



Número: **0813134-03.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **04/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FABIO MENDES SOARES DA SILVA (AUTOR)	JORGE ROMULO DE BRITO GALVAO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	
MUCIO AURELIO DO NASCIMENTO LUZIA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
41569 822	04/04/2019 13:39	Procuração e Documentos Pessoais	Procuração
41569 835	04/04/2019 13:39	Boletim de Ocorrência	Documento de Comprovação
41569 848	04/04/2019 13:39	Relatório - Atendimento Samu	Documento de Comprovação
41569 855	04/04/2019 13:39	Boletim de Atendimento de Urgência	Documento de Comprovação
41569 859	04/04/2019 13:39	Laudo Cirúrgico e Internação Hospitalar	Documento de Comprovação
41569 873	04/04/2019 13:39	Requerimento e Decisão Administrativa - Indeferimento	Requerimento Administrativo
41569 881	04/04/2019 13:39	Certificado de Licenciamento e Registro da Moto - NNJ-8590	Documento de Identificação

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Fabio Mendes Soares da Silva, brasileiro, solteiro, vendedor,
RG: 003.077.452, CPF: 097.803.424-43, sítio Itapacuira
nº 51/N, zona Rural, Várzea - RN, cep 59185-000
Tel: 98831-0556

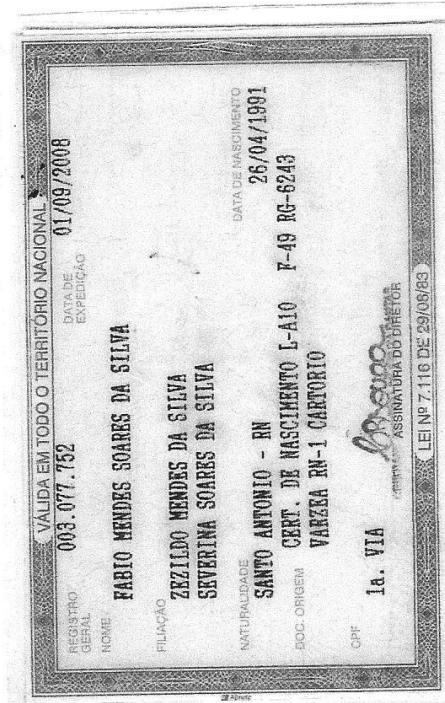
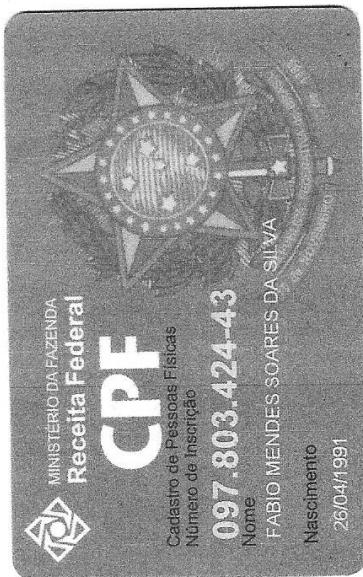
OUTORGADOS: **ANTÔNIO TAUMATURGO DE MACEDO SILVEIRA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seccional do Rio Grande do Norte sob o nº 5889; **JORGE ROMULO DE BRITO GALVÃO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seccional do Rio Grande do Norte sob o nº 6302, e **MARGON BARROS DE FIGUEIREDO**, brasileiro, divorciado, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seccional do Rio Grande do Norte sob o nº 13.444, com escritório sediado na Rua Marechal Floriano, nº 547, Centro, Santo Antônio/RN, CEP.: 59255-000.

PODERES: Os contidos nas cláusulas *AD JUDICIA ET EXTRA* para o foro em geral e trabalhista, bem como praticar todos os atos judiciais de representação e defesa, propor contra quem de direito ações judiciais competentes e defendê-lo nas contrarias em qualquer juízo, autarquia, empresa pública ou instância administrativa ou recursal, seguindo-as ate a decisão o trânsito em julgado, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda os poderes a especiais para acordar, confessar, transigir, desistir, firmar compromisso, receber, dar quitação, retirar guias de pagamento e Alvarás junto ao banco designado, agir em conjunto ou separadamente, podendo, ainda, substabelecer a outrem, com ou sem reserva os poderes ora conferidos, dando tudo por bom, firme e valioso.

CLAÚSULA CONTRATUAL: Pelos serviços advocatícios pagarei o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor total do que for recebido pelo Outorgante.

Santo Antônio/RN, de março de 2018.

Fabio mendes Soares da Silva
OUTORGANTE





NOTA FISCAL
Companhia Energética do Rio Grande do Norte - CEP 59035-350
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20035189-6 | www.cosern.com.br

Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04

DADOS DO CLIENTE

FÁBIO MENDES SOARES DA SILVA

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

PO ITAPACURA 91

CPF: 097 803 424-43

ITAPACURA/ÁREA RURAL

CLASSIFICAÇÃO

VARZEAS RN

B1 RESIDENCIAL

59185-000

RESIDENCIAL

Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
002459014	ÚNICA	20/02/2018
23/02/2018	3011061178	2632604

CONTA CONTRATO	MÊS ANO
7011244313	02/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
02/03/2018	22/03/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 49,52

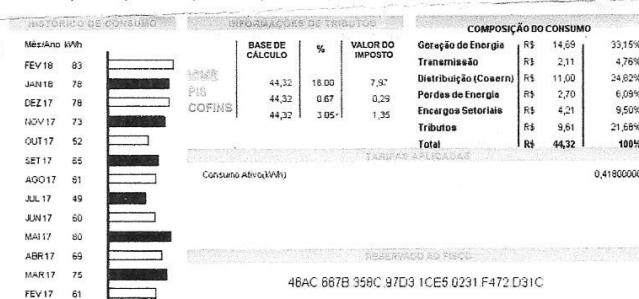
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	83.000000	0,53398058	44,32
Contribuição Iluminação Pública			5,20

TOTAL DA FATURA 49,52

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
217070786	CAT	05/02/2018	0,00	20/02/2018	30,00	14	1,00000		30,00
212060889	CAT	19/01/2018	6.215,00	06/02/2018	6.266,00	18	1,00000		53,00



INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagamento desta Nota Fiscal deve ser feito somente em espécie. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há variação na contribuição individual ou do nível de tensão do fornecedor. Pago em atraso gerada multa 2% (Reais 414,40/100,00), juros 1% (R\$ 4,14) e multa 0,02 (R\$ 0,02) e atualização monetária no prazo, mais. O cliente é compensado quando de cumprimento do prazo referido para os padrões de atendimento comercial. Fator de Poderíco Médio = Consulte o inquérito de dengue, Zika e Chikungunya. Ministério da Saúde. Governo Federal.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica (CGEE) 414/2010, tarifas, prazos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta, em todos os endereços de atendimento à no site www.cosern.com.br

CONJUNTO GOLANHIMA	VALOR APURADO dez/2017	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	NÍVEIS DE TENSÃO
GOL	1,05	11,30	22,61	45,22	220	202	231



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: DELEGACIA MUNICIPAL DE GOIANINHA
Endereço: RUA PROF. JOÃO TIBUCIO, 141, CENTRO, GOIANINHA

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J/01/087000096 1.2 Data de Expedição: 01/02/2017 17:13:17
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO 1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/hora do Fato: 01/09/2016 18:40:00 2.2 Autoria: Conhecida
2.3 Ato: Conseguido 2.4 Flagrante: Não
2.4 Móvel(s) empregado(s): Outros 2.5 Logradouro: RN 003 - EM FRENTE A ESTAÇÃO DA CAERN (ENTRE ESPIRITO
2.6 Tipo do local: Via Pública SANTO E GOIANINHA)
2.8 Número 2.9 CEP:
2.10 Complemento 2.11 Ponto de Referência:
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SITIOS E FAZENDAS 2.13 Cidade: GOIANINHA
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FABIO MENDES SOARES DA SILVA 3.2 Estado civil: Sem Informação
3.3 Etnia: Sem Informação 3.4 Pai: ZEZILDO MENDES DA SILVA
3.5 Mae: SEVERINA SOARES DA SILVA 3.6 Data de Nascimento: 26/04/1991
3.7 Sexo: MASCULINO 3.8 RG: 003077752 - ITEP/RN
3.9 CEP: 3.10 Passaporte:
3.11 Naturalidade: SANTO ANTONIO - RN
3.13 Profissão: AGRICULTOR(A) 3.12 Naturalidade: SANTO ANTONIO - RN
3.15 Telefone(s): 84 988310566 3.14 E-Mail:
3.17 Número: - 3.16 Logradouro: PO ITAPACURA 2 PR3 SITIO
3.19 Bairro: ITAPACURA 3.18 CEP:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 3.20 Cidade: VÁRZEA
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 7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Cilindrada: 52196 7.1.4 Renavam: 00116300264
7.1.5 Placa: RNJ8590 7.1.6 Estado:
7.1.7 Marca: HONDA 7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN KS
7.1.9 Ano do Modelo: 2008 7.1.10 Ano de Fabricação: 2008
7.1.11 Cor do veículo: CINZA 7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.13 Nota Fiscal: 7.1.14 Número do Motor:
7.1.16 Nome do proprietário: FABIO MENDES SOARES DA SILVA 7.1.16 Vínculo com a
7.1.17 Nome do condutor: O DECLARANTE
7.1.18 Observações:
Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE DISSE QUE ESTAVA TRAFEGANDO EM UMA MOTOCICLETA (JÁ DESCrita NESTE BO) NO LOCAL DO FATO, SENTIDO GOIANINHA/RN - ESPIRITO SANTO/RN, QUANDO DE REPENTE UM BOI CRUZOU A PISTA; QUE TENTOU FREIAR E SE ESQUIVAR DO ANIMAL, MAS COLIDIU FRONTALMENTE NO MESMO; QUE DEVIDO A COLISÃO SOFREU LESÕES NA Perna ESQUERDA (COLO DO FEMUR) E NO BRAÇO ESQUERDO (FRACTURA DO PUNHO E DE TRES DEDOS DA MÃO); QUE SOFREU PEQUENAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMUR RN E CONDUZIDO PARA O HOSPITAL ESTADUAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL EM NATAL RN; QUE POSTERIORMENTE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL ESTADUAL DEOCLECIO MARQUES EM PARNAMIRIM RN; NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

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: 01/02/2017 17:13:17

Policial

Interessado

Polegar direito

Assinatura: 2072688 - GUSTAVO MOURA CANTANHEDE

Impresso por: 2072688 - GUSTAVO MOURA CANTANHEDE em 01/02/2017 17:15:00

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fazem necessário, que em busca no sistema informatizado do SAMU 192 RN, foi encontrada a ocorrência Nº S230957 referente ao paciente **FABIO MENDES SOARES DA SILVA**, 25 anos, atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 RN, no dia 17/09/2016 em sentido Goianinha/RN, conforme ficha anexa.

Natal, 11 de novembro de 2016.


SABRINA CAMARA DE MACEDO
Coordenadora Regulação Médica do SAMU 192 RN
Mat. 195.849-6

SAMU 192 RN
END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 – BARRO VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
CEP: 59.022-545
FONE: 84 3209-5316



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGENCIA

FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGENCIA

FICHA DE ATENDIMENTO :	S230957
DATA DA OCORRÊNCIA:	17/09/2016 19:20:45
CIDADE:	GOIANINHA
BAIRRO:	
PONTO DE REFERÊNCIA:	
LOGRADEURO:	RN SENTIDO GOIANINHA PARA ESPIRITO SANTO.
INTERESSADO:	EDSON
TELEFONE:	9*9115-9231
TIPO:	M22
NATUREZA:	TRAUMA
SUB-TIPO:	M22G
NATUREZA:	COLISÃO
IMPRESSO POR:	IVAN JOSE DE ARAUJO CARDOSO
DATA DA IMPRESSÃO:	11/11/2016 12:02:00

DATA	HORA	TERMINAL	OPERADOR	EVENTOS
17/09/2016	19:20:45	tarm1	98762684	PCT FABIO ID 25 ANOS
17/09/2016	19:20:45	tarm1	98762684	APX.3 KM DE GOIANINHA
17/09/2016	19:20:45	tarm1	98762684	APOS A ENTRADA DO Povoado MIRANDA
17/09/2016	19:21:05	tarm1	98762684	
17/09/2016	19:21:54	regsmmu02	13129624	LIGAÇÃO CAIU
17/09/2016	19:22:06	regsmmu02	13129624	ANTES DA REGULAÇÃO MÉDICA
17/09/2016	19:30:04	despsamu2	701800674	VIATURA USB38 DESPACHADA - Comandante da VTR: (CIODS CIODS)
17/09/2016	19:30:16	regsmmu02	13129624	COLISÃO MOTO ANIMAL
17/09/2016	19:30:38	despsamu2	701800674	VIATURA USB38 EM ROTA
17/09/2016	19:30:40	regsmmu02	13129624	CONSCIENTE
17/09/2016	19:31:03	regsmmu02	13129624	FRATURA EM PULSO E JOELHO?(LIGAÇÃO RUIM)
17/09/2016	19:31:10	regsmmu02	13129624	ENVIO USB COD 3
17/09/2016	19:31:38	regsmmu02	13129624	** Tipo do evento alterado de M01 para M22(M22G) as 17/09/16 19:31:38
17/09/2016	19:31:38	regsmmu02	13129624	** Event Priority changed from 4 to 0 at: 09-17/16 19:31:38
17/09/2016	19:31:38	regsmmu02	13129624	** > -> by: VINICIUS CAMARA DE SOUSA PAIVA on terminal regsmmu02
17/09/2016	19:31:38	regsmmu02	13129624	** >> by: VINICIUS CAMARA DE SOUSA PAIVA on terminal regsmmu02
17/09/2016	19:45:37	despsamu1	14238204	VIATURA USB38 CHEGOU AO LOCAL
17/09/2016	20:13:20	regsmmu02	13129624	USB 38
17/09/2016	20:13:47	regsmmu02	13129624	FABIO MENDES SOARES DA SILVA25A
17/09/2016	20:14:17	regsmmu02	13129624	VITMA DE QUEDA DE MOTO COLIDIU COM ANIMAL , CAIU EM BARRANCO
17/09/2016	20:14:25	regsmmu02	13129624	DECUBITO DORSAL
17/09/2016	20:14:32	regsmmu02	13129624	NEGA PERDA DE CONSCIENCIA
17/09/2016	20:14:59	regsmmu02	13129624	APRESENTA PROVAVEL FRATURA EM PUNHO ESQUERDO E FRATURA DE FEMUR ESQUERDO
17/09/2016	20:15:04	regsmmu02	13129624	AMBAS FECHADAS
17/09/2016	20:15:14	regsmmu02	13129624	NEGA DOENÇAS
17/09/2016	20:15:22	regsmmu02	13129624	TA 110X70
17/09/2016	20:15:29	regsmmu02	13129624	FC 97%
17/09/2016	20:15:32	regsmmu02	13129624	FR 20
17/09/2016	20:15:40	regsmmu02	13129624	SAT 98% EM AR AMBIENTE
17/09/2016	20:16:37	regsmmu02	13129624	ORIENTO AVP COM RL
17/09/2016	20:16:51	regsmmu02	13129624	DIPIRONA 01 AMPOLA COM 08ML O ABD EV
17/09/2016	20:17:07	regsmmu02	13129624	SEGUIR NO QTI DO PS CLOVIS SARINHO

17/09/2016	20:31:06	tarm2	354232878	TENTANDO CONTATO COM POLITRAUMA CLOVIS SEM SUCESSO.
17/09/2016	20:32:57	tarm2	354232878	AS 20:18 AS 20:25 AS 20:32 SEM SUCESSO. (TARM NATALI)
17/09/2016	20:38:20	tarm2	354232878	INFORMADO COM DR KALIANDRE DO POLI TRAUMA CLOVIS. O MESMO ESTA CIENTE.
17/09/2016	20:39:04	tarm2	354232878	(Tami Natali)
17/09/2016	20:39:12	tarm2	354232878	*****
17/09/2016	22:47:11	despsamul	14238204	VIATURA USB38 INFORMOU O CÓDIGO UG
17/09/2016	22:47:11	despsamul	14238204	VIATURA USB38 INFORMOU O CÓDIGO CL
17/09/2016	23:09:48	despsamul	701800674	VIATURA USB38 FINALIZOU A OCORRÊNCIA COMO (HSP) [ENCAMINHADO HOSPITAL] COMENTÁRIO ADICIONAL: SEM COMENTÁRIO


 SABRINA CAVALCANTE DE MACEDO
 COORDENADORA DE REGULAÇÃO MÉDICA



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFRIDO GURGEL



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL

PACIENTE **FABIO MENDES SOARES DA SILVA**
DATA DE 17/09/2016 HORA 21:25 N° BAA 205517

IDADE 25 SEXO M ETNIA -
CARTÃO SUS 708202678935548 ESTADO -

CPF 097.803.424-43 RG 3077752 -
NOME DA MÃE SEVERINA SOARES DA SILVA

NOME DO PAI - NATURALIDADE -
NASCIMENTO 26/04/1991 PROFISSÃO -

TELEFONE (84) 8871-2546 ITA PACURA N° 96 BAIRRO ZONA RURAL

RUA/AV. - CIDADE Várzea-RN

COMPLEMENTO 59185-000 MOTIVO Consulta de urgência / Outros

CEP Ambulância - SAMU Glauber

ORIGEM Não USUÁRIO

ACID. DE TRABALHO

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Urtigo de colíbano meto - animal Nega TCE e pula
domível de consciência. Tinha-se de dor em pulso E
MIE.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Olhos áreos. plenos. Sem cernicals - retiro color canicular
B Térmico - MV+, libido ATR: Tórax estéril
C Esternal - Pulso cheios
D Glasgow 15
E Edema em pulso E Térmico dedo em pe E

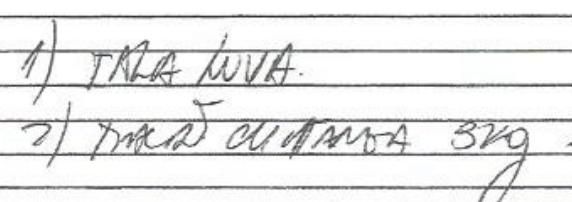
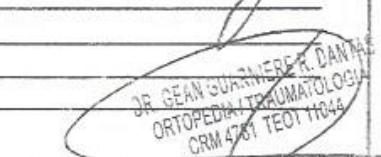
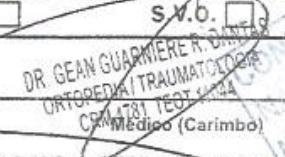
OUTRAS OBSERVAÇÕES

Dor à palpiação de bolo. E de pálpebra
Abdome firido e indolor

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL
110/70	Set 02 98%			50	72		
	an acentuado						

DIAGNÓSTICO INICIAL

Copyright © 2016 | Sistema Amazing | (84) 90613-4442

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:	
ANAMNESE	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***	LABORATÓRIO
	
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	OUTROS
	
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
	
Assinatura e Carimbo do Responsável	
DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / / HORA:
SAÍDA:	DATA: / / HORA:
Decisão Médica <input checked="" type="checkbox"/>	Á Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para: _____
ÓBITO:	DATA: / / HORA:
Entregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
	
Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação	
DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / / HORA:
SAÍDA:	DATA: / / HORA:
Decisão Médica <input type="checkbox"/>	Á Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para: _____
ÓBITO:	DATA: / / HORA:
Entregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A	
B	
C	
D	
E	

A (ALERGIAS): negM (MEDICAÇÃO EM USO): negP (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): neg

L (LÍQUIDOS E ALIMENTOS INGERIDOS):

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

V (PASSADO VACINAL):

EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

- Rx de tórax (AP)
- Rx de pelve (AP)
- Rx de antebraço, punho
- Rx de Cossa E (AP e perfil)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

neg E (AP e perfil)
(+ oligo)
 OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

- ① Ortopen 3/201 FM agor
 ② Injetar 1g + 0,8ml de ABD
TM agor
10/15
10/15
10/15
10/15

Alto da Cirurgia
 Cir. Geral Fernandes
 Cir. Geral / Cir. Trauma
 17/01/2016
 17/01/2016

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

22:20 -
 Rx - fratura de colo de
 fêmur a esquerda
 - fratura de ulna e
 rádio, RA/AD distal E
 e 3 metacarpos (32, 40 e
 50)

Rx de tórax sem evidências de
 fraturas, hemorragias ou pneumotórax
 Rx de pelve sem fraturas
 Rx de perfuração e/ou lesões de
 bado de mao E

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

CRM/RN 3675 ESPECIALISTA 1: <u>Oftopédia</u>	HORA: <u>10:00</u>	DATA: <u>17/01/2016</u>
ESPECIALISTA 2:	HORA: <u>10:00</u>	DATA: <u>17/01/2016</u>
ESPECIALISTA 3:	HORA: <u>10:00</u>	DATA: <u>17/01/2016</u>

MÉDICO (CARIMBO)

O atendimento de qualidade de um hospital produz uma ação em saúde mais qualificada. Um serviço hospitalar com registros, atestados e protocolos é protegido e profissional de saúde, contribui para a melhoria da assistência no Brasil.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
Pronto Socorro Clávis Sarrinho

RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

Nome: _____ Nº Registro: _____
Serviço: _____ Idade: _____ Leito: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

*História Clínica Direta Bolsonaro
de Agravos*

*Dr. Mário Antônio M. de Abreu
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 047631442
CPF: 030.976.314-42*





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

Evolução
Multidisciplinar

Nome

Leito:

Idade:

Nº Registro:

DATA

Evolução Multidisciplinar

18/09/16

Paciente Internado
Tomás Fiuza de Britto & Filho
fazendo

Dr. Mário Nataud M. da Abreu
Ortopedista e Traumatologista
CRM/RN 216 CPF: 030.976.044-22

CONFIRMO 19/09/16
Jorge Romulo de Brito Galvão



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

**FICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL**

Identificação

Enfermaria:	ORT	Leito:	UTI:	Leito:	
Data de admissão:	17 / 09 / 2016	Altas:	1 / 1		
Nome:	Fábio Mendes Scavas da Silva	Naturalidade:	Santo Antônio - RN		
Idade:	25	Sexo:	(<input checked="" type="checkbox"/>) Masculino (<input type="checkbox"/>) Feminino	Data de Nascimento:	26 / 04 / 1991
RG:	003.077.752	Estado Civil:	solteiro	Nível de Instrução:	2º ano ensino médio
Filiação: Pai:	Agílio Mendes Scavas da Silva				
Mãe:	Socímena Scavas da Silva				
Endereço:	Itapacuru, 96, Centro - RN				Cidade: Vila Velha - RN
Telefone:	98871-2546				(<input type="checkbox"/>) Residencial (<input type="checkbox"/>) Trabalho (<input type="checkbox"/>) Recado
Contato:	Brisânia Cibele Ferreira 5, Outros telefones:				98931-0556 próprio
Composição familiar:	cônjuge e filha				
Outras informações:	Faz uso de (<input type="checkbox"/>) Alcool (<input type="checkbox"/>) Fumo (<input type="checkbox"/>) Drogas (<input type="checkbox"/>) Psicotrópicos				

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: serviçador - loter Trabalho c/ vínculo empregatício () Não (X) Sim
 () Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
 Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPs () SAD
 Internação decorrente de acidente do trabalho? (X) Não () Sim Nome da Empresa _____

Forma de Acesso ao Serviço

Sozinho - procurou atendimento Trazido por familiares Trazido pelo SAMU
 Socorrido em via pública Outros meios _____
 Encaminhado: Hospital de origem: _____

Critérios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo? é de fêmea, biótipo o paciente
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: José Maria Costa Faria
Parentesco: co-espouseira Telefone: 98871-2546
Endereço do Responsável: rua 100, 1000-00000-0000

Evolução

¹Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.

Saída

óbito: Encaminhamento: (TFP () - SVU () - DO () - Obs.

Alta hospitalar () Transferência () Destino:

Orientações/Encaminhamentos: solicitado ao(a) docente dos orienta-
res

beginning or actions have to be taken.

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



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

2- CNES

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DEOCLEIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES
3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE
FÁBIO MENDES SOARES DA SILVA

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO
145412

7- CARTÃO NACIONAL SUS
708 2026 7893 5548

8- DATA DE NASCIMENTO
26/04/1991

9- SEXO
MASCULINO

10- RACIA/COR
PARDA

11- NOME DA MÃE
SEVERINA SOARES DA SILVA

12- TELEFONE DE CONTATO
98871-2546

13- NOME DO RESPONSÁVEL
JESSIANE CIBEL (ESPOSA)

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDERECO (RUA, N°)
SITIO ITAPACURA 96

16- MUNICÍPIO
VARZEA

17- BAIRRO
ZONA RURAL

18- UF
RN

19- CEP
59185-000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Fazendo coceira desse genodite
Fazendo seufas. Muitas coceira perna?*

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

coceira

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

Artrite

23- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procedimento Solicitado

24- CID 10 SECUND.

25- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- N.º DOCUMENTO

33- N.º DO BALETE

41- SÉRIE

34- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

11712 () CNS () CPF

35- DATA DA SOLICITAÇÃO

36- ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

*Rogério Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 1226/SBOT/1341TE*

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

37- N.º DA PLACA

40- N.º DO BALETE

41- SÉRIE

38- N.º DA PLACA DE TRÂNSITO

42- N.º DA EMPRESA

43- CNPQ DA EMPRESA

39- N.º DA PLACA DE TRABALHO TÍPICO

44- CBO

40- INSCRIÇÃO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO EMPREGADOR AUTÔNOMO DESEMPREGADO APOSENTADO NÃO SEGURO

41- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

17- COD. ORGÃO EMISSOR

52- N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

42- DOCUMENTO

18- N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

53- ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

54- DATA DA AUTORIZAÇÃO

55- ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

CONFERE COM ORIGINAL

*habelberto
20/5/2019*



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA
ORTOPEDIA

CONFERE COM ORIGINAL
heidelberg
207.533.2



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM /RN

26

Mot: Severina Soares da Silva nº 50
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

NOME: Fábio Mende Soares da Silva nº 356
IDADE: 26/04/1991 COR: SEXO: M ESTADO CIVIL: Solteiro
NATURALIDADE: Santo Antônio PROFISSÃO: Vendedor PROCEDÊNCIA:
ENDERECO: Silvio Itapacura BAIRRO: Zona Rural
CIDADE: Varzea DATA: 10/10/2017 HORA: 14:25

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	COM DISPNEIA <input type="checkbox"/>	CHOCADO <input type="checkbox"/>	COMATOSO <input type="checkbox"/>
C/ HEMORRAGIA <input type="checkbox"/>	EM CONVULSÃO <input type="checkbox"/>	POLITRAUMATIZADO <input type="checkbox"/>	AGITADO <input type="checkbox"/>	OUTROS <input type="checkbox"/>

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO		SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
PUPILAS	A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)	B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	
		C) PRESSÃO ARTERIAL	

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C	TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	T.A.
--	-------	------------	-------	------

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Outras rut

EXAME FÍSICO

DATA:	<u>10/10/17</u>
TÉCNICO:	<u>Almeida</u>
EXAME:	<u>Exame</u>
Medida:	<u> </u>

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

CONFERE COM ORIGINAL
Rede Barro
Servidor
2017-513-0

CONFERE COM CRÍGICA
Servidor

DIAGNÓSTICO INICIAL

EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

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

CONDUTA

- A x punhal é P.
- Frat da cabeça e colo furad

Soluto TC de pele

mento

Dr. Pablo Ferreira Freire
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5804 - TECOT 13187

Manoel Correia Neto
Ortopedia - Traumatologia
CRM/RN 1649

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVICO DE Ortopedia	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____
HORA _____ HS	CRM 5314 TECOT 12213	HORA _____
RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/>	A REVELIA <input type="checkbox"/>
DATA _____ / _____ / _____	HORA _____	
ÓBITO _____ / _____ / _____	HORA _____	
ENTREGUE	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>
		I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
MÉDICO (Carimbo)		CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



PRESCRIÇÃO MÉDICA- TRAUMATOLOGIA

ORTOPEDIA
LEITO 17

PACIENTE: FABIO MENDES S. SILVA

DATA: 04.08.17

IDADE:

1	DIETA LIVRE	13	18	24	06
2	DIPIRONA 1G + ABD, EV, 6/6H				
2	CLEXANE 40 MG - 01 AMP, SC, 1X DIA	18	12	06	
3	TRAMAL 100MG + 100 ML SF 0,9%, EV, 12/12H	18	06		
4	CEFTRIAXONA 1G + ABD, EV, 12/12H	18	06		
5	PLASIL - 01 AMP + ABD, EV, 12/12				
6	CURATIVO				
7	SSVV CCGG				
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

*PO de Pna
Ante suspeita de
fratura.*

SOLICITO RADIOGRAFIA:
SOLICITO OUTROS EXAMES:

*Delegado de justiça
Pau dos Ferros / RN*

*CONFIRA COM ORIGINAL
Pedro Alberto
2015-08-04*

Nome do paciente

Fábio Mendes da Silva.

Data operação

31.07.17

Epi-

Leito

Operador

Dr Fábio Freire

1º auxiliar

Dr Hauseux

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Necrose Avascular da cabeça fêmoral (E)

Tipo de operação

Artroplastia total do quadril (E)

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

Descrição da Operação

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

- 1) Abertura do abdômen lateral (D), sob náusea fisiológica.
- 2) Incisão em regr. postero-lateral do quadril (E)
- 3) Dissecção por planos
- 4) Atrás do colo de suture no coto fêmoral.
- 5) Frangura do acetábulo
- 6) Colo do acetábulo perfurado N-52 c/ 02 parafusos acetabulares
- 7) Frangura do canal fêmoral
- 8) Corte do honte fêmoral N-12 c/ serra de cinto + cintilzador de ferro
- 9) Lavagem urinária c/ 3L a 0.5L
- 10) Sutura por planos
- 11) Cirúrgico

CONFERE COM ORIGINAL

Servidor

CONFERE COM ORIGINAL

há 11 dias
Sessão
p/ 19/07/2017

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital	HAML			Enfermaria	Leito	Nº prontuário
Nome	Fabio Mendes Silva			Idade	Sexo	Cor
Data	31/07/17	Pressão arterial	P脉	Respiração	Temperatura	Peso
Tipo sanguíneo	Hemacias	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia	Outros
	Urina					
Ap. respiratório	NCG			Asma	Bronquite	
Ap. circulatório				Eletrocardiograma		
Ap. digestivo	Dentes		Pescoço	Ap. urinário		
Estado mental	Ataracicos		Corticoides	Alergia	Hipotensores	
Diagnóstico pré-operatório	Fratura QUADRIL (E)			Estado Físico	Risco	
Anestesias anteriores						
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito	
19h				23h		
Anestéticos: N2O, O2, Enal, Neop, Dimefr, Penta Líquidos: CLORALURE 15 mg, PVP, ELC, BOPITZ 20ml → BLOQUEO 3em1						
Anest. Oper. 260 Anest. O Respi. 250 Anest. P Psub 240 Anest. 230 Anest. 220 Anest. 210 Anest. 200 Anest. 190 Anest. 180 Anest. 170 Anest. 160 Anest. 150 Anest. 140 Anest. 130 Anest. 120 Anest. 110 Anest. 100 Anest. 90 Anest. 80 Anest. 70 Anest. 60 Anest. 50 Anest. 40 Anest. 30 Anest. 20 Anest. 10						
SIMBOLOS: APPARELLO, DEXICO, DIPROCO, TRSICOM, CNDAL, ETC ANOTAÇÕES: APPARELLO, DEXICO, DIPROCO, TRSICOM, CNDAL, ETC						
POSIÇÃO	DDH					
Agentes	Vide Acima					
Técnica	RAQUI Simples + BLOQUEO 3em1					
Operação	ARTROPLASTIA DO QUADRIL (E)					
Cirurgiões	MAUSMANN / FÁBIO					
Anestesistas	TIAGO CARVALHO					
Observações	Sem TENSÃO CONDUCIDA					
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias						
Perda sanguínea ± 200ml						

Dr. Tiago Vítor A. Carvalho
Médico Anestesiologista
CRM-RN 7134



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Fábio Mendes S. Silva Idade: 26 Ano/D/N: 26/04/1992
 Pront.: 145412 Município: Varzea Procedência: Interno Externo
 Data da cirurgia: 31/07/17 Hora Admissão: Bloco: 1800 Sala: 20 Hora Saída: _____ Peso: 70 kilos
 Alergias: Não Sim Comorbidades: H/S DM Outras _____
 Uso de medicações: Não Sim Jejum: Não Sim
 SSVV/Admissão: PA: _____ mmHg Pulso: _____ bpm Fl: _____ rpm FC: _____ bpm SpO₂: _____ % T: _____ °C
 Enfermeiro(a): Luciana Kairane Instrumentado(a): 6 Ligan + Nelaton Circulante: Luciana
 Cirurgia: Artroscopia Total do Quadril G Especialidade: ORTOPEDIA Sala: 03
 Hora Início: 19:00 Hora Término: 23:00 Tipo de cirurgia: Eletiva Urgência Limpa Contaminada Infectada
 Dr. Cirurgião: DR. HANDESMANN Aux.: DR. FÁBIO FREIRE Residente: _____
 Anestesia: Local Sedação Geral TOT: _____ Bloqueio Raquidiana Ag.nº25 Peridural c/cateter s/cateter
 Ag.nº _____ Cateter nº: _____ Início: _____ Garrote: Smarch Pneumático Início: _____ Término: _____
 Anestesiologista: DR. TIAGO CAZALHO

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

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	77	80	79	Bpm
Pulso	76	81	73	Bpm
Oximetria	100	93	100	%
Capnografia	—	—	—	%
PAr	120x72	110x68	130x85	mmHg

ACESSO VENOSO

<input checked="" type="checkbox"/> Puncão Arterial
<input type="checkbox"/> Puncão Venosa Periférica
<input type="checkbox"/> Puncão Venosa Central
<input type="checkbox"/> Dissecção venosa
Local:
Cárteter:

SONDAGEM GÁSTRICA

<input type="checkbox"/> SNG nº	
Retorno:	
	CATETERISMO VESICAL

SVF nº SVA nº

Drifese:

Profissional responsável:

EXAMES SOLICITADOS:

<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Gasometria
<input type="checkbox"/> Coagulograma	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	<input type="checkbox"/> Glicosimetria
<input type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)	

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
Dorsal	Cabeça	Anatômicos
Ventral	Pescoço	Abduzidos
Lateral	Tórax	Fletidos
Litotômica	Lombar	MMII
Trendlemburg		Anatômicos
Canivete		Abduzidos
Próclive		Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO

<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Metal <input type="checkbox"/> Descartável
Local:
DEGERMAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não

Local: Plaçey 41 Solução: cola tesa Local: _____

IMPLANTE CIRÚRGICO

Drenos:
Tela:
Cárteter: <u>Vel Fita em anexo</u>
Ostomia: <u>PD FCPPE DE 4, ANTE</u>
Fio de KC: <u>Parafuso - tipo:</u>
Placa - Tipo:
Outros:

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO

Caixa cirúrgica: Dois + Recipiente Quant. Material: 02 Pctos

Val.: 01 los J/7 Contagem de gaze e compressa: Não Sim



Rio de Janeiro, 23 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO MENDES SOARES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180170128**

Vitima: **FABIO MENDES SOARES DA SILVA**

Data do Acidente: **01/09/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180170128**.

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 12693486

Seguradora Lider do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembléia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Rio de Janeiro, 22/06/2018
DPVAT/SIN - 07336/2018

Para: FABIO MENDES SOARES DA SILVA
SITIO ITAPACURA, S/N
ZONA RURAL
VARZEA - RN
59185-000

REF: Sinistro: 3180170128
Vitima:FABIO MENDES SOARES DA SILVA
Data do acidente:01/09/2016
Cobertura:Invalidez

Analisamos o seu pedido de indenização do Seguro DPVAT e verificamos que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente em referência.

Identificamos também que, na data em que ocorreu o acidente, o pagamento do seu Seguro DPVAT estava em atraso. Quando isso acontece, o(a) proprietário(a) do veículo é considerado inadimplente, perdendo o direito ao recebimento da indenização conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015, aplicada a este seguro por força da lei.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site (www.seguradoralider.com.br) ou as nossas redes sociais:

Facebook: <http://www.facebook.com/DPVAToficial>
Twitter: [@dpvatofticial](https://twitter.com/DPVAToficial)
Youtube: <http://www.youtube.com/user/DPVAToficial>
Instagram: https://www.instagram.com/dpvat_oficial/
SlideShare: [<http://pt.slideshare.net/seguradoralider-dpvat>](http://pt.slideshare.net/seguradoralider-dpvat)

Se preferir pode ligar também para a nossa Central de Atendimento. O telefone é 0800 022 12 04 (ligação gratuita) ou 0800 022 12 06 em caso de atendimento preferencial para portadores de Deficiência Auditiva/Fala. Tenha sempre o número do sinistro e o CPF do beneficiário em mãos para agilizar o atendimento.

Atenciosamente.

Seguradora Lider -DPVAT

DL

Anexo: conf. texto

Preocupada com o meio ambiente, a Seguradora Lider-DPVAT utiliza papel reciclado e ajuda a preservar o futuro.

CONTRAN

DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - RN 10247 // 00618 Nº 013102257606
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA _____ CÓD. RENAVAM _____ R.N.T.R.C. _____
 1 00116300264 EXERCÍCIO
 2016

NOME _____
 FÁBIO MENDES SOARES DA SILVA

RN Nº 013102257606 BILHETE DE SEGURO DPVAT
 SEGURADO: FÁBIO MENDES SOARES DA SILVA
 AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE, OU FOR SUA CARGA, A PESSOAS
 TRANSPORTADAS OUNÃO - SEGURO DPVAT
 SAC DPVAT 0800 022 1204

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br

CPF / CNPJ	PLACA
097.803.424-43	MN08590
PLACA ANT / UF	CHASSI
MN08590 / RN	9C2KC0810BR352196
ESPECIE / TIPO	COMBUSTIVEL
ASSAGEIRO / AUTOCARRETA / NAO APPLICAVEL	GASOLINA
MARCA / MODELO	ANO FAB.
HONDA / CG 150 TITAN KS	2008
CAP / POT / CIL	ANO MOD.
0CV/149 CILINDRADAS	2008
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA
I R\$ 0,00	27/09/2016
P FAIXA IRVA	PARCELAGEMTO / COTAS
V 002807 3X	R\$ 0,00
PREMIO TARIFARIO (R\$)	IOF (R\$)
*** TAXAS DETRAN:	PAGO
DATA DE PAGAMENTO:	
OBSERVAÇÕES	
MOTOR: RC08E18352196	
LOCAL	
DATA	
27/09/2016	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CPF 09.243.568/0001-04

JUL / 2016

CPF / CNPJ	PLACA
097.803.424-43	MN08590
PLACA ANT / UF	CHASSI
MN08590 / RN	9C2KC0810BR352196
ESPECIE / TIPO	COMBUSTIVEL
ASSAGEIRO / AUTOCARRETA / NAO APPLICAVEL	GASOLINA
MARCA / MODELO	ANO FAB.
HONDA / CG 150 TITAN KS	2008
CAP / POT / CIL	ANO MOD.
0CV/149 CILINDRADAS	2008
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA
I R\$ 0,00	27/09/2016
P FAIXA IRVA	PARCELAGEMTO / COTAS
V 002807 3X	R\$ 0,00
PREMIO TARIFARIO (R\$)	IOF (R\$)
*** TAXAS DETRAN:	PAGO
DATA DE PAGAMENTO:	
OBSERVAÇÕES	
MOTOR: RC08E18352196	
LOCAL	
DATA	
27/09/2016	

CPF / CNPJ	PLACA
097.803.424-43	MN08590
PLACA ANT / UF	CHASSI
MN08590 / RN	9C2KC0810BR352196
ESPECIE / TIPO	COMBUSTIVEL
ASSAGEIRO / AUTOCARRETA / NAO APPLICAVEL	GASOLINA
MARCA / MODELO	ANO FAB.
HONDA / CG 150 TITAN KS	2008
CAP / POT / CIL	ANO MOD.
0CV/149 CILINDRADAS	2008
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA
I R\$ 0,00	27/09/2016
P FAIXA IRVA	PARCELAGEMTO / COTAS
V 002807 3X	R\$ 0,00
PREMIO TARIFARIO (R\$)	IOF (R\$)
*** TAXAS DETRAN:	PAGO
DATA DE PAGAMENTO:	
OBSERVAÇÕES	
MOTOR: RC08E18352196	
LOCAL	
DATA	
27/09/2016	