

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180485106 **Cidade:** Nísia Floresta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO JOSE DA CUNHA **Data do acidente:** 19/02/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180485106 **Cidade:** Nísia Floresta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO JOSE DA CUNHA **Data do acidente:** 19/02/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBDURAL AGUDO.

Descrição do exame médico pericial: SEQUELAS NEUROLÓGICAS EM GRAU LEVE .

Resultados terapêuticos: VÍTIMA FOI SUBMETIDA A CIRURGIA PARA DRENAGEM DE HEMATOMA E CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA ESQUERDO, SENDO TRATADO COM ANALGÉSICOS E ANTI-FLAMATÓRIOS, RECEBENDO ALTA APÓS 11 DIAS SEM APRESENTAR INFECÇÃO HOSPITALAR. VÍTIMA ORIENTADA E LÚCIDA, APRESENTANDO CEFALÉIA CRÔNICA, DEFÍCIT DE MEMÓRIA E DIFÍCULDADE DA ABERTURA OCULAR DO LADO DIREITO.

Sequelas permanentes: APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 09/11/2018

Conduta mantida:

Observações: * REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E ADEQUOU A VALORAÇÃO AO EXAME MÉDICO DESCrito PELO EXAMINADOR -

Médico examinador: DAURI LIMA DO NASCIMENTO FILHO

CRM do médico: 7547

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376080/18

Vítima: JOSENILDO JOSE DA CUNHA

CPF: 095.296.054-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/02/2018

Titular do CPF: JOSENILDO JOSE DA CUNHA

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES : 413.039.704-49

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

JOSENILDO JOSE DA CUNHA : 095.296.054-04

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 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: 16/10/2018
Nome: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES
CPF: 413.039.704-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2018
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

GERCIA LOURENCO DA SILVA

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSENILDO JOSE DA CUNHA

Nº Sinistro: 3180485106
Vitima: JOSENILDO JOSE DA CUNHA
Data do Acidente: 19/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180485106**.

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



Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSENILDO JOSE DA CUNHA**

Sinistro: **3180485106**

Vítima: **JOSENILDO JOSE DA CUNHA**

Data do Acidente: **19/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180485106** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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



Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2018

Carta nº 13641710

A/C: JOSENILDO JOSE DA CUNHA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180485106 ASL-0376080/18
Vítima: JOSENILDO JOSE DA CUNHA
Data Acidente: 19/02/2018
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



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, 23 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180485106

Vítima: JOSENILDO JOSE DA CUNHA

Data do Acidente: 19/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSENILDO JOSE DA CUNHA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 28 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180485106 **Vítima: JOSENILDO JOSE DA CUNHA**

Data do Acidente: 19/02/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSENILDO JOSE DA CUNHA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: JOSENILDO JOSE DA CUNHA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 001

Agência: 000002642-5

Conta: 000010034610-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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, retorno 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



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180485106**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSENILDO JOSE DA CUNHA**

Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO SANTA LUZIA nº 7 - ZONA RURAL - MONTE ALEGRE/RN**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2882895 - SSP**

Data e local do acidente: **19/02/2018 NISIA FLORESTA/RN**

Data e local do exame: **09/11/2018 SAO GONCALO DO AMARANTE/RN**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBDURAL AGUDO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VÍTIMA FOI SUBMETIDA A CIRURGIA PARA DRENAGEM DE HEMATOMA E CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA ESQUERDO, SENDO TRATADO COM ANALGÉSICOS E ANTI-FLAMATÓRIOS, RECEBENDO ALTA APÓS 11 DIAS SEM APRESENTAR INFECÇÃO HOSPITALAR.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

VÍTIMA ORIENTADA E LÚCIDA, APRESENTANDO CEFALÉIA CRÔNICA, DEFÍCIT DE MEMÓRIA E DIFICULDADE DA ABERTURA OCULAR DO LADO DIREITO.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

SEQUELAS NEUROLÓGICAS EM GRAU LEVE

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo 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

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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): **SISTEMA NERVOSO CENTRAL**

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E ADEQUOU A VALORAÇÃO AO EXAME MÉDICO DESCrito PELO EXAMINADOR -

Médico Perito: DAURI LIMA DO NASCIMENTO FILHO CRM:7547/RN

dauri lima do nascimento filho

Dr. Dauri Filho
CRM 7547

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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

095.296.054-04

Nome completo da vítima

Josénildo José da Cunha

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Josénildo José da Cunha	CPF titular da conta	095.296.054-04	Profissão	300 Informou
Endereço	Silva Santa Izabel	Número	1	Complemento	Pr 1
Bairro	Zona Rural	Cidade	Monte Alegre	Estado	RN
Email	km.aduvesca.01@outlook.com	CEP	59.182.000	Telefone (DDD)	(84)99217-1370

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Bradesco	001		
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
2642	5	34610	1
(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.

Parnamirim/RN, 20 de Outubro de 2018

Local e Data

Josénildo José da Cunha

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

PROTOCOLO RECEBIDO

16 OUT 2018

**TERRADO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.**

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



JOSENILDO JOSE DA SILVA
AGÊNCIA: 2642-5
CONTA CORRENTE: 34610-1

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	095.296.654-04	Zorenildo José da Cunha		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo:		CPF:		095.296.654-04
Profissão:	Eereço:	Número:	Complemento:	7 PR-1
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	59182-000
E-mail:		Tel.(DDD): (84) 9.9217.1370		

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2642 CONTA: 34610 (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Parauaná, 15/10/118
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Zorenildo José da Cunha

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
15/01/2019 - Autoatendimento - 11:18:59
483371821 0176

EXTRATO DE POUPANCA PARA SIMPLES CONFERENCIA

EXTRATO DE POUPANCA OURO/POUPEX

AGENCIA: 2642-5
CONTA: 34.610-1
VARIACAO: 51
CLIENTE: JOSENILDO JOSE DA CUNHA

DATA DT.BS HISTORICO	VALOR
Dezembro/2018	
1512 00 Saldo ant.	00000
3112 02 JUROS	00050
DISPONIVEL	00000
VLR. BLOQUEADO	00000
SALDO TOTAL	00000

SALDO POR DATA BASE

02

00000

MENSAGENS DIVERSAS

SELIC igual/menor que 8,5% A.A.: TR+70% DA SELIC
SELIC maior que 8,5% A.A.: TR+0,5% A.M.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL



1ª DELEGACIA REGIONAL DE POLICIA CIVIL – 1ª DRP
Delegacia Municipal de Polícia Civil de Nísia Floresta/RN
Rua Nossa Senhora do O, nº 117 – Centro – CEP: 59.164-000 – Fone: 3277-3873

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 674/2016

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO (para fins de seguro DPVAT)

Local: RN 063, Rua Olavo de Oliveira, Centro, Nísia Floresta-RN

→ Data do fato: 19 de fevereiro de 2018 por volta das 02 horas.

Comunicante/Vitima: JOSENILDO JOSÉ DA CUNHA

Filho de: José Joaquim de Cunha e Maria das Graças de Santana

Data de Nascimento: 15.03.1987 Naturalidade: São José de Mipibu-RN

Nacionalidade: Brasileiro R.G.: 2.882.895 SSP-RN C.P.F.: 095.296.054-04

Endereço: Rua Santa Luzia,07, Sítio Santa Luzia, Zona Rural, Monte Alegre-RN

Telefone: 99668-1025

Acusado: PREJUDICADO

Histórico: O comunicante esteve nesta delegacia de polícia para informar que no dia, local e horário quando conduzia o veículo MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESI ANO 2012, MODELO 2012, COR PRETA, PLACA NNX1683/RN, CHASSI 9C2KC1670CR49601 E RENAVAM 00455359105 (em nome de ISAEEL FRANCISCO MATIAS DA CUNHA – 703), quando na entrada da cidade, próximo ao Restaurante Camarão do Olavo, perdeu o controle do veículo e foi ao chão, sofrendo várias lesões. Que a vítima fora socorrida pela SAMU ao Hospital Mons. Walfrido Gurgel em Natal, onde passou por vários procedimentos médicos. Nada mais disse.

Providências adotadas: Expedida a Guia de Exame de Corpo de Delito do ITEP. Para fins de instrução de pleito relativo ao seguro obrigatório.

Nísia Floresta – RN, 21 de junho de 2018 às 11h20min.

Josenildo José da Cunha
ASSINATURA DA VITIMA OU INTERESSADO

APC Luciano Gomes dos Santos
Matr. 168.087-0



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (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 <i>Xoséni do José da cunha</i>	CPF da Vítima <i>095.296.054-04</i>	Data do Acidente <i>19.02.2018</i>
---	--	---------------------------------------

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.

PROTOCOLO RECEBIDO
16 OUT 2018
TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.

Pornambucano de *Julho* de *2018*

Local e Data

Xoséni do José da cunha

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

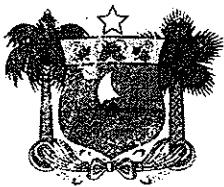
CLIENTE: JOSENILDO JOSE DA CUNHA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02642-5

CONTA: 000010034610-3

Nr. da Autenticação D4AE3F128CC5C4E2



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA .
SAMU 192 RN



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fazem necessário,
que foi encontrada a ocorrência de Nº S36730/1 referente a paciente **JOSENILDO JOSE DA**
CUNHA 31 anos, atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN,
no dia 19/02/2018 em Nísia Floresta/RN. Conforme ficha anexa.

Natal, 14 de março de 2018.


Sabrina Cavalcante de Macedo
Coordenadora de Regulação Médica SAMU 192 RN
Matrícula: 195.864-0

PROTOCOLO RECEBIDO
16 OUT 2018
TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.

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 3209-5321

FICHA DE REGULAÇÃO - CENANº: **36730/1**Data: **19/02/2018**

CRA/MB/SD

TARM: MARCELA NAYARA LEITE COSTA

Médico Regulação: FÁBIO DE SOUZA PEREIRA

Rádio Operador: LUCIANO FERREIRA BARBALHO

Médico Cena: FÁBIO DE SOUZA PEREIRA

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 16 (PARNAMIRIM)

Equipe VTR: URIEL CARDOSO - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
ADALBERTO MACHADO LOPES - TÉCNICO DE ENFERMAGEMREGULAÇÃO
MEDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

QUEDA DA
LIGAÇÃOCONTATO COM EQUIPE
SAMU

TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: NÍSIA FLORESTA

Telefone: (84) 98186-9125

Nome do Solicitante: ABRAÃO

Nome do Paciente:

JOSENILDO JOSE DA CUNHA

Idade: *

31 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

Endereço não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: Longitude:

Endereço: BR DA ENTRADA DE NÍSIA

Nº: EM VP

Bairro: CENTRO

Outro Bairro:

Referência/Complemento: DEPOIS DO CPRE

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Observações Rádio Operador: DR ADRIANO RECEBE O PACIENTE NO QTH DO PS CLÓVIS SARINHO

Queixa Primária: ACIDENTE DE MOTO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

19/02/2018 01:04:11 - Dr(a). FÁBIO DE SOUZA PEREIRA

APH: TRAUMA / HD: QUEDA DE MOTO

REGULAÇÃO: SOLICITANTE INFORMA QUE PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO ESTAVA SEM CAPACETE, COM SANGRAMENTO ORAL ESTA CONSCIENTE

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

Apoio:

OBSERVAÇÕES

Data: 19/02/2018 02:00:51 Usuário: (TARM) MARCELA NAYARA LEITE COSTA

Observação: VAGA REGULADA COM DR ADAILTON DO POLITRAUMA DO CLOVIS

Data: 19/02/2018 02:42:45 Usuário: (RADIO OPERADOR) LUCIANO FERREIRA BARBALHO

Observação: Controle de frota: DR ADRIANO RECEBE O PACIENTE NO QTH DO PS CLÓVIS SARINHO


HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:
**19/02/2018
01:01:55
Saida Local:
19/02/2018
01:42:00**

Regulação Médica:
**19/02/2018
01:04:11
Chegada Destino:
19/02/2018
02:10:00**

Solicitação VTR:
**19/02/2018
01:04:42
Liberação Destino:
19/02/2018
02:42:24**

Saída VTR:
**19/02/2018
01:04:58
Liberação VTR:
19/02/2018
02:42:26**

Chegada Local:
**19/02/2018
01:20:00**

REGRAS DE USO

✓ Remoção

Conduta Médico Regulador:

19/02/2018 01:55:02 - FÁBIO DE SOUZA PEREIRA
 paciente vítima de queda de moto, conduzia sem capacete encontrado em ddh apresentou vomito com sangue apresentou tambem sangramento nasal e auricular refere perda momentanea de consciencia torax intenso e abdome flacido sem fraturas aparentes

REGULAMENTO DE REGULACAO

Aguardando Vaga

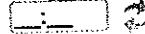
Estabelecimento:

NATAL (NP) - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGE ▼

Vaga Negada - Motivo:

- SELECIONE -

H. ligação ao serv prop.:



F:

Recebido por:

Número do conselho:

Número da ficha de Remoção:

Vaga Negada

Motivo da entrada:



Ass:

Vaga Zero

REGULAMENTO

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:

REGULAMENTO DE REGULACAO

Sim Não

REGULAMENTO DE REGULACAO

Sim Não

Cabo Serviços de Telecomunicações Ltda

Insc. Estadual: 20.083.236-0
 CNPJ: 02.952.192/0001-61
 Rua Senador José Femeira de Souza, 1916
 Candelária - CEP: 59004-520 - Natal/RN
 SAC: 2010.2910-10600
 FAX: 2010.2910 | DEF: AUDITIVO: 0800.884.5961

Nota Fiscal de Serviços de Comunicações

Modelo 21
 Série única CFOP 5307
 nº 25903
 Data da emissão: 01-07-2017

Usuário: 1734702 João Roberto Ferreira NEVES
 Endereço: R. SADI MENDES 1022-A
 Bairro: SANTOS REIS Município: Parnamirim
 CNPJ/CPF: 413.039.704-49

CEP: 59141-085
 Insc. Est:

CABOTELECOM

Discriminação dos Serviços

LINK 5. MEGBS - 15 ANOS
 Intercabô 5 MEGAS - 15 ANOS
 Velocidade Promo navegação 15 Megas
 Cabo Fone New 200 F
 Chamadas Locais
 Chamadas LDR
 Serviço Wi-Fi

Mês de Referência	Quant.	Valor	Impostos Inclusos	NF
01-06 a 30-06	1	39,07	5,56	102,22
01-06 a 30-06	1	30,38	10,22	
14-05 a 13-06	1	11,92	3,58	
14-05 a 13-06	1	0,99	0,34	
14-05 a 13-06	1	10,96	3,69	
	1	8,90	1,28	
Encargos				
		0,00		
Débito Ref.NF				
		0,00		
Crédito/Pagamento Ref.NF				
		0,00		
TOTAL A PAGAR				
		102,22		
VENCIMENTO				
		06-07-2017		

Informações Importantes

Para sua maior comodidade, informamos que as suas contas podem ser pagas através do Sistema de Débito Automático em conta corrente. Para tanto, dirija-se à nossa sede e cadastre-se!

Informamos ainda que a 2ª via das faturas podem ser impressas através do nosso site www.cabotelecom.com.br.

O relatório detalhado do(s) serviço(s) prestado(s) se encontra disponível na página web da Cabo Telecom podendo, ainda, ser solicitado, por meio impresso.

O período de aumento gratuito de velocidade download de navegação se encerrou em 06-2017.

Valor da Mensalidade:

102,22

Os cinco últimos registros de atendimento

10455924
 10403662
 10266197
 100555603
 9432124

Base de Cálculo	Alíquota	Valor do ICMS	Reservada ao FISCO
54,25	30%	16,28	de68.ef10.6c2a.e68a.9a25.6b78.a4df.c482

Sem repasse para os nossos assinantes, será destinado ao FUST 1% e ao FUNTEL 0,5% do valor total dos serviços de comunicações, líquido de Impostos. Regime Especial nº 630/2004. CAT: Base de cálculo de ICMS dos serviços de TV por assinatura reduzida em 60%, conforme decreto nº 17.613 de 30/06/2004. Telefone gratuito ANATEL-1131. PROCON/Natal - R. Vigário Bartolomeu, 542, Cidade Alta. Tel: 3232-9050.

Etau	341	38191.09149	12019.239313	43285.770004	1	72120000010222
------	-----	-------------	--------------	--------------	---	----------------

Local de Pagamento: Pagável na rede bancária, Pague Fácil e Nossa Agência. Após o vencimento somente ao banco portador Nossa Agência e Pague Fácil.

Cedente: CABO SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES LTDA

Data do documento: 01-07-2017	Número do documento: 25903	Espécie do documento: 17	Açene: S	Data processamento: 01-07-2017	Cartaria: 109	Agência Cedente: 9314732857-7
Instruções:						Nosso Número: 109/14120192-3
Atenção: não receber após 30 dias de vencimento.						Valor do Documento: 102,22
Usuário: 1734702 João Roberto Ferreira NEVES						Valor cobrado: 102,22
Endereço: R. SADI MENDES 1022-A						
SANTOS REIS 59141-085						

PROTOCOLO RECEBIDO	Código de Baixa
16 OUT 2018	
TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.	

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

²Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES**, inscrito no CPF sob o nº 413.039.704-49, na qualidade de Procurador / Intermédio do Beneficiário João Nilo José de Paula, Inscrito (a) no CPF sob o nº 095.296.054.104, do sinistro de DPVAT cobertura Final de dez da Vítima João Nilo José de Paula, inscrito (a) no CPF sob o nº 095.296.054.104, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Advogado Renda: Não Informada e apresento os documentos comprobatórios: Carteira da OAB/RN e Comprovante de endereço profissional.

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço Rua Drº. Sádi Mendes de Lucena		Número 1022 A	Complemento RN ADVOCACIA
Bairro Santos Reis	Cidade Parnamirim	Estado RN	CEP 59.146-110
E-mail Rn.advocacia01@outlook.com	Telefone comercial (84) 2010-4827	Telefone celular (DDD) (84) 9.92171370	

Parnamirim, 10 de Dezembro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

PROTÓCOLO RECEBIDO

16 OUT 2018

**TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS**

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Isaíl Francisco Matias da Cunha,
RG nº 003.434.095 data de expedição 03/08/2012
Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 703.091.946-4, com
domicílio na cidade de Monte Alegre, no Estado de
RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Santa Luzia / zona Rural, nº 5/11
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Josénildo José da Cunha o condutor era
Josénildo José da Cunha

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA CG PAN ESF 150
Ano: 2012 / 2012
Placa: NNX 1683/RN
Chassi: 9C2KC1670CR498601
Data do Acidente: 19/02/118
Local e Data: Nizia Floresta 19/02/2018

Isaíl Francisco Matias da Cunha
Assinatura do Declarante

Josénildo José da Cunha
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

PROTOCOLO RECEBIDO
16 OUT 2018
TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.

Assinatura(s) assinatura(s) de
Isaíl Francisco Matias
da Cunha, Josénildo J-
ose da Cunha, por autenticidade.
Monte Alegre/RN, 25/07/2018

Fabiana Maria Gomes da Silva
Escrivente

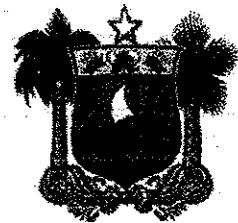
PROTOCOLO RECEBIDO
TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS





BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 7955 /2018

Admissão: 19/02/2018 02:22:24



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 62065 - JOSENILDO JOSE DA CUNHA (30 a 11 m 4 d)

Nascimento: 15/03/1987 Natural: NATAL BRASIL

CNS: CPF: 09529605404 Prof:

Mãe: MARIA DAS GRACAS DE SANTANA

Pai:

Logradouro: VERTENETE, 1

CEP: 59182000 Bairro: ZONA RURAL

Cidade: MONTE ALEGRE

Telefone: 84.91080423 Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU RN

*Empresa:

PROTÓCOLO RECEBIDO

16 OUT 2018

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

Fluxograma:

Discriminador:

Classificação: 19/02/2018 02:18:06

HORA	P.A.	HGT	SatO2	Fio2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA DE MOTO COM TCE

Hora: 02:20

Uma vez que se quebra de moto.

TCE

Agora, não soltou esse o abdômen

Abdômen

Uma vez que se quebra de moto.

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 02/02/2018
MAT. N° 150828
SAMU
ASSINATURA

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Umas horas primeiras. Sem dor no abdômen
- B Exame com os dedos. Muito forte
- C 62.90.0m. Peso 160
- D
- E Abdomen + dor no abdômen

DI COLABORATIVO

TOMOGRAFIA/HHNG

Data: 19/02/18 Hor: 4:12

Técnico: T.Gar.

Exame: CRANIO/Faces/CERVICAS

Médico:

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdômen = doloroso.

Dor no abdômen

Nota:

PROTÓCOLO RECEBIDO

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1

ANAMNESE

NGL 3:00

Acordo de moto com cônico apesar de jatos de sangue, mas calorenta, sangue 13, sem dano ao colo.

1-TC laringe

CRM 5195

EXAME FÍSICO

ferro FP ()
nada TP ()

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

do cérebro cravo

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

André Corsino da Costa
CPM/PRN 6549

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

C. Geral ts - 07:15 - 19/02/18

Paciente segue bonito
ao C.C. sem náuseas
e pressores normais
pela equipe da RCP.

Além disso não realizou exames
complementares ao paciente
e seu relatório
nos agendamentos TC se
realizou e relatório.

US e RDT

(Deixa relatório no prontuário) Souza

MÉDICO
CRON. 333

Costa

~~CONFERE COM ORIGINAIS~~

NATAL. 01/06/2018
MAT. N. SAME

ASSINATURA

Assinatura e Carimbo do Responsável

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW

Abertura Ocular (AO)	
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se acordar fará marcar 4, se não 3.)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado. Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, local onde está, etc., o porquê, a data e etc.	5
Confuso. (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas. (Fala aleatória, mas sem troca conversacional.)	3
Bons intelectivos. (Gemeando sem articular palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MMR)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada inespecífica à dor.	4
Padrão flexo à dor (Decorticado).	3
Máximo extensor à dor (Desterebrado).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS"

DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
13 - 150	= 4
9 - 120	= 3
6 - 80	= 2
4 - 50	= 1
30	= 0
10 - 200	= 4
> 200	= 3
6 - 90	= 2
1 - 50	= 1
00	= 0
> 900	= 6
76 - 890	= 3
50 - 570	= 2
1 - 400	= 1
00	= 0

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)*

03 - 08 grave (necessidade de intubação imediata);
09 - 34 moderado;
14-15 leve

* Referência: TEASDALE G, JENNET B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-84.

** A escala proposta enfatiza a conscientia e que colabora com idéia de escala a 3 níveis. Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade de sua dor de acordo com os seguintes adjetivos:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

* Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado.
Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.L. Cope, et al: A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5) 624, 1989.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

- NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PROTOCOLO		
- CARTÃO NACIONAL SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO 1 FEMININO 2
JOSEMILDO JOSE DA CUNHA			
0 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO		
2 - ENDEREÇO (RUA, N°)			
3 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

7 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	TC: per que se nota, alcoolismo TC: nev + nssos.
8 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	Perceve-se a necessidade de internação.

9 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)	CONFERE COM CRÍTICAS NATAL: 07/100 MAI: 07/100 SAME: 07/100 LAR: 07/100 NATURA: 07/100
---	---

10 - DIAGNÓSTICO INICIAL	11 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
TC: anamnese	I61.6		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

1 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNACAO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
Nev.			
5 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	Nev.	Vigil	29 - DT SOLICITAÇÃO
40301.0920			30 - CNS / CPF
			31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

1 - () ACIDENTE DE TRANSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BONUS
1 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
1 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
- CID PRINCIPAL	DESCRÍÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL		
- CID SECUNDÁRIO	43 - ()	44 - () GRAVE	45 - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

- NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFESSIONAL AUTORIZADO	54 - N° DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNACAO HOSPITALAR (AIH)
- DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	16 OUT 2018
- CNS / CPF	52	TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.
- ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	PROTÓCOLO RECEBIDO TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

RECEITUÁRIO

NOME

Jozemildo José de Carvalho

MATRÍCULA

Lendo Médico:

Declaro para os devidos fins
que o paciente acima citado foi
vítima de queda de moto no
dia 19/2/18. Permaneceu internado neste hospital até 01/3/18
para tratamento cirúrgico de TCE.
Necessita de trinta (30) dias
de afastamento das tabelas
CID: S064/S06.5

Ramon B Guerreiro
Neurocirurgia
CRM-RN 5107

Ramon B Guerreiro
Neurocirurgia
CRM-RN 5107

DATA 1/3/18

MÉDICO - CRM

FUMAR FAZ MAL À SAÚDE - USE CINTO DE SEGURANÇA
PILOTE SEMPRE COM CAPACETE - NÃO BEBA AO DIRIGIR
ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU É NOSSO.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica À Revelia

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado S.V.O. I.T.E.P.

Médico (Carimbo)

Andre Corrêa da Costa
Neurocirurgia
C.R.A. 546

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 À Revelia

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado S.V.O. I.T.E.P.

MÉDICO (CARIMBO)

A	B	C	D	E
EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)				
<p>A (ALERGIAS): M (MEDICAMENTO EM USO): P (PRATOLÓGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): L (LÍQUIDOS ALIMENTOS INGERIDOS): A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): V (PASSADO VACINAL): EXAMES COMPLEMENTARES (RADIODIAGNOSTICA E IMAGEM)...</p> <p>LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS</p> <p>CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)</p> <p>ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM:</p> <p>DEU DE:</p> <p>- 03/06 -</p> <p>Assinatura e Carimbo do Responsável</p>				
<p>ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE</p> <p>ESPECIALISTA 1: MCR DATA: 19/02/18 HORA: 02:40 ESPECIALISTA 2: BMF DATA: 19/02/18 HORA: 02:40 ESPECIALISTA 3: DATAS HORA: 02:40</p>				
<p>MÉDICO (CARIMBO)</p>				

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Morssenho Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clevio Sarinho

REQUISIÇÃO DE EXAMES

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Joséaldo sone de Runho SEXO: MASC() FEM()
 LOTE: 706 REG. N°: DT NASCIMENTO: 19/03/87

SETOR/PSA () PSL () OCORR () ENFERM () UTI ()
 URGÊNCIA () ELETIVA () DATA: 19/02/18 HORA:

EXAMES

- | | | |
|--|--|---|
| (<input type="checkbox"/>) HEMOGLOBINA | (<input type="checkbox"/>) SÓDIO | (<input type="checkbox"/>) D-DIMERO |
| (<input type="checkbox"/>) GLICEMIA | (<input type="checkbox"/>) POTÁSSIO | (<input type="checkbox"/>) TAP/TT/INR |
| (<input type="checkbox"/>) UREIA | (<input type="checkbox"/>) CÁLCIO | (<input type="checkbox"/>) LACTATO |
| (<input type="checkbox"/>) CREATINININA | (<input type="checkbox"/>) MAGNÉSIO | (<input type="checkbox"/>) OSF ALCALINA |
| (<input type="checkbox"/>) TGC | (<input type="checkbox"/>) VSH | (<input type="checkbox"/>) CLASSIF ABO/RH |
| (<input type="checkbox"/>) TGF | (<input type="checkbox"/>) PCR | (<input type="checkbox"/>) h-HCG |
| (<input type="checkbox"/>) BT / FRAÇÕES | (<input type="checkbox"/>) CPK | (<input type="checkbox"/>) COLESTEROL E FR * |
| (<input type="checkbox"/>) AMYLASE | (<input type="checkbox"/>) CKMB | (<input type="checkbox"/>) TRIGLICERÍDEOS * |
| (<input type="checkbox"/>) GHL | (<input type="checkbox"/>) CROTONONA | (<input type="checkbox"/>) PROT T / FRAÇÕES * |
| (<input type="checkbox"/>) CAMA GT | (<input type="checkbox"/>) GLÓBULINA | (<input type="checkbox"/>) SUMÁRIO DE URINA |
| (<input type="checkbox"/>) GASOMETRÍA ARTERIAL (<input type="checkbox"/>) VERSOZAL | | |

= EXAMES NÃO REALIZADOS NA URGÊNCIA.

OUTROS EXAMES (INCLUIR EXAMES DE IMAGEM)

Bx torax

INDICAÇÃO CLÍNICA:

SNE

*Dr. Diego Costa
Terapeuta
CRM/RN 7761*

ACORDADA NO CAPÍTULO DO SOLICITANTE



IDENTIFICAÇÃO

Nome: Josévaldo José da Costa Reg. NºDiagnóstico pré-operatório: HSDA + PLEIAIndicação terapêutica: febre Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: 16/02/18 Início: Término: Duração:Operador: M. André Gersino CRM/CRO: 65461º Auxiliar: M. Juliano José Matos CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista: CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- (1) Sob anestesia gpl, histerossalpingo, coloca sobre rede -
(2) Anatomia, anatomia e apontos da cavidade uterina
(3) Realiza-se craniectomia de rompimento → (4) + massas; desprendendo massa em perimetria
(5) Desprendendo ligeira massa
(6) Achados por planos
(7) Utilizou-se colar e fita para em "U" invertido envolvendo o cisto → DT
(8) abertura por planos, craniotomia hiperbol, evitando lesões de fáscia
chavado grosso, avascular dos bordos daí
(9) Fazendo goso (desprezando fragmentos carnosos)
(10) desprendendo parte - VLL 3.2
(11) Achados por planos
(12) → VLR goso

CONFIRMADA COM ORIGEM
NATAL. DT 07/06/2018
MAT. N. 150828 SAME
X INATURA

André Gersino da Costa
Neurocirurgião
CRM/RN 6546

Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

Identificação

Enfermaria: CRO. Leito: 706 UTI: _____ Leito: 241
Data de admissão: 20/02/2018 Alta: / /
Nome: Josenvaldo José da Cunha Naturalidade: SJ M P Bú
Idade: 29 Sexo: Masculino Feminino Data de Nascimento: 15/03/1987
RG: 002-882 895 Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: Médio in.
Filiação: Pai: José Joaquim da Cunha.
Mãe: Maria das Graças de Santana.
Endereço: Sítio Santa Lúcia 7 - RR 1. Sítio Santa Lúcia
Cidade: Monte Alegre
Telefone: 91466790 () Residencial () Trabalho () Recado
Contato: 9448 8712 Outros telefones:
Composição familiar: Mora com mãe, pai + 07 irmãos
Outras informações: Faz uso de Alcool Fumo Drogas Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

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

ssui requesitos? () Não () Sim Qual o motivo? _____
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: Marie dos Praes de Sardene.
Parentesco: mãe Telefone: 91466790
Endereço do Responsável: o mesmo 

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas e recebidas, encantamentos, etc.)

Paciente vitima
moto c/ fratura.
Soli cítricos leva gás

Safida

óbito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs.

Alta hospitalar () Transferência () Destino:

Orientações/Encaminhamentos:

Identificação

Data: 19/02/18

Nome: Jornilda Gonçalves da Cunha

Registro: 62065

Leito: 406 Idade: 30 Data de Nasc.: 15/03/84 Sexo: ()M ()F Data da Internação Hospitalar: 19/02/18

Diagnóstico(s): TCE

Peso:

Kg

Setor/Unidade de Procedência: (X) CC () CRO () PS Trauma () PS Clínico

() Enfermaria Qual? () Outra Unidade Qual?

Motivo da Internação na UTI: Reoperatório de DMEIA + cronicostomia descomparsiva

Reinternação? (X) Não () Sim <48h? () Não () Sim

APACHE:

História Clínica

Paciente admitida neste hospital proveniente do Centro Cirúrgico (realização de DMEIA + cronicostomia descomparsiva) fruto de TCE após acidente de moto. Recebida intubada, porém, apresentando certo grau de agitação motora.

Avaliação Sist. Neurológico								
Abertura Ocular	Espontânea	4	Resposta Verbal	Orientado e conversando	5	Resposta Motora	Obedece comandos	6
	Ao comando verbal	3		Desorientado e conversando	4		Localização à dor	5
	A dor	2		Palavras inapropriadas	3		Flexão inespecífica (retirada)	4
	Ausente	1		Sons incompreensíveis	2		Flexão hipertônica (decorticacão)	3
				Sem resposta	1		Extensão hipertônica (descerebração)	2
				Sem resposta	1			
ECG =			Não se aplica ()					
TCE Grave: 3 a 8 () / TCE Moderado: 9 a 12 () / TCE Leve: 13 a 15 ()								
Pupilas (descrição):								
Descrição de déficit motor:								
Obs.:								

CONFIRMADA - ORIGINAIS

Sedado? () Não (X) Sim SAS* RASS = -4

RAMSAY = -5 CAM-ICU** positivo

* Sedation-Agitation Scale
Assessment Method for the Intensive Care Unit

** Confusion

NIH admissão (se aplicável):

Hunt Hess (se aplicável):

Fisher (se aplicável):

Rigidez de nuca: () Não () Sim

NATALE MAT N. X SAÚDE ASSISTIR AURA

Avaliação Sist. Respiratório							
() Ar Ambiente	() Cat. Nasal O ₂	l/min	() MV	%	() VNI	SatO ₂ : 100 %	FIO ₂ : 30 %
(X) TOT há 01 dias, nº _____	() TQT há _____	dias, nº _____				Freq. Respir.: 12 IRPM	
Descrição do Exame Pulmonar: Uso de mímicos terciáculos presente bilateralmente, usam uruidos vesiculares							
Observações:							

Gasometria (antes ou admissional)	pH 7,34	PCO ₂ 39,0	BE -2,4	FIO ₂ 30%	Dist. Ac./base:
	PaCO ₂	HCO ₃	PSO	PaO ₂ /FiO ₂	



Identificação

Data: 20/02/12

Nome: Josenildo Ferreira do Cunha

Registro: 62065

Leito: Idade: Data de Nasc.: 15/03/87 Sexo: (M) F Data da Internação Hospitalar: 19/02/11

Diagnóstico(s): HSDA + PTP + Dx de hemorragia + TIA + D

Peso:

+ Craniotomia decompressiva

Setor/Unidade de Procedência: () CC () CRO () PS Trauma () PS Clínico

() Enfermaria Qual? () Outra Unidade Qual?

Motivo da Internação na UTI: TCE + HSDA + Dx de hemorragia + TIA

Reinternação? () Não () Sim <48h? () Não () Sim APACHE:

História Clínica

Paciente vítima de queda de moto com TCE grave, evoluindo com HSDA + HEDA histórica de alcoolismo + agitação + ECGs fez suspeita pelo NCR observação d HSDA e craniotomia decompressiva Admitido p/ procedimento de CRO, sedado em IOT + VNI. PEEP 6 + FiO₂ 21% + PdI 11 Em dieta por SNE + Diurese por SUD

Avaliação Sist. Neurológico

Abertura Ocular	Spontânea	4	Orientado e conversando	5	Obedece comandos	6	Sedado? () Não () Sim SAS* -4
	Ao comando verbal	3	Desorientado e conversando	4	Localização à dor	5	CAM-ICU** positivo ()
	À dor	2	Palavras inapropriadas	3	Flexão inespecífica (retirada)	4	**Conf
	Ausente	1	Sons incompreensíveis	2	Flexão hipertônica (decorticação)	3	
			Sem resposta	1	Extensão hipertônica (descerebração)	2	
					Sem resposta	1	

ECG = Não se aplica ()

TCE Grave: 3 a 8 () / TCE Moderado: 9 a 12 () / TCE Leve: 13 a 15 ()

Pupilas (descrição):

Descrição de déficit motor:

Obs.:

Avaliação Sist. Respiratório

() Ar Ambiente () Cat. Nasal O₂ ____ l/min () MV ____ % () VNI SatO₂ ____ % FIO₂ ____ IRPV

() TOT há ____ dias, nº ____ () TQT há ____ dias, nº ____ Freq. Respir.: ____ IRPV

Descrição do Exame Pulmonar: NVT exame pulmonar

Observações:

Gasometria	pH	PCO ₂	BE	FiO ₂	Dist. Ac./base:
(antes ou admissional)	PaO ₂	HCO ₃	P50	PaO ₂ /FiO ₂	

Avaliação Sist. Cardiovascular

Eletrocardiograma: RR ritmo regular

FC: 116 PA: 130x84

Ausc. Cardíaca: RCPVT, BNF, levemente ruidosaEdema de MMII: Sem edema Panturrilhas livres Empastadas

Choque () Drogas(s) Vasoativa(s): _____

Dose: _____

Sinais de Hipoperfusão: Lactato elevado Sat. venosa O₂ < 70% Má perfusão periférica Oligúria

Obs.: _____

Avaliação Sist. Digestivo

 Plano Flácido Globoso Distendido Timpânico Ascítico Maciço Dor à palpaçãoRuídos hidro-aéreos: + Ø Eliminação Intestinal: + Ø Diarréia? Não Sim

Observações: _____

Outras Avaliações

 Febre _____ °C Distúrbio hidroeletrolítico Descrição: _____ Dor Descrição: _____ Insuficiência Renal: Não Sim Coagulopatia/Hemorragia/Trombose Descrição: _____

Obs: _____

Antecedentes Pessoais

<input type="checkbox"/> DM	<input type="checkbox"/> ICO	<input type="checkbox"/> Cirrose	<input type="checkbox"/> IRC tto conservador	<input type="checkbox"/> Neoplasia: _____
<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> IAM	<input type="checkbox"/> Demência	<input type="checkbox"/> IRC - Diálise	"Status" <input type="checkbox"/> Locorregional <input type="checkbox"/> Metastática <input type="checkbox"/> Ignorado
<input type="checkbox"/> DPOC	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> Dist. Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Alergias: Qual? _____
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> ICC	<input type="checkbox"/> Ins Vasc. Perif	<input type="checkbox"/> Dg Infectocontagiosa. Qual?	_____

Hábitos de Vida: Tabagismo Etilismo Uso de Drogas Ilícitas Qual? _____

Descrição /Outros: _____

Medicação em Uso: _____

Check list de Profilaxias

<input type="radio"/> ULCERA PÉPTICA	<input type="radio"/> CABECEIRA ELEVADA	<input type="radio"/> DESMAME DA SEDAÇÃO	<input type="radio"/> VMI PROTETORA (4-6mL/Kg)	<input type="radio"/> PRESSÃO DE CUFF (20-30 cm/H2O)
TEV/TEP	<input type="radio"/> RISCO DE QUEDA	<input type="radio"/> UPP-PROT. SUPERF. ÓSSEAS	<input type="radio"/> REALIZAR TQT PRECOCE	<input type="radio"/> PREVENÇÃO DE EXTUBAÇÃO ACIDENTAL
<input type="radio"/> RETIRAR DISPOSIT. INVASIVOS (CVC/ CVP/ SVD/ DVE/ PIC/ PAM/ PVC/ DRENOS)				<input type="radio"/> PREVENÇÃO DE DELIRIUM
<input type="radio"/> SUSPENDER ATB PROFILÁTICO				

Obs: _____

Piano Terapêutico/Conduta Inicial

Hipótese Diagnóstica Principal: TCE por gás do mboPlano Inicial: - Suporte de VT- Vagelonea vermiformis- Vagelonea hemoliticaPrevisão de Internação em UTI:

Identificação do Médico:

Data: 11/02/18 Hora: _____

Nome: _____

CRM: _____

Eletrocardiograma:

Síncope

FC

PA

Ausc. Cardíaca:

PCR at BNF 5/5

Edema de MMII:

6

Panturrilhas livres

() Empastadas

Choque ()

Droga(s) Vasoativa (s): Ø

Dose:

Sinais de Hipoperfusão: () Lactato elevado () Sat. venosa O₂ < 70% () Má perfusão periférica

() Oligúria

Obs.: Diurese 1400 ml/h.

Avaliação Sist. Digestivo

() Plano () Flácido () Globoso () Distendido () Timpânico () Ascítico () Maciço () Dor à palpaçãoRuídos hidro-aéreos: ()+ (Ø) Eliminação Intestinal: ()+ (Ø) Diarréia? () Não () Sim

Observações:

Outras Avaliações

() Febre 37,9 °C() Distúrbio hidroeletrolítico

Descrição:

() Dor Descrição:Insuficiência Renal: () Não () Sim() Coagulopatia/Hemorragia/Trombose Descrição:

Obs.:

Antecedentes Pessoais

() DM() ICO() Cirrose() IRC tto conservador() Neoplasia:"Status" () Locorregional () Metastática () Ignorado() HAS() IAM() Demência() IRC - Diálise() DPOC() AVC() Convulsões() Dist. Psiquiátrico() Asma() ICC() Ins Vasc. Perif() Dc Infectocontagiosa. Qual?() Alergias: Qual?Hábitos de Vida: () Tabagismo() Cíclismo() Uso de Drogas Ilícitas

Qual?

Descrição /Outros:

Medicação em Uso:

Check list de Profilaxias

 ÚLCERA PÉPTICA CABECEIRA ELEVADA DESMAME DA SEDAÇÃO VMI PROTETORA (4-6ml/kg) PRESSÃO DE CUFF (20-30 cm/H2O) TEV/TEP RISCO DE QUEDA UPP-PROT. SUPERF. ÓSSEAS REALIZAR TQT PRECOCE PREVENÇÃO DE EXTUBAÇÃO ATÉ 24 H RETIRAR DISPOSIT. INVASIVOS (CVC/ CVP/ SVD/ DVE/ PIC/ PAM/ PVC/ DRENOS) PREVENÇÃO DE DELIRIUM SUSPENDER ATB PROFILÁTICO

Obs.:

Plano Terapêutico/Conduta Inicial

Hipótese Diagnóstica Principal:

TCE com HSDA + Gram-negativa de

Plano Inicial:

① Suporte de UTI

② Seloito exp. laboratorial + culturas +

Rx de fórmula

③ VPN

Previsão de Internação em UTI

7 dia

Identificação do Médico:

Ana Angélica N. Lira
Médica
CRM/RN 6922

Data: 20/02/18 Hora:

Nome:

CRM:

Clinica José Marinho

Dr. Baltazar Marinho
NEUROLOGIA
CRM 818

Dra. Eulália Marinho
CIRURGIA DENTISTA
CRM 660

Dr. Baltazar Marinho
NEUROLOGIA CRM 818
Dra. Eulália Marinho
CIRURGIA DENTISTA CRM 660
CRM 33205787749

01/06.7

MJO
3005
2018

Baltazar Marinho
CRM 818
CRM 33205787749
DR. BALTAZAR MARINHO
CRM 818
CPF 33205787749

Natal
Clinica José Marinho
Rua Seridó, 402 - Petrópolis
Fones: (84) 3221-3486 | 9982-5037 (Claro) | Resid.: 3222-0531
baltazarmerinho@bol.com.br

Caicó
Hospital Tiago Dias
Tel: (84) 3417-5299 | 9623-4889
baltazarmerinho@bol.com.br

CLÍNICA HOPE
LABORATÓRIO H&P

PROTOCOLO
RECEBIDO

LANÇO MÉDICO

16 OUT 2018

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

Paciente Josenildo José da Cunha, 31a,
sofreu acidente no dia 19/02/2018
e teve HSDA causada por traumatismo
crâniano. Foi submetido a craniecto-
mia descompressiva.

Apresenta fundamento crâniano à
esquerda, lesão n. facial com difi-
culdade para fechar o olho direito
e rima labial com alterações.

Invalidez anatômica e funcional de
estruturas crânicas

Rua Pernambuco, esquina com Rua Gato Ungle - Cidade da Esperança - Natal/RN.
(enfrente ao posto de saúde)
(84) 3205-7400 / 3205-5042

Até!

Natal,

02 OUT 2018

Vítima

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTADUAIS
CATERINA NACIONAL DE HABITAÇÃO

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1484984097

NOME: JOSENILDO JOSE DA CUNHA
DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF: 2882895 SSP RN
CPF: 095.296.054-04 DATA NASCIMENTO: 15/03/1987
FILIAÇÃO: JOSE JOAQUIM DA CUNHA
MARIA DAS GRACAS DE SANTANA
PERMISSÃO: ACC CAT. HAB: AB
Nº REGISTRO: 06164198488 VALIDEZ: 05/11/2022 1ª HABILITAÇÃO: 01/09/2014

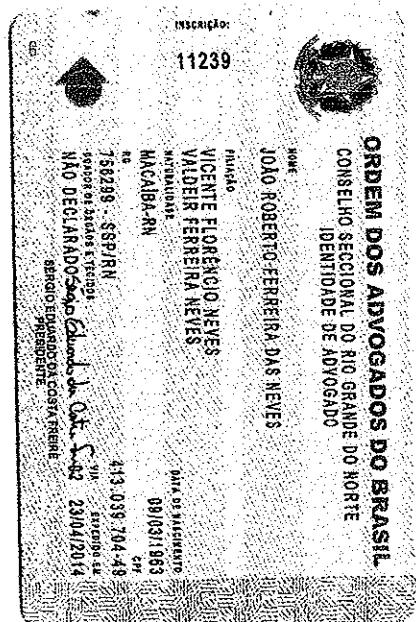
OBSERVAÇÕES:
Josenildo José da Cunha

ASSINATURA DO PORTADOR
LOCAL: SAO JOSE DE MIPIBU, RN DATA EMISSÃO: 13/11/2017
Leticia Maria Galvão Gomes
Leticia Maria Galvão Gomes
Coordenador do Registro de Condutores 53644172440
ASSINATURA DO EMISSOR RN702710626

PROIBIDO PLASTIFICAR
1484984097

RIO GRANDE DO NORTE

PROTOCOLO
RECEBIDO
16 OUT 2018
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS



PROTOCOLO RECEBIDO
16 OUT 2010
**TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEC^c**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MÍNISTERO DAS CIDADES

SEGURÓBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A ESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT

Nº C 325149585		DETTRAN - RN		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO	
VA	1	COD. FENAVAN	HR-RC	EXERCÍCIO	2018
004553326		ISIDEL FRANCISCO MATTOS CHAVES		NAME	
PLACA / NÚMERO		PLACA / NÚMERO		PLACA / NÚMERO	
PRACA/ANT / UF NMX1653 / RN		PRACA/ANT / UF SCCK-574X98001		PRACA/ANT / UF AIZQOL-FASUL	
ESPECIE / TIPO PASSEIARIO/MOTOR/CILINDRADA		ESPECIE / TIPO MOTOR/CILINDRADA		ESPECIE / TIPO MOTOR/CILINDRADA	
MARCA / MODELO FONDA/CG 150 FANET		MARCA / MODELO CG 150 FANET		MARCA / MODELO CG 150 FANET	
CAPACIDADE CILINDRICA 0,17149 CILINDRICAS		CAPACIDADE CILINDRICA PARTICULAR		CAPACIDADE CILINDRICA PARTICULAR	
COTA UNICA R\$ 0,00		VENG. COTA UNICA 037-07-2018		VENG. COTA UNICA 11-2018	
FAIXA FVA 002355-X		PARCELAMENTO COTAS R\$ ****,***		PARCELAMENTO COTAS 2- PAGO	
PREMIO TANCARO (IN *** LICENCIAMENTO PERNAMBUCANO)		PREMIO TANCARO (IN *** LICENCIAMENTO PERNAMBUCANO)		DATA DE PAGAMENTO 15/07/2018	
				OBSERVAÇÕES	
				MOTOR: KG16TC 95601	
				DATA 15/07/2018	
				CARTA DE AUTORIZAÇÃO DE VENDA	
				LICENCIAMENTO	

NEWLINE30

CONTINUATION

**PROTÓCOLO
RECEBIDO**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

095.296.054-04

Josévaldo José da Rendeira

CPF:
095.296.054-04

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

Nome completo:	Endereço:	Estado:	CEP:
Josévaldo José da Rendeira	Sítio Santa Luzia	RN	59182-000
Profissão:		Número:	Complemento:
Bracelete		7	
Bairro:	Cidade:	Tel.(DDD):	
Lona Rural	Monte Alegre	(83) 9.9217.1370	
E-mail:			
franciscoresenho@hotmail.com			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2642 CONTA: 34610 Dígito: 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **assinalar uma das opções:**

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com a mesma documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência de eventuais danos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de controvérsia com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

INFORMAÇÕES SOBRE A VITIMA OU BENEFICIARIO DECLARANTE	Local e Data, <i>Parnamirim, 20/11/18</i>	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	1 ^a Nome: _____
	CPF: _____	CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO		
<i>Josévaldo José da Rendeira</i>		
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		
Assinatura		
2 ^a Nome: _____		
CPF: _____		

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
20/11/2018 - Autoatendimento - 11:49:39
483372027 0339

EXTRATO DE POUPANÇA PARA SIMPLES CONFERENCIA
EXTRATO DE POUPANÇA OURO/POUPEX

AGÊNCIA: 2642-5
CONTA: 34.610-1
VARIACAO: 51
CLIENTE: JOSENILDO JOSE DA CUNHA

DATA	DT.BS	HISTÓRICO	VALOR
		-Outubro/2018-	
2010		Saldo ant.	
		-Novembro/2018-	
0111	02	JUROS	
1211	13	JUROS	

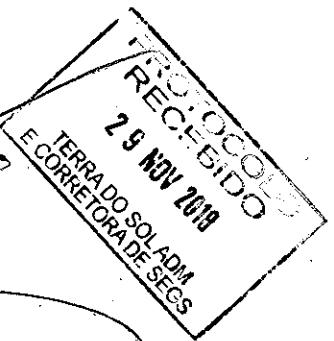
DISPONÍVEL	612,78
VLR. BLOQUEADO	0,0000
SALDO TOTAL	612,78

SALDO POR DATA-BASE

02	
13	

MENSAGENS DIVERSAS
SELIC igual/menor que 8,5% A.A.: TR+70% DA SELIC
SELIC maior que 8,5% A.A.: TR+0,5% A.M.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180485106 **Cidade:** Nísia Floresta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO JOSE DA CUNHA **Data do acidente:** 19/02/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180485106 **Cidade:** Nísia Floresta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO JOSE DA CUNHA **Data do acidente:** 19/02/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBDURAL AGUDO.

Descrição do exame médico pericial: SEQUELAS NEUROLÓGICAS EM GRAU LEVE .

Resultados terapêuticos: VÍTIMA FOI SUBMETIDA A CIRURGIA PARA DRENAGEM DE HEMATOMA E CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA ESQUERDO, SENDO TRATADO COM ANALGÉSICOS E ANTI-FLAMATÓRIOS, RECEBENDO ALTA APÓS 11 DIAS SEM APRESENTAR INFECÇÃO HOSPITALAR. VÍTIMA ORIENTADA E LÚCIDA, APRESENTANDO CEFALÉIA CRÔNICA, DEFÍCIT DE MEMÓRIA E DIFÍCULDADE DA ABERTURA OCULAR DO LADO DIREITO.

Sequelas permanentes: APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 09/11/2018

Conduta mantida:

Observações: * REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E ADEQUOU A VALORAÇÃO AO EXAME MÉDICO DESCrito PELO EXAMINADOR -

Médico examinador: DAURI LIMA DO NASCIMENTO FILHO

CRM do médico: 7547

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: José Renildo José da Cunha
brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Servente
RG nº 2.882.895, CPF/MF nº 095.296.054-04, residente e
domiciliado(a) à Rua Santo Antônio Braga
nº 7 Bairro Zona Rural
Cidade de Monte Alegre /RN, CEP: 59.382-000

OUTORGADO: **JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES**, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 11.239, cadastrado no CPF sob o nº 413.039.704-49, com endereço profissional sito à Rua Dr. Sadi Mendes de Lucena, 1022-A, Santos Reis - Parnamirim/RN, CEP: 59.146-110, Telefones: (84) 2010-4827 - 99130-0707 – 99930-2330.

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

MONTE ALEGRE/RN, 19 de setembro de 2018.



x José Renildo José da Cunha

OUTORGANTE

Reconheço(s) assinatura(s) de
José Renildo José da Cunha, por autu-
lícito(a).
Monte Alegre/RN, 10/09/2018

PROTOCOLO RECEBIDO

16 OUT 2018

**TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEC^o**



FIRMA: Caroline Tiburlino de Moura
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Assinada e Digitalizada por
Caroline Tiburlino de Moura
Autenticadora Autorizada

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376080/18

Número do Sinistro: 3180485106

Vítima: JOSENILDO JOSE DA CUNHA

CPF: 095.296.054-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/02/2018

JOSENILDO JOSE DA
CUNHA

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOSENILDO JOSE DA CUNHA : 095.296.054-04

Autorização de pagamento

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 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: 25/01/2019
Nome: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES
CPF: 413.039.704-49

JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/01/2019
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

THIARA VIRGINIA DA HORA