM 26/10/20

MedicWare

Página 1 /





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@ualnynmail.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 14/10/2020 07:50

Dados do Paciente

Paciente: **ABINOAN DE CARVALHO** Registro: **58072**
 Num. RG: **1596380** CPF: **025.416.504-42** Nascimento: **10/05/1979** 41 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Solteiro(a)**
 Endereço: **IVANDIR DE SOUZA** N.: **46** Bairro: **ROSA DOS VENTOS**
 Cidade : **PARNAMIRIM** UF: **RN** CEP: **59150000** Fone: **84991298901**
 Profissão: **AGENTE DE SAUDE** Mãe: **JOSELIA DE CARVALHO SOUZA**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **5** Entrada: **14/10/2020 7:49** Previsão saída: **15/10/2020 17:00** Atendente: **JAILMAMA**
 Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **700604473134163**
 Médico : **Dr. MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO** CRM: **6574** **LEITO RESERVA 07**

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____
 Data da Baixa: _____ No. de dias de hospitalização: _____ No. de US: _____
 Doc. Apresentado: _____ Diagnostico Definitivo: _____
 Procedencia:: _____
 História da Doença atual: _____
 Interrogatorio sobre diversos aparelhos: _____
 Antecedentes pessoais: _____
 Antecedentes familiares: _____
 Estado geral: _____
 Ap. Cardiorespiratorios: _____
 Ap. digestivo: _____
 Ap. Locomotor e Neurologico: _____
 Ap. Urinario e Ginecologico: _____
 Impressão geral: _____
 Conduta: _____





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

Data: 14/10/2020 07:50

Dados do Paciente

Paciente: **ABINOAN DE CARVALHO** Registro: **58072**
Num. RG: **1596380** CPF: **025.416.504-42** Nascimento: **10/05/1979** 41 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **IVANDIR DE SOUZA** N.: **46** Bairro: **ROSA DOS VENTOS**
Cidade: **PARNAMIRIM** UF: **RN** CEP: **59150000** Fone: **84991298901**
Profissão: **AGENTE DE SAUDE** Mãe: **JOSELIA DE CARVALHO SOUZA**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **5** Entrada: **14/10/2020 7:49** Previsão saída: **15/10/2020 17:00** Atendente: **JAILMAMA**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **700604473134163**
Médico: **Dr. MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO** CRM: **6574** **LEITO RESERVA 07**

Dados do Responsável

Responsável: CPF: RG:
Parentesco:

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

- Autorizo o(a) **Dr. MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO**, a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: **S8730 RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO A)**
- O(A) **Dr. MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO**, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
- Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

Razão por que o paciente não assinou o presente Termo de Ciência e Consentimento e Responsabilização.
Preenchido pelo responsável do paciente

Assinatura: [] Paciente [] Responsável []

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Certifico que expliquei detalhadamente a este paciente, ou ao seu responsável, o procedimento, cirurgia, seus benefícios, riscos e suas alternativas, respondi satisfatoriamente todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente / responsável compreendeu todo o que expliquei.

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO - CRM 657.



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
COMARCA DE PARNAMIRIM

DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL

(De acordo com o Artigo 1.723 da Lei nº 10.406 de 10/01/2002)

Nós **ABINOAN DE CARVALHO**, Brasileiro, divorciado, agente comunitário de saúde, capaz, maior, portador da identidade nº 001.596.380 – SSP/RN, e inscrito no CPF/MF sob o nº 025.416.504-42 e Sra. **JOSENILDA SABINO CORDEIRO**, Brasileira, solteira, técnica de enfermagem, portadora da identidade nº 1.705.188 – SSP/RN, e inscrita no CPF/MF sob o nº 028.722.364-73, residentes e domiciliados na rua Ivandir de Souza nº 46, Rosa dos Ventos, Parnamirim/RN; Declaramos que vivemos em união estável durante **01 (um) ano e 06 (seis) meses**, uma convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, nos termos do art. 1.723, segunda parte, do Código Civil; Que não incorrem nos impedimentos do artigo 1.521 do Código Civil; Que não somos casados nem mantemos outro relacionamento com objetivo de constituição de família; Que a presente declaração é feita de livre e espontânea vontade nossa outorgantes declarantes, inteiramente livre de todo e qualquer induzimento, coação, ilegalidade, influência ou constrangimento e é, mais completa expressão da verdade, para que sejamos beneficiários para qualquer plano de saúde, seguros, pecúlios ou pensões, para os quais nós, outorgantes contribuem, bem como, os direitos a sucessão, podendo ser apresentada perante todas as autoridades e poderes públicos competentes, repartições públicas federais, estaduais, municipais, empresas privadas e de economia mista, cartório em geral, foro, e instituições bancárias, instituições religiosas, Previdência Social, Receita Federal, Governo Federal, Estadual e Municipal, em qualquer de suas secretarias e departamentos, para todos os fins e efeitos de direito, o que tudo nós outorgantes declarantes damos por bom, firme e valioso, o que foi dito em presença das duas testemunhas adiantes assinadas.

Do que para constar firmamos a presente para os fins de direito.

Parnamirim-RN, 24 de setembro de 2018



ABINOAN DE CARVALHO - Declarante



**JOSENILDA SABINO CORDEIRO
Declarante**

testemunha

testemunha

Observação: a segunda via deste documento só será possível se o mesmo for registrado no Cartório de Registro de Títulos e Documentos

SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS
Paiva Amaral

TABELIÃO: AIRENE JOSE AMARAL DE PAIVA
Cópia por semelhança a firma de **ABINOAN DE CARVALHO**
0087250

Parnamirim/RN, 24/09/2018
da verdade. Emol R\$ 2,90

PEDRO ERASMO DE PAIVA NUNES - Substituto

SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS
Paiva Amaral

TABELIÃO: AIRENE JOSE AMARAL DE PAIVA
Cópia por semelhança a firma de **JOSENILDA CORDEIRO** (AJD087300)

Parnamirim/RN, 24/09/2018
da verdade. Emol R\$ 2,90

PEDRO ERASMO DE PAIVA NUNES - Substituto



Código Solicitação: **345105083**Número AIH: **242010077288-1****IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE**

Unidade Solicitante: HOSPITAL MEMORIAL	CNES: 2408252	22583
Unidade Executante: HOSPITAL MEMORIAL	CNES: 2408252	
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL	Município Executante NATAL	
Central Reguladora NATAL		
Data de Solicitação 07.10.2020 - 11:06:10	Operador 09642624443RAFAELA	
Data de Autorização 07/10/2020 - 11:21:45	Operador 63723034420MEL	
Data de Reserva 08.10.2020		
Data de Internação 07.10.2020	Operador RAFAELAPAIVA	
Data Prevista de Alta 21.02.2048		
Data de Alta 07/10/2020 - 11:55:13	Operador RAFAELAPAIVA	
Motivo da Alta 1.2 ALTA MELHORADO		

DADOS DO PACIENTE

CNS: 700604473134163	Nome Social/Apelido: ---	
Nome do Paciente ABINOAN DE CARVALHO	Naturalidade: PARNAMIRIM - RN	
Nome da Mãe JOSELIA DE CARVALHO SOUZA	Raça: SEM INFORMACAO	
Sexo: MASCULINO	Tipo Sanguíneo: ---	
Data de Nascimento: 10/05/1979 (41 anos)	Logradouro: IVANDIR DE SOUZA	Complemento:
Tipo Logradouro: RUA	Bairro: ROSA DOS VENTOS	CEP: 59141-380
Número: 46	Município de Residência: PARNAMIRIM	UF: RN
País de Residência: BRASIL		
Telefone(s): (84) 99129-8901 (<i>Exibir Lista Detalhada</i>)		

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante: 05544048428	Nome do Médico Solicitante: MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO	Status da Solicitação: APROVADA
CPF do Médico Executante: 05544048428	Nome do Médico Executante: MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO	
Diagnóstico Inicial - CID: M242 - TRANSTORNOS DE LIGAMENTOS	Classificação de Risco Prioridade 3 - Atendimento eletivo	
Caráter 10 - Eletivo	Clínica Complementar: Nenhuma	
Clínica: ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	Código: 0415010012	
Procedimento Solicitado: TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
DOR E INSTABILIDADE NO JOELHO DIREITO/td>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
RNM + EXAME FISICO

Condições que Justificam a Internação:
TRATAMENTO CIRURGICO LCA + LESAO OSTEOCONDRA + MENISCORRAFIA + SINOVECTOMIA

PARSICER

Motivo de Impedimento do Regulador: ---	CRM:	Data de Solicitação: 07.10.2020 - 11:06:10
Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)		

Data da Extração dos Dados: 15/10/2020 12:19:22





GOVERNO DO ESTADO RN
SEC. SAÚDE PÚBLICA
HOSP. MONS. WALFREDO GURGEL

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <i>Antonio de Castro</i>		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL/SUS <i>700604473134163</i>	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>10.05.1979</i>	9 - SEXO <i>M</i>	MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> 1 FEMININO <input type="checkbox"/> 2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Socia de Carvalho Souza</i>		11 - TELEFONE DE CONTATO <i>8499129-8901</i>	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) <i>Rua Wandir de Souza n. 46</i>			
13 - MUNICÍPIO <i>Perнамibu</i>	14 - BAIRRO <i>Rosa dos Ventos RN</i>	15 - UF	16 - CEP <i>39150-000</i>

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>DM + metabolicidade fcllo (D)</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Empire</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>KMM + Seroquise</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>DM + LCA</i>	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Reparo LCA 408050160 Reparo Menisco 403050888 Fisioterapia lit condup 408050926 Sintetização 407060123</i>			
25 - COD. DO PROCEDIMENTO <i>915010012</i>		26 - LEITO/CLÍNICA	
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Dr. Márcio Rêgo</i>	
29 - Nº DE SOLICITAÇÃO <i>63108120</i>		30 - CNS / CPF	
31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG NO CONSELHO)			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
38 - () ACID. TRABALHO TRAJETO		DESCRIÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
40 - () CID. 10 PRINCIPAL		43 - ()	44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA
42 - () CID. 10 SECUNDÁRIO			

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
47 - DT. AUT. / /	51 DT AUT / /	
48 - CNS / CPF		
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	



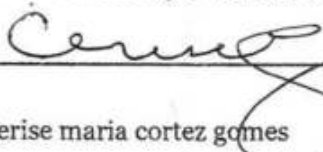


PREFEITURA DE
PARNAMIRIM
Cuidando de você.

Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Municipal de Saúde

Autorização de AIH

Autorizo o atendimento ao paciente Shinoan de Carvalho
identidade nº 1596380 CPF nº 025.416.504.42
data de nascimento 10/05/1979 cujo procedimento 408050160, 408050888
408050926, 408060123, 415010012
deverá ser registrado mediante Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Data do. 10.20



Dra. Cerise Maria Cortez Gomes
Médica
CRM 2534 - CPF: 025.416.504.42

Cerise maria cortez gomes

Médica Autorizador

CRM 2534

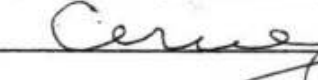


PREFEITURA DE
PARNAMIRIM
Cuidando de você.

Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Municipal de Saúde

Autorização de AIH

Autorizo o atendimento ao paciente Shinoan de Carvalho
identidade nº 1596380 CPF nº 025.416.504.42
data de nascimento 10/05/1979 cujo procedimento 408050160, 408050888
408050926, 408060123, 415010012
deverá ser registrado mediante Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Data do. 10.20


Cerise maria cortez gomes

Dra. Cerise Maria Cortez Gomes
Médica
CRM 2534 - CPF: 025.416.504.42

Médica Autorizador

CRM 2534





DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: ABINOAN DE CARVALHO

Data do Procedimento: 14-10-2020

Registro: 58072 IH: 5

Diagnóstico pré operatório: S835 ENTORSE E DISTENSÃO ENVOLVENDO LIGAMENTO CRUZADO (ANTERIOR) (POSTERIOR) DO JOELHO

Código do procedimento

0408050160
0408050888
0408050926
0408060123

Cirurgia realizada

RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO A
TRATAMENTO CIRURGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCA
TRATAMENTO DAS LESOES OSTEO-CONDRAIS POR FIXACAO OU MOSAICOP
EXPLORACAO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE MEDIAS / GRAND

Equipe cirúrgica:

Cirurgião: MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO

CRM

6574

Anestesiologista: GILVAN DE CARVALHO

1904

Instrumentador: FELIPE

Grau de Contaminação: Limpo

Profilaxia Antimicrobiana: Cefazolina

Anatomopatológico: Não

Exame: Não se aplica

Descrição dos materiais especiais utilizados:

02 PARAFUSOS PARALCA

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados:

Descrição da cirurgia:

1. Assepsia e Antissepsia . 2. Acesso anterior ao joelho D. 3. Retirada dos tendões flexores . 4. sinovectomia. 5. Confecção do tuneis femoral e tibial. 6. tratamento de lesao osteocondral da patela e femur . 7. Meniscorrafia lateral. 8. transferencia dos tendoes pelos tuneis e fixação com parafuso de interferencia 10x30 na tibia e parafuso 8x25 no femur. 9. Sutura. 10. curativo

CRM: 6574 - MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO

14/10/2020 10:47:08

