



Número: **0826832-47.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|--|--------------------|---|-------------------|
| CESOU DANTAS CALDAS (AUTOR) | | ALECSANDER TOSTES DE LUCENA (ADVOGADO) | |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU) | | ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO) | |
| GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 44594235 | 17/06/2019 15:18 | Petição | Petição |
| 44594264 | 17/06/2019 15:18 | 2601079 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01 | Outros documentos |
| 44594276 | 17/06/2019 15:18 | 2601079 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01 | Outros documentos |

Juntada de petição.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 24ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN

Processo: 08268324720178205001

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 **CESOU DANTAS CALDAS**, 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, haja vista o correto pagamento realizado em seara administrativa.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

NATAL, 11 de junho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR
5432 - OAB/RN

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

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

Rio de Janeiro, 19 de Maio de 2017

Carta nº: 11004897

A/C: JOAO MARIA PEQUENO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170268118 ASL-0184441/17
Vitima: JOAO MARIA PEQUENO DA SILVA
Data Acidente: 16/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARINILSON PEQUENO DA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2017

Carta nº: 11031950

A/C: JOAO MARIA PEQUENO DA SILVA

Sinistro: 3170268118 ASL-0184441/17
Vítima: JOAO MARIA PEQUENO DA SILVA
Data Acidente: 16/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARINILSON PEQUENO DA SILVA

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL

Prezado(a) Senhor(a),

Relativamente ao acidente ocorrido em **16/03/2017**, informamos a não cobertura técnica da indenização pleiteada, tendo em vista que após análise técnica e médica da documentação apresentada, concluímos não haver invalidez permanente resultante do acidente causado por veículo automotor, passível de cobertura pelo Seguro DPVAT nos termos da Lei nº 6.194/1974, com redação conferida pela Lei nº 11.945/2009.

Assim, por não haver cobertura técnica para o evento objeto de sua solicitação, haja vista a inexistência de sequelas permanentes, consideramos a presente reclamação de indenização como encerrada em nossos arquivos.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00397/00398 - carta_05





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 19 de Novembro de 2016

Carta nº: 10048490

A/C: CESOU DANTAS CALDAS

Sinistro: 3160542720 ASL-1045242/16
Vitima: CESOU DANTAS CALDAS
Data Acidente: 02/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MICARLA SOARES DE LIMA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: CESOU DANTAS CALDAS

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000033

Conta: 0000033705-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

| | | |
|------------------|-----|----------|
| Multa: | R\$ | 0,00 |
| Juros: | R\$ | 0,00 |
| Total creditado: | R\$ | 4.725,00 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

| | | |
|---|-----|----------|
| Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = | R\$ | 4.725,00 |
|---|-----|----------|

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01875/01876 - carta_15R



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

| | |
|------------------------|------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA: | 14/11/2016 |
|------------------------|------------|

| |
|----------------------|
| NUMERO DO DOCUMENTO: |
|----------------------|

| | |
|--------------|----------|
| VALOR TOTAL: | 4.725,00 |
|--------------|----------|

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CESOU DANTAS CALDAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00033

CONTA: 000000033705-8

Nr. da Autenticação FD9DEC4F8396C94B

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Cesou Dantas Caldas
Endereço do(a) Examinado(a): Avenida Interventor Mário Câmara, 2313
DIX Sept Rosado Natal RN CEP: 59032-600
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 198057
Data local do exame: [11/10/2016] Natal [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**FRATURA EXPOSTA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO.
DIMINUIÇÃO DA SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO, ATROFIA DE MUSCULATURA DE ANTEBRAÇO,
NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO, DIFICULDADE PARA CARREGAR OBJETOS COM O
MEMBRO SUPERIOR A ESQUERDA.**

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

PACIENTE FOI ATENDIDO EM HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E DEPOIS ENCAMINHADO PARA TRATAMENTO DEFINITIVO EM HOSPITAL ESPECIALIZADO ONDE FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM A COLOCAÇÃO DE 3 PLACAS E PARAFUSOS.

**Data da alta: HA APROXIMADAMENTE 1 MES
REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM A COLOCAÇÃO DE 3 PLACAS EM FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO E PARAFUSOS, NAO FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: NAO APRESENTOU.**

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

INVALIDEZ ANATOMICA E FUNCIONAL AO NIVEL DE MEMBRO SUPERIOR A ESQUERDA COM LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Membro superior - Lado Esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve

(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinala a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


DR. URAI DE OLIVEIRA
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-RN 4315

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170268118 **Cidade:** Nova Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO MARIA PEQUENO DA SILVA **Data do acidente:** 16/03/2017 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/05/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OMBRO E MÃO

Resultados terapêuticos: NÃO INDENIZADO

Sequelas permanentes: ESCORIAÇÕES

Sequelas: Sequela não indenizável

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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 |

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170268118 **Cidade:** Nova Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO MARIA PEQUENO DA SILVA **Data do acidente:** 16/03/2017 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/05/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OMBRO E MÃO

Resultados terapêuticos: NÃO INDENIZADO

Sequelas permanentes: ESCORIAÇÕES

Sequelas: Sequela não indenizável

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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 |

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160542720 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CESOU DANTAS CALDAS **Data do acidente:** 02/06/2016 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/10/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Trauma em MSE

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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 |

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160542720 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CESOU DANTAS CALDAS **Data do acidente:** 02/06/2016 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A -
VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: DIMINUIÇÃO DA SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO, ATROFIA DE MUSCULATURA DE ANTEBRAÇO, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO, DIFICULDADE PARA CARREGAR OBJETOS COM O MEMBRO SUPERIOR A ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM A COLOCAÇÃO DE 3 PLACAS EM FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO E PARAFUSOS, NÃO FEZ FISIOTERAPIA. NÃO APRESENTOU COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO MSE.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/10/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Urai de Oliveira

CRM do médico: 4315

UF do CRM do médico: RN

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 funcional completa de um dos membros superiores | 70 % | Em grau médio - 50 % | 35% | R\$ 4.725,00 |
| Total | | | 35 % | R\$ 4.725,00 |

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

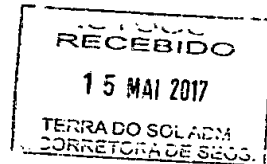
UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL – DEGEPO
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN
6ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL - NOVA CRUZ – 6ª DRPC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 0118/2017

Ocorrência: Acidente de trânsito.

Local: NA ENTRADA DO MUNICÍPIO DE NOVA CRUZ/RN.

Data e hora: 16/03/2017 às 18h00min

Comunicante/vítima: JOÃO MARIA PEQUENO DA SILVA

RG: 1.755.951 – ITÉP/RN

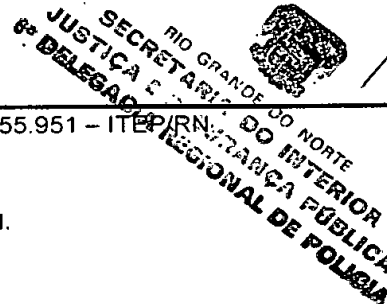
Filiação: MANOEL PEQUENO DA SILVA E CICERA MARIA

CPF: 084683827-36

Telefone: 84 9 9196 4657

Endereço: na rua Severino Augusto de Moraes nº 09, Nova Cruz/RN.

Natural: NOVA CRUZ /RN Nasc: 15/08/1976



Histórico: Compareceu o comunicante/vítima para informar que em data, hora e local, descritos na ocorrência estava pilotando a motocicleta HONDA CG 125 FAN KS (PLACA QGJ 6110 RN, ANO FAB/MOD 2015/2015, DE COR PRETA, chassi nº 9C2JC4110FR308254 licenciada em seu nome, quando ao entrar na pista 2(duas) motocicletas colidiram na traseira da sua; que com impacto foi lançado ao solo; Que a vítima foi conduzido para o hospital MONSENHIO PEDRO MOURA em Nova Cruz/RN com fraturas de acordo ao BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA DE NÚMERO 12.075 EM ANEXO. Devido ao acidente sofrido A VITIMA SOLICITOU O BOLETIM DE OCORRÊNCIA. Destina exclusivamente ao pleito perante o seguro DPVAT; nada mais disse.

Testemunhas: XXXXXXXX

Providência (s) Adotada (s): registro de B.O e entregue a 1ª Via ao comunicante.

Nova Cruz/RN, 22/03/17

Hora: 11h40min

ASSINATURA DO (A) COMUNICANTE

ASSINATURA E MATRÍCULA DO (A) SERVIDOR (A)

TINERSON GOMES CIRILO

Mat. 207.196-7

RIO GRANDE DO NORTE



Documentação médica - hospitalar



Secretaria Municipal de Saúde

HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR PEDRO MOURA

Rua Doutor Mário Negôcio, 188 - centro

CNPJ: 08.144.784/000133

Telefone: (84) 3281-5815

☐ Classificação de risco

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA nº:

12.075

Data:

16/03/17

Hora:

18:39

Nome: João Maria Riquelme da Silva

Nome da Mãe:

D.N.: 1/1 Idade: 40 Cor: P Sexo: M Estado Civil: Solteiro

RG: _____ CNS: _____ Telefone: _____

Naturalidade: Nova Cruz Profissão: _____Endereço: R. Luiz Augusto da MotaBairro: Vista do Sol Cidade: Nova Cruz UF: RN

Queixa do paciente:

Condições do paciente ao ser atendido

☐ Aparentemente BEM ☐ Regular ☐ Agitado ☐ c/ Dispneia ☐ Chocado ☐ Comatoso
☐ c/Hemorragia ☐ em Convulsão ☐ Poli traumatizado ☐ Outros _____

Causas

☐ Doença ☐ Agressão ☐ Acidente de Trânsito ☐ Acidente de Trabalho ☐ Acidente doméstico
☐ Acidente com animal doméstico ☐ Acidente causado por animal peconhento ☐ Intoxicação exógena

Agravantes

☐ Diabetes ☐ Pressão Alta ☐ Diarreia ☐ Cardiopatia ☐ Complicações respiratórias ☐ Doença renal crônica
☐ Gravidez ☐ Câncer ☐ Alergia a _____ ☐ outros: _____Temp.: _____ Respiração: _____ Pulso: _____ P.A.: 140x90 Peso: _____

Exame Clínico:

Acute le no

Hipótese Diagnóstica:

Droclécio M. de Lucena Filho
CRM 3838-RN
CRM 6433-OF

Conduta Médica

Exames

Atendimento Ag 14
Cabe 14 14

Assento 14

Deodécio M. de Lucena Filho
CRM-3838-RN
CRM-6433-DF

Relatório da Enfermagem

☐ Paciente recusou-se à:

Assinaturas:

Paciente:

Horário: Data: / /

Testemunha:

RG:

Destinação do Paciente

☐ Alta ☐ Revelia

☐ Internado, no serviço de:

☐ Encaminhado em / / hora:

Data: / /

Hora:

(neste hospital)

Para:

Setor:

☐ Óbito

Data: / /

Hora:

Entregue à:

☐ Família

☐ S.V.O.

☐ I.T.E.P.

Médico (a) - carimbo

Enfermeiro (a) - carimbo

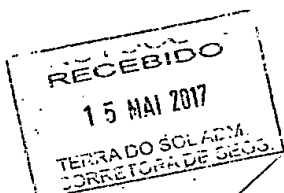


PREFEITURA DE
NOVA CRUZ
O FUTURO COMEÇA AGORA

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA CRUZ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: João Mano Pequeno da Silva
Reclamação

Declaro para os devidos fins que o paciente
supracitado compareceu a esta unidade
com múltiplas escoriações no corpo, acompa-
nhado de artalgias e mialgias.
Atualmente aguardando Rx para
confirmar possível fratura do ombro
e mão.



01/03/17

Dr. Higor Guadalupe de Assis
RMS nº 2400278
Programa Mais Médicos Para o Brasil

RECEBIDO

15 MAI 2017

TERRA DO SOL ADM.
CORRETORA DE SEGS.



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

RN Nº 01811377526 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 08/01/2016

| | | |
|-------------|---------------------|--------------|
| 1 | 084.683.827-36 | PAÇA 0606110 |
| 01074988792 | HONDA/CG 125 FAN XS | MARCA/MODELO |
| 2015 | 9C2C4110ER308254 | PP CHASSI |

R\$ (R\$) DATA/TRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

☐ OCAIÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUANTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURADORA LIDER DPVAT

CNPJ 09.246.608/0001-04

938762-3

OUT-2014