

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 MENDONÇA

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, DEFICIT DE MEMÓRIA E DIFICULDADE 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

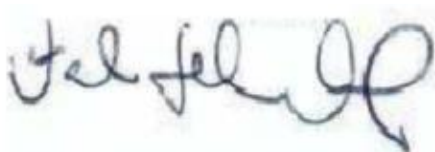
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

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

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 19/02/2018

Titular do CPF: JOSENILDO JOSE DA CUNHA

CPF de: Próprio

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

JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Carta nº 13481715



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 LÍDER 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



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



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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**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, DEFICIT 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 seqüela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (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 seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes do 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**

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 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



Dr. Dauri Filho
Cláudio Geral
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	Proleção	Não Informou
Endereço	Sítio Santa Cruzia	Número	4	Complemento	PR 1
Bairro	Zona Rural	Cidade	Monte Alegre	Estado	RN
Email	rn.advocacia.01@outlook.com	CEP	59.182.000	Telefone (DDD)	(84) 99247-1370

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

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

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

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

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

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

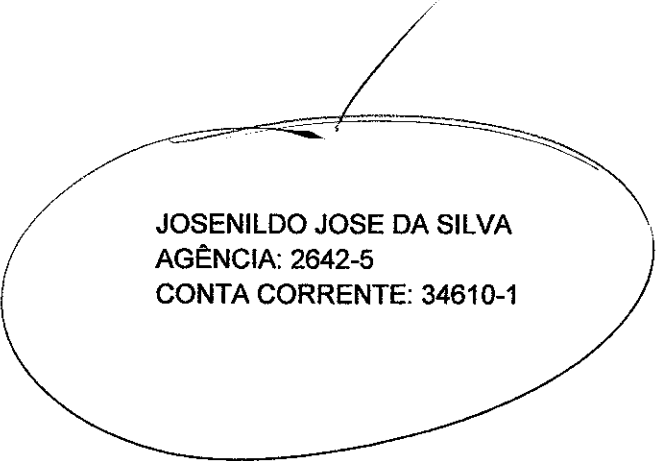
Paranámirim/RN 10 de Outubro de 2018
Local e Data

X Josénildo José da Cunha

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

PROTOCOLO RECEBIDO
16 OUT 2018
TERRA DO 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:	
	095.296.054-04	Josenildo José da Cunha	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Josenildo José da Cunha		095.296.054-04	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
remente	Sítio Santa Luzia	7	PR-1
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Zona Rural	Monte Alegre	RN	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).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<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)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 2642 5	CONTA: 34610 1	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(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 do 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 qualificação 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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, _____, 15/07/18
	Nome: _____
	CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	
x Josenildo José da Cunha	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	

TESTEMUNHAS	
1ª Nome: _____	Assinatura
CPF: _____	
2ª Nome: _____	Assinatura
CPF: _____	

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: JOSENILO JOSE DA CUNHA

DATA	DT.BS	HISTORICO	VALOR
-----Dezembro/2018-----			
1512		Saldo ant.	0000
3112	02	JUROS	0050

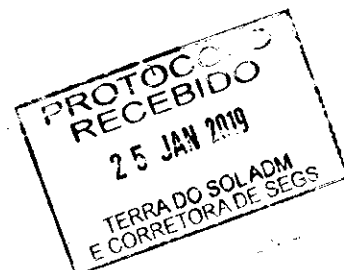
DISPONIVEL			0000
VLR. BLOQUEADO			0000
SALDO TOTAL			0000

SALDO POR DATA BASE

02

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 POLÍCIA CIVIL – 1ª DRP
Delegacia Municipal de Polícia Civil de Nísia Floresta/RN
Rua Nossa Senhora do Ó, 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/Vítima: 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

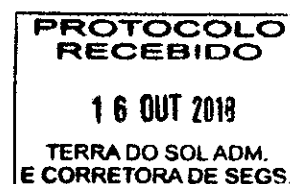
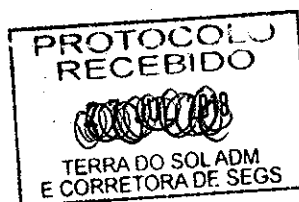
Histórico: O comunicante esteve nesta delegacia de polícia para informar que no dia, local e horário quando conduzia o veículo MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESI ANO 2012, MODELO 2012, COR PRETA, PLACA NNX1683/RN, CHASSI 9C2KC1670CR49601 E RENAVAM 00455359105 (em nome de ISRAEL FRANCISCO MATIAS DA CUNHA – 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. Walfredo 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 VÍTIMA OU INTERESSADO

APC Luciano Gomes dos Santos
Matr. 168.087-0



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

Josénildo José da Cunha

CPF da Vítima

095.296.054-04

Data do Acidente

19.02.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

**PROTOCOLO
RECEBIDO**

16 OUT 2018

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

Paranaguá 10 de Outubro de 2018

Local e Data

Josénildo 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:

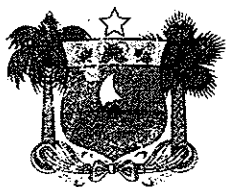
CLIENTE: JOSENILDO JOSE DA CUNHA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02642-5

CONTA: 000010034610-3

Nr. da Autenticação D4AE3F128CC5C4E2



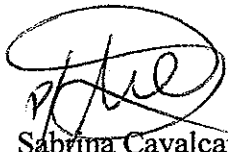
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 RN

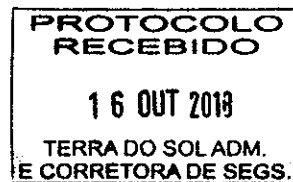


DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fazem necessário,
que foi encontrada a ocorrência de Nº S36730/1 referente a paciente **JOSENILDO JOSÉ 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
Matricula: 195.864-0



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 - CENA

Nº: 36730/1

Data: 19/02/2018

CHAMADO

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 ENFERMAGEM

REGULAÇÃO MÉDICA	TROTE	INFORMAÇÃO	ENGANO	QUEDA DA LIGAÇÃO	CONTATO COM EQUIPE SAMU	TRANSF./INTERNAÇÃO
---------------------	-------	------------	--------	---------------------	----------------------------	--------------------

Cidade: NÍSIA FLORESTA

Nome do Solicitante: ABRAÃO

Telefone: (84) 98186-9125

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 WOLFREDO 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
01:01:55Regulação Médica:
19/02/2018
01:04:11Solicitação VTR:
19/02/2018
01:04:42Saída VTR:
19/02/2018
01:04:58Chegada Local:
19/02/2018
01:20:00Saída Local:
19/02/2018
01:42:00Chegada Destino:
19/02/2018
02:10:00Liberação Destino:
19/02/2018
02:42:24Liberação VTR:
19/02/2018
02:42:26

REMOÇÃO

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 também sangramento nasal e auricular refere perda momentânea de consciência torax íntegro e abdome flácido sem fraturas aparentes

REMOÇÃO - TRANSFERÊNCIA

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

Vaga Zero

Motivo da entrada:



Ass:

PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:

ACIDENTE DA VIOLENCIA?

Sim Não

VIOLENCIA A VULNERABILIDADE?

Sim Não

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOZ, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055198-0



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARIAS GRACAS DE SANTANA

CPF: 812.947.274-00

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI SANTALUZIA 7 -PR 1

SITIO SANTALUZIA
ZONA RURAL/AREA RURAL
59182-000 MONTE ALEGRE RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e
no site www.cosern.com.br

DATA DE VENCIMENTO

11/10/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

114,85

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

04/10/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

04/10/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

013131841

Série: U

CONTA CONTRATO
007002147690Nº DO CLIENTE
3010226737Nº DA INSTALAÇÃO
0002025318

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

F225.BB61.5602.A3D5.E33A.7009.3A36.3543

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	147,00	0,62678920	92,13
Acréscimo Bandeira VERMELHA			9,58
Contrib. Ilum. Pública Municipal			11,70
Multa por atraso-NF 010199381 - 02/08/18			1,93
Juros por atraso-NF 010199381 - 02/08/18			0,90
Atualização IGPM-NF 010199381 - 02/08/18			0,58
Compensação DMIC 08/18			1,97
TOTAL DA FATURA			114,85

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
101,71	18,00	18,30	101,71	0,94	0,95	101,71	4,35	4,42

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):

Vencido	Dt Recv	Valor
11/09/18	04/10/18	116,27

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores bem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,48081000

HISTÓRICO DO CONSUMO

Consumo Ativo(kWh)	OUT 18	147
	SET 18	144
	AGO 18	136
	JUL 18	134
	JUN 18	152
	MAI 18	151
	ABR 18	156
	MAR 18	173
	FEV 18	175
	JAN 18	163
	DEZ 17	157
	NOV 17	147
	OUT 17	142

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	39,17	38,51
Transmissão	4,66	4,58
Distribuição (Cosern)	22,07	21,70
Encargos Setoriais	6,21	6,11
Tributos	23,67	23,27
TOTAL	101,71	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000002131005124	CAI	03/09/2018 8.737,00	04/10/2018 8.884,00	31	1,00000	0,00	147,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 05/11/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
ago/2018					
DIC- No.de horas sem Energia	BREJINHO	12,96	11,16	22,32	44,65
FIC- No.de vezes sem Energia		4,00	7,59	15,19	30,39
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		9,06	6,08	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 16,60
EUSD-Valor de Encargo de Uso = R\$ 34,85					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você ag correios monte das gameleir: avenida joao de paiva, centro / paraíso
variedades: rua alfredo xavier, 303, centralista completa em www.cosern.com.br."

O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.

Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%(Lei 10.438/02) e atualização monetária pelo INPC.

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de atendimento.

podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LÍMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

1-6-OUT-2018

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007002147690	10/2018	114,85	11/10/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838400000014 148500384070 002147690206 010579368936



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Cabo Serviços de Telecomunicações Ltda

Nota Fiscal de Serviços de Comunicações

Insc. Estadual: 20.083.236-0
 CNPJ: 02.952.192/0001-51
 Rua Senador José Ferreira de Souza, 1916
 Candelária - CEP: 59064-520 - Natal/RN
 SAC: 2010.2010-10600
 FAX: 2010.9010-10600 | DEF. AUDITIVO: 0800.884.5961

Modelo 21

Série única CFOP 5307

nº 25903

Data da emissão: 01-07-2017

Usuário: 1734702 Joao 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 MEGAS - 15 ANOS
 Intercabo 5 MEGAS - 15 ANOS
 Velocidade Promo navegação 15 Megas
 Cabo Fone New 200 F
 Chamadas Locais
 Chamadas LDN
 Serviço Wi-Fi

Mês de Referência	Quant.	Valor	Impostos Inclusos
01-06 a 30-06	1	39,07	5,56
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
14-05 a 13-06	1	8,90	1,28

NF 102,22 +

Encargos 0,00 +

Débito Ref. NF 0,00 -

Crédito/Pagamento Ref. NF 0,00 =

TOTAL A PAGAR

102,22

VENCIMENTO

06-07-2017

Valor da Mensalidade
 102,22

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 a nossa sede e cadastre-se!

Informamos ainda que a 2ª via das faturas podem ser impressas através de 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 da velocidade download de navegação se encerrou em 06-2017.

Os cinco últimos registros de atendimento

10459824
 10409662
 10266197
 10059603
 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 17.615 de 30/06/2004. Telefone gratuito ANATEL-1331. PROCON/Natal - R. Vigário Bartolomeu, 542, Cidade Alta. Tel. 3232-9050.

Itau	341	34191.09149	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						Prorrogado para: 06-07-2017
Data do documento: 01-07-2017	Número do documento: 25903	Espécie do documento: 17	Acerto: S	Data processamento: 01-07-2017	Cancela: 109	Agência Cedente: 9314/32857-7
Instruções:						Nosso Número: 109/14120192-3
Atenção: não receber após 30 dias de vencimento.						Valor do Documento: 102,22
Usuário: 1734702 Joao Roberto Ferreira NEVES Endereço: R SADI MENDES 1022-A						Valor cobrado
SANTOS REIS 59141-085						

Assinatura

Ficha de compensação



PROTOCOLO RECEBIDO

Codigo 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 de ciência 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 **pro fissão 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.

² Conselho 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu **JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES**, inscrito no CPF sob o nº 413.039.704-49, na qualidade de Procurador / Intermediário do Beneficiário José Nilton José da Cunha, inscrito (a) no CPF sob o nº 095.296.054/04, do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima José Nilton José da Cunha, inscrito (a) no CPF sob o nº 095.296.054/04, 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 Dr. Sadi 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 Outubro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

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

Declaração do Proprietário do Veículo

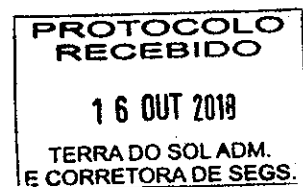
Eu, Israel Francisco Matias da Cunha,
RG nº 003.434095 data de expedição 03/08/2012
Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 70309419464, com
domicílio na cidade de Monte Alegre, no Estado de
RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Santa Luzia Zona Rural, nº S/N
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Josemildo José da Cunha cujo o condutor era
Josemildo José da Cunha ✓

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA CG FAN EST 150
Ano: 2012 / 2012
Placa: NPX1683/RN ✓
Chassi: 9C2KC1670CR498601
Data do Acidente: 19/02/18
Local e Data: Nazia Floresta 19/02/2018

Israel Francisco Matias da Cunha
Assinatura do Declarante

Josemildo José da Cunha

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Reconheço a(s) assinatura(s) de
Israel Francisco Matias da Cunha, Josemildo José da Cunha, por autenticidade.
Monte Alegre/RN, 25/04/2018

Fabiana Maria Gomes da Silva
Escrevente



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 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

Sexo: M Cor: PARDA

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: 02:30

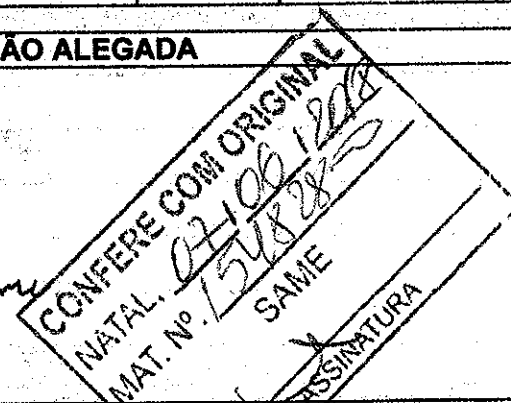
Vítima de queda de moto.

TCE.

Agrus, não relatou com o abano

abano

Ureia com incoerências.



EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A	Ureia com incoerências. Sem lesão no local de queda.
B	Exame em 02 membros MV e MD.
C	Fio 90% O2 - Pulso 110/min
D	Glasgow = 15
E	Abano = 15

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abano = 15/min

Pulso 110/min

PROTÓCOLO
RECEBIDO

TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS

Tomografia/HWVG

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

Técnico: J. Gar.

Exame: CRÂNIO/FACE/CERVICA

Médico:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1. AVALIE A RESPOSTA DA VÍTIMA 2. PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (UGH) 3. QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAIS (E PEÇA UM DESFIBRILADOR/DEA), 3. ABRA VIA AÉREA, 4. AVALIE RESPIRAÇÃO (VER 3. SENTIR), 5. SE APNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSINHA MÁSCARA), 6. AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE), 7. SE PULSO AUSENTE, INICIE COMPRESSÃO, 8. GRACIAS, 100MIN (PROPORÇÃO 30/2) ATÉ A CHEGADA DO DEA, 8. DEJA DISPONÍVEL: AA 10. RITMO NÃO CHOCÁVEL, REINICIE RCP(30/2), 11. AVALIE O RITMO A CADA 5 CICLOS, 12. PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MOVIMENTE, 13. COLOQUE-A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

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 assim for marque 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, idade, endereço, está, o porquê, a data e etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala incoerente, mas sem inócuas epraveracionais.)	3
Sons ininteligíveis. (Gemendo sem articular palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada inespecífica a dor.	4
Padrão flexo a dor (Decorificação).	3
Padrão extensor a dor (Descoordenação).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4
	9-12 = 3
	6-8 = 2
	4-5 = 1
	3 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	10-20 = 4
	>20 = 3
	6-9 = 2
	1-5 = 1
	0 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90 = 4
	70-90 = 3
	50-70 = 2
	1-40 = 1
	0 = 0

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)*

03 - 08=graves (necessidade de intubação imediata); 09-13=moderado; 14-15=leve

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

* A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colabora com idade superior a 2 anos. 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. Copes, et al; A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5) 824, 1999.



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

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE JOSEILDO JOSE DA SILVA		6 - Nº DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO MASCULINO	10 - FEMININO 1
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº)			
14 - MUNICÍPIO	15 - BAIRRO	16 - UF	17 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS TC: per glicose a meta, alcool TC: hem + urós.			
19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Primo de morte.			
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Exame neurológico +			
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL TC: mancha	22 - CID INICIAL I 61.6	23 - CID SECUNDÁRIO	24 - CID TERCÁRIO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO KUG	26 - LETO / CLÍNICA NH	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO Urgente	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Neurocirurgião da Costa
29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 403010020	30 - DT SOLICITAÇÃO	31 - CNS / CPF	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	34 - CNPJ DA SEGURADORA	35 - Nº DO BILHETE	36 - BÔNUS
37 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	38 - CNPJ	39 -	40 -
41 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
42 - CID PRINCIPAL	DESCRIÇÃO CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL		
43 - CID SECUNDÁRIO	44 - () GRAVE	45 - () GRAVÍSSIMA	

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	47 - NOME DO PROF. RESPONSÁVEL POR CONTROLE AVALIAÇÃO	48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
49 - DT AUTORIZ.	50 - DT AUTORIZ.	
51 - CNS / CPF	52 -	
53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	54 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

RECEBIDO

16 OUT 2018

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

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

Josénilso José de Lima

MATRÍCULA

Lauda Médica:

*fechada para os devidos fins
que o paciente acima citado foi
vítima de queda de moto no
dia 19/2/18. Permaneceu inter-
nada neste hospital até 01/03/18
para tratamento cirúrgico de TCE.*

*Necessite de trinta (30) dias
de afastamento do trabalho
CID: S064/S06.5*

Ramon B. Guerreiro
Neurocirurgia
CRM-RN 5107

Ramon B. Guerreiro
Neurocirurgia
CRM-RN 5107

DATA

7/3/18

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:

NW

DATA:

19/02/19

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)

André Cordeiro da Costa
Neurocirurgia
CRM 179416/6546

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. ☐

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado de Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

REQUISIÇÃO DE
EXAMES

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Sorenildo Sotê de Cunha SEXO: MAS ☒ FEM ☐

LEITO: 706 REG. Nº: _____ DT NASCIMENTO: 15/03/87

SETOR: PSA ☐ PSI ☐ CC/CICLO ☒ ENFERM ☐ UTI ☐

URGÊNCIA ☒ ELETTIVA ☐ DATA: 19/02/18 HORA: _____

EXAMES

- | | | |
|---|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> HEMOGRAMA | <input type="checkbox"/> SÓDIO | <input type="checkbox"/> D-DIMERO |
| <input type="checkbox"/> GLICEMIA | <input type="checkbox"/> POTÁSSIO | <input type="checkbox"/> TAP/TTPA/INR |
| <input type="checkbox"/> UREIA | <input type="checkbox"/> CÁLCIO | <input type="checkbox"/> LACTATO |
| <input type="checkbox"/> CREATININA | <input type="checkbox"/> MAGNÉSIO | <input type="checkbox"/> FOSF. ALCALINA |
| <input type="checkbox"/> TGO | <input type="checkbox"/> VSH | <input type="checkbox"/> CLASGIF ABO/RH |
| <input type="checkbox"/> TGP | <input type="checkbox"/> PCR | <input type="checkbox"/> B-HCG |
| <input type="checkbox"/> BT/FRAÇÕES | <input type="checkbox"/> CKMB | <input type="checkbox"/> COLESTEROL E FR* |
| <input type="checkbox"/> AMILASE | <input type="checkbox"/> CKMB | <input type="checkbox"/> TRIGLICERIDEOS* |
| <input type="checkbox"/> DHL | <input type="checkbox"/> HOPONIVA | <input type="checkbox"/> PROT T/FRAÇÕES* |
| <input type="checkbox"/> CAVA GT | <input type="checkbox"/> GLOBINA | <input type="checkbox"/> SUMARIO DE URINA |
| <input type="checkbox"/> GASOMETR A: ARTERIAL <input type="checkbox"/> VENOSA | | |

OUTROS EXAMES (INCLUIR EXAMES DE IMAGEM)*

Rx Tórax

INDICAÇÃO CLÍNICA: SNE

Dr. Diego Costa
Terapeuta Intensivo
CRM/RN 7784

ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE

IDENTIFICAÇÃO

Name: Josefina Page m Curtis

Reg. N°

Diagnóstico pré-operatório: HSGA + NEM.

Indicação terapêutica: *HP, E*

Urgência (☒) Eletiva (☐)

INTERVENÇÃO

Data: 10/02/18

Inicio:

Término:

Duração:

Operador: *M. Andrei Lorenz*

CRM/CRO: *6546*

1º Auxiliar: M. Juliana José Mdy Naz

CRM/CRO:

2º Auxiliar:

CRM/CRO:

Instrumentador:

An esista:

CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- 1) Sub análise gl, Inchaço subcutâneo, edema nas veias
- 2) Assupne, antrópne e apnéia de causas obstru
- 3) Zumbido - transtorno do somnium - \rightarrow \oplus + \ominus ; distúrbio
de sono em pericardio
- 4) Dispneia \rightarrow fôlego seco
- 5) Juchando por plano
- 6) Deturbação da coação a fôlego mais em "U" invertido característico no
CSE \rightarrow DT
- 7) abdução por plano, transtorno hupel, envolvendo lúbro de fôlego
e chacoalhar, antrópne dos bato do ar
- 8) fôlego seco (dispneia fôlego com ar)
- 9) distúrbio do sono - ver 3.2
- 10) Juchando por plano
- 11) \rightarrow ver 3.2

André Versino da Costa
Neurocirurgia
CEM/RN 6546

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

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

**GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE**

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

**FICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL****Identificação**

Enfermaria: CRB Leito: 106 UTI: Leito: 241
Data de admissão: 20/02/2018 Alta: 1/1/1
Nome: Joemildo Jose da Cunha Naturalidade: SJ M. Pibui
Idade: 29 Sexo: ☒ Masculino () Feminino Data de Nascimento: 15/03/1987
RG: 002.882.895 Estado Civil: solteiro Nível de Instrução: Médio ine.
Filiação: Pai: João Joaquim da Cunha
Mãe: Maria dos Prazeres de Santana
Endereço: Sto Santa Luzia 7 - de 1. Sítio Santa Luzia
Cidade: Monte Azeite
Telefone: 91466790 () Residencial () Trabalho () Recado
Contato: 94488712 Outros telefones:
Composição familiar: Mãe e 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:

Crêterios para Acompanhante

seus requisitos? () Não () Sim Qual o motivo?
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: Maria dos Prazeres de Santana
Parentesco: mãe Telefone: 91466790
Endereço do Responsável: o mesmo

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas, recepções, encaminhamentos, etc.)

paciente vítima
motu e bueine
Solicitado Remoção

Saída

óbito: Encaminhamento: ITP () SVO () DO () Obs.
Alta hospitalar () Transferência () Destino:
Orientações/Encaminhamentos:



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

ADMISSÃO MÉDICA
UTI

Identificação

Data: 19 / 02 / 18

Nome: Jovandir da Costa

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: ☒ CC () CRO () PS Trauma () PS Clínico

() Enfermaria Qual? () Outra Unidade Qual?

Motivo da Internação na UTI: Pós-operatório de DHEDA + Craniectomia decompressiva
Reinternação? ☒ Não () Sim <48h? () Não () Sim APACHE:

História Clínica

Paciente admitido neste serviço proveniente do Centro Cirúrgico (realização de DHEDA + Craniectomia decompressiva) vindo de TCE por acidente de moto. Recebido intubado, porém, apresentando certo grau de vigília motora.

Avaliação Sist. Neurológico

Abertura Ocular	Esontânea	4	Resposta Verbal	Orientado e conversando	5	Resposta Motora	Obedece comandos	6
	Ao comando verbal	3		Desorientado e conversando	4		Localização à dor	5
	À dor	2		Palavras inapropriadas	3		Flexão inespecífica (retirada)	4
	Ausente	1		Sons incomprensíveis	2		Flexão hipertônica (decorticação)	3
				Sem resposta	1		Extensão hipertônica (decerebração)	2
							Sem resposta	1

Sedado? () Não ☒ Sim SAS* RASS = -4

RANGAY = -5

CAM-ICU** posição

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

** Confusion

NIH admissão (se aplicável):

Hunt Hess (se aplicável):

Fisher (se aplicável):

ECG = Não se aplica ()

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

Pupilas (descrição): isocóricas, hiperreflexas

Descrição de déficit motor:

Obs.:

Avaliação Sist. Respiratório

() Ar Ambiente () Cat. Nasal O₂ L/min () MV % () VNI SatO₂: 100 % FIO₂: 30 %

☒ TOT há 01 dias, nº () TQT há dias, nº Freq. Respir.: 12 IRPM

Descrição do Exame Pulmonar: Ulceração vesicular presente unilateralmente, com vesículas coalescentes

Observações:

Gasometria pH 7.34 PCO₂ 39.2 BE -2.4 FIO₂ 30.1
(antes ou admissional) PaO₂ HCO₃ SO₂ PaO₂/FIO₂

Dist. Ac./base:



Identificação

Data: 20/02/12

Nome: Josénilto José da Cunha Registro: 62065
Leito: Idade: Data de Nasc.: 15/03/87 Sexo: () M () F Data da Internação Hospitalar: 19/02/12
Diagnóstico(s): HSDA em FTP, o que é em FT de D + Craniotomia descompressiva
Setor/Unidade de Procedência: () CC () CRO () PS Trauma () PS Clínico
() Enfermaria Qual? () Outra Unidade Qual?

Motivo da Internação na UTI: TCE + HSDA + Dx de hematomas + Man
Reinternação? () Não () Sim <48h? () Não () Sim ~~APACHE~~ ~~descompressiva~~

História Clínica

Paciente vítima de queda de moto com TCE grave, evoluindo com HSDA + HEDA histórico de alcoolismo + sangramento + ECG foi submetido pelo NCR Obtenção de HSDA e craniotomia descompressiva Admitido por procedimento de CRO sedado em IOT + VNI. PEEP 6 + FiO₂ 21% + P de 42 Em dieta por SNE + Diurese por SVD

Avaliação Sist. Neurológico

Abertura Ocular	Espontânea	4	Resposta Verbal	Orientado e conversando	5	Resposta Motora	Obedece comandos	6	Sedado? () Não () Sim SAS* -4 CAM-ICU** positivo ()
	Ao comando verbal	3		Desorientado e conversando	4		Localização à dor	5	
	À dor	2		Palavras inapropriadas	3		Flexão inespecífica (retirada)	4	
	Ausente	1		Sons incompreensíveis	2		Flexão hipertônica (decorticação)	3	
				Sem resposta	1		Extensão hipertônica (descerebração)	2	NIH admissão (se aplicável):
							Sem resposta	1	Hunt Hess (se aplicável):
									Fisher (se aplicável):

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.:
Rigidez de nuca: () Não () Sim

Avaliação Sist. Respiratório

() Ar Ambiente () Cat. Nasal O₂ L/min () MV % () VNI SatO₂ 98 % FiO₂ 21%
() TOT há 2 dias, nº () TOT há dias, nº Freq. Respir.: IRPV
Descrição do Exame Pulmonar: MV + com rales

Observações:

Gasometria (antes ou admissional)	pH	PCO ₂	BE	FI _{O2}	Dist. Ac./base:
	PaO ₂	HCO ₃	P50	PaO ₂ /FI _{O2}	

Avaliação Sist. Cardiovascular

Eletrocardiograma: Ritmo normal FC: 116 PA: 130x84
 Ausc. Cardíaca: R.R. 2T, BNF, 100mm H₂O x 20
 Edema de MMII: Sem edema ☒ Panturrilhas livres () Empastadas
 Choque () Droga(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 palpação
 Ruídos hidro-aéreos: () + ☒ 0 Eliminação Intestinal: () + ☒ 0 Diarréia? ☒ Não () Sim
 Observações: _____

Outras Avaliações

() Febre _____ °C () Distúrbio hidroeletrólítico 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 () Alergias: Qual? _____
 () Asma () ICC () Ins Vasc. Perif () Dç Infectocontagiosa. Qual? _____
 Hábitos de Vida: () Tabagismo () Etilismo () Uso de Drogas ilícitas Qual? _____
 Descrição /Outros: _____
 Medicação em Uso: _____

Check list de Profilaxias

☐ ULCERA 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 ACIDENTAL
☐ RETIRAR DISPOSIT. INVASIVOS (CVC/ CVP/ SYD/ DVE/ PIC/ PAM/ PVC/ DRENOS) ☐ PREVENÇÃO DE DELIRIUM ☐ SUSPENDER ATB PROFILÁTICO
 Obs.: _____

Plano Terapêutico/Conduta Inicial

Hipótese Diagnóstica Principal: TCE por queda de moto
 Plano Inicial: Suporte de VTI
Verplanoes respiratório
Verplanoes hemodinâmico

Previsão de Internação em UTI

Identificação do Médico: _____ Data: 10/02/18 Hora: _____
 Nome: _____ CRM: _____

 Dr. Bruno 2008
 CRM 1783

Avaliação Sist. Cardiovascular

Eletrocardiograma: sinus

FC:

PA:

Ausc. Cardíaca:

RCP 2^a BNF 12/12

Edema de MMII:

000 Panturrilhas livres

() Empastadas

Choque ()

Droga(s) Vasoativa(s):

0

Dose:

Sinais de Hipoperfusão:

() Lactato elevado

() Sat. venosa O₂ < 70%

() Má perfusão periférica

() Oligúria

Obs.:

Duroso 1400 ml/h

Avaliação Sist. Digestivo

() Plano () Flácido () Globoso () Distendido () Timpânico () Ascítico () Macio () Dor à palpação

Ruídos hidro-aéreos: () + () 0

Eliminação Intestinal: () + () 0

Diarréia? () Não () Sim

Observações:

Outras Avaliações

() Febre 37,9°C

() Distúrbio hidroeletrólítico

Descrição:

() Dor Descrição:

Insuficiência Renal: () Não () Sim

() Coagulopatia/Hemorragia/Trombose

Descrição:

Obs.:

Antecedentes Pessoais

() DM

() ICO

() Cirrose

() IRC tto conservador

() Neoplasia:

() HAS

() IAM

() Demência

() IRC - Diálise

"Status" () Locoregional () Metastática () Ignorado

() DPOC

() AVC

() Convulsões

() Dist. Psiquiátrico

() Alergias: Qual?

() Asma

() ICC

() Ins Vasc. Perif

() Dç Infectocontagiosa. Qual?

Hábitos de Vida: () Tabagismo () Etílico () 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. SUPERE. ÓSSEAS☐ REALIZAR TQT PRECOCE☐ PREVENÇÃO DE EXTUBAÇÃO ACIDENTAL☐ RETIRAR DISPOSIT. INVASIVOS (CVC/ CVP/ SVD/ DVE/ PIC/ PAM/ PVC/ DRENOS)☐ PREVENÇÃO DE DELÍRIUM☐ SUSPENDER ATB PROFILÁTICO

Obs.:

Plano Terapêutico/Conduta Inicial

Hipótese Diagnóstica Principal:

TCE para HSDA + Bacteremia de

Plano Inicial:

1 Suporte de UTI2 Solicito exp. laboratoriol + culturas +Rx de torção3 VPM

Previsão de Internação em UTI

7 dias

Identificação do Médico:

Ana Angélica N. Lira
Médica
CRM/RN 8922Data: 20/02/18

Hora:

Nome:

CRM:

Clinica José Marinho

Dr. Baltazar Marinho
NEUROLOGIA
CRM 818

Dra. Eulália Marinho
CIRURGIÁ DENTISTA
CRO 660

Atto de Juízo de
da Causa sobre o
TCE, tendo sido
Jornal de
CARBON 225V4

CD 5 06.7

Nº 10
3005
2018

Baltazar Marinho
CRM 818
CPF 332057877-49
DR. BALTAZAR MARINHO
CRM 818
CPF 332057877-49

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

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

CLÍNICA HOPE
LABORATÓRIO HAPPI

LAUDO 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
craniano. Foi submetido a craniecto-
mia descompressiva.

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

Invalidez anatómica e funcional de
estruturas cranianas

Pernambuco, esquina com Rua Getúlio Vargas - Cidade da Esperança - Natal/RN.
(em frente ao posto de saúde)
(84) 3205-7400 / 3205-5042

Assinatura

Natal,

02 OUT 2018

Vitima

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFEGO
CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

1484984097

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

1484984097

JOSEBILDO JOSE DA CUNHA

DOC. IDENTIDADE / ORG. 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
AB

Nº REGISTRO
06164198488

VALIDADE
05/11/2022

1ª HABILITAÇÃO
01/09/2014

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Portador: *Josebildo Jose da Cunha*

LOCAL
SAO JOSE DE MIPIBU, RN

DATA EMISSÃO
13/11/2017

Assinatura do Emissor: *Leticia Maria Galvão Gomes*
Leticia Maria Galvão Gomes
Coordenador de Registro de Condutores
53644172440
RN702710626

RIO GRANDE DO NORTE

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

[Handwritten scribbles]

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.966/94)


TEM FE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 11000080


OBRIGATORIO DO NOTARIO




10021440305

inscrição: 11239



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DO RIO GRANDE DO NORTE
IDENTIDADE DE ADVOGADO

SOME: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

filiação: VICENTE FLORENCIO NEVES
VALDEIR FERREIRA NEVES

matrícula: MACAIBA-RN

RG: 756238 - SSP/RN

data de nascimento: 09/03/1963

CPF: 413.039.704-49

data de alistamento: 09/03/1963

data de validade: 23/04/2014

NÃO DECLARADO

BRASIL, 16 de Outubro de 2014

BRUNO FERNANDES COSTA FREIRE
PROFESSOR

**PROTOCOLO
RECEBIDO**

16 OUT 2014

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEC

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 013251495851
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1
COD RENAVAM 00455359105
EXERCÍCIO 2018

NOVE
ISRAEL FRANCISCO VARIAS DA CUNHA

CPF / CNPJ 703.091.194-64
PLACA NNX1683

CHASSI 9C2KC1670CR198601

ESPECIE TIPO PASSAGEIRO/MOTOR/CICLO/VAZ APPLICATE
CONSUMTIVEL AL2005-GR30B

MARCA / MODELO HONDA / CG 150 FAN ESI
ANO FAB 2012 ANO MOD 2012

CATEGORIA PARTICULAR
COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA 1º PAGO
R\$ 0,00 09/04/2018

PARCELAMENTO 2º PAGO
R\$ 002355 03

3º PAGO
R\$ 002355 03

PREMIO TARIFARIO (R\$) 107 (R\$) 09/04/2018
LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO ***

DATA DE PAGAMENTO 15/02/2018

DETRAN - RN Nº 013251495851

NOTA ALEGRE

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

RN Nº 013251495851 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

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

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 19/02/2018

CPF / CNPJ 703.091.194-64 PLACA NNX1683

RENAVAM 00455359105 MARCA / MODELO HONDA / CG 150 FAN ESI

ANO FAB 2012 NR CHASSI 9C2KC1670CR198601

PREMIO TARIFARIO

FVS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) OF (R\$) TOTA SEMPRE DE ZERO (R\$)

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

COTA UNICA

SEGURODORA LIDER - DPVAT

CNPJ 05.248.609/0001-04

CONTRAN

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

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	José da Rênia	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
José da Rênia		095.296.054-04	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Desempregado	Av. Santa Cruz	7	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Itaúna	Monte Alegre	RN	59182-000
E-mail:	Tel.(DDD):		
franciscareis@hotmail.com	6849.9217.1370		

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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 5 CONTA: 34610 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 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 da ocorrência.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com a documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência de sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia quitação 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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos:

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.

Local e Data, Panamirim, 20/11/18
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

José da Rênia
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
20/11/2018 - Autoatendimento - 11:48:39
483372027 0339

RECIBIDO
29 NOV 2018
TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS

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
2010	01	Saldo ant.	34.610,10
2018	02	JUROS	0,00
2018	13	JUROS	0,00
DISPONIVEL			34.610,10
VLR. BLOQUEADO			0,00
SALDO TOTAL			34.610,10

SALDO POR DATA BASE

02	34.610,10
13	34.610,10

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, DEFICIT DE MEMÓRIA E DIFICULDADE 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:

Josemildo Jose da Cunha
brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Servente
RG nº 2.882.895, CPF/MF nº 095.296.034-04, residente e
domiciliado(a) à Rua Getúlio Santa Luzia
nº 7 Bairro Zona Rural
Cidade de Monte Alegre /RN, CEP: 59.182.000

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.

MONTA ALEGRE/RN 19 de setembro de 2018.



* Josemildo Jose da Cunha

OUTORGANTE

Reconhecida(s) assinatura(s) de
Josemildo Jose da Cunha por autenticidade
Monte Alegre/RN, 19/09/2018

PROTOCOLO RECEBIDO

16 OUT 2018

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEG^{uros}

VALIDO SOMENTE COM O SELLO DE AUTENTICIDADE

Caroline Tiburino de Moura
Advogada 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

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 19/02/2018

Titular do CPF: JOSENILDO JOSE DA CUNHA

CPF de: Próprio

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