

# 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 tinél.

**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**

DADOS DO CLIENTE  
JOSUE FERNANDES DE LIMA

EXERCÍCIO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
PLA EPIXACIO PESSOA 44 AN 204

CP 007 854-02

ECM JORDING AREA AREA  
VDSORD RM  
50516-730

CLASSIFICADO  
EN NIVEL DE  
RESERVA.

7014048645 08/2019  
23/08/2019 16/10/2019  
44758

180166991	CRGA	18002018
180166992	CRGA	18002019
180166993	CRGA	18002020
180166994	CRGA	18002021
180166995	CRGA	18002022
180166996	CRGA	18002023
180166997	CRGA	18002024
180166998	CRGA	18002025
180166999	CRGA	18002026
180167000	CRGA	18002027
180167001	CRGA	18002028
180167002	CRGA	18002029
180167003	CRGA	18002030
180167004	CRGA	18002031
180167005	CRGA	18002032
180167006	CRGA	18002033
180167007	CRGA	18002034
180167008	CRGA	18002035
180167009	CRGA	18002036
180167010	CRGA	18002037
180167011	CRGA	18002038
180167012	CRGA	18002039
180167013	CRGA	18002040
180167014	CRGA	18002041
180167015	CRGA	18002042
180167016	CRGA	18002043
180167017	CRGA	18002044
180167018	CRGA	18002045
180167019	CRGA	18002046
180167020	CRGA	18002047
180167021	CRGA	18002048
180167022	CRGA	18002049
180167023	CRGA	18002050
180167024	CRGA	18002051
180167025	CRGA	18002052
180167026	CRGA	18002053
180167027	CRGA	18002054
180167028	CRGA	18002055
180167029	CRGA	18002056
180167030	CRGA	18002057
180167031	CRGA	18002058
180167032	CRGA	18002059
180167033	CRGA	18002060
180167034	CRGA	18002061
180167035	CRGA	18002062
180167036	CRGA	18002063
180167037	CRGA	18002064
180167038	CRGA	18002065
180167039	CRGA	18002066
180167040	CRGA	18002067
180167041	CRGA	18002068
180167042	CRGA	18002069
180167043	CRGA	18002070
180167044	CRGA	18002071
180167045	CRGA	18002072
180167046	CRGA	18002073
180167047	CRGA	18002074
180167048	CRGA	18002075
180167049	CRGA	18002076
180167050	CRGA	18002077
180167051	CRGA	18002078
180167052	CRGA	18002079
180167053	CRGA	18002080
180167054	CRGA	18002081
180167055	CRGA	18002082
180167056	CRGA	18002083
180167057	CRGA	18002084
180167058	CRGA	18002085
180167059	CRGA	18002086
180167060	CRGA	18002087
180167061	CRGA	18002088
180167062	CRGA	18002089
180167063	CRGA	18002090
180167064	CRGA	18002091
180167065	CRGA	18002092
180167066	CRGA	18002093
180167067	CRGA	18002094
180167068	CRGA	18002095
180167069	CRGA	18002096
180167070	CRGA	18002097
180167071	CRGA	18002098
180167072	CRGA	18002099
180167073	CRGA	18002100
180167074	CRGA	18002101
180167075	CRGA	18002102
180167076	CRGA	18002103
180167077	CRGA	18002104
180167078	CRGA	18002105
180167079	CRGA	18002106
180167080	CRGA	18002107
180167081	CRGA	18002108
180167082	CRGA	18002109
180167083	CRGA	18002110

### STRENGTH OF EVIDENCE

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	TOTAL
Carissima Boina (BOM)	188,000000	14,950000	2810,600000
Artigos de Papelaria VERMELHA			12,000000
Cartão para Passagem Municipal			2,800000
Meio de transporte (150 x 150) - 10/04/10			0,800000
Artes para artesanato - 07/11/2009 - 15/06/10			0,000000
Nota Fiscal de Venda - NF 028719580 - 15/06/10			0,000000

707-1-05 (A)URR

PROD MEMBER	PRODID FUNCTION	ANTERIOR DATE	ANTERIOR LITURA	ACTUAL DATE	ACTUAL LITURA	PRICE DAYS	COMMANTE	AGENTS	CONSUMO (MM)
5455760	142	15-03-2019	21 04/10	15-03-2019	11 27 04/05	31	15/03/19		100.0

Bar Chart Data (Estimated):

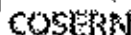
Category	Percentage
100%	100%
90%	100%
80%	100%
70%	100%
60%	100%
50%	100%
40%	100%
30%	100%
20%	100%
10%	100%
0%	100%

Table Data:

CATEGORY	NUMBER OF RESPONDENTS	PERCENTAGE
100%	100	100%
90%	100	100%
80%	100	100%
70%	100	100%
60%	100	100%
50%	100	100%
40%	100	100%
30%	100	100%
20%	100	100%
10%	100	100%
0%	100	100%

7302 0049 R955 65 R5 7030 814 6950 3F80

[illegible][illegible]



॥ श्रीगणेशाय नमः ॥  
 श्रीगणेशाय नमः ॥  
 श्रीगणेशाय नमः ॥

EMPRESA DA USINA DE CONSUMIDORA  
RUA DESSEMBARGADOR SILVIO DE AZEVEDO  
071-ES-00

477. 619.925.24:90

PRÉSIDENTE CLOSA E SILVA/ALCANTARA  
MSSORO 024  
5024-301

# CLASSIFICATION OF RESOURCES REQUIREMENT

079876577	079876577	079876577
079876577	079876577	079876577

7008195751 09/20/19  
12/09/2019 07/10/2019  
227.7

၂၀၁၈ ခုနှစ် ဇူလိုင်လ ၁ ရက်နေ့  
 အောက်တိုဘာလ ၁ ရက်နေ့ (၁၀/၁၀/၂၀၁၈) မှ  
 အောက်တိုဘာလ ၁ ရက်နေ့ အထိ နေ့စဉ်  
 အောက်တိုဘာလ ၁ ရက်နေ့ အထိ

Pago em  
06/09/39

4. Amount	Percentage	Value(s)
173,000,000	1.64%	18.50
		14.20
		15.80

7. 2014 2015 2016

**ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា**

IPEDS FEDORQ	TITLE MILWAU	ANTICIPATED DATE	ACTUAL DATE	STATUS COMPLETION	REMARKS	APPROVED BY	DATE
06-01-2018		06-01-2018	06-01-2018	06-01-2018			

[illegible]

*(The following information was obtained from a review of the file maintained by the FBI in connection with the investigation of the activities of the American Friends Service Committee, Inc., and its branches, chapters, divisions, and committees.)*

TABLE 1. 1990-1991					TABLE 2. 1992-1993		
Region	Number of fishers	Number of boats	Number of boats per fisher	Number of boats per fisher	Number of fishers	Number of boats	
EC	1,000	1,000	1.00	1.00	1,000	1,000	
EC	1,000	1,000	1.00	1.00	1,000	1,000	
EC	1,000	1,000	1.00	1.00	1,000	1,000	

DATA DE EMISSÃO: 12/08/2019 TOTAL A PAGAR (R\$): 227,71



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 05 | 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 SUSEP 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Ferreira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 079.825.214 / 60 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (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 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:	Número:	Complemento:
<u>RUA DESEMBARGADOR SILVINO BEZERRA</u>	<u>971</u>	<u>CASA 09</u>
Bairro:	Cidade:	Estado:
<u>PRESIDENTE COSTA E SILVA</u>	<u>MOSSORÓ</u>	<u>RN</u>
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	<u>59628-350</u>	<u>84-99944-3364</u>

Local e Data: MOSSORÓ/RN 17/12/2019

Emerson de Souza Ferreira

Assinatura do Declarante



CRO

FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

15.08.19	
DATA DE ENTRADA	HORA

Nome do Usuário: Idamir Fernandes de Lima		Naturalidade: Colômbio do Póvo PB	
Filiação:	1000 Homêdio de Lima Lindalva Fernandes de Lima		
Estado Civil: solteiro	Data de Nascimento: 10/06/85	Idade: 34 A	Sexo: F <input checked="" type="checkbox"/>
Endereço: Rua Epitácio Pessoa		Nº 44	
Bairro: Bom Jardim	Cidade: Mossoró	Profissão: Tec. em Imagem ortopedica	
Ponto de Referência:			
CNS - Cartão Nacional do SUS: 706.2090.9595.5563	CPE: 067-612044-02	RG: 258.9553	
Telefone para contato:			
Pessoa Responsável: Vanessa da Cunha Pinheiro - esposa		Telefone: 99861.2209	

SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

CASA <input checked="" type="checkbox"/>	PRÓPRIA <input type="checkbox"/>	ALUGADA <input checked="" type="checkbox"/>	CEDIDA <input type="checkbox"/>	TELEFONE <input type="checkbox"/>
ÁGUA <input checked="" type="checkbox"/>	LUZ <input checked="" type="checkbox"/>	TAIPA <input type="checkbox"/>	ALVENARIA <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NÚMERO DE PESSOAS QUE RESIDEM: 02	CRIANÇA <input type="checkbox"/>	ADOLESCENTE <input type="checkbox"/>	ADULTO <input checked="" type="checkbox"/>	IDOSO <input type="checkbox"/>

PROCEDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

CRACHÁ <input type="checkbox"/>	REFEIÇÃO <input checked="" type="checkbox"/>	NORMAS E ROTINAS <input checked="" type="checkbox"/>	ORIENTAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/>
MOTIVO DA INTERNAÇÃO: fratura idades do pé			
CLÍNICA: CC	LEITO: 216 - 2		
Observações:			

Data: 15.08.19

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTA CONFORME O ORIGINAL  
SAME/ARQUIVO

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:

CPF: 06761204402

Dt Nasc: 10/06/1985

Idade: 34 anos 3 meses 5 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: LINDALVA FERNANDES DE LIMA

Nome do pai: JOAO MAMEDIO DE LIMA

Rua/Av: EPITACIO PESSOA

Complemento:

Nº:730

Bairro: BOM JARDIM

CEP: 59618730

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84 98612209 84 98612209

Especialidade: CLINICA CIRURGICA

Unidade: OBS MASCULINA

Leito: 1. 29E

Responsável: IDAMIRES FERNANDES DE LIMA -

Usuário: ANTONIO CAVALCANTE NEGREIROS

Admissão: 15/09/2019 19:27:41

Alta:

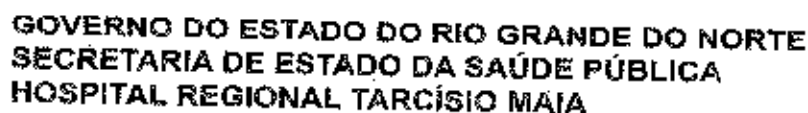
Óbito:

Dias de permanência:

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

HISTORIA CLINICA

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
HOSPITAL CONFESINE O ORIGINAL  
SOME MOSSORO  
SOME ARQUIVO



## EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Idamirus Fernandes de Lima Leito: \_\_\_\_\_

2162

DATA	EVOLUÇÃO
15/04/19	# Fratura exposta do 3º dente do pr isgendo
	bn.
	Procedimento em intercondições
	Atenção na conduta.

## PRESCRIÇÃO

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORARIO	ASSINATURA
	1) Dieta oral Livre			
	2) SFO 9% - 2000ml - EV		L/L = L 1-2-3-4	
	3) Oxacilina 50mg - 2amp. - EV q6h	S/N	20 <sup>h</sup>	
	4) Dipirona - 1 amp. + ABD - EV - q6h	S/N	20 <sup>h</sup> - 10 <sup>h</sup>	
	5) Triaminal - 1 amp. + 100ml SFO 9%		/	
	EV - R8h - SN	S/N	6Ch	
	6) Plasil - 1 amp. no Sono - EV			
	R8h - SN	S/N		
	7) Curativo diário			
	8) SSUV + CLO			
	9) Humax 748mg ca. e dia.			
	10) Furosemida 10 mg de manhã			
	11) Aprotinase 100mg de manhã			
	12) Vit. D 50000 U 1x Semanal			
Absorção V / acompanhamento intravenoso com uma solução 30mg				



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 - Nº DO PRONTUÁRIO  
209638

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO  
10/06/1985

9 - SEXO  
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR  
PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE  
LINDALVA FERNANDES DE LIMA

DDD  
84

12 - TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE  
98612209

13 - NOME DO RESPONSÁVEL  
IDAMIRES FERNANDES DE LIMA

DDD  
84

14 - TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE  
98612209

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)  
EPITACIO PESSOA, 730 - BOM JARDIM

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
MOSSORO

17 - CDD, IBGE MUNICÍPIO  
240800

18 - UF  
RN

19 - CEP  
59618730

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente sofreu queda de moto e apresentou  
fratura exposta do 3º e 4º dedos do pé esquerdo

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento cirúrgico

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

Exame físico + raio-X

0408050470  
0413040778  
0408050462

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURAS ENVOLVENDO REGIÕES MÚLTIPLAS DE UM MEMBRO INFERIOR

24 - CID 10  
PRINCIPAL

25 - CID 10  
SECUNDÁRIO

26 - CID 10  
CAUSAS ASSOC.

S32.7 V20.9

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPI

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

8415030013

29 - CLÍNICA

CIR

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

2

31 - DOCUMENTO

( ) CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

03805828489

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

FABIANO DANTAS DE CARVALHO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/09/2019

35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

Fabiano Dantas de Carvalho  
Otorrinolaringologista  
CRM-15478  
RUBRICADO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR

LIGINEY LINO DE OLIVEIRA

47 - CDD, ORGÃO EMISSOR

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - DOCUMENTO

(X) CNS ( ) CPF

980016001835565

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIENTADO  
SAME MOSSORO  
SAME / ARQUIVO



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome ISAMIRES FERNANDES DE LIMA Reg Nº \_\_\_\_\_

Diagnóstico pré-operatório: ESMAGAMENTO DO PE E

Indicação terapêutica: = GANGRENA DO 3º PE

= AMPUTAÇÃO DO 3º PE

Qui 19.09.2019

INTERVENÇÃO

Início: \_\_\_\_\_ Fim: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_

Operador JOÃO

1ª Auxiliar: \_\_\_\_\_

2ª Auxiliar: \_\_\_\_\_

3ª Auxiliar: \_\_\_\_\_

Instrumentador: ASTERCHIDE / PRISCILLA

Anestesista: EVANE

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
DAME MOSSORÓ  
SAME / 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- PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

2- LIMPEZA DO PE E C/ SF E CLOREX.

3- 3º PE COM SINAIS DE NECROSE DESEF  
SUA BASE.

4- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

5- DEPARTICULAÇÃO DO 3º PE AO NÍVEL  
METAT - FALANGE.

6- SINTET DA FERIDA

7- COBERTURA DA FERIDA.

JOÃO FERNANDO DA SILVA NETO  
CREMER Nº 2.517



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. exposta do 2º e 3º dedo do p. sup.

Indicação terapêutica: \_\_\_\_\_

INTERVENÇÃO

Início: 20:30

Fim: 21:30

Duração: \_\_\_\_\_

Operador Dr Fabiano

1ª Auxiliar: Dr Robson

2ª Auxiliar: \_\_\_\_\_

3ª Auxiliar: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_

Anestesista: \_\_\_\_\_

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTA CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ  
SAME / 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

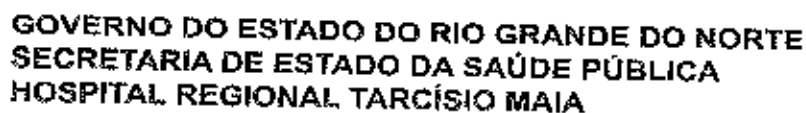
( ) Limpa ( ) Pot. Contaminada (X) Contaminada ( ) Infectada

Paciente em decúbito dorsal com anestesia troncular, amputação antisseptica; colocação de campos estéreis; realizado debridamento e lavagem exaustiva com SFO, 9%; observado grande amputação da base da falange média e cabeça da falange proximal com apenas a pele plantar do dedo; realizado regularização da falange distal (regularização de amputação) e sutura de pele; realizado redução do 3º dedo 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

CRM: 1276  
CRM: 8672

15/09/19



Nome: JOAMPRES FERNANDES DE LIMA Leito: 216-2

## PRESCRIÇÃO

[illegible]

**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 MOSSORO - RN CÓDIGO: 49312

DATA	MOSSORO -RN		CODIGO: 49312
Nº fraturas:	EVOLUÇÃO 3º DII: 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 RUÍDOS ADVENTÍCIOS. ABD PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO. 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 SF0,9% 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 FAMILIA) 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		
10	SSVV + CCGG		

Dr. Leandro M. A. Pereira  
CRM: 10.000 / RGO: 10.000  
Cadastrado em 15/09/2019



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 62460 /2019

Admissão: 26/09/2019 09:04:11

**ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE**

Paciente: 49312 - IDAMIRES FERNANDES DE LIMA (34 a 3 m 16 d)

Nascimento: 10/06/1985

Natural: CATOLE DO ROCHA, BRASIL

CNS: 70620909955563

CPF: 06761204402

Sexo: M Cor: PARDA

Mãe: LINDALVA FERNANDES DE LIMA

Prof: Pai: JOAO MAMEDIO DE LIMA

Logradouro: EPITACIO PESSOA, 730

CEP: 59618730

Bairro: BOM JARDIM

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.98612209

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): CONSULTA DE

Tipo: REGULADO

URG/EMERGENCIA

Origem: FAMILIA

\*Empresa:

OBS: PACIENTE REFERE DOR EM MIE.

Classificação:						PESO:			
26/09/2019 09:01:07									
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

**HISTÓRIA - EXAME FÍSICO**

Queixas: ATENDIMENTO DE TRAUMA PARA ORTOPEDIA.

Hora: 10:00

DOR NO PÉ ESP.

TRAUMA HÁ 2 SEMANAS

COM AMPUTACÃO PARCIAL E DOR NO 2º PÉ

APRESENTA COTO DOLOROSO.

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ESTA CONFORME O ORIGINAL  
BOMMOSSORO  
BOMMOSSORO / ARQUIVO

Diagn. Inicial:

26-09-2019 PRESCRIÇÃO:

1- SINAIS: 2220

2- SF 0,9% - 500ML - 30GT/MIN

3- PREPARAR P/ ACESSO AO C.C.

4- ENCAMINHAR AO C.C.

VIA HORARIO ASSINT.

EV

300

SONIA MARIA DA SILVA NETO  
GEREN Nº 2317

\*SAÍDA: ( ) Decisão médica ( ) Transferido ( ) Evasão ( ) Óbito ( ) Interna: (Preacher CID, PROC)

CID Proc.

Data: / /19. Hr: :

Médico:

\*Gerado via SX por SONIA MARIA DA SILVA. Impresso em 26 de Setembro de 2019.

(Assinar e Carimbar)



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*

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA  
EPIDEMIOLÓGICA - NUVEP  
DATA 26/09/19  
Assinatura

Paciente ou responsável

**CCIH - HRTM**  
DATA 27/09/19  
*Rafaela*  
Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTA CONFORME O ORIGINAL  
SANE MOSSORÓ  
SANE / ARQUIVO



Edmundo Fernandes de Lima

REGISTRO

CC

LETO

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
26/09/2019	13:00	pac. admitido nesta unidade hospitalar procedente do PS. em observação consciente melhora de estado de consciência. Trauma com ferimento no pé esquerdo por trauma a vários dias. Não submeter a uma amputação do Dado do pé 3º. Fica sob cuidados	
	13:40	Início	
	14:20	Termino	
	14:30	pac. transferida do 3º ao 1º CNO em observação. Fita curativa fica sob cuidados e obs.	

HOSPITAL REGIONAL APOISIO KALIA  
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
 SAME ROSSO  
 SAME ARQUIVO





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

DEBITO CIRURGICO

Nome do paciente: Edson Luis Fernandes de Lima Nº do Pront.:  
Cirurgia: An.pestocao 2º. padocato pe enq. Data: 26-29-19  
Cirurgião: Dr. João Pimenta Auxiliar: Dr. Instrumentadora: Cleide  
Anestesiologista: Dr. local Anestesia: local  
Início da Cirurgia: 13:40 Término: 14:20

MATERIAL USADO	QUANTIDADE
* COMPRESSAS	5 unidades
* GASES	80 unidades
* ESPARADRAPO	
* COMPRESSAS	
* LÂMINA DE BISTURI Nº 24	1 unidade
* LUVAS 75	2
* EQUIPO PARA SORO	
* S CALPS Nº	
* JELOS	
* CATETER PARA SUBCLAVIA	
* SERINGAS DE 01 ML	
* SERINGAS DE 03 ML	
* SERINGAS DE 05 ML	
* SERINGAS DE 10 ML	1 unidade
* SERINGAS DE 20 ML	2 unidades
* AGULHAS DESCARTAVEIS 40 x 12	1 unidade
* SONDA ENDOTRAQUEAL Nº	
* TRAQUEOSTOMO	
* SONDA URETRAL Nº	
* SONDA FOLEY Nº	
* SONDA NASOGASTRICA Nº	
* CATETER PARA O2	1
* SONDA PARA ASPIRAÇÃO Nº	
* COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	
* BOLSA DE COLESTOMIA	
* DRENO DE PENROSE Nº	
* DRENO DE TORAX Nº	
* ATADURA CESSADA	
* FAIXA DE CREPOM	10ml 1 unidade
* ALGODÃO ORTOPÉDICO	
* CATGUT CROMADO	
* CATGUT SIMPLES	
* FIO DE ALGODÃO	
* MONONYLON 20 4/4	1 unidade
* OUTROS FIOS	
* USO DO BISTURI ELÉTRICO	
* USO DE OXIGÊNIO	
* SOLUÇÃO DE PVPI ALCOÓLICA	30 ml
* SOLUÇÃO DE PVPI DEGERMANTE	
* SOLUÇÃO DE PVPI TÓPICO	
* SOLUÇÃO DE ETÉR	
* 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	
* MANITOL 200 4/4	2 unidades
* XILOCAINA 2%	1 FA
* ABD	5 pontos
	5 pontos de coelha

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTA CONFORME ORIGINAL  
SANE MOSSORÓ  
SANE / ARQUIVO



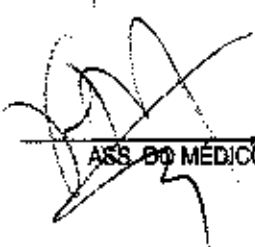

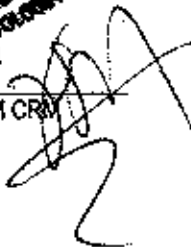
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado EDMILSON  
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  

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

REALIZADO:

REGULAMENTAÇÃO DO COTO DE  
AMPUTAÇÃO DO 2º PE COM  
AMPUTAÇÃO EM FZ.

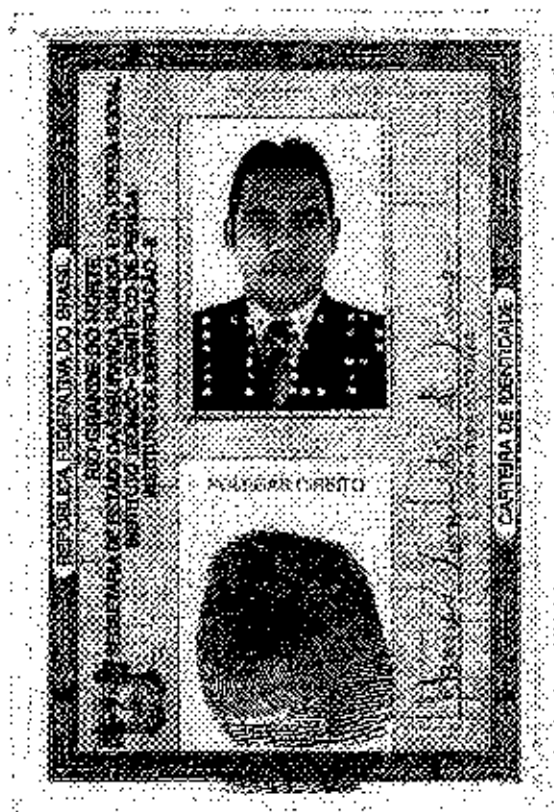
COBERTURA DA FERIDA

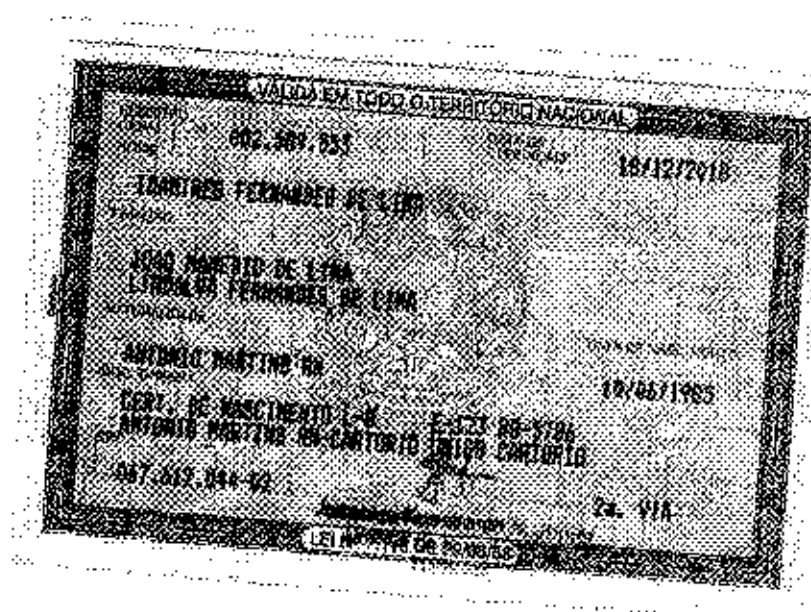
RECETA

ALTA DO P.S.

HOSPITAL REGIONAL TARCISO MATA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SANE MOSSORO  
SANE / ARQUIVO

JOÃO FERREIRA DA SILVA NETO  
CRM Nº 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 tinél.

**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,  
INSUSCEPTÍVEIS 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,  
INSUSCEPTÍVEIS 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



ADEILSON  
ANDRADE  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

## 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 BRUNNO 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 057.616.684-75 e TURBAY RODRIGUES DA SILVEIRA JUNIOR, brasileiro, casado, Advogado, OAB/RN 14.301, CPF nº 009.345.584-07; 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 Dezesesseis 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@adeilsonandrade.adv.br](mailto:acordo@adeilsonandrade.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. Var. Gaudêncio J. de Sousa, 1736  
Zeca Pedro  
(84) 2141.0791  
Whatsapp: (84) 9 9603.6484

Escritório Assú  
Rua Dezesesseis de Outubro, 65  
Centro  
(84) 2143.0610  
Whatsapp: (84) 9 9609.0598

Escritório Natal  
Rua Raimundo Chaves, 2182  
Empresarial Candelária, sala 501, Candelária  
(84) 3235.1009  
Whatsapp: (84) 9 99794.1830

MOSSORÓ CARTÓRIO PRIMEIRO

RUA CEL. VICENTE SABÓIA, 167

CEP: 59.800-120

ROSSORO RM



**CARTÃO VISITA**  
R. Visconde de Albuquerque, 507 - Centro, Mossoró - RN, 59000-120 FONE: (06) 3213-44  
THOMAS Edimar Vieira de Almeida

Reconhecimento de Firma 2019-013746

[illegible]

00553-196

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0464554/19

**Vítima:** IDAMIRES FERNANDES DE LIMA

**CPF:** 067.612.044-02

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

**Data do acidente:** 15/09/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** IDAMIRES FERNANDES DE LIMA

## 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](http://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

EMERSON DE SOUZA FERREIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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?

[ ☒ ] 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)?

[ ☒ ] 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  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-RN 4863

Luis Fernando Centi Nascimento - CRM: 4863 - RN

---

**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



---

**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

**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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ D&MS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASE: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 067.612.044-02 4 - Nome completo da vítima: JAMERES FERNANDES DE LIMA

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

5 - Nome completo: JAMERES FERNANDES DE LIMA 6 - CPF: 067.612.044-02  
7 - Profissão: AGENTE DE ENDEMIAS 8 - Endereço: RUA EPIFANIO PESSOA 9 - Número: 44 10 - Complemento: APTO - 204  
11 - Bairro: BOM JARDIM 12 - Cidade: MOSSORÓ 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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ 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 (2) 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.

## 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 de 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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(a) nascido(a)? ☐ 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 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 - Imagem digitalizada da vítima ou beneficiário (se ele tiver)  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo): \_\_\_\_\_  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): \_\_\_\_\_

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, MOSSORÓ/RN, 14 de Dezembro de 2019

Jameres Fernandes de Lima  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA 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: Valtair 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: Líder 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

ENVOLVIDO(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 Epiácio Pessoa

Nº: 44

Bairro: Bom Jardim

CEP: 59.618-730

Nome Civil: MOTOCICLISTA DESCONHECIDO, NÃO INFORMOU A PLACA, TIPO HONDA BIZ (SUPOSTO 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



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA 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 direito que sou o(a) titular responsável pelas informações acima apresentadas 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 de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☒ D&MS (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:

JADAMERES FERNANDES DE LIMA

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

5 - Nome completo:

JADAMERES FERNANDES DE LIMA

7 - Profissão:

AGENTE DE ENDEMIAS

8 - Endereço:

RUA EPIFÂNIO PESSOA

11 - Bairro:

BOM JARDIM

12 - Cidade:

MOSSORÓ

15 - E-mail:

6 - CPF:

067.612.044-02

9 - Número:

44

10 - Complemento:

APTO - 204

13 - Estado:

RN

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:

☒ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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)

AGÊNCIA: 3064

CONTA: 00015764

2

(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.

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 de 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 Líder 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 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:

☐ Solteiro

☐ Casado (no civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

24 - Data do óbito da vítima:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(ve/nascen)?

☐ 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 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

Inscrição digital da vítima ou beneficiário não habilitado

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 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Mossoró (RN), 14 de Dezembro de 2019

Jadameres Fernandes de Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**SAMU  
MOSSORÓ  
192**

**Prefeitura Municipal de Mossoró  
Secretaria Municipal da Saúde  
SAMU MOSSORÓ 192**

**DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 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 ADMINISTRATIVA 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. 405418-3  
CRM/RN 5997

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