



Número: **0800569-64.2020.8.20.5100**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara da Comarca de Assu**

Última distribuição : **20/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MAGNUS KELIS PERREIRA DE SOUZA (AUTOR)		MOACIR FERNANDES DE MORAIS JUNIOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56737050	15/06/2020 16:08	CONTESTAÇÃO	Petição
56737055	15/06/2020 16:08	2726772_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação
56737056	15/06/2020 16:08	2726772_CONTESTACAO_Anexo_04	Documento de Comprovação

PETIÇÃO E DOCUMENTOS ANEXOS



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: 09/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00756

CONTA: 000000045344-0

Nr. da Autenticação 1EE4FD1B9B5171AD



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170476996 **Cidade:** Ipanguaçu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA **Data do acidente:** 21/05/2017 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta da perna esquerda

Descrição do exame médico pericial: Ao exame apresenta cicatriz de cirurgia em terço médio da perna esquerda, limitação de flexão e extensão do tornozelo esquerdo. Joelho esquerdo com flexo extensão presente e sem alterações menisco ligamentares.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com um fixador externa na emergência e após 20 dias realizou a osteossíntese definitiva com placa e 8 parafusos, cicatriz da cirurgia fechada e sem sinais de infecção, fez fisioterapia motora.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 07/03/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Luis Fernando Centi Nascimento

CRM do médico: 4863

UF do CRM do médico: RN

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Magnus Kelus Pereira de Sousa, RG nº 002.024.129, data de expedição 03/05/03, Órgão ITEP/RN, CPF nº 008.894.644-48 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Francisco Alves</u> <u>Mantimentos</u>
Número	<u>175</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Carnaubais</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59.665-000</u>
Telefone de Contato	<u>84-9.9648-9283</u>
E-mail	<u>cercinhoso@hotmail.com</u>

SEI/RN/2020 LIVIA FREITAS DA SILVA 15 10-05-2017 09:45 07/01/2018 1/1

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ASSU/RN, 24/07/17.

Assinatura do Declarante: Magnus Kelus Pereira de Sousa



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOS, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.186/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-9



www.cosern.com.br

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

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

RAIMUNDA PEREIRA DE SOUZA

CPF: 595.161.274-87

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA FRANCISCO ALVES MARTINS 176

CENTRO/ÁREA URBANA
59665-000 CARNALBAIS RN

DATA DE VENCIMENTO

19/05/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

13/05/2017

DATA DA APRESENTAÇÃO

13/05/2017

NÚMERO DA NOTA FISCAL

000573044

Banco: U

CONTA CONTRATO

000605828019

Nº DO CLIENTE

3000637359

Nº DA INSTALAÇÃO

000167388

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL

Monofásico

RESERVADO AO FISCO

BF9D.2836.CA22.46EC.E1AD.E570.6FB3.51BB

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	72,00	6,49780018	35,80
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,86
Contribuição Iluminação Pública			4,37
Multa por atraso-NF 000558256 - 12/04/17			0,69
Juros por atraso-NF 000559259 - 12/04/17			0,14
Compensação FIC Mensal 03/17			1,16
Compensação FIC Trimestral 01/17			0,52
TOTAL DA FATURA			42,18

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
35,85	12,00	6,95	35,85	1,17	0,45	35,85	5,40	2,08

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,97511354

HISTÓRICO DO CONSUMO

Consumo Ativo(kWh)	MAI	17	00000000000000000000	72
	ABR	17	00000000000000000000	87
	MAR	17	00000000000000000000	77
	FEV	17	00000000000000000000	71
	JAN	17	00000000000000000000	74
	DEZ	16	00000000000000000000	77
	NOV	16	00000000000000000000	72
	OUT	16	00000000000000000000	75
	SET	16	00000000000000000000	75
	AGO	16	00000000000000000000	71
	JUL	16	00000000000000000000	73
	JUN	16	00000000000000000000	70
	MAI	16	00000000000000000000	69

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Consumo de Energia	13,47	34,85
Transmissão	1,48	4,29
Distribuição (Cosern)	8,62	22,32
Energias Sotais	3,30	8,54
Tributos	9,48	24,02
TOTAL	36,35	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWh)
E35434	CAT	12/04/2017 17.595,00	13/05/2017 17.731,20	31	1,00000	0,00	72,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LECTURA: 15/06/2017

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
mar/2017					
Duração de horas sem Energia	ESTREITO	6,08	5,94	11,82	23,64
FIC-Me de vezes sem Energia		6,00	3,61	7,22	14,45
Duração máxima de Interrupção contínua		4,18	3,48	0,00	0,00
Duração de Interrupção em dia crítico					1,10h (01h30m) 12,22
EUSO-Me de Encargo de Uso = R\$ 13,87					

Toda Companhia pode solicitar a aprovação dos indicadores DIO, FIC, DMC e DQCN a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A partir de 22/04, tarifa com reajuste médio de 3,05% para Baixa Tensão e 4,07% para Alta Tensão-REH 2.221/17
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagamento em atraso gera: Multa 2%(Res. 414/ANEEL-09/09/10) e Juros 1%a.m.(Lei 10.438-26/04/02), na próxima mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000605828019	05/2017	0,00	19/05/2017	

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Magnus Kelio Pereira de Sousa, portador da carteira de identidade nº 002.024.129 e inscrito no CPF/MF sob o nº 028.894.644-48, residente e domiciliado na Rua Francisco Alves Martins, 175, Cidade Carnaubais, Estado RN, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Magnus Kelio Pereira de Sousa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Carnaubais, 21/10/2017

Local e data

SEGURADORA LIDER DPVAT Nº 16-06-2017 09:55 075110 1/1



Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ADAO CABRAL

RG nº 20223963, data de expedição 27 / 10 / 1990

Órgão ITEP/RN, portador do CPF nº 489.543.734-53, com

domicílio na cidade de CARNAUBAIS, no Estado de

RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

PC.SANTA LUZIA,7 SN CENTRO, nº SN,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima MAGNUS KELIS PEREIRA DA SILVA cujo o condutor era

a mesma

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HOND/CG 125 FAN KS

Ano: 2014

Placa: OJX6503

Chassi: 9C2JC4110BR717193

Data do Acidente: 21/05/2017SZ

Local e Data: Carnaubais 06/07/2017

Adao Cabral
Assinatura do Declarante

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

Serviço Notarial de Carnaubais-RN

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s)

ADAO CABRAL

06 de 07 de 2017

Testemunho da verdade

Franklin de S. Nogueira - Tabelião

Antônio Coringa de Moura - Escrevente Autorizada

Valda Vaz da Silva - Escrevente Autorizada

Edemar Camplato M. Neto - Escrevente Autorizada

SECRETARIA DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
19/06/2017 11:13 00023354





NOME: Magnus Keli Pereira de Sousa IDADE: 35
NOME DA MÃE: Raimunda Pereira de Sousa SEXO: (x) MASC. () FEM.
ENDEREÇO: Francisco Alves Martins Nº BAIRRO: Centro
DATA DE NASCIMENTO: 20/11/81 DATA DO ATENDIMENTO: 21/05/17 HORA 17.54
CIDADE: (x) CARNAUBAIS () OUTRA ESPECIFICAR:

ESTADO CIVIL () CASADO (A) (X) SOLTEIRO (A) () VIÚVO (A) () DIVORCIADO (A) () UNIÃO ESTÁVEL
TIPO DE ATENDIMENTO: () URGÊNCIA () ELETIVO () OUTRO ESPECIFICAR: Queda de molo
CARTÃO DO SUS: 160 775884160004 OUTRO DOCUMENTO Nº _____

HISTÓRIA CLÍNICA: Paciente vítima de acidente com o membro superior esquerdo preso sob o carro, com fratura de rádio e ulna, com lesão de tendão de Aquiles e lesão de nervo mediano.

P.A.: 120 x 80 mmHg TEMP.: _____ °C PESO: _____ Kg HGT 83 mg/dL
DIAGNÓSTICO: *hipertensão arterial em estágio 1*

NOTIFICAÇÕES: () Acidente de trabalho () Ac. animal peçonhento () Dengue () Doença de Chagas () Haemophilus Influenza () Chikungunya () Hanseníase () Hepatites Virais () HIV/AIDS () HIV em gestante ou puérperas () Intoxicação Exógena () Leishmaniose Tegumentar () Leishmaniose Visceral () Raiva Humana () Rubéola () Sarampo () Sífilis () Tétano Acidental e () Neonatal () Tuberculose () Varicela () Violência Doméstica () Tentativa Suicídio () Uso de Drogas Ilícitas () Ac. de Trabalho () Óbito Infantil e () Materno () Caxumba () OUTROS:





HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA LUZIA

RUA LUZA CAVALCANTE DE OLIVEIRA, 02 - CENTRO

CEP 59.665-000 - CARNAUBAIS-RN

TELEFONE: (84) 3338-2351 - E-mail: smscarnebaais@rn.gov.br

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE URGÊNCIA

NOME: Magnus Rêder Pereira Góes SEXO: M IDADE: 35
ENDEREÇO: R. Fco Alves Martins CIDADE: Carnaubais RN
PROFISSÃO: _____ HORA DE ENTRADA: 22:54
DATA: 21.05.17 ACOMPANHANTE: _____
HORA DE SAÍDA: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

HISTÓRIA CLÍNICA:

Paciente vítima de colisão entre
motocicleta, tendo como consequência
fratura exposta da perna esquerda

ESTADO GERAL:

B.E.G.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fratura exposta

CÓNDUTA:

- 1 - SF 0,9 + 1000ml EV 18:00h
- 2 - Ceftriaxona 0,9 + 1000ml EV 19:00h
- 3 - Imobilização provisória
- 4 - Analgesia

REGULADO POR:

- 5 - Encaminhado ao serviço de ortó-
pedia do H.R.T.M.

Clara

Dr. Paulo César da Silva
CRM: 3408
CPF: 175.258.104-09

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

55800008 LIDER PMAT 15 18-05-2017 09:45 075113 1/1



SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA PARA O HRTM ATRAVÉS DA UGV

Paciente: <u>Magnos Kelly Pereira de Souza</u>	
Idade: <u>35a</u>	Sexo: <u>M() F()</u>
Diagnóstico: <u>Fratura exposta de tíbia 2/</u>	
Proced. Clínica: <u>Exatidão mota x mote</u>	
Paciente consciente e orientado	
Sondagemento contido e realizada imobilização	
Hospital Solicitante da Vaga: <u>Paranaíba</u>	
Endereço: <u>UFPA</u>	Procedimento: <u>Dr. Paulo Cesar</u>
Paciente de Encaminhamento: <u>Si () Ni ()</u>	
Data e hora da Solicitação: <u>18:53 21/05/17</u>	
Assinatura: <u>Clara Jordany</u>	

SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA 15 18-05-2017 09:50:14 1/1





Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Saúde Pública
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
PRONTO-SOCORRO VINGT-ROSA NETO

REGISTRO N°

2.601.995

1607758 5416 0007

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: MAGNUS KEVIS PEREIRA DE SOUSA D. N. 26/11/81 Idade: 35
Profissão: _____ Cartão SUS n° _____
Endereço: Rua: FERNANDO MARIN, 138 Bairro: centro
Cidade: CAPIANGA U.F. RN Fone: _____
Filiação: Mãe: RAIMUNDA PEREIRA DE SOUSA Pai: LUIS MARCELO DE SOUSA

Data: 21/05/17

Hora: 20:55

A.C.C.R.: _____

AMARELO

1 - QUEIXA PRINCIPAL (Q.P.) - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (H.D.A.)

Queixa de dor no abdômen
com início súbito, no lado direito
da região superior.

- EXAME FÍSICO

Inspeção: sem alterações
palpação: dor no lado direito

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CÓPIA É O ORIGINAL
SOME MOSSORÓ 06/06/2017
SOME/ARQUIVO

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

Enfermeira



AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Chave de Confirmação:

27861

Nome:
PRONTOLÍNICA DA CRIANÇA DR PAULO GURGEL

Cod. CNES:
2660033

Op. Solicitante:
FILOMENA MARQUES

Op. Autorizador:
FILOMENA MARQUES

Op. Videofoneia:

Nome:
PRONTOLÍNICA DA CRIANÇA DR PAULO GURGEL
Endereço:
RUA MONTE SINAI
Telefone:
(84) 4008 5000
Profissional Escrivente:
FRANCISCO DE ASSIS FREIRE DE SOUSA

Cod. CNES:

2660033

Número:

1948

CEP:

59078-360

Complemento:

Bairro:

CIDADE JARDIM

Município:

NATAL - RN

Data e Hora de Atendimento:

TER - 30/05/2017 - 08:00hrs

CNS:

708107194102247

Nome do Med:

RAIMUNDA PEREIRA DE SOUZA

Tip. Grupos:

...

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Tip. de Ingresso:

Alta

Bairro:

CENTRO

Telefone(s):

Nome:

MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUZA

Sexo:

MASCULINO

Raça:

AMARELA

Naturalidade:

CARNAUBAIS - RN

Nome Social / Apellido:

...

Data Nascimento:

26/11/1981

Idade:

33 anos

Nome do Legado:

FRANCISCO ALVES MARTINS

Município de Residência:

CARNAUBAIS - RN

Número:

17

CEP:

59645-000

Complemento:

...

Código de Solicitação:

201491403

CPT Profissional Solicitante:

054.907.283-36

Diagnóstico Análise:

EXAME MÉDICO GERAL

Procedimento Autorizado:

CONSULTA EM ORTOPEDIA - GERAL

Data de Solicitação:

26/05/2017

Data de Aprovação:

26/05/2017

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Vaga Consumida:

1ª Vez

Profissional Solicitante:

FRANCISCO DE ASSIS FREIRE DE SOUSA

CID:

Z000

Cod. Unificado:

0201010072

Classificação de Risco:

AZUL - ATENDIMENTO ATIVO

Cod. Interno:

0201278

26/07/2009

COMPAREÇA COM ANTECEDÊNCIA DE 30 MINUTOS NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SEMPRE LIGAR 0800-15 18-000-2017 08:46 075117 1/1





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
		9 - SEXO	
		10 - RAÇA/COR	
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO	
		13 - NOME DO RESPONSÁVEL	
15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		14 - TELEFONE DE CONTATO	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
		18 - UF	
		19 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL			
24 - CID 10 PRINCIPAL			
25 - CID 10 SECUNDÁRIO			
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
29 - CLÍNICA			
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO			
31 - DOCUMENTO			
32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO			
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
39 - CNPJ DA SEGURADORA			
40 - N° DO BILHETE			
41 - SÉRIE			
42 - CNPJ EMPRESA			
43 - CNAE DA EMPRESA			
44 - CBOR			
45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR			
48 - DOCUMENTO			
49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			
52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			

SENARQ/PROJ LUBER (PART) HS 18-08-2017 09:46 075118 1/1

1211-534-60 - SGM/MS - SUPLENTE/PROJ LUBER



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

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrado Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Salgado

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
- ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE <i>Pronto Socorro Clóvis Salgado</i>		4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
- NOME DO PACIENTE <i>Roberto Carlos de Jesus</i>		6 - Nº DO PROTOCOLO	
- CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>26/11/85</i>	9 - SEXO <i>MASCULINO</i>	10 - FEMININO
- NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
- ENDEREÇO (RUA, Nº)			
- MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>trauma de enforcamento no pescoço</i>
- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>trauma com fratura exposta</i>

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Exame radiológico</i>			
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>fratura</i>	21 - CID PRIMÁRIO	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO <i>artroscopia</i>	25 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		29 - DT SOLICITAÇÃO <i>25.06.17</i>	30 - CMS / CPF
31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BOMBS
2 - ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	36 -	40 -
3 - ACID. TRABALHO TRAJETO			
4 - D PRINCIPAL		DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
5 - D SECUNDÁRIO		43 - ()	44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

6 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIP)
AUTORIZ. S / CPF	51 - DT AUTORIZ. 52 -	
ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

SECRETARIA DE SAÚDE - 15-06-2017 09:46:07.5119.171



PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

Acidente de trânsito de
há 30 dias atrás.
paciente com fratura
extensa (fêmur E).
no = tração fixa e
placa E.

Exatidão
ultrapassada a tração exte
o tração fixa E

240607

63

ORTOCLÍNICA DA CRIANÇA LTDA
CNPJ: 09.417.742/0001-91
confere com o Original
Data: 28/06/2017
Assinatura: [assinatura]

CARIMBO E ASS. DO MÉDICO

Assessoria de Ass. F. de Saúde
Ortopedia e Traumatologia

PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA
CNPJ: 09.417.742/0001-91
Confere com o Original
Data: 28/06/2017
Atencao: [assinatura]

CARIMBO E ASS. DO MÉDICO

Francisco de Assis F. de Souza
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3635-RN



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 15/06/2020 16:08:52

reflexão de luz do exterior
Faixa de Envelope

[illegible]

ASSOCIATORES DO CASIMIRO DO MEDEIRO

BOLETIM DE ANESTESIA:		TÉCNICA:	
ANESTESIA TIPO: <u>Rapí-anestesia + Soro Salino / US</u>		<u>Injeção de Arterial de Soro Salino</u> <u>Trocar - Transcavitária</u> <u>Nº 3655-BH</u>	
NOR:	<u>10:40</u>	<u>15:00</u>	
20	<u>10</u>	<u>10</u>	<u>/</u>
18	<u>10</u>	<u>10</u>	<u>/</u>
16	<u>10</u>	<u>10</u>	<u>/</u>
14	<u>10</u>	<u>10</u>	<u>/</u>
12	<u>10</u>	<u>10</u>	<u>/</u>
10	<u>10</u>	<u>10</u>	<u>/</u>
8	<u>10</u>	<u>10</u>	<u>/</u>
6	<u>10</u>	<u>10</u>	<u>/</u>
4	<u>10</u>	<u>10</u>	<u>/</u>
2	<u>10</u>	<u>10</u>	<u>/</u>
A	<u>* 10</u>	<u>* 10</u>	<u>/</u>
N	<u>10</u>	<u>10</u>	<u>/</u>
O	<u>10</u>	<u>10</u>	<u>/</u>
T	<u>10</u>	<u>10</u>	<u>/</u>
A	<u>10</u>	<u>10</u>	<u>/</u>
C	<u>10</u>	<u>10</u>	<u>/</u>
O	<u>10</u>	<u>10</u>	<u>/</u>
E	<u>10</u>	<u>10</u>	<u>/</u>
S	<u>10</u>	<u>10</u>	<u>/</u>
Anestesia + antipirético e analgésico. Ritmo de respiração PLM, LAL, BIPAP S.O., inalador respiratório manual pressão 23.6 x 31.5 insuflação lenta de oxigênio a 5L alcal. prader 15mg + diuretico 80mg.			
MIN. C/ ACRÉSCIMO		TOTAL	
INÍCIO DA ANESTESIA: <u>10:40</u>		INÍCIO DA CIRURGIA: <u>14:00</u>	
FIM DA ANESTESIA: <u>15:00</u>		FIM DA CIRURGIA: <u>15:00</u>	
OBSERVAÇÕES:			

Dr.ª Christiany da Silva
Anestesiolegista
CRM-PR 8827
CPF: 070.195.967

SEMPER PARAT 15 18-NOV-2017 09:46 075122.1

Dr.ª Christiany da Silva Vieira
Anestesiologista
CRM/RN 6827
CPF: 010.195.957-24





RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Maigmar Kelis Perceira de Souza Nº REGISTRO 259283
DATA 22/06/17 IDADE 35 A LEITO: 204A MÉDICO: Dr. Amis

ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

JEJUM COMPLETO INCLUINDO AGUA? ☒ SIM ☐ NÃO PESO: 65 Kg Altura: cm

RETIRADA DE PRÓTESES/ORTESE/ADORNOS: ☐ SIM ☐ NÃO

ALERGIAS: ☒ NÃO ☐ SIM: ninguém

DOENÇAS PREGRESSAS: ☐ DM ☐ HAS ☐ TABAGISMO ☐ HIV ☐ Hep B ☐ Hep C ☐ Arritmias ☐ DPOC ☐ AVC ☐ Marcapasso ☐ Outros: ninguém

Medicações de uso frequente: ninguém

Exames: ☒ Labor ☒ Raio x ☐ USG ☐ TC ☐ RNM ☐ Risco cirúrgico Outros:

Encaminhado: ☐ Deambulando ☐ Cadeira de Rodas ☒ Mola ☐ consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Desorientado

Anotações de Enfermagem:

Conferido informação acima por: Katya Admitido na sala: I Hora: 13:20

ETAPA I: PRÉ-INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta: Retirada de fixador externo em tibia "E" + fratura de tibia

1. Equipe completa presente ☒ Sim ☐ Não
2. ☒ Paciente com identificação e cirurgia confirmada
3. Termo de consentimento ☒ Cirúrgico ☐ hemoterápico ☐ não, caso não esteja assinado contatar o médico.
4. Local da intervenção marcado corretamente ☒ sim ☐ não ☐ não aplicável
5. ☒ Bisturi elétrico disponível e testado
6. ☒ Aspirador cirúrgico disponível e testado
7. ☒ Mesa cirúrgica testada
8. Hemoderivados solicitados e reservados ☐ sim ☐ Não ☒ Não aplicável
9. Paciente tem alergia conhecida ☐ sim ☒ não
10. Aparelho de anestesia testado ☒ sim ☐ não
11. Esterilizações dos instrumentais com indicadores ☒ sim ☐ não
12. Aparelho de artroscopia ☐ SIM ☒ NÃO

ETAPA II: PRÉ-INCISÃO

13. ☒ Confirma nome do paciente, local da intervenção e cirurgia proposta

SEGURODADE LIDER OPART RS 10-050-2017 09146 079123 1/1



14. confirma preparo da pele com clorexidina degermanté e tópica (x) Sim () não
 15. Confirmar antibiótico profilático administrado () sim () não aplicável
 16. Paciente em posição adequada (x) sim () não

EQUIPE DE ENFERMAGEM

17. (x) Confirmar se a disponibilidade dos materiais e equipamentos solicitados para cirurgia
 18. (x) Confirmar com a equipe médica se os exames necessários estão disponíveis
 19. (x) Confirmar bisturi elétrico e placas instalados corretamente

INTRA-OPERATORIO

Posicionamento: (x) Dorsal () lateral direita () lateral esquerda () litotomia
 () Fowler () semi-fowler () Semi-ginecológico () ventral () Trendelenburg () Sims
 Monitorização cardíaca: (x) sim () não PNI/Manguito em: M57 Placa neutra: Local: MID
 Passado faixa de smarch: Não (x) sim, em: MIF Início 13:50 Término 14:55
 Anti-sepsia: Clorexidina: () Degermanté () Aquosa () Alcolica
 PVPI: (x) Degermanté (x) Tópico (x) álcool 70%

Infusões:

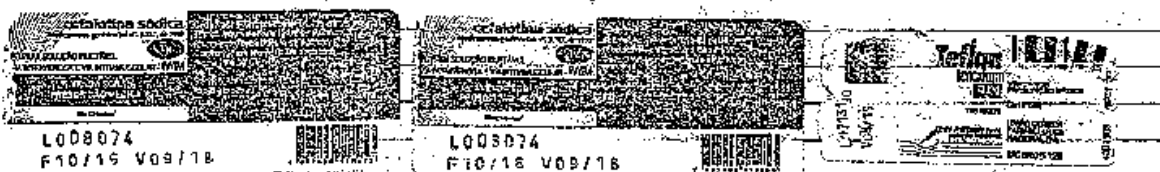
SFO,9% — ml R.Lactato: — ml R.Simples 1000 ml SG5% — ml
 Drenos: () Penrose nº — () Porto-vac nº — () Tórax nº —
 Sinais vitais: PA 109x73 mmHg FC 71 bpm Sat: 99 % T: — °C Hora: 14:40
 Anestesia: Início 13:40 Término 14:00 () Geral Inalatório () Geral Venosa (x) Sedação () Local () Peridural ()

x Raquí () Bloqueio:

IOT: (x) Não () sim - Cânula nº — IOT aramado: (x) não () sim nº —
 AVP: () não (x) sim MSE, Jelco nº 20 por Kat
 Cateter O2: () não (x) sim SNG: (x) NÃO () SIM Nº — (x) NÃO () SIM Nº —
 Ferida operatória: Curativo limpeza e New
 Cálculo: — Anát. Patológico: (x) Não () Sim — Unid —
 Material Explantado: retirada de fixador externo
 Conferido por Kat Intercorrência sem intercorrência

ETAPA III: ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

Confirmar se a contagem de compressas, instrumentais e agulhas foi realizada (x) sim () não
 Caso a cirurgia realizada não tenha sido a proposta, —
 Medicamentos administrados (anotar horários) 2g equetina, 1 tramadol, 2 dipirona,
1. Dexametasona, 1. Paracetamol, 1. Bromoprida



OPME: () NÃO (x) SIM, qual 1. placa laparoscópica, 2. parafusos nº 28,
4. parafusos nº 30, 3. parafusos nº 32 corticais, ex 4.5

SELAÇÃO LÍDER FPM 15-10-2017 09:46 075124 14



Anotações de Enfermagem e Intercorrências Retirada para o monitor qdo ad-

Amis

Início da cirurgia: 14:00 Término da cirurgia: 15:00

CIRURGIÃO Dr. Amis ASSISTENTE: [assinatura] ANESTESIOLOGISTA Dr. Cristiano
INSTRUMENTADORA [assinatura] CIRCULANTE: [assinatura] ENFERMEIRA: Ana Claudia

URPA (Unidade de Recuperação) pós-anestésica

Condições de admissão do paciente:

() Acordado () Sonolento () agitado Ar ambiente () MV 50% () Cateter de O2 () TQT (x) AVP () AVC

Hipotensão () Hipertensão () Bradicardia () Taquicardia () Tremor () Prurido () Desorientação () Agitação ()
() Dispneia () Broncoespasmo () Dessaturação () Outros: _____

Medicações Administradas na URPA (anotar horários) _____

Encaminhado para o andar

AVP (x) AVC () SNG () SVD FECHADA () DRENOS () CURATIVOS LIMPO (x)

GESSO EM: MSD () MSE () MID () MIE ()

EXAMES: (x) Laboratório (x) Raio x () USG () TC () RNM () RISCO CIRURGICO () OUTROS _____

ENCAMINHADO: (x) Enfermaria () UTI () Alta Hospitalar () Outros _____

Anotações de Enfermagem: _____

ENCAMINHADO POR: [assinatura] HORA: 16:00

SEI/STC/001 LIDER 18/01/15 15-05-2017 09:46 075125 1/1





Prontoclínica Dr. Paulo Gurgel
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

PACIENTE: Magnus K. P. de Souza SETOR: Leito LEITO: 204A
DIAGNOSTICO MÉDICO: Fobia ci fraco IDADE: 35 anos
PROCEDÊNCIA: () DOMICILIAR () HOSPITALAR: DUAL
ALERGIAS: _____ DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: _____

EVOLUÇÃO: 21/06/16 HORÁRIO: 08:00

ASPECTO GERAL

(☒) CONSCIENTE () ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
(☒) ATIVO () REATIVO () HIPOATIVO
() HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
() COMATOSO () SEDADO () ANASARCA () EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

(☒) AVP: _____
() AVC: _____
() Jelco: _____
() Scalp: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

() HV _____
() BI _____
() ATB _____

PELE

(☒) HIDRATADA () RESSECADA () ICTÉRICA
(☒) NORMOCORADA () HIPOCORADA () CIANOSE
() EXTREMIDADE FRIAS () NORMOTÉRMICA
() HIPOTERMIA: _____
() HIPERTERMIA: _____
() DRENO Local: _____
Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

() EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
() BRADIPNEICO () TIRAGEM: _____
() RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
() TAQUICÁRDICO () NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES: Paciente admitido na unidade de
respiração cirúrgica, apresentando S.O. de fobia
de morte e labores laboratoriais +
orientados sobre fobia e impasse sintoma
retrabalho de condutas

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

ASPECTO GERAL

(☒) CONSCIENTE () ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
(☒) ATIVO () REATIVO () HIPOATIVO
() HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
() COMATOSO () SEDADO () ANASARCA () EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

(☒) AVP: _____
() AVC: _____
() Jelco: _____
() Scalp: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

(☒) HV _____
() BI _____
(☒) ATB antibióticos

VENTILAÇÃO

(☒) O2 AMB () MV _____ % () HOOD: _____
() ENTUBADO TOT Nº _____
OBS: _____

ELIMINAÇÕES

DIURESE
(☒) ESPONTÂNEA () SVA A CADA: _____
() HEMATÚRIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA
() POLIÚRIA () SVD _____
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

() ESPONTÂNEA



☒ HIDRATADA ☐ RESSECADA ☐ ICTÉRICA
☒ NORMOCORADA ☐ HIPOCORADA ☐ CIANOSE
☐ EXTREMIDADE FRIAS ☒ NORMOTÉRMICA
☐ HIPOTERMIA: _____
☐ HIPERTERMIA: _____
☐ DRENO Local: _____
 Característica do líquido: _____

☐ ESTÍMULO: _____
☒ AUSENTE _____ DIAS
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMEN

☒ FLACIDO ☐ GLOBOSO ☐ SEMI GLOBOSO
☐ DISTENDIDO ☐ DOR A PALPAÇÃO
☐ TIMPÂNICO ☐ MACIO ☐ RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

☐ DEAMBULANDO ☒ CADEIRA DE RODAS
☐ SOBRE MACA ☐ MULETA

DIETA

☐ AO SEIO ☒ ORAL/COPINHO ☐ GTM
☐ SOG/SNG: _____
☐ RESÍDUO GÁSTRICO: _____
☐ ZERO ☐ VÔMITO _____ vezes

APARELHO CARDIOPULMONAR

☒ EUPNEICO ☐ DISPNEICO ☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO ☐ TIRAGEM: _____
☐ RUIDOS ADVENTÍCIOS, TIPO: _____
☐ TAQUICÁRDICO ☒ NORMOCÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES:

e s/d
 e p/q

W. S. de Souza

Enfermeiro

CRP: 23428

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO

HORÁRIO

ASPECTO GERAL

☐ CONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☐ ALGO ORIENTADO
☐ ATIVO ☐ REATIVO ☐ HIPOATIVO
☐ HIPERTÔNICO ☐ HIPOTÔNICO
☐ COMATOSO ☐ SEDADO ☐ ANASARCA ☐ EDEMA

VENTILAÇÃO

☐ O2 AMB ☐ IMV _____ % ☐ HOD: _____
☐ ENTUBADO TOT NR _____
 OBS: _____

ELIMINAÇÕES

DIURESE

☐ ESPONTÂNEA ☐ SVA A CADA: _____
☐ HEMATÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ ANÚRIA
☐ POLIÚRIA ☐ SVD: _____
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

☐ ESPONTÂNEA
☐ ESTÍMULO: _____
☐ AUSENTE _____ DIAS
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

☐ AVP: _____
☐ AVC: _____
☐ Jelco: _____
☐ Scalp: _____

NEFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

☐ HV: _____
☐ BI: _____
☐ ATB: _____

ELE

☐ HIDRATADA ☐ RESSECADA ☐ ICTÉRICA
☐ NORMOCORADA ☐ HIPOCORADA ☐ CIANOSE
☐ EXTREMIDADE FRIAS ☐ NORMOTÉRMICA
☐ HIPOTERMIA: _____
☐ HIPERTERMIA: _____
☐ DRENO Local: _____
 Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

☐ EUPNEICO ☐ DISPNEICO ☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO ☐ TIRAGEM: _____
☐ RUIDOS ADVENTÍCIOS, TIPO: _____
☐ TAQUICÁRDICO ☐ NORMOCÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO

ISERVAÇÕES:

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro





RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

PACIENTE Wagner R.P. de Souza
 APTD.: _____ Nº REGIST. _____
 CONVEN. _____

USO DE:		DATA / H		USO DE:		DATA	
BOMBA DE INF.	DIL			ECG			
NEBULIZADOR	NB			OXIG./UMIDIF.			
ASPIRADOR	DIL			BERÇO AQUECIDO			
CURATIVO				FOTOTERAPIA			
				INCUBADORA			
DATA	HORA						

[illegible]

SENTECED BY: LITEX DEPT 15 - 18-000-2017 09:46 075128 1/1





EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE: _____ REGISTRO Nº _____
 APTO.: _____ CONVENIO _____
 MÉDICO: *Dr. F. de A. Silva*

J. Francisco de Paula de Souza
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3635-RN

Francisco de Assis 5, de Souza
Ortopedia - Traumatologia
ERM 3535 RM

St. Francisco de Asis - 02 JUL
Imperial - Transmision
CMA 36.5-274

SEBASTIAN LEE DUFFY · MS 18-180-2017 05:46 075130 17



APPRO/ENF
DATA:

PRESCRIÇÃO

HORARIOS

DÉBITOS

SEERINGS 01

SERINGA 05

SERINGA 10

Equipment With

EQUHPD P/E

JELECON

SCALP NG

LUVÁ PRŮCE

LÜVA ESTER.

ESPAD-RAD-RUN

MICROPORE

FILE

தலைநில 70%

ASULHA DES

ЧЕРОМЪ

DEPAOL 3M

POMADA:

CONDA PART

CONDA NISO

COLLEGE OF THE SOUTHERN

ADMINISTRATIVE

PERKULPU

ORD: 1510, 0,

11. HGT

18

100

1

PRESCRIÇÃO MÉDICA
 edis Pereira da Silva
 APTO/ENF. _____
 DATA _____

2806617

Education for All

Don't forget the 15th!

25

Marche de Noël de 2006
Orchestra - Trombone
CRJ 3615 PH

Dr. Mrs.

RC FARMÁCIA

RECIBO

DÉBITOS	
SERINGA 01	
SERINGA 03 cc	
SERINGA 05 cc	
SERINGA 10 cc	
SERINGA 20 cc	
EQUIPO MICROTOMAS	
EQUIPO P/ BI	
EQUIPO P/ SANGUE	
LEITO nº	
SCALP nº	
POLIFIX	
LUVA PROCEDIMENTO	11
LUVA ESTER. Nº	
GASES PCT	
ESPANDIADO	2
MICROPORE	2
ETEP	1
ALCOOL 70%int	
ALGUDÃO 60LA	
AGULHA DESC.	
GREPOM Nº	15
ALGODÃO ORTOP.	11
CEFACOL ml	
POMADA	
SONDA DE FOLEY	
SONDA URETRAL	
SONDA NASO	
COLETOR FECHADO	
COLETOR ABERTO	
LAVAGEM BISTURI	
ELETRODO	
MASC DESCAT	1
SORO / ISO. 0,9%	250 ml
TRIA HIT	
At. de 9005	18-11
At. de 9006	18-11

NOME:

Programs Division

APT₂

MÉDICO:

CONVENIO:

[illegible]

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

07/05/2013

DATA DE EMISSÃO

009.054-129

NOME

HENRIQUE HELIO PEREIRA DE SOUSA

MILICIAO

LUIZ MARCELINO DE SOUSA

INSTRUMENTO PERMITE DE SOUSA

NACIONALIDADE

ACU PN

DATA DE NASCIMENTO

28/11/1961

CNPJ DE REGISTRO

F-01 09-3273

CARTEIRAS BR-CARTARIO UNICO CONTINUIDADE

009.054-148

ASSINATURA DO DIRETOR

23. VII

LEI Nº 2.110 DE 29.08.03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 RIO GRANDE DO NORTE
 SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
 COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

PÓLEGAR DIREITO

Me. Aguiar Helen Pinheiro de Sousa
ASSISTENTE DO TITULAR
 CARTEIRA DE IDENTIDADE

SEABOARD LITER PLANT 15 18-06-2017 09:44 075100 141



29/06/2017

Receita Federal do Brasil



**COMPROVANTE DE SITUAÇÃO
CADASTRAL NO CPF**



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 008.894.644-48

Nome: **MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA**

Data Nascimento: 26/11/1981

Situação Cadastral: REGULAR

Data de Inscrição no CPF: 04/05/1998

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 11:58:23 do dia 29/06/2017 (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: 2D5F.BF81.026C.1C7C

SEALING LITERATURE 18-983-2817 09:45 075102 1/



Aprovado pela IN/RFB no 1.548, de 13/02/2015.

Nova Consulta

ile.fazenda.gov.br/situacao/ConsultaSituacao.asp

111



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 15/06/2020 16:08:52

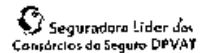
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061516085202000000054538092>

Número do documento: 20061516085202000000054538092

Num. 56737055 - Pág. 29

[illegible]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0341056/17
Vítima: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA
CPF: 008.894.644-48

Data do Acidente: 21/05/2017
CPF de: Próprio Titular do CPF: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA : 008.894.644-48

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/08/2017
Nome: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA
CPF/CNPJ: 008.894.644-48

MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/08/2017
Nome: RAPHAEL SILVA PORTELLA CABRAL
CPF: 093.229.487-10

RAPHAEL SILVA PORTELLA CABRAL



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Comércio de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0341056/17
Vítima: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA
CPF: 008.894.644-48
CPF de: Próprio
Data do Acidente: 21/05/2017
Titular do CPF: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

Outros



ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/01/2018
Nome: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA
CPF: 008.894.644-48

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/01/2018
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA

Alexandre Tavares Belfort



26/09/2017

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

SINISTRO 3170476996 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA
LÍDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS
BENEFICIÁRIO MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA
CPF/CNPJ: 00889464448

Posição em 26-09-2017 14:30:51

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Declaração de Inexistência de IML	Vítima	Pendente	

SEGURADORA LIDER DPVAT 2 22/01/2018 13:46 - 000000000974



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170476996 **Cidade:** Ipanguaçu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA **Data do acidente:** 21/05/2017 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura exposta em perna esquerda

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à perícia médica para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insusceptíveis à terapêutica nos moldes previsto pela legislação vigente

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**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

Nome do(a) Examinado(a): **MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA** Sinistro: **3170476996** Data: **21/05/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **R FRANCISCO ALVES MARTINS, 13 - CENTRO - Carnaubais - RN - CEP 59665-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ITEP /RN**] **002.024.129**

Data local do exame: [**07/03/2018**] **Mossoró** [**RN**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura exposta da perna esquerda. Ao exame apresenta cicatriz de cirurgia em terço médio da perna esquerda, limitação de flexão e extensão do tornozelo esquerdo. Joelho esquerdo com flexo extensão presente e sem alterações menisco ligamentares.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

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

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

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

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Submetido a tratamento cirúrgico com um fixador externa na emergência e após 20 dias realizou a osteossíntese definitiva com placa e 8 parafusos, cicatriz da cirurgia fechada e sem sinais de infecção, fez fisioterapia motora.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do tornozelo esquerdo

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

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

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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
Tornozelo esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

() Total = "100% da IS"

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


Dr. Luis F. C. Nascimento
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
(RQE 016.040)

Luis Fernando Centi Nascimento - CRM: 4863 - RN



Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2017

Carta nº: 11599993

A/C: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170476996 ASL-0341056/17
Vítima: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA
Data Acidente: 21/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **18/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **21/05/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório
- Declaração do Proprietário do Veículo infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01337/01338 - carta_03



Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2017

Carta nº: 11604873

A/C: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170476996 ASL-0341056/17
Vitima: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA
Data Acidente: 21/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00749/00750 - carta_01



Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2017

Carta nº: 11711691

A/C: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170476996 ASL-0341056/17
Vítima: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA
Data Acidente: 21/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **19/09/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **21/05/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01251/01252 - carta_03



Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA**

Sinistro: **3170476996**

Vítima: **MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA**

Data do Acidente: **21/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170476996** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00395/00396 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12400437



Rio de Janeiro, 15 de Março de 2018

Carta nº: 12520607

A/C: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA

Nº Sinistro: 3170476996
Vitima: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA
Data do Acidente: 21/05/2017
Cobertura: INVALIDEZ

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000756

Conta: 000000045344-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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

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

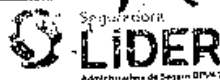
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01197/01198 - carta_15R - INVALIDEZ

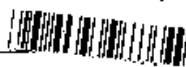
00020599





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZ

Autorização de pagamento



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELO SEGURADOR

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Magnus Kelis Pereira de Sousa
PORTADOR(A) DO RG Nº 002.034.129 EXPEDIDO POR ITEPI/RN EM 03/05/13 E
CPF 008894644-48 / CNPJ 00000000-00000000, PROFISSÃO Agricultor
E RENDA MENSAL DE R\$ recusou (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Magnus Kelis P. de Sousa AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Suscep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0756 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 5344-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Caruaru, 21 de julho de 2014
LOCAL E DATA

Magnus Kelis Pereira de Sousa
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de sequela prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG ASSU
DATA: 30/06/2017 HORA: 13:52:26
TERMINAL: 07561446 CONTROLE: 075614460723

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE

DEPÓSITO DE CHEQUES

CONTA CREDITADA: 0756.013.00045344-0
NOME: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA

VALOR TOTAL DOS CHEQUES: 0,05

NÚMERO DO ENVELOPE: 7575974700
NÚMERO DE CONTROLE: 181183704

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-725-0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725-7474

www.caixa.gov.br

SEMPRE EM LÍQUIDAÇÃO Nº 19-080-2017 09:48 2102-080-01
14 901520 09:48 2102-080-01





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN
DELEGACIA MUNICIPAL DE POLÍCIA CIVIL DE IPANGUAÇU
5ª DRPC - telefax: 84 3521-6475 - E-mail: Sdrp@rn.gov.br



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 117/2017.

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO /DPVAT		
Local: RN 118, próximo a arapuá, Zona Rural, Ipanguaçu/RN		
Data do Fato: 21/05/2017	Horário: 17:00h	
COMUNICANTE: Magnus Kelis Pereira de Sousa		Fone: 99648-9283
Filiação: Luiz Marcelino de Sousa e Raimunda Pereira de Sousa		
Naturalidade: Assu/RN	Nacionalidade: brasileira	
Nascido em: 26/11/1981	Idade: 35 anos	Doc: RG nº 002.024.129/SSP-RN
Endereço: Rua Coronel Emílio Dantas da Silveira, nº 266, Bela Vista, Área Urbana - ASSU RN.		
Estado Civil: solteiro	Profissão: Agricultor	
VÍTIMA: O(A) COMUNICANTE		Fone:
Filiação:		
Naturalidade:		Nacionalidade:
Nascido em:	Idade:	Doc.:
Endereço:		
Estado Civil:	Profissão:	
ACUSADO: PREJUDICADO		Fone:
Filiação:		
Naturalidade:		Nacionalidade:
Nascido em:	Idade:	Doc.:
Endereço:		
Estado Civil:	Profissão:	
HISTÓRICO		
O (a) comunicante relata que compareceu nesta Delegacia de Polícia, para o registro de Boletim de Ocorrência para instruir pedido de seguro obrigatório, em acidente ocorrido no dia e hora acima citados, ocasião em que a vítima pilotava a moto marca HONDA/CG 125 FAN KS, cor vermelha, ano/mod. 2014, placa OJX-6503/RN, chassi nº 9C2JC4110ER717193, renavam 01003817502 em nome de Adão Cabral - ME, quando trafegava no sentido Ipanguaçu/Alto do Rodrigues, próximo ao município acima mencionado, ocasião em que bateu frontalmente em outra moto que vinha em sentido oposto, chegando a cair, momento em que foi socorrido por populares que presenciaram o fato, para o Hospital e Maternidade Santa Luzia sendo transferido para o Hospital Tarcísio de Vasconcelos Maia em Mossoró/RN, Que, o comunicante não é habilitado.		
Registrado em: 06/07/2017.		Horário: 15h25min
 ASSINATURA DO COMUNICANTE		 Policial de Plantão



OFÍCIO DE NOTAS

OFÍCIO SERVIÇOS NOTARIAIS E REGISTROS DEBILITADOS
Av. Senador João Câmara, 441 - Centro
Assu/RN - CEP: 59600-000 Fone: (84) 3351-2929
centro@serviçosnotariais.com.br

NOTA FISCAL DE CANCELAMENTO

AUTENTICAÇÃO: Cópia desta é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, a qual autentico. Dou fé.
Assu/RN, 19-julho-2017

Rivildo Maria do Costa Carvalho Lessa

Verida somente com selo de autenticação

SEI/RN/0001 LIDER UNIAUT Nº 18-060-2017 09:43 07/01/2017



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Magnus Kelly Pereira de Souza, portador da carteira de
identidade nº 002.024.129 e inscrito no CPF/MF sob o nº 008.894.644-48,
residente e domiciliado na Rua Francisco Mues Martins, 175,
Cidade Carnaubais, Estado RN, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Stagnoskelis perina de Souza

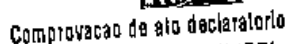
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Carnaubais, RN, 19 de outubro 2017

Local e data

SHERIDAN LIDER DPWT 2 22/01/2018 13:46 - GUGUJUBUS





Comptroller of the State

HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA LUZIA

CEP 59.665-000 - CARNAUBAIS-RN

TELEPHONE: (84) 3338-2351 - E-mail: smascarnaubais@rn.gov.br

FICHA DE ATENDIMENTO Nº 55

SUGARMOUNT IIR PAPER 8 19 Sept 2017 11:13 DECLASSIFIED

[illegible]

NOTIFICAÇÕES: () Acidente de trabalho () Ac. animal peçonhento () Dengue () Doença de Chagas () Haemophilus Influenza () Chikungunya () Hanseníase () Hepatites Virais () HIV/AIDS () HIV em gestante ou puérperas () Intoxicação Exógena () Leishmaniose Tegumentar () Leishmaniose Visceral () Raiva Humana () Rubéola () Sarampo () Sífilis () Tétano Acidental e () Neonatal () Tuberculose () Varicela () Violência Doméstica () Tentativa Suicídio () Uso de Drogas Ilícitas () Ac. de Trabalho () Óbito Infantil e () Materno () Caxumba () OUTROS:





HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA LUZIA

RUA LUIZA CAVALCANTE DE OLIVEIRA, 02 - CENTRO

CEP 59.665-000 - CARNAUBAIS-RN

TELEFONE: (84) 3338-2351 - E-mail: smscaraubais@rn.gov.br

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE URGÊNCIA

NOME: Marcos Helio Pereira Gomes SEXO: M IDADE: 35
ENDEREÇO: R. Fco Alves Martins CIDADE: Carnaubais RN
PROFISSÃO: _____ HORA DE ENTRADA: 22.54
DATA: 21/05/17 ACOMPANHANTE: _____
HORA DE SAÍDA: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

HISTÓRIA CLÍNICA:

Paciente vítima de choque entre
motos ciclistas, tendo como consequência
fratura exposta da perna esquerda

ESTADO GERAL:

B.F.G.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICO:

Fratura exposta

CONDUTA:

- 1 - SF 0,97 - 1000ml. EV
- 2 - Cateterismo O2 q + ABD EV
- 3 - Imobilização R. Vassier
- 4 - Curativos

15:09h

19:00h

REGULADO POR:

- 5 - Encaminhado ao serviço de Urgência
perna do HRTM.

Clara

Dr. Paulo César da Silva
CRM - 3460
CPF - 175.258.104-00

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA PARA O HRTM ATRAVÉS DA UGV

Paciente: <u>João Carlos Kelly Pereira de Souza</u>	
Idade: <u>35a</u>	Sexo: <u>M(x) F()</u>
Diagnóstico: <u>Fratura exposta de tíbia 2</u>	
Perceção Clínica: <u>lesões motoras</u>	
Paciente <u>consciente e orientado</u>	
Sondagem <u>contida e realizada</u>	
Hospital Solicitante da Vaga: <u>Larroubous</u>	
Enferm()	UTI()
Médico Solicitante: <u>Dr. Paulo Cesar</u>	
Paciente c/ Encaminhamentos: <u>S() N()</u>	
Data/hora da Solicitação: <u>18:53 21/05/17</u>	
Técnico UGV: <u>Clara Jordana</u>	

SERVIDOR: LIAZ MARI 8 19/04/2017 11:13 00000002



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:	12/06/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	3.375,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00756

CONTA: 000000045344-0

Nr. da Autenticação 46DC69840D6A0DBF



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180244476 **Cidade:** Caraúbas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA **Data do acidente:** 25/02/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO SEGUNDO E TERCEIRO PODODÁCTILO DO PÉ ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: CICATRIZ CIRÚRGICA DOS COTOS.

Resultados terapêuticos: RECEBEU ALTA HOSPITALAR EM BOM ESTADO GERAL E CIRURGIADO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO PÉ ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 07/06/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Wilson Edino de Freitas Jales

CRM do médico: 4683

UF do CRM do médico: RN

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Médico revisor: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180244476
Nome do(a) Examinado(a): Magnus Kelis Pereira de Sousa
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Coronel Emilio Dantas da Silveira, 266
Bela Vista Poco Branco RN CEP: 59560-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 002024129
Data local do acidente: [25/02/2018]
Data local do exame: [07/06/2018] Rio Grande do Norte [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO SEGUNDO E TERCEIRO PODODÁCTILO DO PÉ ESQUERDO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: SUTURA DO COTOS AMPUTADOS DO PÉ ESQUERDO.
Data da Alta: 03/03/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
CICATRIZ CIRÚRGICA DOS COTOS.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO FUNCIONAL PARA DEAMBULAÇÃO .
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 o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento" <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i>	() "Sem sequela permanente" <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i>
--	--
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|--|
| Região Corporal (Sequela):
PÉ - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
|---|--|

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

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


Wilson Edino Jales
ORTOPEDIA 4883
CNPJ. 27.293.341/0001-50



Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

Carta nº: 13049024

A/C: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA

Nº Sinistro: 3180244476
Vitima: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA
Data do Acidente: 25/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARIA DA CONCEICAO PEREIRA DE SOUSA OLIVEIRA

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000756

Conta: 0000045344-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00687/00688 - carta_15R - INVALIDEZ

00040344

