

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FERNANDO GOMES DE MORAIS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00879-6

CONTA: 000010021441-X

Nr. da Autenticação FE4CBABDD4C0264D

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200087342 **Cidade:** Luís Gomes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDO GOMES DE MORAIS **Data do acidente:** 10/11/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º,3º,4º E 5º METACARPO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DA MÃO DIREITA.

**Documentos
complementares:**

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
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



Yênã Social de Energia Unica: Criada pela Lei 10.438 de 16/04/02
Yênã Social de Energia Unica: Criada pela Lei 10.438 de 16/04/02
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Central, 100, Dado, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.956.180/0001-81 | Ins. Est. 00030199-0 | www.cosern-rn.com.br

FERNANDO GUMES DE MORAIS

AV LAURO MATA 201

CPF: 378.382.104-86

CENTROVARE URBANA
LUCRECIA RN
59695-000

31 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
MUNICIPAL

7011537397 06/2018
27/08/2018 20/09/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 47,57

INSCRIÇÃO FISCAL 011229553 SERIE UNICA ANEXO 26/09/2018
COMPROVAÇÃO 30/09/2018 BOM CLIENTE 3011128870 N° DA INSTALAÇÃO 300823

LOCAL DE INSTALAÇÃO
Bairro: Bandeira VERMELHA

DEBÍTO R\$ 47,57
DEBÍTO R\$ 47,57
DEBÍTO R\$ 47,57

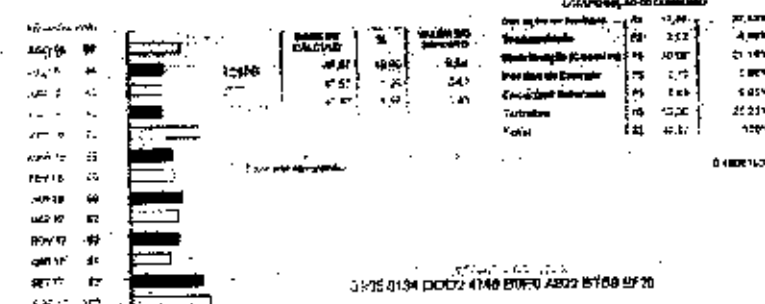
Comprovante de residência



TOTAL A PAGAR

47,57

DATA	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR
01/08/2018	47,57	CONSUMO (R\$)	47,57	CONSUMO (R\$)	47,57	CONSUMO (R\$)	47,57	CONSUMO (R\$)	47,57



Este documento comprova o consumo de energia elétrica realizado pelo cliente em setembro de 2018. O valor total a pagar é de R\$ 47,57. O cliente deve pagar este valor até o dia 20 de setembro de 2018. O valor é devido pela utilização da energia elétrica no endereço informado no contrato.

Este documento comprova o consumo de energia elétrica realizado pelo cliente em setembro de 2018. O valor total a pagar é de R\$ 47,57. O cliente deve pagar este valor até o dia 20 de setembro de 2018. O valor é devido pela utilização da energia elétrica no endereço informado no contrato.

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)	DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)	DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
Consumo de Energia Elétrica	47,57	Consumo de Energia Elétrica	47,57	Consumo de Energia Elétrica	47,57

Comprovante de residência
7011537397 06/2018
27/08/2018 20/09/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 47,57
83870000000-1 47570038407-0 01153733720-8 01050195993-6



Documentação médica - hospitalar



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCRÉCIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Unidade Mista de Lucrécia

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome: Luizardo Gomes de Moraes Idade: 59End: Av. Sauermaia Bairro: CentroCidade: Sucupira Sexo: ☒ M ☐ FHora: 15:45 Lucrécia/RN 10 de Novembro de 2019

História do paciente vítima de acidente motorciclístico apresenta ferida cortante retroauricular direita e lóbio inferior, epistaxe, ecchimoza e escoriação no membro direito.

Exame Físico Paciente com EEB, consciente, corado, MV + em AMT, SatO₂: 96% ao ar ambiente. Ausculta cardíaca normal e regular sem murmúrios, ruídos ou sopros. Pulso regular e forte. Sinais de fratura não observados.

T.A. 120 x 80 mmHg Pulso: 68 Respiração Temp:

Diagnóstico Provisório Trauma mão D.

Conduta
Voltou com 75mg de analgésico.
Exame de fratura de mão direita com imobilização.
Sintomas de fratura não observados.

Observação de Enfermagem

☐ Retirou-se por decisão Médica
☐ A pedido
☐ A revelia
☐ Óbito Data 10/11/2019 às 15 hs.

TRANSFERIDO

Do Hospital e Maternidade Maria Laila da Costa

Para: Hospital Regional de Saúde de São José do Rio Grande

Chefe de plantão

Médico Carimbo Responsável

Dra. Rafaelly de Moraes
Médica
CRM/RN 8650

HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 405, Km 03, Distrito Arizono, Pau das Ferros RR, Jatefax (64) 3331 - 9840

BOLETIM DE URGÊNCIA

Nome: FERNANDO GOMES DE MORAIS				TEL:		Nº REG: 440803	
Nas 21/09/1960	1-Masculino	Solteiro	AGRICULTOR	Cert.nasc. ☐	Título ☐	CPF ☐	RG ☒ Nº 689 590
Pai: LUCAS MORAIS			Mãe: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO				
Endereço: EGIGIO DIAS			0	CENTRO	LUCRECIA		RN
Responsável:				TEL:			
Endereço do Responsável:				84 99625 2874			
Serviço: Urgencia / emergência				Enfermaria:		Leito:	
Admissão: 10/11/2019		Hora admissão: 18:33		Data da Alta:		Hora da Alta:	
Dados Clínicos: PA:..... mmHg				Pulso:..... Bpm		Temp:..... FR.....	
Alega Acidente de Trabalho				Sim ☐		Não ☐	
História - Causa eficiente da Lesão (alegada):							

Lesões ou afecções encontradas

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Hora: 18:36

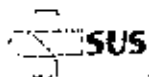
CRM

UNICOR LUBRIL, GU Jatefax
Chefe de Seção do SAME - RRCCA
Mat. 98.103-0
Bol. Arizono 4300 - 09/10/2019

HOSP. DR. CLEODON CARLOS DE ANDRADE
AUTENTICAÇÃO
CONFERE COM O ORIGINAL
Ass. do Enfermeiro

11/11/19

D/C [Assinatura]



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Úlcera de trouxa com fístula
2 - 13 - 14 - 15 - Metacarpo 2

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade fixação cirúrgica.

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

PX + exame fsw

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 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE-ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE-ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

Rua 405, Km 03, Bairro Aracã, Pau das Ferras RJ, Telefone (24) 3351-9840

BOLETIM DE URGÊNCIA

59

Nome: FERNANDO GOMES DE MORAIS				TEL:		Nº REG: 440803	
Nas: 21/09/1960		1-Masculino	Solteiro	AGRICULTOR	Cert.nasc. ☐ Título ☐ CPF ☐ RG ☒ Nº	689 590	
Pai: LUCAS MORAIS				Mãe: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO			
Endereço: EGIGIO DIAS				0 CENTRO	LUCRECIA		RN
Responsável:				TEL:			
Endereço do Responsável:				84 99625 2874			
Serviço: Urgência / emergência				Enfermaria:		Leito:	
Admissão: 10/11/2019		Hora admissão: 18:33		Data da Alta:		Hora da Alta:	
Dados Clínicos: PA: mmHg Pulso: Bpm Temp: FR:							
Alega Acidente de Trabalho				Sim ☐ Não ☐			

História - Causa eficiente da Lesão (alegada):

*Def. vítima de Acidente de
Trabalho com fratura da punho esquerda
e mão direita*

Lesões ou afecções encontradas

*fratura de punho esquerda + fraturas
do 2º, 3º e 4º dedos da mão direita*

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

FRATURA DE PUNHO ESQ + FRATURAS DE

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

MÃO DIREITA

Hora:

18:36

Assinado e carimbado pelo profissional
Cirurgião Geral do Hospital
Médico: JOSÉ FERRARI DE OLIVEIRA

27/12/19

[Assinatura]

CRM

[Assinatura]
Dr. José Ferrari de Oliveira
MÉDICO
CRM-RJ 2780 - CPF 312.718.34-24

EXAMES COMPLEMENTARES:

RX de punho D. AP / oblique
 RX de punho E. AP / lateral

CONDUTA:

ORTOPEDIA

Rodete rotina de trauma com dor em mão D e
 punho E.
 Ao exame físico: ferida perfurante em 3ª falange D
 Ao RX: fratura 2-3-4-5 e punho E sem desloc
 ad: limpeza + sutura + imobilização. USG/MSE.
 Faixa splint em mão D + tala leve nos E
 Recebe alta com redução + ortótese + Atestado
 médico.

1) Cefotaxima 1g - 02 amp. IV dil.

Dr. José Ferrari de Oliveira
 MEDICO
 CRM-RN 2760-CPE 322728/2016-34

Médico / Carimbo:

DESTINO DO PACIENTE:

Data: ____/____/____ hora: ____

Destino: Cl. Médica: ☐ Cl. Cirúrgica: ☐ Cl. Obstétrica: ☐ UTI Adulto: ☐ Pediatria: ☐
 Alta Médica: ☐ Alta a pedido: ☐ Alta a revelia: ☐ Transferência: ☐ Óbito: ☐

Médico / Carimbo:

Unidade de Pronto Atendimento
 Centro de Diagnóstico de Lesões - PECCA
 1401, 1402, 1403
 Rua Adolpho

27/12/19

Dr. José Ferrari de Oliveira

Unidade de Pronto Atendimento
 Centro de Diagnóstico de Lesões - PECCA
 1401, 1402, 1403
 Rua Adolpho

27/12/19

Código: 314909604

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL REGIONAL DR CLEUDON CARLOS DE ANDRADE (2409275)
Central Reguladora:
NATAL

Op. Solicitante:
EDILZA
Unidade Desejada:
-- (---)

Data de Solicitação:
11.11.2019 - 10:42:32
Data Desejada:

DADOS DO PACIENTE

CNS:
702000350397582
Nome do Paciente:
FERNANDO COMES DE MORAIS
Nome da Mãe:
RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO
Sexo:
MASCULINO
Data de Nascimento:
21/09/1960 (59 anos)
Tipo Logradouro:
AVENIDA
Número:
201
País de Residência:
BRASIL
Telefone(s):
(84) 9617-9422 ([Exibir Link Detalhado](#))

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:

MARTINS - RN

Raça:

PAROA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:

LAURO MAIA

Bairro:

CENTRO

Município de Residência:

LUCRECIA

Complemento:

CEP:

59805-000

UF:

RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

Nome do Médico Solicitante:
dra nayera g. souza

Status da Solicitação:
PENDENTE

Diagnóstico Inicial - CID:

S622 - FRATURA DO PRIMEIRO METACARPIANO

Caráter:

11 - Urgência

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPIANOS

Classificação de Risco

- Urgência, atendimento o mais rápido possível

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408020377

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

VITIMA DE TRAUMA COM FRATURA 2/3/4/5 METACARPO DIREITO/4>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

RX MAIS EXAME FISICO

Condições que Justificam a Internação:

NECESSIDADE E FIXAÇÃO CIRURGICA

PARECER

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:

11.11.2019 - 10:42:32

Data da Extração dos Dados: 15/01/2020 09:38:07



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Saúde Pública

Hospital Estadual Dr. Ruy Pereira dos Santos



LAUDO MÉDICO

O (a) Sr (a)

apresenta

Necessita, a critério do médico perito do INSS, afastar-se de suas atividades laborais.

CID10:

S62

16/01/2020

HOSPITAL
ESTADUAL
DR. RUY PEREIRA DOS SANTOS
LAUDO MÉDICO
DATA: 16/01/2020
ASSINATURA: [assinatura]

*Autorizo informar o diagnóstico



RUA MONTE SINAI, 1948 CTD. JARDIM
FONE: (84) 4008-5000

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que Francisco
James de Moura
necessita se ausentar do trabalho por 60
trinta dias, por motivo de
doença.
C.I.D. M 85.5

Natal, 22 de 01 de 2020
Dr. Praxine
CRM 100000
Ortopedia
[Assinatura]
Assinatura do médico



Hospital Dr. Cleodon Carlos de Andrade

BR 405 - KM 03 - PAU DOS FERROS/RN - (84) 3331-9840/41

Nome: ATZILADO MEDIC

RECEITUÁRIO

Atesto que o paciente
FERNANDO GOMES DE
MORAIS, foi atendido
neste Hospital com
FRATURA DE PUNHO ESQ
E FRATURA DE MÃO DIREITA
2º, 3º, 4º E 5º DEDOS. NO DIA
10/11/2017.

08
01
2020

Dr. José Ferrari de Oliveira
MÉDICO
CRM-RN 27400 - CPF 322.728.304-36

Data:



Prefeitura Municipal do Natal
Secretaria Municipal de Tributação
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e
Nota Natalense

Nº da Nota: 0000036031
Competência: JAN/2020
Data Prestação Serviço: 30/01/2020
Nº da Nota Substituída:

Data/Hora de Emissão: 30/01/2020 às 11:17:21

Código de Verificação: 599042039

Prestador de Serviços

CPF/CNPJ: 02.561.150/0001-08
Inscrição Municipal: 132.895-6
Razão Social: TRAUMACENTER - SERVICOS MEDICO-HOSPITALARES LTDA
Endereço: AV LIMA E SILVA, 1337, Lagoa Nova, 59075-710
Município: NATAL UF: RN
Telefone: E-mail:



Tomador de Serviços

Nome/Razão Social: FERNANDO GOMES DE MORAIS
CPF/CNPJ: 378.282.404-06 Inscrição Municipal:
Endereço: AVENIDA LAURO MAIA, 201, CENTRO, 59805-000
Município: LUCRECIA UF: RN
Telefone: E-mail:

Serviços

4.03 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS

Item	Descrição	Quant.	Vir. Unitário	Valor Total
1	CONSULTA COM O MEDICO ORTOPEDISTA DR HELIO RUBENS	1,0000	100,00	100,00
Valor Total da NFS-e R\$:				100,00
Deduções (R\$)	Base Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Outras Retenções (R\$)
	100,00	5,00	5,00	
INSS (R\$)	IRPJ (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)

Outras Informações

PROCON/NATAL Instituto Municipal de ProL e Defesa do Consumidor Rua Senão, 355, Petropolis, Natal/RN, CEP: 59020-010 Telefones: (84)3232-9050; 3232-9052 Carga tributária aproximada dos impostos 18,45% FONTE: IBPT

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

POLEGAR DIREITO

Fernando Gomes de Moraes

CARTÃO DE IDENTIDADE

Documentos de identificação



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

IDENTIFICAD. 689.590 DATA DE EXPIRAÇÃO 19/09/2016

NOME FERNANDO GOMES DE MORAIS

RELACÃO LUCAS MORAIS RAIMUNDA MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE MARTINS RN DATA DE NASCIMENTO 21/07/1960

DATA DE CERT. DE NASCIMENTO 1-4-97 F-175 RS-4274

EMISSÃO 14/01/2016 RN-CARTÃO UNICO-SEPTORIO

CPF 378.282.404-06

Assinatura do Diretor José Elias Ferreira do N. Junior

2a. VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/08/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 0117027 - 0010 IN Nº 014244246904
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1-1-01032693578 2018

FERNANDO GOMES DE MOURA

378.282.404-06 OGB3220

OGB3220/RN

378.282.404-06 OGB3220

01032693578

001/149 CILINDRADAS PARTICIPAR

013812357 R\$ 10 10

013812357 R\$ 10 10

013812357 R\$ 10 10

013812357 R\$ 10 10

013812357 R\$ 10 10

013812357 R\$ 10 10

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 014244246904 - BILHETE DE SEGURO 1

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT. PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT-0800 022 1204

378.282.404-06 OGB3220

378.282.404-06 OGB3220

01032693578

001/149 CILINDRADAS PARTICIPAR

013812357 R\$ 10 10

013812357 R\$ 10 10

013812357 R\$ 10 10

013812357 R\$ 10 10

013812357 R\$ 10 10

013812357 R\$ 10 10

013812357 R\$ 10 10

013812357 R\$ 10 10

013812357 R\$ 10 10

013812357 R\$ 10 10

013812357 R\$ 10 10

013812357 R\$ 10 10

013812357 R\$ 10 10

013812357 R\$ 10 10

013812357 R\$ 10 10

013812357 R\$ 10 10

013812357 R\$ 10 10

013812357 R\$ 10 10

013812357 R\$ 10 10

013812357 R\$ 10 10

013812357 R\$ 10 10

013812357 R\$ 10 10

Ocorrência Plantão 10.11.19 das 7:00 as 19:00
 Recebemos o setor c/ O1 Pte. & Jairo Neto de medei-
 segue TTT clínico apresenta melhora na aguçada resul-
 tados de exame R.M. AS 15:45 deu entrada neste
 setor hospitalar. O senhor & Fernando Gomes de mor-
 vítima de acidente motociclístico consciente, apresenta
 cortes dentro da boca lábio inferior, orelha E suspiro
 de fratura nos punhos O e E foi suturado e medi-
 cado transferido p/ Parede Ferra p/ avaliação
 especializada. Tec de end. que acompanhava...
 Ivanice. AS 17:00 deu entrada neste setor o Sr.
 & Manoel Cleiton da Silva apresentando dor intensa
 no olho E, lacrimação e déficit de visão causa-
 da por uma pancada inferior no mesmo local anterior-
 p/ TTT clínico. O mais outros atendimentos ambulatoriais

Motorista - Vanderli

Vigia - José Dantas

ASD - Rita de Cassia

Equipe de Plantão
Médico - Rafaelly

Tec de End - M^o Ivanice

Tec de End - M^o Francisco

Ocorrência Motorman do Plantão 10.11.19
 Pte. Jairo Neto de Medeiros refere forte dor na
 perna foi medicado conforme prescrição médica. Manoel
 Cleiton da Silva refere dor e lacrimação no olho
 esquerdo continuo foi encaminhado p/ consulta oftalmol-
 ógica. O mais os atendimentos ambulatoriais.

Motorista - Vanderli

Vigia - José Dantas

ASD - Rita de Cassia

Equipe de Plantão
Médico - Rafaelly

Tec - M^o Francisco

Tec - M^o Ivanice

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0070186/20

Vítima: FERNANDO GOMES DE MORAIS

CPF: 378.282.404-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/11/2019

Titular do CPF: FERNANDO GOMES DE
MORAIS

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

Outros



FERNANDO GOMES DE MORAIS : 378.282.404-06

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/02/2020
Nome: FERNANDO GOMES DE MORAIS
CPF: 378.282.404-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2020
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

FERNANDO GOMES DE MORAIS

Paulo Victor Soares Sant'Ana

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200087342 **Cidade:** Luís Gomes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDO GOMES DE MORAIS **Data do acidente:** 10/11/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º,3º,4º E 5º METACARPO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DA MÃO DIREITA.

**Documentos
complementares:**

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
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Rio de Janeiro, 02 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200087342

Vítima: FERNANDO GOMES DE MORAIS

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FERNANDO GOMES DE MORAIS

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, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200087342

Vítima: FERNANDO GOMES DE MORAIS

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FERNANDO GOMES DE MORAIS

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: Perda funcional completa de uma das mãos 70%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%	
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$ 2.362,50

Recebedor: **FERNANDO GOMES DE MORAIS**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **000000879-6**

Conta: **000010021441-X**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE PATU

Endereço: RUA LUCAS MATIAS, 51, COSTA E SILVA, PATU

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J20201000008

1.2 Data de Expedição: 17/01/2020 16:14:19

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.4 Ligou CLOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 10/11/2018 15:00:00

2.2 Autoria: Desconhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Em Veículo

2.7 Logradouro: RN-072, MUNICÍPIO DE LUCRÉCIA, PRÓXIMO AO SÍTIO CABORÉ.

2.8 Número: SN

2.9 CEP:

2.10 Complemento:

2.11 Ponto de Referência:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIO E FAZENDAS

2.13 Cidade: LUÍS GOMES

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FERNANDO GOMES DE MORAIS

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: LUCAS MORAIS

3.5 Etnia: Pardo

3.6 Mãe: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 37628240405

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 21/09/1960

3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)

3.14 RG: 689500 - ITEP/RN

3.15 Telefone(s): 84 995560535

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 201

3.18 Nacionalidade: MARTINS RN

3.19 Bairro: CENTRO

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: AV. LAURO MAIA

3.23 Cidade: LUCRÉCIA

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VITIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VITIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Seguro: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: 16307

7.1.4 Renavam:

7.1.5 Placa: QG83220

7.1.6 Estado:

7.1.7 Marca: YAMAHA

7.1.8 Modelo: XTZ150 CROSSER ED

7.1.8 Ano do Modelo: 2015

7.1.10 Ano de Fabricação: 2014

7.1.11 Cor do veículo: BRANCA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: FERNANDO GOMES DE MORAIS

7.1.16 Veículo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor:

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE DECLAROU QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA CITADOS, ESTAVA PILOTANDO SUA MOTOCICLETA, JÁ DESCRITA, QUANDO CAIU EM UM BURACO NA PISTA DE ROLAMENTO, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO E CAIU; QUE DEVIDO AO ACIDENTE TEVE VÁRIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO E FRATUROU A MÃO DIREITA E O PUNHO ESQUERDO; QUE SEU PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO FOI NO HOSPITAL PÚBLICO DA CIDADE DE LUCRÉCIA/RN, PELO MÉDICO DR.(*) RAFAELLY DE MORAES, CRM/RN Nº 8650; QUE O PRESENTE EXPEDIENTE É PARA FINS DE INDENIZAÇÃO JUNTO AO SEGURO DPVAT.

9.2 Informações do CLOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 17/01/2020 16:14:19

Policial
Alcimar Carlos Ferreira da Silva
3º Sgt. PM
Mat. 163633-2

Fernando Gomes de Moraes
Interessado

Policial direito

Atendimento: 1636332 - ALCIMAR CARLOS FERREIRA DA SILVA

Impressão por: 1636332 - ALCIMAR CARLOS FERREIRA DA SILVA em 17/01/2020 16:14:25

FIM DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A.
Tel 21 3861-4600 www.seguradorelider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de Inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FERNANDO GOMES DE MORAIS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00879-6

CONTA: 000010021441-X

Nr. da Autenticação FE4CBABDD4C0264D



Yatã Social de Energia Unificada criada pela Lei 10.438 de 16/04/02
YATÁ SOCIAL DE ENERGIA UNIFICADA - YATÁ SOCIAL DE ENERGIA UNIFICADA S.A.
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Central, 100, Dado, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.956.180/0001-81 | Ins. Est. 50030199-0 | www.cosern-rn.com.br

FERNANDO GUMES DE MORAIS

AV. LAURO MATA 201

CPF: 378.382.404-86

CENTROVARE URBANA
LUCRECIA RN
59695-000

31 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
MUNICÍPIO

7011537337 06/2018
27/08/2018 20/09/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 47,57

DATA NOTA FISCAL 01/12/2018
SERIE ÚNICA
ANEXO 26/09/2018
COMPROVAÇÃO 30/09/2018
R\$ 47,57

LOCAL DE RESIDÊNCIA
Bairro: Bandeira VERMELHA

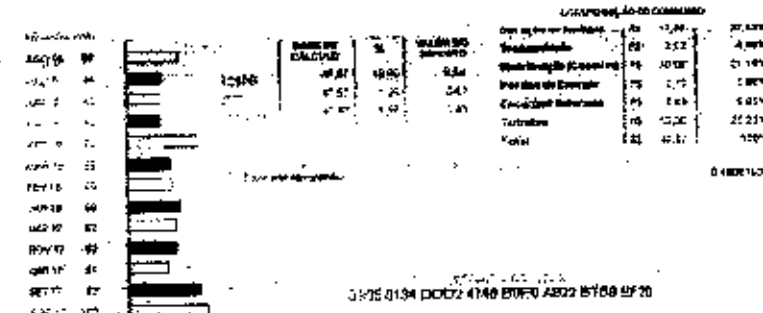
Comprovante de residência



TOTAL A PAGAR

47,57

DATA	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR
01/12/2018	47,57	TAXA DE ILUMINAÇÃO	47,57	TAXA DE ILUMINAÇÃO	47,57	TAXA DE ILUMINAÇÃO	47,57	TAXA DE ILUMINAÇÃO	47,57



Este comprovante é emitido automaticamente pelo sistema de medição de energia elétrica da Cosern Neoenergia. O valor total a pagar é de R\$ 47,57. O cliente deve apresentar este comprovante junto com a fatura de energia elétrica para a obtenção de desconto de 10% no valor da fatura.

Este comprovante é emitido automaticamente pelo sistema de medição de energia elétrica da Cosern Neoenergia. O valor total a pagar é de R\$ 47,57. O cliente deve apresentar este comprovante junto com a fatura de energia elétrica para a obtenção de desconto de 10% no valor da fatura.

DATA	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR
01/12/2018	47,57	TAXA DE ILUMINAÇÃO	47,57	TAXA DE ILUMINAÇÃO	47,57	TAXA DE ILUMINAÇÃO	47,57	TAXA DE ILUMINAÇÃO	47,57

Comprovante de residência
7011537337 06/2018
27/08/2018 20/09/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 47,57
83870000000-1 47570038407-0 01153733720-8 01050195993-6



Documentação médica - hospitalar



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCRÉCIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Unidade Mista de Lucrécia

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome: Luizardo Gomes de Moraes Idade: 59End: Av. Sauermaia Bairro: CentroCidade: Sucupira Sexo: ☒ M ☐ FHora: 15:45 Lucrécia/RN 10 de Novembro de 2019

História do paciente vítima de acidente motorciclístico apresenta ferida cortante retroauricular direita e lóbio inferior, epistaxe, ecchimoza e escoriação no nariz direito.

Exame Físico Paciente com EEB, consciente, corada, mucosas úmidas, pele intacta. MV + em AMT, SatO₂: 96% ao ar ambiente. Ausculta cardíaca normal e regular com S1 e S2 normais, murmúrios cardíacos e pulmonares ausentes.

TAP 10 x 10 MMHG Pulso: 68 Respiração Temp:

Diagnóstico Provisório Trauma mão D.

Conduta
Voltou com 75mg de analgésico.
Exame físico normal.
Sintomas de dor.

Observação de Enfermagem

☐ Retirou-se por decisão Médica
☐ A pedido
☐ A revelia
☐ Óbito Data 10/11/2019 às 15 hs.

TRANSFERIDO

Do Hospital e Maternidade Maria Laila da Costa

Para: Hospital Regional de São José do Rio Preto

Chefe de plantão

Médico Carimbo

Responsável

Dra. Rafaelly de Moraes
Médica
CRM/RN 8650

HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 405, Km 03, Brás de Pina, Pau dos Ferros RN, Jafelax (64) 3331 - 9840

BOLETIM DE URGÊNCIA

Nome: FERNANDO GOMES DE MORAIS				TEL:		Nº REG: 440803	
Nas: 21/09/1960		1-Masculino	Solteiro	AGRICULTOR	Cert.nasc. ☐ Título ☐ CPF ☐ RG ☒ Nº	689 590	
Pai: LUCAS MORAIS				Mãe: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO			
Endereço: EGIGIO DIAS			0	CENTRO	LUCRECIA		RN
Responsável:						TEL:	
Endereço do Responsável:				84 99625 2874			
Serviço: Urgência / emergência				Enfermaria:		Leito:	
Admissão: 10/11/2019		Hora admissão: 18:33		Data da Alta:		Hora da Alta:	
Dados Clínicos: PA:..... mmHg				Pulso:..... Bpm		Temp:..... FR.....	
Alega Acidente de Trabalho				Sim ☐		Não ☐	

História - Causa eficiente da Lesão (alegada):

Lesões ou afecções encontradas

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Hora: 18:36

CRM

UNIDADE DE EMERGÊNCIA
Chefe de Seção do SAME - RBCA
Mat. 98.105-0
Bot. Arim 4300 - 09/04/2019

HOSP. DR. CLEODON CARLOS DE ANDRADE
AUTENTICAÇÃO
CONFERE COM O ORIGINAL
Ass. do Enfermeiro

11/11/19

[Assinatura]

EXAMES COMPLEMENTARES:

LEMENTARES:

Rx de MTA D AP / 06/10/1999

Rx de Dunita Esg AP / 10/10/1999

ORFORD B'n

ORTOPEDIA

Problema rutina de trauma com dor em mão ⑤ e pulso ⑤.

AO exame físico: ferida puntiforme em 3ª falange ⑤.

No RX: fratura 2-3-4-5 e pulso ⑤ em dor.

cd: limpeza + sutura + imobilização HSD/MSE.

Faca split em mão ⑤ + tala leve no

Recibe alta com reatário + ortóps + Algodão

medico: IV dil

1) Cefalotina 1g - 0,2 comp. IV det.

Dr. José Ferrari de Oliveira
MEDICO
CRM-RN 2760-CPE 322.728 R3A-3A

Medico / Carimbo:

Data: ____/____/____ -hora: _____

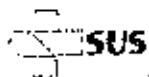
Destino: Cl. Médica: ☐ Cl. Cirúrgica: ☐ Cl. Obstétrica: ☐ UTI Adulto: ☐ Pediatría: ☐

Alta Médica: ☐ Alta a pedido: ☐ Alta a revelia: ☒ Transferencia: ☐ Óbito: ☐

Médico / Carimbo:

União da República do SAAR - 1948
 (Mort. 22.7.1948)
 (Post. 22.7.1948 - 1948)

NUNCA DEIXE O CILINDRO DE GÁS
 AUTOMÁTICO AQUECER
 CONFERE COM O GRUPO Nº 1



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Úlcera de trouxa com fístula
2 - 13 - 14 - 15 - Metacarpo 2

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade fixação cirúrgica.

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

PX + exame fsw

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 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE-ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE-ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CNS

CPF

PR. DOCUMENTO SOLICITANTE

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

Rua 405, Km 03, Bairro Aracaju, Pau das Ferras RJ, Telefone (64) 3351-9840

BOLETIM DE URGÊNCIA

59

Nome: FERNANDO GOMES DE MORAIS				TEL:		Nº REG: 440803	
Nas: 21/09/1960		1-Masculino	Solteiro	AGRICULTOR	Cert.nasc. ☐ Título ☐ CPF ☐ RG ☒ Nº	689 590	
Pai: LUCAS MORAIS				Mãe: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO			
Endereço: EGIGIO DIAS				0 CENTRO	LUCRECIA		RN
Responsável:				TEL:			
Endereço do Responsável:				84 99625 2874			
Serviço: Urgência / emergência				Enfermaria:		Leito:	
Admissão: 10/11/2019		Hora admissão: 18:33		Data da Alta:		Hora da Alta:	
Dados Clínicos: PA: mmHg Pulso: Bpm Temp: FR:							
Alega Acidente de Trabalho				Sim ☐ Não ☐			

História - Causa eficiente da Lesão (alegada):

*Def. vítima de Acidente de
Trabalho com fratura da punho esquerda
e mão direita*

Lesões ou afecções encontradas

*fratura de punho esquerda + fraturas
do 2º, 3º e 4º dedos da mão direita*

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

FRATURA DE PUNHO ESQ + FRATURAS DE

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

MÃO DIREITA

Hora:

18:36

Assinatura do Responsável
Cirurgião Geral do Hospital
Médico Especialista

27/12/19

[Assinatura]

CRM

Dr. José Ferrari de Oliveira
MÉDICO
CRM-RN 2780 - CPF 312.718.34-24

EXAMES COMPLEMENTARES:

RX de punho D. AP / oblique
 RX de punho E. AP / lateral

CONDUTA:

ORTOPEDIA

Rozante vítima de trauma com dor em mão D e
 pulso E.
 Ao exame físico: ferida puntiforme em 3ª falange D
 Ao RX: fratura 2-3-4-5 e pulso E em dor
 Od: Injeção + sutura + Imobilização USD/MSE.
 Faixa splint em mão D + tala leve nos E
 Recebe alta com redução + ortopedia + Atestado
 médico.

1) Cefalotina 1g - 02 amp. IV dil.

Dr. José Ferrari de Oliveira
 MEDICO
 CRM-RN 2760-CPE 322728/PA-34

Médico / Carimbo:

DESTINO DO PACIENTE:

Data: ____/____/____ hora: ____

Destino: Cl. Médica: ☐ Cl. Cirúrgica: ☐ Cl. Obstétrica: ☐ UTI Adulto: ☐ Pediatria: ☐

Alta Médica: ☐ Alta a pedido: ☐ Alta a revelia: ☐ Transferência: ☐ Óbito: ☐

Médico / Carimbo:

1534 DE 1534-1534-1534-1534
 Centro de Diagnóstico de 1534-1534-1534
 1534-1534-1534-1534
 1534-1534-1534-1534

27/12/19

Dr. José Ferrari de Oliveira

1534 DE 1534-1534-1534-1534
 Centro de Diagnóstico de 1534-1534-1534
 1534-1534-1534-1534
 1534-1534-1534-1534

27/12/19

Código: 314909604

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL REGIONAL DR CLEUDON CARLOS DE ANDRADE (2409275)
Central Reguladora:
NATAL

DADOS DO PACIENTE

CNS:
702000350397582
Nome do Paciente:
FERNANDO COMES DE MORAIS
Nome da Mãe:
RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO
Sexo:
MASCULINO
Data de Nascimento:
21/09/1960 (59 anos)
Tipo Logradouro:
AVENIDA
Número:
201
País de Residência:
BRASIL
Telefone(s):
(84) 9617-9422 ([Exibir Link Detalhado](#))

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

Diagnóstico Inicial - CID:
S622 - FRATURA DO PRIMEIRO METACARPIANO
Caráter:
11 - Urgência
Clínica:
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Procedimento Solicitado:
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPIANOS

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
<VITIMA DE TRAUMA COM FRATURA 2/3/4/5 METACARPO DIREITO/>
Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
RX MAIS EXAME FÍSICO
Condições que Justificam a Internação:
NECESSIDADE E FIXAÇÃO CIRURGICA

PARECER

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

Op. Solicitante:

EDILZA

Unidade Desejada:

-- (---)

Data de Solicitação:

11.11.2019 - 10:42:32

Data Desejada:

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:

MARTINS - RN

Raça:

PAROA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:

LAURO MAIA

Bairro:

CENTRO

Município de Residência:

LUCRECIA

Complemento:

CEP:

59805-000

UF:

RN

Nome do Médico Solicitante:

dra nayera g. souza

Status da Solicitação:

PENDENTE

Classificação de Risco

- Urgência, atendimento o mais rápido possível

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408020377

CRM:

Data de Solicitação:

11.11.2019 - 10:42:32

Data da Extração dos Dados: 15/01/2020 09:38:07



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Saúde Pública

Hospital Estadual Dr. Ruy Pereira dos Santos



LAUDO MÉDICO

O (a) Sr (a)

apresenta

Necessita, a critério do médico perito do INSS, afastar-se de suas atividades laborais.

CID10:

S62

16/01/2020

HOSPITAL
ESTADUAL
DR. RUY PEREIRA DOS SANTOS
LAUDO MÉDICO
DATA: 16/01/2020
ASSINATURA: [assinatura]

*Autorizo informar o diagnóstico



RUA MONTE SINAI, 1948 CTD. JARDIM
FONE: (84) 4008-5000

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que Francisco
James Moraes
necessita se ausentar do trabalho por 60
dias dias, por motivo de
doença.
C.I.D. M25.5

Natal, 22 de 01 de 2020
Dr. Praxine
CRM 100000
Ortopedia
Assinatura do médico



Hospital Dr. Cleodon Carlos de Andrade

BR 405 - KM 03 - PAU DOS FERROS/RN - (84) 3331-9840/41

Nome: ATLÉSTAO MEDIC

RECEITUÁRIO

Atesto que o paciente
FERNANDO GOMES DE
MORAIS, foi atendido
neste Hospital com
FRATURA DE PUNHO ESQ
E FRATURA DE MÃO DIREITA
2º, 3º, 4º E 5º DEDOS. NO DIA
10/11/2017.

08
01
2020

Dr. José Ferrari de Oliveira
MÉDICO
CRM-RN 27400 - CPF 322.728.304-36

Data:



Prefeitura Municipal do Natal
Secretaria Municipal de Tributação
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e
Nota Natalense

Nº da Nota: 0000036031
Competência: JAN/2020
Data Prestação Serviço: 30/01/2020
Nº da Nota Substituída:

Data/Hora de Emissão: 30/01/2020 às 11:17:21

Código de Verificação: 599042039

Prestador de Serviços

CPF/CNPJ: 02.561.150/0001-08 Inscrição Municipal: 132.895-6
Razão Social: TRAUMACENTER - SERVICOS MEDICO-HOSPITALARES LTDA
Endereço: AV LIMA E SILVA, 1337, Lagoa Nova, 59075-710
Município: NATAL UF: RN
Telefone: E-mail:



Tomador de Serviços

Nome/Razão Social: FERNANDO GOMES DE MORAIS
CPF/CNPJ: 378.282.404-06 Inscrição Municipal:
Endereço: AVENIDA LAURO MAIA, 201, CENTRO, 59805-000
Município: LUCRECIA UF: RN
Telefone: E-mail:

Serviços

4.03 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÓMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS

Item	Descrição	Quant.	Vir. Unitário	Valor Total
1	CONSULTA COM O MÉDICO ORTOPEDISTA DR HELIO RUBENS	1,0000	100,00	100,00

Valor Total da NFS-e R\$: 100,00

Deduções (R\$)	Base Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Outras Retenções (R\$)
INSS (R\$)	100,00	5,00	5,00	
	IRPJ (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)

Outras Informações

PROCON/NATAL Instituto Municipal de ProL e Defesa do Consumidor Rua Senão, 355, Petropolis, Natal/RN, CEP: 59020-010 Telefones: (84)3232-9050; 3232-9052 Carga tributária aproximada dos Impostos 18,45% FONTE: IBPT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

RIO GRANDE DO NORTE

Carteira de Identidade

Assinatura: *Fernando Gomes de Moraes*

POLEGAR DIREITO




Documentos de identificação



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

IDENTIFICADORA 689.590 DATA DE EXPIRAÇÃO 19/09/2016

NOME FERNANDO GOMES DE MORAIS

RELACÃO LUCAS MORAIS
RAIMUNDA MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE MARTINS RN DATA DE NASCIMENTO 21/07/1960

DATA DE CERT. DE NASCIMENTO 1-4-97 F-175 RS-4274
MARTINS RN-CARTÓRIO ÚNICO-SECRETARIA

CPF 378.282.404-06 Assinatura: *João Carlos de N. Junior* 2a. VIA
Coordenador de Identificação

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/08/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 014244246904 - 0010 IN Nº 014244246904
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VALOR DO CDB RENAVAM: R\$ 01.032.693,57
DATA DE EMISSÃO: 13/02/2019

FERNANDO GOMES DE MOURA

378.282.404-06 OGB3220

OGB3220/RN

COMBUSTÍVEL

MARKA/MODELO

2014 2015

OCV/149 CILINDRADAS PARTICIPAR

COR PREDOMINANTE

BRANCA

COTA ÚNICA

VENO COTA ÚNICA

VENO COTA ÚNICA

VENO COTA ÚNICA

VENO COTA ÚNICA

VENO COTA ÚNICA

VENO COTA ÚNICA

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, À PESSOA TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 014244246904 - BILHETE DE SEGURO 1

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT. PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT-0800 022 1204

378.282.404-06 OGB3220

OGB3220/RN

COMBUSTÍVEL

MARKA/MODELO

2014 2015

OCV/149 CILINDRADAS PARTICIPAR

COR PREDOMINANTE

BRANCA

COTA ÚNICA

VENO COTA ÚNICA

VENO COTA ÚNICA

VENO COTA ÚNICA

VENO COTA ÚNICA

VENO COTA ÚNICA

VENO COTA ÚNICA

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

Ocorrência Plantão 10.11.19 das 7:00 as 19:00
 Recebemos o setor c/ O1 Pte. & Jairo Neto de medleir
 segue TTT clínico apresenta melhora na aguçada resul
 tados de exame R.M. AS 15:45 deu entrada neste
 setor hospitalar. O senhor & Fernando Gomes de mor
 vítima de acidente motociclístico consciente, apresentando
 cortes dentro da boca lábio inferior, orelha E suspirito
 de fratura nos punhos O e E foi suturado e medi
 cado transferido p/ Parede dos Ferros p/ avaliação
 especializada. Tcc de end. que comparece...
 Ivanice. AS 17:00 hs deu entrada neste setor o Jor
 & Manoel Cleiton da Silva apresentando dor intensa
 no olho E, lacrimação e déficit de visão causa
 da por uma pancada interna no mesmo local anterior
 p/ TTT clínico. O mais outros atendimentos ambulatório

Motorista - Vanderli

Vigia - José Dantas

ASD - Rita de Cassia

Equipe de Plantão
Médico - Rafaelly

Tcc de End - M^o Ivanice

Tcc de End - M^o Francisco

Ocorrência Motorman do Plantão 10.11.19
 Pte. Jairo Neto de Medeiros refere forte dor na
 perna foi medicado conforme prescrição médica. Manoel
 Cleiton da Silva refere dor e lacrimação no olho
 esquerdo continuo foi encaminhado p/ consulta oftalmol
 ógica. O mais os atendimentos ambulatório.

Motorista - Vanderli

Vigia - José Dantas

ASD - Rita de Cassia

Equipe de Plantão
Médico - Rafaelly

Tcc - M^o Francisco

Tcc - M^o Ivanice

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0070186/20

Vítima: FERNANDO GOMES DE MORAIS

CPF: 378.282.404-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/11/2019

Titular do CPF: FERNANDO GOMES DE
MORAIS

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

Outros



FERNANDO GOMES DE MORAIS : 378.282.404-06

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/02/2020
Nome: FERNANDO GOMES DE MORAIS
CPF: 378.282.404-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2020
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

FERNANDO GOMES DE MORAIS

Paulo Victor Soares Sant'Ana

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200087342 **Cidade:** Luís Gomes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDO GOMES DE MORAIS **Data do acidente:** 10/11/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º,3º,4º E 5º METACARPO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DA MÃO DIREITA.

**Documentos
complementares:**

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
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200087342 **Cidade:** Luís Gomes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDO GOMES DE MORAIS **Data do acidente:** 10/11/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º,3º,4º E 5º METACARPO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DA MÃO DIREITA.

**Documentos
complementares:**

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
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Rio de Janeiro, 02 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200087342

Vítima: FERNANDO GOMES DE MORAIS

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FERNANDO GOMES DE MORAIS

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, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200087342

Vítima: FERNANDO GOMES DE MORAIS

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FERNANDO GOMES DE MORAIS

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: Perda funcional completa de uma das mãos 70%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%	
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$ 2.362,50

Recebedor: FERNANDO GOMES DE MORAIS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000000879-6

Conta: 000010021441-X

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE PATU
Endereço: RUA LUCAS MATIAS, 51, COSTA E SILVA, PATU

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J202010000008
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 17/01/2020 16:14:19
1.4 Ligou CLOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 10/11/2018 15:00:00
2.3 Fato: Consumado
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.6 Tipo do local: Em Veículo
2.8 Número: SN
2.10 Complemento:
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida
2.4 Flagrante: Não
2.7 Logradouro: RN-072, MUNICÍPIO DE LUCRÉCIA, PRÓXIMO AO SÍTIO CABORÉ.
2.9 CEP:
2.11 Ponto de Referência:
2.13 Cidade: LUÍS GOMES

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FERNANDO GOMES DE MORAIS
3.3 Nome Social:
3.5 Etnia: Pardo
3.7 Sexo: MASCULINO
3.9 CPF: 37628240405
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)
3.15 Telefone(s): 84 995560535
3.17 Número: 201
3.18 Bairro: CENTRO
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.23 Cidade: LUCRÉCIA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.4 Pai: LUCAS MORAIS
3.6 Mãe: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO
3.8 Orientação Sexual:
3.10 Identidade de Gênero:
3.12 Data de Nascimento: 21/09/1960
3.14 RG: 689500 - ITEP/RN
3.16 Passaporte:
3.18 Nacionalidade: MARTINS RN
3.20 E-Mail:
3.22 Logradouro: AV. LAURO MAIA
3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VITIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VITIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Seguro: Não
7.1.3 Chassi: 16307
7.1.5 Placa: QG83220
7.1.7 Marca: YAMAHA
7.1.8 Ano do Modelo: 2015
7.1.11 Cor do veículo: BRANCA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.15 Nome do proprietário: FERNANDO GOMES DE MORAIS
7.1.17 Nome do condutor:
7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:
7.1.4 Renavam:
7.1.6 Estado:
7.1.8 Modelo: XTZ150 CROSSER ED
7.1.10 Ano de Fabricação: 2014
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.14 Número do Motor:
7.1.16 Veículo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE DECLAROU QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA CITADOS, ESTAVA PILOTANDO SUA MOTOCICLETA, JÁ DESCRITA, QUANDO CAIU EM UM BURACO NA PISTA DE ROLAMENTO, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO E CAIU; QUE DEVIDO AO ACIDENTE TEVE VÁRIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO E FRATUROU A MÃO DIREITA E O PUNHO ESQUERDO; QUE SEU PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO FOI NO HOSPITAL PÚBLICO DA CIDADE DE LUCRÉCIA/RN, PELO MÉDICO DR.(*) RAFAELLY DE MORAES, CRM/RN Nº 8650; QUE O PRESENTE EXPEDIENTE É PARA FINS DE INDENIZAÇÃO JUNTO AO SEGURO DPVAT.

9.2 Informações do CLOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data: 17/01/2020 16:14:19

Policial
Alcimar Carlos Ferreira da Silva
3º Sgt. PM
Mat. 163633-2

Fernando Gomes de Moraes
Interessado

Polégrafo digital

Atendimento: 1636332 - ALCIMAR CARLOS FERREIRA DA SILVA
Impressão por: 1636332 - ALCIMAR CARLOS FERREIRA DA SILVA em 17/01/2020 16:14:25

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradorelider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de Inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.