

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IDAMIRES FERNANDES DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03064

CONTA: 000000015764-2

Nr. da Autenticação 5E0D0FAE80A56FEC

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190715234 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IDAMIRES FERNANDES DE LIMA **Data do acidente:** 15/09/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta com esmagamento do 2º e 3º pododáctilos esquerdos.

Descrição do exame físico: Exame clínico com pé esquerdo com ausência total do 3º dedo do pé esquerdo, e perda parcial do 2º dedo do pé esquerdo, com neuroma doloroso.

Resultados terapêuticos: Tratamento com limpeza mecânica e desbridamentos, com redução das fraturas com fios de Kirschner, evoluindo com gangrena no 3º dedo do pé esquerdo com amputação do 3º pododáctilo esquerdo ao nível metatarsofalangeano. Posteriormente evoluindo com complicações, realizando amputação da falange medial do 2º dedo do pé esquerdo. Evoluiu com neuroma de coto com tinel.

Sequelas permanentes: Amputação do 2º pododáctilo esquerdo, Amputação do 3º pododáctilo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 87,5 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

COSERN

BRASIL DO CUSTEIO
MANOES FERNANDES DE LIMA

Tutoria Social de Envejecimiento. Dirección General de la Salud. 10/138, del 20/10/2012

**ESTADOS DO CEARÁ:
LOUANDES FERNANDES DE LIMA**

ESTERECENDO A LEGISLAÇÃO CONSTITUCIONAL
PELA EPISCOPAL PESSOA 44 AGO 2016

Digitized by srujanika@gmail.com

CLASSIFICAZIONI

7034049645 09/2019

28/09/2019 16/10/2019

100165382 2010243734 618460

卷之三

	QUANTIDADE	PRECO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (DWH)	188.000.000	10,650044	2.027.17
Atividade Banda Larga VERMELHA			0,70
Contrato com Plataforma predefinida			12,11
Atividade VERMELHA: 01097-10000-10000010			2,89
Atividade VERMELHA: 001110000-1500010			0,81
Atividade VERMELHA: 0207719880-1600010			0,11

Journal of Oral Rehabilitation

INDO	TIPO DE MOVIMENTO	ANTERIOR	DATA ALTERAÇÃO	DATA ATUAL	LISTA	MESES	COMENTÁRIO	AJUSTE	CONSULTE (NFM)
SHS001	CRÉ	10.000,00	31/05/2014	15/09/2014	100	04/01	31/05/2014	0,00	400,00

EXERCÍCIO	VALOR ABERTO	VALOR MÉDIO	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO	VALOR MÉDIO MENSAL	VALOR MÉDIO MENSAL (V)	VALORES MÍNIMOS	VALORES MÁXIMOS
-----------	-----------------	----------------	-----------------	-----------------	--------------------------	---------------------------------	--------------------	--------------------

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CÍRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURADO. 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 Emerson de Souza Fornina
inscrito (a) no CPF/CNPJ 079.825.214 / 60 na qualidade de Procurador (a) / Intermediária (a) do Beneficiário
IDAMIRES FERNANDES DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 067.612.044 / 02
do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima IDAMIRES FERNANDES DE LIMA
inscrito (a) no CPF sob o Nº 067.612.044 / 02 conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: X e apresento os documentos comprobatórios:
 Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 DESCAMBARGA DOR SILVINO BEZERRA	Número: 971	Complemento: CASA 09
Bairro: PRESIDENTE COSTA E SILVA	Cidade: MOSSORÓ	Estado: RN
E-mail:		CEP: 59 628-350

Local e Data: Mossoró/RN 17/12/2019

Emerson de Souza Fornina
Assinatura do Declarante



cro

FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

15/08/13

Nome do Usuário: Idamires Fernandes de Lima		Naturalidade: Cotolé do Poco	
Filiação*	1000 Nomélio de Lima Jindivé Fernandes de Lima		
Estado Civil: solteiro	Data de Nascimento: 10/06/85	Idade: 34	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Renda Mensal R\$:			
Endereço: rua Antônio Pessas		Nº 44	
Brasil: Brasil	Cidade: Manaus	Profissão: Tec. em informática estudante	
Ponto de Referência:			
CNS - Cartão Nacional de SUS: 306.2090.9395.5563		CPF: 067-612-044-02	RG: 258.955-3
Telefone para contato:			
Pessoa Responsável: Monica de Ceuza Pinheiro - esposa		Grau de parentesco:	Telefone: 99 861.2209

SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

CASA	<input checked="" type="checkbox"/>	PRÓPRIA	<input type="checkbox"/>	ALUGADA	<input checked="" type="checkbox"/>	CEDIDA	<input type="checkbox"/>	TELÉFONE	<input type="checkbox"/>
ÁGUA	<input checked="" type="checkbox"/>	LUZ	<input checked="" type="checkbox"/>	TAIPA	<input type="checkbox"/>	ALVENARIA	<input checked="" type="checkbox"/>		
NUMERO DE PESSOAS QUE RESIDEM	00	CRIANÇA	<input type="checkbox"/>	ADOLESCENTE	<input type="checkbox"/>	ADULTO	00	IDOSO	<input type="checkbox"/>

PROCEDIMENTO DO SERVICO SOCIAL

CRACHÁ **REFEIÇÃO** **NORMAS E ROTINAS** **ORIENTAÇÃO**

MOTIVO DA INTERNAÇÃO: Fratura de dedos do pé

CLÍNICA	CC	LEITO	316-3
---------	----	-------	-------

Date: 15, 09, 19

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO
ESTÁ CONFORME A ORIGEM
SAME/MOSSORÓ
SAME / ARQUINO

Jucelice
Assistente Social

Assistente Social

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 4854 /2019

Prontuário: 209638

Paciente: 49312 - IDAMIRES FERNANDES DE LIMA

Cartão SUS

CBF: 06761204408

Dt Nasç: 10/06/1985

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Idade: 34 anos 3 meses 5 dias

84

06761204402

Idade: 34 anos 3 meses 5 dias Sexo: M

Nome da Mae: LINDALVA FERNANDES
Nome da avó: JOAQUINA MARIA

Nome do pai: JOAO MAMEDIO DE LIMA
Pra (Av. EDIF 1310, 551)

Rua/Av: EPITACIO PESSOA

Complemento:

N° 730

Bairro: BOM JARDIM

CEP: 59618730

Telefone: 84 98612209 84 98612209

Cidade: MOSSORÓ

Especialidade: CLINICA GIBI IRGICA

Responsável: IDAMIRES FERNANDES

Responsável: IDAMIRES FERNANDES DE LIMA - Usuário: ANTONIO CAVALCANTE NEGREIROS

Osvaldo. ANTONIO CAVALCANTE NEGREIROS

Admissão: 15/09/2019 19:27:41 | Alta: 10/09/2019 19:27:41 | Óbito: 10/09/2019 19:27:41 | Dia da morte: 10/09/2019

DIAGNÓSTICO INICIAL: T02.3 - FRATURAS ENVOLVENDO REGIÕES MÚLTIPHAS DE UM MEMBRO INFERIOR
308010019 -

HISTORIA CLINICA

HOSPITAL REGIONAL TARCISO MARIA
SAME MOSQUERA - 01000-0000
SANTOS - SP - 14000-0000
SANTOS - SP - 14000-0000
SANTOS - SP - 14000-0000
SANTOS - SP - 14000-0000



34 142205

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Islamires Fernandes de Lima Leito:

3162

DATA	EVOLUÇÃO
15/04/19	# Fatura exposta do 3º pedido do pr
	segundo
	an.

PRESCRIÇÃO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

2 - CNES

2503689

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

4 - CNES

2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

IDAMIRES FERNANDES DE LIMA (8 - 4854/2019)

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

209638

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

10/06/1985

9 - SEXO

Masc. Fem.

10 - RACIA/COR

PARDA

11 - NOME DA MÃE

LINDALVA FERNANDES DE LIMA

DDD

84

12 - TELEFONE DE CONTATO

N.º DO TELEFONE

98612209

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

IDAMIRES FERNANDES DE LIMA

14 - TELEFONE DE CONTATO

N.º DO TELEFONE

98612209

15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

EPITACIO PESSOA, 730 - BOM JARDIM

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

MOSSORÓ

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

240800

18 - UF

RN

19 - CEP

59618730

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente sofreu queda de moto e apresenta fratura exposta do 3º a 8º díodo do pé esquerdo

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento cirúrgico

0408050470

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

Exame clínico + raios-x

0413040778

0408050462

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURAS ENVOLVENDO REGIÕES MÚLTIPLAS DE UM MEMBRO INFERIOR

24 - CID 10

25 - CID 10

26 - CID 10

PRINCIPAL

SECUNDÁRIO

CAUSAS ASSOC.

392-7 VJ99

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0415030013

TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPI

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

CIR

2

() CNS (X) CPF

03805828489

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSIN. E CARMBO (N.º REGISTRO DO CONSELHO)

FABIANO DANTAS DE CARVALHO

15/09/2019

Fabiano Dantos de Carvalho
0415030013

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGUROCOR

40 - N.º DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR

47 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

52 - N.º REGISTRO DO CONSELHO / INTERNAÇÃO HOSPITALAR

LIGNEY LINO DE OLIVEIRA

48 - DOCUMENTO

49 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

980016001835565

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME
SAME MOSSORÓ
SAME / ARQUIVO

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSIN. E CARMBO (N.º REGISTRO DO CONSELHO)



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome JOAMIR FERNANDES DE LIMA Reg N° _____

Diagnóstico pré-operatório: ESTRANGULAMENTO DO PÉ E

Indicação terapêutica: ESTRANGULAMENTO DO 3º PÉ
= AMPUTAÇÃO DO 3º PÉ

Qui 19-09-2019

INTERVENÇÃO

Início: 10:40 Fim: 12:00 Duração: 1 hora

Operador JOÃO

1º Auxiliar: _____

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Instrumentador: PRISCILLA

Anestesista: EVANE

*HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME A ORIGEM
CARME MESSIAS
SAMU ARQUIVO*

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

() Limpa () Pot. Contaminada () Contaminada (X) Infectada

1- PRESENTE EM DDH SOB ANESTESIA

2- LIMPIDA DO PÉ C/ SF E CLOREX.

3- 3º PÉ COM SPOTS DE NECROSE BIST

SUA BAFÉ.

4- ASSEPSIA E ANSSEPSIA

5- SEPARAÇÃO DO 3º PÉ AO NÍVEL

METAT - FALANGE.

6- SINTETIC DA TENSAO

7- COBERTURA DA FERIDA.

Y

JOÃO FERMINO DA SILVA NETO
CREMERS Nº 2517



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Idamires Fernandes de Lima Reg Nº

Diagnóstico pré-operatório: Frat. exposto do 2º x 3º dito do dedo do frug.

Indicação terapêutica:

INTERVENÇÃO

Inicio: 20:30 Fim: 21:30 Duração:

Operador Dra Fabiano

1º Auxiliar: Dra Robson

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista:

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAIS
SAME MOSSORÓ
54667 / ARQUIVO

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

() Limpa () Pot. Contaminada () Contaminada () Infectada

Paciente em decúbito dorsal com anestesia (nervosa), anestesia tópica; colocação de campo estéril; realizado abridamento e lavagem exaustiva com 500,9%; observado grande cominuição da base da falange media e cabeça da falange proximal com apuradas a pele plantar do dedo; realizado regularização da falange distal (regularizações de amputações) e sutura de pele, realizado redução do 3º dito e fixado com fio de K 1,5 e sutura de pele; curativo estéril; observado perfuração distal em ambos dedos. PSRA

Fabiano Dantas de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia

CRMN: 6672

15/09/29



EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: JOAMPIRES FERNANDES DE LIMA Leito: 26-2

DATA	SR TABANHO	EVOLUÇÃO
qui- 19-09-2019	• Gangrena do 3º PE	
09-2019		Paciente evoluiu com perda total
DF- 15-09-2019	da perna e do 3º PE.	
DFH 5º	REALIZAMOS AMPUTAÇÃO do 3º PE.	
	SOLIC - RADIC -	COMISSÃO Nº 2517

PRESCRIÇÃO

DATA: 20/09/2019

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Nome: IDAMIRIS FERNANDES DE LIMA **34 ANOS**
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC **Leito: 216-2**

DATA DA ADMISSÃO: 15/09/2019 **MOSSORÓ-RN** **CÓDIGO: 49312**

DATA	EVOLUÇÃO	
Nº fraturas:	3º DIH: FX EXPOSTA DO 2º E 3º PODODACTILO DO PE ESQUERDO (HIPOTIREOIDISMO + DISLIPIDEMIA + TRANSTORNO DE ANSIEDADE)	
	QP: RELATA DOR NO MEMBRO ACOMETIDO + NECROSE EM 3º PODODACTILO DO PE ESQUERDO	
	EF: BEG, COTE, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO. AFEBRIL ACV: RCR, 2T, SEM SOPRO. BNF AR: MV + EM AHT. SEM RUIDOS ADVENTICIOS. ABD PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPACAO. RHA, +	
	SITUAÇÃO: LABORATÓRIO (18/09/19): HB: 13.60 LEUCO: 6000 PLAQ: 210000 UREIA: 15 CR: 1,00 TGO: 20 TGP: 15 AGUARDA ANTIBIOTICOTERAPIA	
	CD: ALTA HOSPITALAR VPM	
	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA VO LIVRE	
2	SF 0,9% 2000ML EV PARA 24 HORAS	
3	D2 OXACILINA 1G DILUIDO EV 6/6 HORAS	
4	DIPIRONA 2ML -01 AMP + ABD EV 6/6H.	
5	TRAMADOL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8 HORAS FIXO	
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	
7	CURATIVO DIARIO + CUIDADOS COM AS FERIDAS	
8	PLASIL - 01 AMPOLA NO SORO SE NAUSEA/VOMITO	
9	MEDICAÇÕES DE USO DOMICILIAR (COM A FAMÍLIA) PURAN T4 - 88MG - 1 COMP VO 1XDIA PELA MANHÃ FLUOXETINA 10MG - 1COMP VO 1XDIA PELA MANHÃ CIPROFIBRATO 100MG - 1COMP VO 1XDIA VIT D 50.000 UI 1X POR SEMANA SSVV + CCGG	
10		

Dr. Leandro M. V. Vieira
CRM: 100383
Conselho Regional de Medicina do RN



SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **IDAMIRES FERNANDES DE LIMA** (Fia: 4854/2019), CPF:06761204402.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 15 de Setembro de 2019.

Vanessa da Cunha Pinheiro
Paciente ou responsável
Assinatura

CCIH - HRTM
DATA 24/09/19
Ronaldo
Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA OCUPANDO O ORIGINAL
NA SE MOSSORÓ
SAME / ARQUIVO



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

PACIENTES

Domínios Férreos de Niño

CREATE

REGISTRO

1670



DEBITO DE URGÊNCIA

Nome do paciente: Idaníris Fernandes de Lima - Nº do Pront.:
Cirurgia: Ax-pectenato 2º pododuto pe esp. Data: 26-09-19
Cirurgião: Dr. Ximão Auxiliar: Dr. Instrumentadora: Cláudia
Anestesista: Dr. Lacerda Anestesia: Local
Início de Cirurgia: 13:40 Término: 14:20

MATERIAL USADO	QUANTIDADE
* COMPRESSAS	5 lençóis
* GASES	80 lençóis
* ESPARADRAPO	
* COMPRESSAS	
* LÂMINA DE BISTURI N° 24	2 lençóis
* LUVAS	2
* EQUIPO PARA SORO	
* S CALPS N°	
* JELCOS	
* CATETER PARA SUBCLAVIA	
* SERINGAS DE 01 ML	
* SERINGAS DE 03 ML	
* SERINGAS DE 05 ML	
* SERINGAS DE 10 ML	1 lençol
* SERINGAS DE 20 ML	1 lençol
* AGULHAS DESCARTAVEIS	40 x 12 1 lençol
* SONDA ENDOTRAQUEAL N°	1 lençol
* TRAQUEOSTOMO	
* SONDA URETRAL N°	
* SONDA FOLEY N°	
* SONDA NASOGÁSTRICA N°	
* CATETER PARA 02	1
* SONDA PARA ASPIRAÇÃO N°	
* COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	
* BOLSA DE COLESTOMIA	
* DRENO DE PENROSE N°	
* DRENO DE TORAX N°	
* ATADURA GESSADA	
* FAIXA DE CREPOM	100x1 lençol
* ALGODÃO ORTOPÉDICO	
* CATEGUT CROMADO	
* CATEGUT SIMPLES	
* FIO DE ALGODÃO	
* MONONYLON	20 g/
* OUTROS FIOS	1 lençol
* USO DO BISTURI ELÉTRICO	
* USO DE OXIGÉNIO	
* SOLUÇÃO DE PVPI ALCOÓLICA	
* SOLUÇÃO DE PVPI DEGERMANTE	
* SOLUÇÃO DE PVPI TÓPICO	
* SOLUÇÃO DE ETER	
* SOLUÇÃO DE ÁGUA OXIGENADA	
* SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%	
* SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER SIMPLES	
* MANTOL	escova
* XILOCAINA 2%	5%
* ABD	áliva proctect
	5 pôres
	5 pôres de coleta

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO
ESTA CONFORME O ORIGEM
SAMM/ARQ/NO

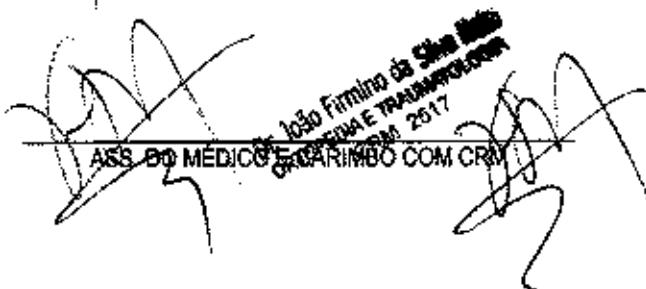


GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado Fernandes
FERNANDES DE LIMA
foi examinado nesta Unidade às _____ horas, necessitando
de 15 (quinze) dias de afastamento do trabalho, a partir
desta data.

Mossoró, 15-09-2019
LOCALIDADE E DATA


Ass. DO MÉDICO E CARIMBO COM CRM
João Firmo de Souza
Mossoró, 15-09-2019

NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Retirado:

REGULAMIZAÇÃO DE COTO DE
AMPUTAÇÃO DO 2º PÉ com
AMPUTAÇÃO EM FZ.

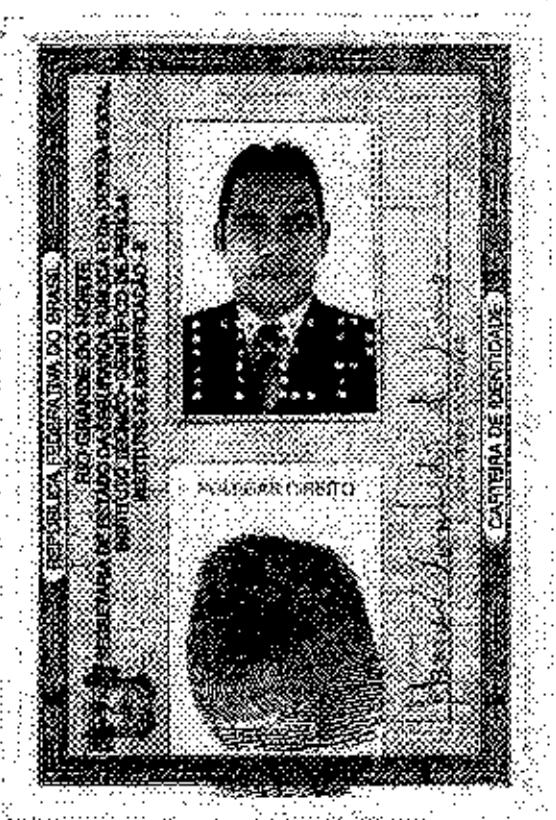
COBERTURA DA FERIDA

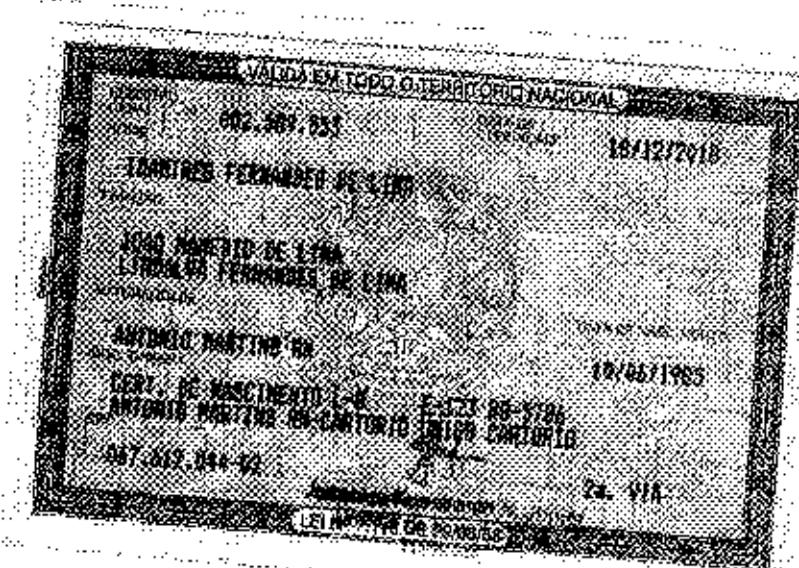
RECORTA

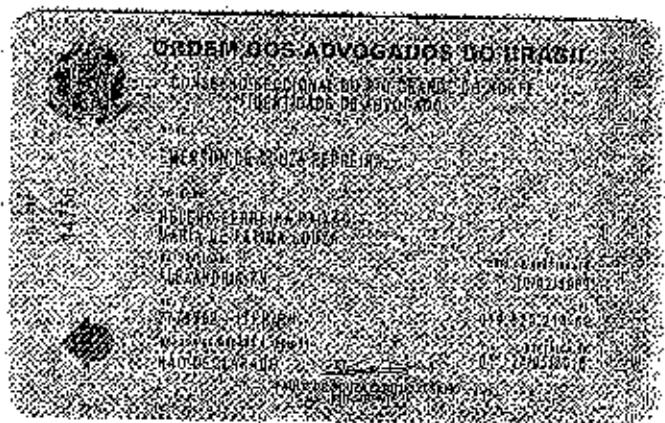
ALTA DO P.S.

HOSPITAL REGIONAL TARCISO HAU
ESTA CONFORME DIRETIVA
SAME MOSSORÓ
SAME / ARJUVA

JOÃO FRANCISCO DA SILVA NETO
CENEX N° 2517







PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190715234 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IDAMIRES FERNANDES DE LIMA **Data do acidente:** 15/09/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta com esmagamento do 2º e 3º pododáctilos esquerdos.

Descrição do exame físico: Exame clínico com pé esquerdo com ausência total do 3º dedo do pé esquerdo, e perda parcial do 2º dedo do pé esquerdo, com neuroma doloroso.

Resultados terapêuticos: Tratamento com limpeza mecânica e desbridamentos, com redução das fraturas com fios de Kirschner, evoluindo com gangrena no 3º dedo do pé esquerdo com amputação do 3º pododáctilo esquerdo ao nível metatarsofalangeano. Posteriormente evoluindo com complicações, realizando amputação da falange medial do 2º dedo do pé esquerdo. Evoluiu com neuroma de coto com tinel.

Sequelas permanentes: Amputação do 2º pododáctilo esquerdo, Amputação do 3º pododáctilo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 87,5 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190715234 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IDAMIRES FERNANDES DE LIMA **Data do acidente:** 15/09/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 2º DEDO E ESMAGAMENTO DO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (AMPUTAÇÃO E REGULARIZAÇÃO DO COTO DO 3º DEDO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PG 5 E 6- CIRURGIA

PG 14 - AMPUTAÇÃO DE AMBOS?

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190715234 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IDAMIRES FERNANDES DE LIMA **Data do acidente:** 15/09/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 2º DEDO E ESMAGAMENTO DO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (AMPUTAÇÃO E REGULARIZAÇÃO DO COTO DO 3º DEDO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PG 5 E 6- CIRURGIA

PG 14 - AMPUTAÇÃO DE AMBOS?

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, o(a) outorgante abaixo qualificado(a), atribui aos outorgados, também qualificados, os poderes adiante transcritos:

OUTORGANTE: **IDAMIRES FERNANDES DE LIMA**, brasileiro, solteiro, agente de endemias, nascido em 10/06/1985, portador do RG nº. 002.589.553-ITEP/RN e inscrito no CPF nº 067.612.044-02, residente e domiciliada na Rua Epitácio Pessoa, nº 44 AP-204, Bom Jardim, Mossoró/RN, CEP: 59.618-730.

OUTORGADOS: **ADEILSON FERREIRA DE ANDRADE**, brasileiro, solteiro, Advogado, OAB/RN 4.741, CPF nº. 915.439.164-49, **ADENILTON FERREIRA DE ANDRADE**, brasileiro, casado, Advogado, OAB/RN 16.054, CPF nº. 012.422.624-82, **ALENILTON FERREIRA DE ANDRADE**, brasileiro, casado, advogado, OAB/RN 14.765, CPF nº. 050.932.654-46, CPF nº. 014.034.764-03, **EMERSON DE SOUZA FERREIRA**, brasileiro, casado, advogado, OAB/RN 14.756, CPF nº. 079.825.214-60, **FERNANDA CLEONICE CAMINHA PINHEIRO DE ANDRADE**, brasileira, casada, Advogada, OAB/RN 11.695, CPF nº 601.100.953-08, **FRANCISCO ADENILSON FERREIRA**, brasileiro, solteiro, Advogado, OAB/RN 13.086, CPF nº. 011.056.894-09, **IATA ANDERSON FERNANDES**, brasileiro, casado, Advogado, OAB/RN 6.931, CPF nº 026.393.124-21, **KÁCIO BRUNO BEZERRA DANTAS**, brasileiro, solteiro, Advogado, OAB/RN 16.705, CPF nº 098.597.964-08, **MANOEL PAIXÃO NETO**, brasileiro, solteiro, Advogado, OAB/RN 12.200, CPF nº. 071.990.764-01, **RENATA CAROLINE DE SOUSA ALMEIDA**, brasileira, casada, Advogada, OAB/RN 12.337, CPF nº 067.616.684-75 e **TURBAY RODRIGUES DA SILVEIRA JUNIOR**, brasileiro, casado, Advogado, OAB/RN 14.301, CPF nº 009.345.564-07; todos integrantes da sociedade **ADEILSON ANDRADE & ADVOGADOS ASSOCIADOS**, inscrita no CNPJ nº 26.559.216/0001-85, com endereço profissional em **MOSSORÓ/RN** na Av. Francisco Mota, nº 1665, Alto de São Manoel - Cep: 59.625-300, **PAU DOS FERROS/RN** na Rua Vereador Gaudêncio Jerônimo de Sousa, nº 1736 - Bairro Zeca Pedro - Cep: 59.900-000, **ASSÚ/RN** na Rua Dezesseis de Outubro, nº. 658, Bairro Centro, Cep: 59.650-000 e **NATAL/RN** na Rua Raimundo Chaves, nº. 2182, Empresarial Candelária, Sala 501, Bairro Candelária, Cep: 59.064-390.

PODERES: Os constantes da cláusula "AD JUDICIA ET EXTRA", para o foro em geral, podendo propor toda e qualquer ação competente em que o(a) outorgante seja autor(a) ou defendendo-o quando for réu, interessado ou terceiro requerido(a), eficaz inclusive para todas as fases do processo, podendo assim contestar, recorrer, apresentar contrarrazões, embargar, executar, etc., representando o(a) outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartições públicas estaduais, federais, municipais, autarquias ou paraestatais, bem como praticar todos os atos de representação, especialmente para acompanhar e transacionar, conferindo ainda poderes especiais para renunciar, confessar, desistir, transigir, firmar compromisso, receber intimação, correspondências, receber toda e qualquer quantia e dar quitação, fazer acordo, pedir justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, inclusive representar perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao **Seguro Obrigatório – DPVAT**, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima **IDAMIRES FERNANDES DE LIMA**, praticando todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato, tudo em conformidade com o art. 105 e parágrafos, do NCPC.

Mossoró/RN, 07 de outubro de 2019.

OUTORGANTE



Canal de Conciliação: Entre em contato conosco acordo@adellsonandrade.adv.br ou Whatsapp (84) 9 8754.1830

Escritório Mossoró
Av. Francisco Mota, 1665
Alto de São Manoel
(84) 3317.0639
WhatsApp: (84) 9 8754.1830

Escritório Pau dos Ferros
Av. Vereador Gaudêncio J. do Souza, 1736
Zeca Pedro
(84) 2141.0791
WhatsApp: (84) 9 9603.6484

Escritório Assú
Rua Dezesseis de Outubro, 65
Centro
(84) 2143.0510
WhatsApp: (84) 9 9609.0598

Escritório Natal
Rua Raimundo Chaves, 2182
Empresarial Candelária, sala 501, Candelária
(84) 3225.1009
WhatsApp: (84) 99794.1830

08481392/0001-60
MOSSORÓ CARTÓRIO PRIMEIRO
OFÍCIO DE NOTAS

RUA CEL. VICENTE SABÓIA, 167
CENTRO

CEP: 59.600-120

MOSSORÓ - RN

Cartório Vieira
R. Vicente Sabóia, 167 - Centro, Mossoró - RN, 59600-120 FONE: (84) 3217-41
Título: Edimil Vieira de Almeida

Reconhecimento de Firma 2019-013746

Reconhecer por autenticidade a firma do
IDENTIF: FERNANDES DE LIMA, MARCOS
RESTITUIÇÃO: 19/07/2019 10:00:00
Local: Mossoró - RN, 08/07/2019 10:00:00
ENTREGUE: 08/07/2019 10:00:00 - TABELA SUBSTITUTIVA
SELO DIGITAL: RN2019009400400082700



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0464554/19

Vítima: IDAMIRES FERNANDES DE LIMA

CPF: 067.612.044-02

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/09/2019

Titular do CPF: IDAMIRES FERNANDES DE LIMA

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

EMERSON DE SOUZA FERREIRA : 079.825.214-60

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

IDAMIRES FERNANDES DE LIMA : 067.612.044-02

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/12/2019
Nome: EMERSON DE SOUZA FERREIRA
CPF: 079.825.214-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/12/2019
Nome: ALCIMARIA DA SILVA LIMA
CPF: 055.466.984-62

EMERSON DE SOUZA FERREIRA

ALCIMARIA DA SILVA LIMA

**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.

Número do Sinistro: **3190715234**

Nome do(a) Examinado(a): **IDAMIRES FERNANDES DE LIMA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Epitácio Pessoa, 44 - Mossoró - RN - CEP 59618-730

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /RN**] **2589553**

Data e local do acidente: [**15/09/2019**]

rua alberto maranhão com Nísia Floresta , mossoró,RN

Data e local do exame: [**08/01/2020**] **Mossoró [RN]**

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura exposta com esmagamento do 2º e 3º pododáctilos esquerdos.

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

Exame clínico com pé esquerdo com ausência total do 3º dedo do pé esquerdo, e perda parcial do 2º dedo do pé esquerdo, com neuroma doloroso.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Tratamento com limpeza mecânica e desbridamentos, com redução das fraturas com fios de Kirschner, evoluindo com gangrena no 3º dedo do pé esquerdo com amputação do 3º pododáctilo esquerdo ao nível metatarsofalangeano. Posteriormente evoluindo com complicações, realizando amputação da falange medial do 2º dedo do pé esquerdo. Evoluiu com neuroma de coto com tinel.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Amputação do 2º pododáctilo esquerdo, Amputação do 3º pododáctilo esquerdo

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"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

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

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

3º pododáctilo esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

2º pododáctilo esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

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



Dr. Luis F. C. Nascimento
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-RN 4863

Luis Fernando Centi Nascimento - CRM: 4863 - RN

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 Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190715234

Vítima: IDAMIRES FERNANDES DE LIMA

Data do Acidente: 15/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMERSON DE SOUZA FERREIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IDAMIRES FERNANDES DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

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, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190715234

Vítima: IDAMIRES FERNANDES DE LIMA

Data do Acidente: 15/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMERSON DE SOUZA FERREIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), IDAMIRES FERNANDES DE LIMA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

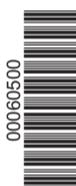
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

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, 23 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190715234**

Vítima: IDAMIRES FERNANDES DE LIMA

Data do Acidente: 15/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMERSON DE SOUZA FERREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IDAMIRES FERNANDES DE LIMA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau intenso 87,5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (87,5% de 10%) 8,75%

Valor a indenizar: 8,75% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: IDAMIRES FERNANDES DE LIMA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003064

Conta: 0000015764-2

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASE:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: JAMAIRES FERNANDES DE LIMA		

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: JAMAIRES FERNANDES DE LIMA	6 - CPF: 067.612.044-02		
7 - Profissão: AGENTE DE ENDEMIAS	8 - Endereço: RUA EPITACIO PEREIRA	9 - Número: 44	10 - Complemento: APTO - 204
11 - Bairro: BOM JARDIM	12 - Cidade: MISSOPOE	13 - Estado: RN	14 - CEP: 59.618 - 730
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): (84) 99709-9368		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Semente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 3064	CONTA: 00015764	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir)
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome de BANCO: _____		

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.

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

<input checked="" type="checkbox"/> 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:
<ul style="list-style-type: none"> • 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - 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	24 - Data da óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - 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.

34
Indicação
digital da
vítima ou
beneficiário
não eletrônico

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Macapá (RN), 17 de Dezembro de 2019**

Idamires Fernandes de Lima

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PÓLICIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 053283/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/10/2019 15:52 Data/Hora Fim: 21/10/2019 16:12

Origem: Data: 21/10/2019

Delegado de Polícia: Valteir Camilo de Paiva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 15/09/2019 17:40

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)

Bairro: Alto da Conceição

Logradouro: Alberto maranhão com Nísia Floresta

Ponto de Referência: Lidor Pneus

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: IDAMIRES FERNANDES DE LIMA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade:RN - Antônio Martins Sexo: Masculino Nasc: 10/06/1985

Profissão: Agente de Saúde

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Lindalva Fernandes de Lima

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 067.612.044-02

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: R Epitácio Pessoa

Nº: 44

Bairro: Bom Jardim

CEP: 59.618-730

Nome Civil: MOTOCICLISTA DESCONHECIDO, NÃO INFORMOU A PLACA, TIPO HONDA BIZ (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino

Endereço

Município: Mossoró - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário: 067.612.044-02

Placa: MXN8786

Renavam: 00887356362

Número do Motor: JA04E16837262

Número do Chassi: 9C2JA04106R837262

Ano/Modelo Fabricação: 2006/2006

Cor: PRETA

UF Veículo: Rio Grande do Norte

Município Veículo: Mossoró

Marca/Modelo: HONDA/BIZ 125 KS

Delegado de Polícia Civil: Valteir Camilo de Paiva
Impresso por: Helder Ernêson Nogueira Jerônimo
Data de Impressão: 21/10/2019 16:12



Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PÓLICIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 053283/2019

Modelo HONDA/BIZ 125 KS

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Meio Empregado

Última Atualização Denatran 08/07/2015

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

Envolvimentos

Idamires Fernandes de Lima

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Declarou que conduzia a sua moto quando a autora do fato foi desviar de um carro seguindo na via, vindo a avançar e preferencial e colidir a sua motocicleta contra a lateral da moto do comunicante; Que sofreu queda da moto na via; Que a autora do fato se evadiu do local; Que foi encaminhado pelo SAMU ao HRTM; Que o BO é para fins de DPVAT; Que não desejou representação criminal contra a autora do fato; Nada mais disse.

ASSINATURAS

Helder Emerson Nogueira Jerônimo

Agente de Polícia

Matrícula 1699205

Responsável pelo Atendimento

Idamires Fernandes de Lima

(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de dizer que sou eu(a) ônico(a) responsável pelas informações acima assinadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 333-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou da Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

 INVALIDEZ PERMANENTE

 MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

067.612.044-02

4 - Nome completo da vítima:

JOSÉ DAMÉRES FERNANDES DE LIMA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

JOSÉ DAMÉRES FERNANDES DE LIMA

7 - Profissão:

AGENTE DE ENDEMIAS

8 - Endereço:

RUA RP17 AGFO. PESSOA

6 - CPF:

067.612.044-02

11 - Bairro:

RUM JARDIM

12 - Cidade:

VASSOURA

9 - Número:

44

10 - Complemento:

APTO - 204

15 - E-mail:

14 - CEP:

59.618 - 930

16 - Tel.(DDD):

(84) 99709 - 9368

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 REUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

 REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3064

CONTA: 00015764

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

22 - 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 da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro

 Casado (no civil)

 Divorciado

 Separado judicialmente

 Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim

 Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

 Sim

 Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

 Sim

 Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim

 Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - 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 ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

 Informação
digitalizada
não significa
que o
beneficiário
não é beneficiário

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 13 | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 28 | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 17 de Dezembro de 2019

JOSÉ DAMÉRES FERNANDES DE LIMA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPP.001 V002/2019



DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO N° 579

Mossoró 16 de Outubro de 2019

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que a usuária **IDAMIRES FERNANDES DE LIMA, 34 anos.**

Natureza da Ocorrência: Acidente Automobilístico: Colisão Moto x Moto

Data da Ocorrência: 15/09/2019

Local da ocorrência: Avenida: Alberto Maranhão com Nísia Floresta/Centro/Prox. A Holanda Pneus

Viatura: BRAVO – Unidade de Suporte Bravo de Vida - 03

Hora do Chamado: 18h 00 min.

Procedimento no Local: Na cena, vítima foi submetida à imobilização (prancha, colar, coxim e tirantes) e encaminhada para a Unidade de Saúde (HRTM), conforme regulação médica do **SAMU 192 Mossoró**.

Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: **Vanessa da Cunha Pinheiro, 34 anos, portador de RG: 2.002.010.162.795**

Estamos à disposição para mais informações.

SILVANIA DO MONTE SANTIAGO
DIRETORA ADMINISTRAIVA SAMU
MAT. 58682-1

Silvania do Monte Santiago
Matrícula 58682-1
Diretora Administrativa do SAMU/Mossoró

Dr. Dixon F. Medeiros Lima
Diretor Geral SAMU
Mat. 405418-2
CRM/RN 5907

Dixon Fradík Medeiros Lima
Matrícula 405418-3
Diretor Geral do SAMU/ Mossoró