



Número: **0802437-93.2019.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **15/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO BATISTA DE SOUSA (AUTOR)		CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
44555390	16/06/2019 18:12	<a href="#">2584490 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01</a>	Documento de Comprovação
44555400	16/06/2019 18:12	<a href="#">2584490 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01</a>	Documento de Comprovação



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE MOSSORO/RN**

**Processo:** 08024379320198205106

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOAO BATISTA DE SOUSA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, pois, o Laudo informa que a parte autora não restou permanentemente inválida, motivo pelo qual não houve pagamento em sede administrativa.

Ademais, reitera a Ré que a parte autora não traz aos autos qualquer documento que comprove uma suposta condição de inválida, com a quantificação da lesão.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

MOSSORO, 14 de junho de 2019.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/RN 980-A**

**LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA**  
**11929 - OAB/RN**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOAO BATISTA DE SOUSA

Nº Sinistro: 3180435707

Vitima: JOAO BATISTA DE SOUSA

Data do Acidente: 22/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180435707**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13384821

Pag. 00671/00672 - carta\_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOAO BATISTA DE SOUSA

Nº Sinistro: 3180435707

Vítima: JOAO BATISTA DE SOUSA

Data do Acidente: 22/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180435707**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **22/04/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00541/00542 - carta\_04 - INVALIDEZ



00050271

Carta nº 13430739

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180435707 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO BATISTA DE SOUSA **Data do acidente:** 22/04/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

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

**Data da análise:** 26/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO DE OMBRO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

### 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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 5221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da Vítima: **073.509.904-99** Nome completo da vítima: **João Batista de Sousa**

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>João Batista de Sousa</b>		CPF titular da conta <b>073.509.904-99</b>		Profissão <b>Reusado</b>
Endereço <b>Rua dos Lírios</b>		Número <b>38</b>	Complemento <b>caso</b>	
Bairro <b>Santa Delfina</b>	Cidade <b>Ilheus</b>	Estado <b>BA</b>	CEP <b>59600-001</b>	
Email		Telefone (DDD) <b>1841 9953 8106</b>		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)  
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. **3064** D/V. **048950** D/V. **5**  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome \_\_\_\_\_ NRO. \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA NRO. \_\_\_\_\_ D/V. \_\_\_\_\_ CONTA NRO. \_\_\_\_\_ D/V. \_\_\_\_\_  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Ilheus de Agosto de 2018  
Local e Data

João Batista de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





AUTO-ATENDIMENTO - AG TERRA DO SAL RN

DATA: 28/08/2018

HORA: 09:33:21

TERMINAL: 30641019

CONTROLE: 306410190201

COMPROVANTE DE  
TRANSFERÊNCIA DE VALORES

REMETENTE

CGC/AGÊNCIA : 1013 / UFERSA

CONTA : 013.00010888-5

NOME : ALCILENE LEAL DA SILVA

FAVORECIDO

CGC/AGÊNCIA : 3064 / TERRA DO SAL

CONTA : 013.00048950-5

NOME : JOAO BATISTA DE SOUSA



DATA DE EFETIVAÇÃO : 28/08/2018

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO  
DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30  
MINUTOS.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

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





Governo do Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social  
Polícia Civil  
Delegacia Eletrônica



**BOLETIM DE Ocorrência**

Unidade Policial: 1º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ

Endereço: AV. PRESIDENTE DUTRA, S/N. ALTO DE SÃO MANOEL, MOSSORÓ

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM**

1.1 Protocolo: J201807000067

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 16/05/2018 10:18:37

1.4 Ligar CIOSP: Não

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

2.1 Data/Hora do Fato: 22/04/2018 08:00:00

2.3 Fato: Consumação

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: SN

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: DOM JAIME CÂMARA

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RUA ROSA PRATA

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: MOSSORÓ

**3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)**

3.1 Nome Completo: JOAO BATISTA DE SOUSA

3.3 Nome Social:

3.5 Civilidade: Parda

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 07350990499

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)

3.15 Telefone(s):

3.17 Número: 36

3.19 Bairro: DOM JAIME CÂMARA

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: MOSSORÓ

3.2 Estado civil: União Estável

3.4 Pai: JOSE PEDRO SOBRINHO

3.8 Mãe: FRANCISCA GOMES DE LIMA

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 33/07/1986

3.14 RG: 1390674 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Nacionalidade: MOSSORÓ RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: RUA ROSA PRATA

3.24 CEP:

**4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)**

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

**5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)**

**6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)**

**7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi:

7.1.5 Placa: QGC4812

7.1.7 Marca: I

7.1.9 Ano do Modelo: 2014

7.1.11 Cor do veículo: PRETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: JOAO BATISTA DE SOUSA

7.1.17 Nome do condutor: JOAO BATISTA DE SOUSA

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam:

7.1.6 Estado:

7.1.8 Modelo: SHINERAY XYS00 PHOENIX

7.1.10 Ano de Fabricação: 2013

7.1.12 Tipo do veículo: CICLOMOTOR

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vinculo com a Ocorrência:

**8. DADOS DA OCORRÊNCIA**

**8.1 Histórico**

O COMUNICANTE VEIO A ESTE DISTRITO POLICIAL E RELATOU QUE VINHA CONDUZINDO SUA MOTO NO LOCAL DESCRITO QUANDO AO PASSAR UM UMA FOÇA DE LAMA DERRAPOU E CAIU SOFRENDO LESÕES. O COMUNICANTE FOI SOCORRIDO PARA O HRTM EM MOSSORÓ. O COMUNICANTE RELATA QUE UM AMIGO, DIEGO, VINHA NA GARUPA MÃS NÃO SOFREU NENHUMA LESÃO SEGUNDO O PRÓPRIO DIEGO DISSE AO COMUNICANTE. NADA MAIS DISSE.

**8.2 Informações do CIOSP**

**8.3 Outras Providências**

REGISTRO DA OCORRÊNCIA

**10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)**

**11. DECLARAÇÃO**

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 16/05/2018 10:18:37

Rogério de Carvalho Brito  
Agente de Polícia Civil  
Mat. 157.380-2

João Batista de Sousa  
Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1573802 - ROGERIO DE CARVALHO BRITO

Impresso por: 1573862 - ROGERIO DE CARVALHO BRITO em 16/05/2018 10:15:43

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Página 11

Protocolo: J201807000067 - Código de autenticação: d8ed711b201b9122b5bd96fe50c77ae

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

João Batista de Sousa

CPF da Vítima

073.509.904-99

Data do Acidente

22.04.2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email

Telefone (DDD)

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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

Mossoró, 20 de Agosto de 2018

Local e Data

João Batista de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





PROPOSTA  
LUXUOS DO DIVERS  
AS P/CC

Diego Azeite de Lima  
CRM-PA 17106  
CRM-PE 20386  
TEOT 15467

HOSPITAL REGIONAL TARCISO MOTA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORO 15/05/2019  
SAME/ARQUIVO

19 SEP 1981



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA  
BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 10013 /2018  
Admissão: 22/04/2018 13:01:34



CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 9299 - JOAO BATISTA DE SOUSA (51 a 9 m 19 d)

Sexo: M Cor: PARDA

Nascimento: 03/07/1966

Natural: MOSSORO, BRASIL

CPF: 07350990499

Prof:

Mãe: FRANCISCA GOMES DE LIMA

Pai: JOSE PEDRO SOBRINHO

Logradouro: ROSA PRATA, 38

Cidade: MOSSORO

CEP: 59628644

Bairro: DOM JAIME CAMARA

Compl:

Telefone: 84.98532229 84.98532229

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO  
Origem: FAMILIA

Tipo: NÃO REGULADO  
\*Empresa:

OBS:					Classificação: 22/04/2018 12:58:19					PESO:
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS	

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: SEGUNDO O PACIENTE: VITIMA DE QUEDA DE MOTO. DOR EM OMBRO DIREITO.  
Hora: \_\_\_\_\_

*Tratado em U.S.D.,  
por equipe de pronto  
atendimento. Paciente  
sem lesões  
visíveis. Exame físico  
normal. Exame  
de laboratório  
normal.*

Diagn. Inicial:

*Tratado em U.S.D.*

PRESCRIÇÃO:

*1) Analgesia  
2) Antibiótico  
3) Curativo*

VIA HORARIO ASSINT.

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 15/05/2018  
SAME/ARQUIVO

APUANA SEIXO  
19 SET 2018

\*Saída: ( ) Alta por decisão médica; ( ) Internação; ( ) Enc.outro Serviço; ( ) Evasão  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/18. Hr: \_\_\_\_ Ass. Médico: \_\_\_\_\_

\*Gerado via SX por FRANCISCA VALERIA DE MEDEIROS. Impresso em 22 de Abril de 2018.

PROPOSTA

LUXOS DO ONIBUS

AS P/CC

Diego Ariadne Lima  
CRM-RN 7.108  
CRA-PE 23356  
TEOT 1546

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORO 15/05/2018  
SAME/ARQUIVO

APUANA SEGURO  
19 SET 2018



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 13536 /2018

Admissão: 26/05/2018 15:32:05

## CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 9299 - JOAO BATISTA DE SOUSA (51 a 10 m 23 d)

Nascimento: 03/07/1966

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 708400210478965

CPF: 07350990499

Prof: AUTONOMO

Mãe: FRANCISCA GOMES DE LIMA

Pai: JOSE PEDRO SOBRINHO

Logradouro: ROSA PRATA, 38

CEP: 59628644

Bairro: DOM JAIME CAMARA

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.98532229 84 98532229

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: FAMILIA

\*Empresa:

OBS:					Classificação: 26/05/2018 15:25:26			PESO:	
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

## HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: QUEDA DE MOTO. DOR EM BRAÇO DIREITO, COM LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO

Hora: 15:45

Paciente vítima de acidente automobilístico (queda de moto), refere dor em ombro (D).

A: Sem cervicalgia, vas aerias peruan

B: Eupneico, EAH, SRA.

C: Sem sinais de sangramento ativo, Sinais de

data hemodinâmica

D: Glasgow 15

E: Sem sinais de escoriações

ARUANA SEGURO  
19 SET 2018

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORO 27/06/2018

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
1) Solicito Rx ombro AP (Perigil)			
2) Avaliação da ortopedia			
Med. anal. 2em			
2. S.O. 7. caso de 1a. e 2a.			
Ar. 1 em anal. 2em			

\*Salda: - ( ) Decisão médica; ( ) Enc. outro Serviço; ( ) Evasão; ( ) Interna: CID \_\_\_\_\_ Proc. \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/18. Hr: \_\_\_:\_\_\_ Ass. Médico: \_\_\_\_\_

\*Gerado via SX por JOSE MARIA DA SILVA. Impresso em 26 de Maio de 2018.







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

DÉBITO CIRÚRGICO

Nome do paciente: Toni Batista de Souza N° do Pront.: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: Redução de volume labial Data: 26.05.18  
Cirurgião: Dr. Euler Auxiliar: Dr. Diego Instrumentadora: \_\_\_\_\_  
Anestesiologista: Dr. Rono Anestesia: Genel  
Início da Cirurgia: 21:30 Término: 21:30

MATERIAL USADO	QUANTIDADE
* COMPRESSAS	
* GASES	
* ESPARADRAPO	
* COMPRESSAS	
* LÂMINA DE BISTURI N°	
* LUVAS	2.5 e 6.0
* EQUIPO PARA SORO	na prateleira de uso
* S CALPS N°	
* JELCOS	
* CATETER PARA SUBCLAVIA	
* SERINGAS DE 01 ML	
* SERINGAS DE 03 ML	
* SERINGAS DE 05 ML	
* SERINGAS DE 10 ML	01 unid.
* SERINGAS DE 20 ML	01 unid.
* AGULHAS DESCARTÁVEIS	
* Sonda ENDOTRAQUEAL N°	
* TRAQUEOSTOMO	
* Sonda URETRAL N°	
* Sonda FOLEY N°	
* Sonda NASOGÁSTRICA N°	
* CATETER PARA O2	
* Sonda PARA ASPIRAÇÃO N°	
* COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	
* BOLSA DE COLESTOMIA	
* DRENO DE PENROSE N°	
* DRENO DE TORAX N°	
* ATADURA GESSADA	
* FAIXA DE CREPOM	01 unid.
* ALGODÃO ORTOPÉDICO	
* CATGUT CROMADO	
* CATGUT SIMPLES	
* FIO DE ALGODÃO	
* MONONYLON	
* OUTROS FIOS	
* USO DO BISTURI ELÉTRICO	
* USO DE OXIGÊNIO	
* SOLUÇÃO DE PVPI ALCÓOLICA	
* SOLUÇÃO DE PVPI DEGERMANTE	
* SOLUÇÃO DE PVPI TÓPICO	
* SOLUÇÃO DE ETER	
* SOLUÇÃO DE ÁGUA OXIGENADA	
* SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%	
* SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER SIMPLES	
* MANITOL	
* XILOCAINA A 2%	
* ABD	
Luvas de posicionamento	06 pares.

APURADA  
19 SET 2018

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTA CONFERME O ORIGINAL  
SAM MOSSORÓ  
21.06.2018  
BIA



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

5000 BOSTON

R

OT. P. S. T. N. V. E. P. E. S. U.

EMPRESA DE SAÚDE  
DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

ARUANA SEGUROS  
19 SET 2018



Estado do Rio Grande do Norte  
**Prefeitura Municipal de Mossoró**  
Secretaria Municipal da Saúde



Sistema  
Único  
de Saúde

**FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA**

Unidade:

**DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO:**

UPA TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

Nome:

Idade:

477239

Cartão SUS:

Nome da Mãe:

**JOAO BATISTA DE SOUSA**

03/07/1968 (51a 9m)

Masculino

Endereço (Rua/Av):

**NAO TEM**

**FRANCISCA GOMES DE LIMA**

Nº **AUTONOMO**

Complemento:

**RLA MARIA DANTAS DA SILVA**

Cidade

Estado

Telefone:

**144**

Clinica

**DOM JESUS**

**MOSSORO/RN**

Data

**NAO TEM**

Hora

Motivo da Procura:

**CLINICA MEDICA**

CPF DO PACIENTE: (07350990499)

Rubrica Servidor:

**22/04/2018**

**11:51**

Assinatura do Paciente:

**MEDICACAO**

**ALEX ALVES**

**ACOLHIMENTO:**

( ) Emergência ( ) Urgência ( ) Não Urgência ( ) Acidente de Trabalho ( ) Acidente de Trânsito

Acolhimento com classificação de risco:

Queixa:

Antecedentes Alérgicos:

HAS ( )

DM ( )

Assinatura:

Classificação:

**ANAMNESE:**

**LEITOR não DURDA DE MOTO  
E PERMANENDO DANCI MO OMBRO D.  
AO EXAME - EDS, CONSCIENTE E ORIENTADO**

**EXAME FÍSICO:**

Peso: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ F.R.: \_\_\_\_\_ Glasgow: \_\_\_\_\_  
SpO2: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_

**APUANA SEGUROS**  
**19 SET 2018**

**EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:**

( ) Laboratório  
( ) Radiológico  
( ) ECG ( ) Outros

Hipótese do Diagnóstico:

CID:

Conduta: ( ) Medicação ( ) Observação ( ) Sudo para AII

Médico: (Carimbo e Assinatura)

Saida: Data/Hora \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ h. ( ) Alta referido para UBS ( ) Óbito

( ) Outra Unid. Urgência ( ) Especialidade

( ) Internação no Hospital:

- Dipirona - 01 Amp + ARD, IV

- DZEGADRON - 01 Amp + ARD, IV

⇒ ORIENTADO A PROCURAR  
- AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA  
NO HRTM

Dr. Mutar Gassani  
Médico  
CRM-RN 5862



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - RN Nº 013709194724  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 COD. RENAVAM: 01078909013 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO: 2018

NOME: JOAO BATISTA DE SOUSA

CPF / CNPJ: 073.509.904-99 PLACA: QSC4512

PLACA ANT. / UF: QSC4512 / RN CHASSI: LKTXCB102E0537889

ESPECIE TIPO: PASSAGEIRO/CICLOMOTOR/NAO APLICAVEL COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: I/SHINERAY XY50Q PHOENIX ANO FAB.: 2013 ANO V. U.D.: 2014

CAP. / POT. / CIL.: 0CV/49 CILINDRADAS CATEGORIA: PARTICULAR COR PREDOMINANTE: PRETA

DOTA UNICA: R\$ 0,00 VENC. DOTA UNICA: 06/03/2018 1ª: ISENTO

FAIXA: IVA: 030726 3X PARCELAMENTO / COTAS: R\$ \*\*\*\*\* 2ª: ISENTO

PREMIO TARIFARIO (R\$): ICF (R\$): PREMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: \*\*\* LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO \*\*\* DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES: MOTOR: 1P39FNAZA104329

MOSSORO/RN DATA: 06/02/2018

Siderley Bezerra da Silva  
Coordenador de Registro de Veículos  
DETRAN - RN

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

RN Nº 013709194724 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VENC. 012  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 06/02/2018

VIA: 1 CPF / CNPJ: 073.509.904-99 PLACA: QSC4512

RENAVAM: 01078909013 MARCA / MODELO: I/SHINERAY XY50Q PHOENIX

ANO FAB.: 2013 CIL. / CIL.: 8 CHASSI: LKTXCB102E0537889

PREMIO TARIFARIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$): ICF (R\$): TOTAL A PAGAR PLO SEGURO (R\$):

PAGAMENTO: ☐ COTA UNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO:

**SEURADORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 09.348.308/0001-04

APUANA SEGUROS  
19 SET 2018

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0343047/18  
Vítima: JOAO BATISTA DE SOUSA  
CPF: 073.509.904-99  
Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 22/04/2018  
CPF de: Próprio  
Titular do CPF: JOAO BATISTA DE SOUSA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

JOAO BATISTA DE SOUSA : 073.509.904-99

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/09/2018  
Nome: JOAO BATISTA DE SOUSA  
CPF: 073.509.904-99

JOAO BATISTA DE SOUSA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/09/2018  
Nome: Aline Lulza Silva de Moraes Carvalho  
CPF: 011.942.284-02

Aline Lulza Silva de Moraes Carvalho





## DECLARAÇÃO

EU João Batista J. Sousa

portador (a) da cédula de RG de N° 001.390.674 e  
CPF 073.509.904-99 Declaro para Os devidos fins  
que estive no Banco Caixa Econômica Federal  
para regularizar minha conta Poupança de agência  
3064, número 048950-5 para pode receber o  
benefício da indenização do Seguro DPVAT solicitado.



João Batista 20 de Agosto de 2018

João Batista J. Sousa

ASSINATURA DO TITULAR DA CONTA BANCARIA



Correios

R\$ 05,50

11.09.18 - 08:53

CARTA  
ADE JEREMIAS DA ROCHA JUNIOR

DESTINATARIO: ARUANA SEGUROS S/A  
ENDEREÇO: RUA ROMUALDO GALVÃO Nº 2109  
SALA 104 1º ANDAR  
BAIRRO; LAGOA NOVA  
NATAL/RN CEP; 59056-100





**REMETENTE: JOÃO BATISTA DE SOUSA**

**ENDEREÇO: RUA DOS LIRIOS Nº 38**

**BAIRRO: SANTA DELMIRA**

**CIDADE: MOSSORÓ CEP: 5900-001**

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180435707 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO BATISTA DE SOUSA **Data do acidente:** 22/04/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

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

**Data da análise:** 26/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO DE OMBRO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

### 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

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

**CRM:** 5252099-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

Karla Souza

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0343047/18

**Vítima:** JOAO BATISTA DE SOUSA

**CPF:** 073.509.904-99

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 22/04/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOAO BATISTA DE SOUSA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

**JOAO BATISTA DE SOUSA : 073.509.904-99**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/09/2018  
Nome: JOAO BATISTA DE SOUSA  
CPF: 073.509.904-99

JOAO BATISTA DE SOUSA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/09/2018  
Nome: Aline Luiza Silva de Moraes Carvalho  
CPF: 011.942.284-02

Aline Luiza Silva de Moraes Carvalho