

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: 03/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LINDON JONSON DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03064

CONTA: 001300042653-8

Nr. da Autenticação 17021B92A1E10420

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: 07/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.201,85

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LINDON JONSON DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03064

CONTA: 001300042653-8

Nr. da Autenticação 16FA1D4B041ED6B3

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200118433 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LINDON JONSON DA SILVA **Data do acidente:** 17/10/2019 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL DIREITO. PG. 9

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - ARTROPLASTIA PG. 4,23,27,28,32.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Não

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO SUPERIOR
DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: RELATÓRIO MÉDICO PG. 1, RELATA LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL. DR. WILLIAM C. FERREIRA - CRM 1160.

SINISTRO COM PAGAMENTO. REANÁLISE CONCLUÍDA COM O PAGAMENTO COMPLEMENTAR DE 23,3% PARA
QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU MODERADO PARA O MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

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 um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 23,3 %	16,31%	R\$ 2.201,85
Total			16,31 %	R\$ 2.201,85

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200118433 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LINDON JONSON DA SILVA **Data do acidente:** 17/10/2019 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL DIREITO. PG. 9

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - ARTROPLASTIA PG. 4,23, 27,28,32. ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

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 INTENSA DO OMBRO DIREITO.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

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 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
Ligações Gratuitas:
-TELEATENDIMENTO COSERN: 116
-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
-Ouvidoria 0800 004 0404
Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte
ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL: 167
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ALCILENE LEAL DA SILVA

CPF: 480.995.204-59

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SEIS DE JANEIRO 1615

SANTO ANTONIO/AREA URBANA
59811-070 MOSSORO RN

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

DATA DE VENCIMENTO

28/01/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

182,17

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

21/01/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

21/01/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

036394741

Série: 11

CONTA CONTRATO

000492222011

Nº DO CLIENTE

300629886

Nº DA INSTALAÇÃO

000569029

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

7FF7.F45S.780D.B0B5.DC5E.39A4.D05C.EB91

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	234,00	0,32982774	77,17
Consumo Ativo(kWh)-TE	234,00	0,32491806	76,03
Acrescimo Bandeira AMARELA			4,08
Contrib. Ilum. Pública Municipal			14,87
Multa por atraso-NF 033406186 - 20/11/19			3,68
Multa por atraso-NF 034941380 - 20/12/19			3,55
Juros por atraso-NF 033406186 - 20/11/19			1,94
Juros por atraso-NF 034941380 - 20/12/19			0,17
Atualização IGPM-NF 033406186 - 20/11/19			0,58
Atualização IGPM-NF 034941380 - 20/12/19			0,52
TOTAL DA FATURA			182,17

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
157,28	18,00	28,30	157,28	0,85	1,33	157,28	3,84	6,19

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,32982774	JAN 20	234,00
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,32491806	DEZ 19	234,00
		NOV 19	234,00
		OUT 19	234,00
		SET 19	234,00
		AGO 19	234,00
		JUL 19	234,00
		JUN 19	234,00
		MAY 19	234,00
		ABR 19	234,00
		MAR 19	234,00
		FEV 19	234,00
		JAN 19	234,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

RS	%
Gerção de Energia	58,03
Transmissão	8,07
Distribuição (Cosern)	33,39
Perdas de Energia	10,25
TOTAL	100,00

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	Tipo da Função	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000062131388836	DAT	20/12/2019 28.721,00	21/01/2020 29.945,00	32	1,00000	0,00	234,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 18/02/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MET. MENSAL	MET. TRIM.	MET. ANUAL
DIC-Media horas sem Energia	BARROCAS	2,42	4,96	9,91	15,12
FIC-Media vezes sem Energia		1,00	3,23	6,17	12,15
DIMC-Duração máxima de Interrupção contínua		2,42	2,77	0,00	0,00
DIC-Duração de interrupção em dia crítico					
Limite DICRI: 12,22					
EUS-Valor de Encargo de Uso = R\$ 59,59					
Todo consumidor pode solicitar a aprovação das interrupções DIC, FIC, DIMC e DICRI a qualquer tempo					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! farmácia do povo nordestino: rua para velho, 1215, centro / supermercado
sao luz: r nito pecanha, 517, bom jardim. Lista completa em www.cosern.com.br.
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão do fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL). Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. 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

DES:AGUE AQUI

CONTA CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
000492222011	01/2020	182,17	28/01/2020

TALÃO DE PAGAMENTO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838500000016 821700384000 492222011200 014757105637



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221 206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAS/WEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Paulo Sérgio Castro de Noronha inscrito (a) no CPF sob o Nº 811.270.214-15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Leandro Janson do Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 750.338.444-15 do sinistro de DPVAT cobertura envolvido da vítima Leandro Janson do Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 750.338.444-15 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua 06 de Janeiro</u>		Número <u>3615</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Sto Antonio</u>	Cidade <u>Massaro</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59611-070</u>
E-mail <u>Recuso</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(84) 9953 8106</u>	Telefone celular (DDD)

Massaro 02 de 03 de 2020
Local e Data

Paulo Sérgio Castro de Noronha
Assinatura do Declarante

2003- VISITING AFRICAN VETERANS COM FUND. 2000
 2000-2001 2000-2001 2000-2001 2000-2001 2000-2001
 2000-2001 2000-2001 2000-2001 2000-2001 2000-2001
 2000-2001 2000-2001 2000-2001 2000-2001 2000-2001

Dr. Antonio Castillo de S. Neto
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
011-431-474

Queda ca m², ECE, 19, 60 m

Report from

Tele. Michael I, # no. 1000

Р. Д. Лаптев

Col. (337) P/SC

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MATA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORO *W. B. B.*
SANE / ARQUIVO



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 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
11 - NOME DA MÃE		9 - SEXO	
		Masculino ☒ 1 Feminino ☒ 3	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		10 - RAÇA/COR	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
17 - COD. BGE MUNICÍPIO		18 - UF	
		19 - CEP	

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
GOLEIRA VERMELHA DO ABDOMEN VERMELHO COM NO DORNO DEBILIDADE			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
Procedimento cirúrgico			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
15 - AUSENCIA			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL		24 - CID 10 PRINCIPAL	
F49.023 2010 UNIC90 31110		542.0	
25 - CID 10 SECUNDÁRIO		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
TOMOGRAFIA DE CERVICOCOLUNA		01408020334	
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
0120059101		() CNS (X) CPF	13186183422
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
ANDRÉ LUIZ DE OLIVEIRA		12/10/17	
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		38 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - Nº DO BILHETE		41 - SÉRIE	
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO							
39 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		42 - CNPJ EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA		44 - CBO	
45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA							
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURO							

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - COD. EMISSÃO EMISSOR		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48 - DOCUMENTO		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
() CNS () CPF					
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
/ /					

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:

HOSPITAL REGIONAL DR TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA (2503689)

Central Reguladora:

MOSSORO

Op. Solicitante:

01240255446RAQUEL

Unidade Desejada:

--- (---)

Data de Solicitação:

17.10.2019 - 22:41:38

Data Desejada:

DADOS DO PACIENTE

CNS:

700503744161854

Nome do Paciente

LINDON JONSON DA SILVA

Nome da Mãe

MARIA ALMEIDA DA SILVA

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

05/07/1967 (52 anos)

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

400

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(84) 3316-2652 (*Exibir Lista Detalhada*)

Nome do Responsável:

ANDRÉ

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:

MOSSORO - RN

Raça:

PARDA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:

PROFESSORA MARIA AMELIA GURGEL

Bairro:

RINCAO

Município de Residência:

MOSSORO

Complemento:

CEP:

59600-001

UF:

RN

Telefone do Responsável:

99644-9087 / 98871-8221

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

13186183472

Diagnóstico Inicial - CID:

S422 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO ÚMERO

Caráter

11 - Urgência

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO ÚMERO

Nome do Médico Solicitante:

ANTONIO PINHEIRO DE ALMEIDA NETO

Status da Solicitação:

PENDENTE

Classificação de Risco

Prioridade 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408020334

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE VEICULAR/td>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

EXAME FÍSICO + IMAGEM

Condições que Justificam a Internação:

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRURGICO

PARECER

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:

17.10.2019 - 22:41:38



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

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado LIMPO JONSON 33

SILVA

foi examinado nesta Unidade às _____ horas, necessitando
de 30 (trinta) dias de afastamento do trabalho, a partir
desta data.

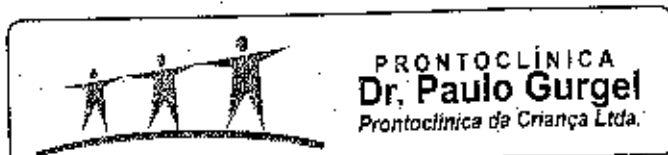
592.2

em 205073 12.10.79
LOCALIDADE E DATA

Antônio Pinheiro de A. Neto
ASS. DO MÉDICO E CARIMBO COM CRM

Dr. Antônio Pinheiro de A. Neto
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM 11.191-PN

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



PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel
Prontoclínica da Criança Ltda.

PLANTÃO 24 HORAS

CIRURGIAS - CLÍNICO GERAL
PEDIATRIA - ORTOPEDIA
LABORATÓRIO DE ANÁLISES
PRONTO-SOCORRO - RAIO-X
ULTRASSONOGRAFIA

Rua Monte Sinai, 1948 - Fone: (84) 4008-5000 - (Ao lado do Nordeste Ponta Negra) - Natal/RN

*Indem Fouson
da Silva*

*mo cu
C Lokowin Com
Ito
Fua I curru
mo ex cu*

*C Fardelax Tio
Fua I curru
mo ex cu*

Dr. Francisco de Assis F. de Souza
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3635-PN

*30/11/19
Lij*

Natal,



LINDON JONAS DA SILVA

Ex. Solicito.

- Rx DO OMBRO (D) AP

Dr. Danilo L. de Pina
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1004

14/07/20

Rua Felipe Camarão, 800, Doze Anos
Mossoró/RN (Próximo à Igreja São João)
@ drsaudemossoro

98869-2024



LUGER ROSELY DA SILVA

1) SOLICITO.

- FISIOTERAPIA MOTORA, 20
SESSÕES, PARA CUIDO DE
ADULTO

11) Fx PROXIMAL NO OMBRO (1)

Dr. Danilo L. de Paiva
Ortopedia e Traumatologia
CRM 121.620

24/04/20

Rua Felipe Camarão, 800, Doze Anos
Mossoró/RN (Próximo à Igreja São João)
@ drsaudemossoro

98869-2024

CORPO CLÍNICO:

Dr. Maeterlinck Rêgo

Medicina esportiva e
Reumatologia.

Dr. Marcelo Rêgo

Medicina esportiva,
cirurgia do joelho e
cirurgia do ombro.

Dr. Márcio Rêgo

Medicina esportiva e
cirurgia do joelho.

Dr. Marcos Rêgo

Medicina esportiva e
cirurgia do ombro.

**Consultório no
Hospital Memorial
São Francisco**

Av. Juvenal Lamartina, 979

Sala 1 - Tirol - Natal/RN

Consultas - (84) 3133-4200

☎ (84) 98840-8120



ARTROCENTER
ombro e joelho

LINDON JONSON DA SILVA

Uso oral:

1) DEOCIL 10 SL ----- 01 cx

Tomar 01 comprimido de 12/12h em caso de dor

ARCAÇÃO CONSULTAS :

☎ 98840-8120

Handwritten signature of Dr. Maeterlinck Rêgo
Dr. Maeterlinck Rêgo
Medicina Esportiva e
Cirurgia do Ombro
Natal - RN - 55090-000

CORPO CLÍNICO:

Dr. Maeterlinck Rêgo
Medicina esportiva e
Reumatologia.

Dr. Marcelo Rêgo
Medicina esportiva,
cirurgia do joelho e
cirurgia do ombro.

Dr. Márcio Rêgo
Medicina esportiva e
cirurgia do joelho.

Dr. Marcos Rêgo
Medicina esportiva e
cirurgia do ombro.

**Consultório no
Hospital Memorial
São Francisco**

Av. Juvenal Linsartins, 979
Sala 1 - Tirol - Natal/RN
Consultas - (84) 3135 4200
☎ (84) 32540 5120



LINDON J. DA SILVA

Solicito :

Rx ombro D AP/P/AXILAR

Indicação:

FRATURA

Marcelo Rêgo
Cirurgia do Ombro
Cirurgia do Joelho



Ortotrauma

Ortopedia e Traumatologia

Nome: And. f. d.?

Lol. b

dx em 2o D
AP ver/leis / Perf!

21/01/2020

Mossoró/RN 1

KÉILERTE GURGEL
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 6766 TECT 14299

Médico

CLÍNICA ORTOTRAUMA

Rua: Duodécimo Rosado, 1518, Nova Betânia, Mossoró /RN

Agendamento de Consulta: (84) 3061-5880 / 3316-0430

www.orto-trauma.com

CORPO CLÍNICO:

Dr. Maeterlinck Rêgo

Medicina esportiva e
Reumatologia.

Dr. Marcelo Rêgo

Medicina esportiva,
cirurgia do joelho e
cirurgia do ombro.

Dr. Márcio Rêgo

Medicina esportiva e
cirurgia do joelho.

Dr. Marcos Rêgo

Medicina esportiva e
cirurgia do ombro.

**Consultório no
Hospital Memorial
São Francisco**

Av. Juscelino Kubitschek, 579

Sala 1 - 1º andar - Jatoá

Consultas - (04) 5133 4260

☎ (04) 02540 5720



ARTROCENTER
ombro e joelho

LINDON JOHNSON DA SILVA

Solicito :

HEMOGRAMA COMPLETO

GLICEMIA

COAGULOGRAMA

Indicação:

Pre operatório

12/11/19


Márcio Rêgo
Cirurgião de Ombro e Joelho
CRM 10.184

CORPO CLÍNICO:

Dr. Maeterlinck Rêgo

Medicina esportiva e
Reumatologia.

Dr. Marcelo Rêgo

Medicina esportiva,
cirurgia do joelho e
cirurgia do ombro.

Dr. Márcio Rêgo

Medicina esportiva e
cirurgia do joelho.

Dr. Marcos Rêgo

Medicina esportiva e
cirurgia do ombro.

**Consultório no
Hospital Memorial
São Francisco**

Av. Juvêncio Lapa, 1000

Sala 1 - 11º andar - Curitiba

Contato: (41) 3123-4100

 @artrocenter



ARTROCENTER
ombro e joelho

LINDON JOHNSON DA SILVA

Solicito:

RISCO CIRURGICO

Indicação:

Pre operatório

12/11/19


MEMORIAL
LINDON JOHNSON DA SILVA
Cirurgião de Ombro e Joelho

ECG de Repouso

Exame: 206

Reg.Clin.:

Data: 22/01/2020 - 08:47:54

Nome: LINDON JONSON DA SILVA

RG:

CPF: 750.338.444-15

Nasc.: 05/07/1967

FC: 87 bpm

25 mm/s

10mm/mV

60Hz

Muscular

DI

DII

DIII

aVR

aVL

aVF

V1

V2

V3

V4

V5

V6

DII

Dr. Gustavo Rocha

Cardiologista

CRM 6007

Ronko RR

Normalizado

FC=87 bpm

Eq# 0001877694

© MICROMED

LABOVIDA

CENTRO DE ANÁLISES CLÍNICAS NORTE-RIOGRANDENSE LTDA
LABOVIDA
C.N.P.J 08.258.436/0001-97

Paciente: LINDON JONHSON DA SILVA.

Sexo: Masculino Idade: 52 anos 6 meses Prot.: 95302

Posto: SOMMOS

Nº coleta: 3

Setor: HEMATOLOGIA

Convênio: SOMMOS

Cadastro: 22/01/2020 - 07:25:52

Emissão: 22/01/2020

RG: 001.139.222 -

HEMOGRAMA

Material: Sangue total

Método : Automatizado :MIGROS 60

REFERÊNCIAS

ERITOGRAMA

HEMÁCIAS..... 4,43 Milhões/mm³
HEMOGLOBINA..... 14,2 g/dL
HEMATÓCRITO..... 43,0 %
VCM..... 97,07 fmm³
HCM..... 32,05 pg
CHCM..... 33,0 g/dL
RDW..... 11,0 %

Feminino 4 a 5,2
Masculino 4,5 a 5,9
Feminino 12 a 16
Masculino 13,5 a 17,5
Normal 36 a 48
Normal 80 a 98
Normal 26 a 34
Normal 31 a 35
Normal 11 a 15

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS..... 15100 mm³
BASTÕES..... 01 % 151 fmm³
SEGMENTADOS..... 61 % 9.211 fmm³
EOSINÓFILOS..... 04 % 604 fmm³
BASÓFILOS..... 00 % 0 fmm³
LINFÓCITOS..... 28 % 4.228 fmm³
LINFÓCITOS ATÍPICOS..... 00 % 0 fmm³
MONÓCITOS..... 6 % 906 fmm³

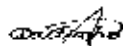
Normal 3500 a 10000
Normal 3 a 5 Normal 120 a 500
Normal 54 a 62 Normal 2160 a 6200
Normal 2 a 4 Normal 80 a 400
Normal 0 a 1 Normal 0 a 100
Normal 25 a 35 Normal 1000 a 3500
Normal 0 a 0 Normal 0 a 0
Normal 3 a 8 Normal 120 a 800

CONTAGEM PLAQUETAS

PLAQUETAS..... 325000 mm³

Normal 150000 a 450000

LEUCOCITOSE MODERADA.


BRENO COUTINHO
CRF-2772-RN



LABOVIDA

CENTRO DE ANÁLISES CLÍNICAS NORTE-RIOGRANDENSE LTDA
LABOVIDA

C.N.P.J 08.258.436/0001-97

Paciente: **LINDON JONHSON DA SILVA.**

Sexo: Masculino Idade: 52 anos 6 meses Prot.: 96302

Posto: SOMMOS

Nº coleta: 3

Setor: BIOQUÍMICA I

Convênio: SOMMOS

Cadastro: 22/01/2020 - 07:25:52

Emissão: 22/01/2020

RG: 001.139.222 -

GLICOSE

316 mg/dL

REFERÊNCIAS

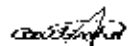
Material: Soro

Método: Enzimático

70 - 100

OBS.: Segundo ADA, Diagnosis and Classification of Diabetes
Mellitus, Diabetes Care, Supplement 1, January 2004.

Repetido e confirmado


BRENO COUTINHO
CRF-2772-RN

Rua Juvenal Lamartine, 640, Sala 120, Centro - Mossoró-RN - CEP 59.600-155



LABOVIDA

CENTRO DE ANÁLISES CLÍNICAS NORTE-RIOGRANDENSE LTDA
LABOVIDA

C.N.P.J 08.258.436/0001-97

Paciente: **LINDON JONHSON DA SILVA.**

Sexo: Masculino Idade: 52 anos 6 meses Prot.: 96302

Posto: SOMMOS

Nº coleta: 3

Setor: HEMATOLOGIA

Convênio: SOMMOS

Cadastro: 22/01/2020 - 07:25:52

Emissão: 22/01/2020

RG: 001.139.222 -

COAGULOGRAMA I

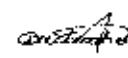
Material: Sangue total

Método : Automatizado :MICROS 60

REFERÊNCIAS

PLAQUETAS..... 325000 mm³
TEMPO DE COAGULAÇÃO(TC)..... 12:00 minutos
TEMPO DE SANGRAMENTO (TS)..... 1:45 minutos
RETRACÃO DO COÁGULO..... TOTAL
PROVA DO LAÇO..... NEGATIVA

Normal: 150000 a 450000
NORMAL (Minutos) 5 a 12
Normal(minutos) 1 a 3


BRENO COUTINHO
CRF-2772-RN



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
NÚCLEO CÍVEL DE MOSSORÓ

Rua. Francisco Peregrino, 418, Centro, Mossoró-RN, CEP. 59.600-070

A DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE, vem, respeitosamente, perante Vossa Excelência, REQUISITAR, com supedâneo no art. 128, inciso X, da Lei Complementar Federal de n. 80/94, o preenchimento de laudo médico circunstanciado, a fim de que se possa instruir, adequadamente, ação judicial a ser proposta em favor da pessoa abaixo identificada:

LAUDO MÉDICO CIRCUNSTANCIADO
CIRURGIAS ORTOPÉDICAS

PACIENTE: Lindom Jerson da Silva

Idade: 52

Atendimento: ☐ Rede pública de saúde ☐ Rede Suplementar de Saúde conveniada com a rede pública ☐ Rede suplementar de saúde

1) Performance status (OS), com indicação da condição física em se encontra o usuário, conforme as alternativas:

- ☐ paciente completamente ativo, desempenhando sem restrições suas atividades físicas habituais;
- ☐ paciente restrito em suas atividades físicas habituais, mas está deambulando e capaz de realizar tarefas leves;
- ☐ paciente está deambulando e realiza cuidado pessoal, mas é incapaz de trabalhar; passa fora da cama mais de 50% do dia útil;
- ☐ paciente só realiza tarefas limitadas do cuidado pessoal, confinado à cama ou cadeira de rodas por mais de 50% do dia útil;
- ☐ paciente completamente debilitado e incapaz de cuidados pessoais, completamente restrito ao leito ou cadeira de rodas.

2) Qual o diagnóstico da doença com indicação do CID ?

fratura (sequela de fratura de
unhao proximal D)

3) Quando a fratura ocorreu? Outubro de 2017.

4) Trata-se de doença ☒ grave ☐ incapacitante ☐ de difícil prognóstico ☐ não se aplica.

5) Trata-se de cirurgia/procedimento: () Eletivo ☒ de Urgência () de Emergência.



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
NÚCLEO CÍVEL DE MOSSORÓ

Rua. Francisco Peregrino, 418, Centro, Mossoró-RN, CEP. 59.600-070

6) Quais os exames realizados para fins de diagnóstico?

RAIOLOGIA DA DO OMBRO ③

7) O paciente está internado? ☐ Sim ☒ Não. Data da internação: __/__/__

8) Qual o tipo de cirurgia ortopédica indicada para o paciente?

OSTEOTOMIA DO ANTEBRAÇO

9) O procedimento cirúrgico está previsto nos Protocolos de Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde ou em lista de procedimentos da rede municipal ou estadual de saúde? ☒ Sim ☐ Não. Ainda em caso de resposta negativa à primeira pergunta, trata-se de procedimento considerado nova tecnologia no âmbito da medicina baseada em evidências? ☐ Sim ☐ Não.

10) Qual a condição clínica do paciente? ☐ Diabético ☒ Hipertenso ☐ Com obesidade ☐ Apresenta lesão de pressão ☐ Em uso de antibióticos ☐ Em uso de fixador externo ☐ Outra (especificar)

Em uso de Insulina Simple / Americano
HIPERTENSO

11) Existe risco de consolidação da fratura caso não realizada com brevidade? ☒ Sim ☐ Não.

Fratura evoluindo com bastante dor
na região.



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
NÚCLEO CÍVEL DE MOSSORÓ

Rua. Francisco Peregrino, 418, Centro, Mossoró-RN, CEP. 59.600-070

- 14) O paciente está inscrito em lista de regulação do Sistema Único de Saúde? ☒ Sim
☐ Não. Há quanto tempo? 04 MESES. Verificou-se o agravamento do estado de
saúde em decorrência da espera? ☒ Sim ☐ Não. A não realização, com brevidade, do
procedimento poderá acarretar danos irreparáveis à saúde ou bem-estar do paciente?
Quais? ☒ Sim ☐ Não. Poderá implicar na incapacidade para deambular? ☐ Sim ☒ Não.
Poderá impossibilitar o paciente de exercer atividades laborais? ☒ Sim ☐ Não. Outros
(especificar):

Grav fratura de tórax (peito)
D. evoluindo por dor e limitação
funcional. necessita de tratamento
urgente

- 15) O paciente já algum outro tipo de procedimento para tratamento da doença? ☒ Sim
☐ Não. Qual? NÃO. Quando? _____

- 16) O paciente é portador de outras comorbidades? Sim Quais?
HIPERTENSÃO

- 17) Qual a previsão média de tempo de internação em leito hospitalar? 04 dias. É
necessária a internação, pós cirúrgica, em leito de unidade de terapia intensiva? ☒ Sim
☐ Não. Pelo período mínimo de quantos dias? — dias.

- 18) Há a necessidade de cirurgia complementar? Qual? Quanto tempo após a realização
do primeiro procedimento deve ser realizada a complementar?

NÃO.



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
NÚCLEO CÍVEL DE MOSSORÓ

Rua. Francisco Peregrino, 418, Centro, Mossoró-RN, CEP. 59.600-070

6) Quais os exames realizados para fins de diagnóstico?

RAIOLOGIA FIA DO OMBRO D

7) O paciente está internado? ☐ Sim ☒ Não. Data da internação: __/__/__

8) Qual o tipo de cirurgia ortopédica indicada para o paciente?

OSTEOTOMIA DO ANTECUBITO

9) O procedimento cirúrgico está previsto nos Protocolos de Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde ou em lista de procedimentos da rede municipal ou estadual de saúde? ☒ Sim ☐ Não. Ainda em caso de resposta negativa à primeira pergunta, trata-se de procedimento considerado nova tecnologia no âmbito da medicina baseada em evidências? ☐ Sim ☐ Não.

10) Qual a condição clínica do paciente? ☐ Diabético ☒ Hipertenso ☐ Com obesidade ☐ Apresenta lesão de pressão ☐ Em uso de antibióticos ☐ Em uso de fixador externo ☐ Outra (especificar)

Em uso de Síntese Simples / Amarela
HIPERTENSO

11) Existe risco de consolidação da fratura caso não realizada com brevidade? ☒ Sim ☐ Não.

Fratura evoluindo com consolidação
muito.



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
NÚCLEO CÍVEL DE MOSSORÓ
 Rua. Francisco Peregrino, 418, Centro, Mossoró-RN, CEP. 59.600-070

12) Quais os materiais necessários à realização do procedimento:

Quantidade	Tipo de material	Registrado na ANVISA	Disponibilizado pelo SUS
01	PLACA BLOQUEADA C/ VÍDEO PROXIMAL	☒ Sim ☐ Não	☐ Sim ☒ Não
		☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
		☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
		☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
01	PLAQUE SESE TOTAL / RE- VENSA DMBAS	☒ Sim ☐ Não	☐ Sim ☒ Não
		☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
		☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
		☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
		☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não

13) Em se tratando de materiais não disponíveis no Sistema Único de Saúde, apresentar justificativa para utilização dos mesmos, tomando por base a medicina em evidências e especificando os benefícios e riscos para o paciente, bem como os estudos técnicos que demonstram a necessidade de uso destes em detrimento daqueles fornecidos pelo SUS (deverá ser feita uma análise comparativa)?

Paciente se requer o tratamento do dente (maxilar superior) e do tratamento cirúrgico: poderá ser feito em ortodontia (uso de placa bloqueada) ou Anestesia (protese). Deverá ser feita a análise comparativa.

Observações: De acordo com enunciados do Conselho Nacional de Justiça, 58 "Quando houver prescrição de medicamento, produto, órteses, próteses ou procedimentos que não constem em lista (RENAME / RENASES) ou protocolo do SUS, recomenda-se a notificação judicial do médico prescritor, para que preste esclarecimentos sobre a pertinência e necessidade da prescrição, bem como para firmar declaração de eventual conflito de interesse."
 "As demandas por procedimentos, medicamentos, próteses, órteses e materiais especiais, fora das listas oficiais, devem estar fundadas na Medicina Baseada em Evidências".



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
NÚCLEO CÍVEL DE MOSSORÓ

Rua. Francisco Peregrino, 418, Centro, Mossoró-RN, CEP. 59.600-070

19) Outras circunstâncias importantes sobre o estado de saúde do paciente:

Grave fratura de úmero proximal D há 04. ann. E sequelas de dor e limitação funcional. Menor de 120 cm de altura.

Mossoró, 13 de 02 de 2020

Médico:

CRM

6468

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Obs: Anexar laudos de exames diagnósticos de imagem.

KELVITE GURGEL
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 9780 TEOT 14293

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o procedimento cirúrgico solicitado para o paciente **LINDON JONSON DA SILVA**, CNS: 700.5037.4416.1854, CPF: 750.338.444-15, RG: 001.139.222, residente e domiciliado a Rua Maria Amélia Gurgel, Nº 400, Bairro Alto da Pelonha, Mossoró/RN, a saber: **ARTROPLASTIA TOTAL DO OMBRO + TENOPLASTIA DO BICEPS**, solicitado por Dr. Marcelo Rêgo, Ortopedia e Traumatologia, CRM/RN 4884, é um procedimento que tem como referência Natal - RN.

Vale salientar que os procedimentos, cuja referência de prestação de serviços compete ao Estado do Rio Grande do Norte, conforme Termo de Cooperação Técnica firmado entre SESAP/RN e SMS/MO/RN, o acesso se dá mediante solicitação desta Central de Regulação, via email, junto a Central Estadual de Regulação ortopediasesaprn@gmail.com, responsável pela marcação da consulta de avaliação do usuário com médico especialista. A marcação da consulta é feita pela Secretaria Estadual diretamente com o paciente, o mesmo encontra-se na fila de espera do Hospital Memorial em Natal aguardando agendamento, não tendo a regulação nenhum gerenciamento sobre essas marcações.

Certos de termos compreendidos nos colocamos a disposição para maiores esclarecimentos.

Mossoró/RN, 10 de janeiro de 2020.

Atenciosamente,


Adriana Cunha Penha
Coordenadora Regulação SMS/MOSSORÓ



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
II URSAP – MOSSORÓ/RN

DECLARAÇÃO

Atendendo solicitação referente ao procedimento cirúrgico de **ARTROPLASTIA TOTAL DO OMBRO + TENOPLASTIA DO BÍCEPS** para o paciente **LINDON JONSON DA SILVA**, CNS 700.5037.4416.1854, CPF: 750.338.444-15, RG: 1.139.222 SSP/RN, residente e domiciliado na Rua Profa. Maria Amélia Gurgel, 400, Conj. Vingt Rosado, Mossoró/RN, temos a informar que em razão do Termo de Cooperação entre Entes Públicos - TCEP (Estado do Rio Grande do Norte e Municípios), todos os procedimentos cirúrgicos eletivos serão referenciados pela Secretaria Municipal de Saúde, para a realização em favor do usuário do Sistema Único de Saúde.

Mossoró/RN, 13 de janeiro de 2020.


Karina Maria Soares Mat.162.601-9
Administradora-II URSAP



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
II URSAP - MOSSORÓ/RN

DECLARAÇÃO

Atendendo solicitação referente ao procedimento cirúrgico de **ARTROPLASTIA TOTAL DO OMBRO + TENOPLASTIA DO BÍCEPS** para o paciente **LINDON JONSON DA SILVA**, CNS 700.5037.4416.1854, CPF: 750.338.444-15, RG: 1.139.222 SSP/RN, residente e domiciliado na Rua Profa. Maria Amélia Gurgel, 400, Conj. Vingt Rosado, Mossoró/RN, temos a informar que em razão do Termo de Cooperação entre Entes Públicos - TCEP (Estado do Rio Grande do Norte e Municípios), todos os procedimentos cirúrgicos eletivos serão referenciados pela Secretaria Municipal de Saúde, para a realização em favor do usuário do Sistema Único de Saúde.

Mossoró/RN, 13 de janeiro de 2020.


Karina Maria Soares - Mat.162.601-9
Administradora-II URSAP

LONDON JONSON DA SILVA

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins que o senhor supracitado é portador de fratura proximal do úmero direito, há 03 meses, em uso de tipóia de velpeau no membro superior direito, com limitação da ADM do ombro direito.

No momento apresenta indicação de **ARTROPLASTIA DO OMBRO DIREITO e TENOTOMIA DO CABO LONGO DO BÍCEPS**, sob pena de limitação permanente da função do ombro direito.

CID: S42.2, M25.6

Mossoró/RN, 14 de Janeiro de 2020

Dr. Danilo de Paiva
Ortopedia e Traumatologia
CRM 19.696

RISCO CIRÚRGICO

NOME: LINDON JORRAN DE SUE
SEXO: M PROFISSÃO: _____ IDADE: 52 ANOS

1. CIRURGIA PROPOSTA

= PLAQUEIA EM BRASO DREITO

2. ANTECEDENTES

- ☐ AVC
☐ ALERGIA E DROGAS
☐ DIABETES MELLITUS
☐ DOENÇAS CORONÁRIAS
☐ DOENÇA PULMONAR

- ☐ FUMO
☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
☒ OPERAÇÃO PRÉVIA = APENDICITE
☐ OUTROS

Henrique D. Rosa

3. INTERROGATÓRIOS SINTOMATOLÓGICOS

4. EXAME FÍSICO

ACV: Normal
PA: 120/80 mmHg
FC: 65

5. ELETROCARDIOGRAMA

= Normal

6. OUTROS EXAMES

7. CONCLUSÃO

PROCEDER COM A CIRURGIA PROPOSTA (Moderno RISCO CARDIOVASCULAR).

8. OBSERVAÇÕES

Dr. Gustavo Rocha
Cardiologista
CRM 6007

Dr. Gustavo Rocha
CRM 6007 - RN

Cardiologista/Clinico Geral



certificado
ISO 14001

Rua Melo Franco, nº 59, centro Mossoró/RN | Cep: 59.600-165 - (84) 3316.4300
comercial@gplena.com.br

www.gplena.com.br



CORPO CLÍNICO:

Dr. Maeterlinck Rêgo

Medicina esportiva e
Reumatologia.

Dr. Marcelo Rêgo

Medicina esportiva,
cirurgia do joelho e
cirurgia do ombro.

Dr. Márcio Rêgo

Medicina esportiva e
cirurgia do joelho.

Dr. Marcos Rêgo

Medicina esportiva e
cirurgia do ombro.

**Consultório no
Hospital Memorial
São Francisco**

Av. Juvenal Lammartini, 979

Sala 1 - Tirol - Natal/RN

Consultas - (84) 3133 4260

☎ (84) 98240 8120



ARTROCENTER
ombro e joelho

LINDON JONSON DA SILVA

LAUDO MEDICO

Paciente Vitima de fratura de
úmero proximal Direito, ocorrida há 03 meses.
RX = fratura consolidada viciosamente. Paciente
com importante limitação da mobilidade do
ombro. Sequela definitiva, devido ao tempo de
fratura o sucesso com o tratamento cirúrgico é
de péssimo prognostico. CID S 422

Natal, 28/01/2020

Marcelo Rêgo
Ortopedia
Cirurgia do Ombro e do Joelho
CRM 143.189

CORPO CLÍNICO:

Dr. Maeterlinck Régio

Medicina esportiva e
Reumatologia.

Dr. Marcelo Régio

Medicina esportiva,
cirurgia do joelho e
cirurgia do ombro.

Dr. Márcio Régio

Medicina esportiva e
cirurgia do joelho.

Dr. Marcos Régio

Medicina esportiva e
cirurgia do ombro.

**Consultório no
Hospital Memorial
São Francisco**

Av. Juvenal Lamerônia/379

Sala 1 - Tirol - Natal/RN

Consultas - (24) 3133 4200

☎ (64) 96840 8120



ARTROCENTER
ombro e joelho

LINDON JONSON DA SILVA

FISIOTERAPIA

- Diagnóstico : Frautra consolidada Viciosamente

Ombro D

- Objetivo :

Analgesia

Aalongamento

Cinesioterapia

- SESSÕES : 10

MARCAÇÃO CONSULTAS :



98840-8120

Dr. Marcos Régio
Medicina esportiva
e cirurgia do ombro
e joelho

CORPO CLÍNICO:

Dr. Maeterlinck Rêgo
Medicina esportiva e
Reumatologia.

Dr. Marcelo Rêgo
Medicina esportiva,
cirurgia do joelho e
cirurgia do ombro.

Dr. Márcio Rêgo
Medicina esportiva e
cirurgia do joelho.

Dr. Marcos Rêgo
Medicina esportiva e
cirurgia do ombro.

**Consultório no
Hospital Memorial
São Francisco**

Av. Juvenal Lima, 979
Sala 1 - Tirol - Natal/RN
Consultas - (84) 3133-4260
☎ (84) 96840-8120



ARTROCENTER
ombro e joelho

LINDON JONSON DA SILVA

FISIOTERAPIA

- Diagnóstico : Frautra consolidada Viciosamente

Ombro D

- Objetivo :

Analgesia

Alongamento

Cinesioterapia

- SESSÕES : 10

MARCAÇÃO CONSULTAS :



98840-8120

Handwritten signature and stamp:
Márcio Rêgo
Fisioterapeuta
Ombro e Joelho
ARTROCENTER

LONDON JONSON DA SILVA

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins que o senhor supracitado é portador de fratura proximal do úmero direito, há 03 meses, em uso de tipóia de velpeau no membro superior direito, com limitação da ADM do ombro direito.

No momento apresenta indicação de **ARTROPLASTIA DO OMBRO DIREITO e TENOTOMIA DO CABO LONGO DO BÍCEPS**, sob pena de limitação permanente da função do ombro direito.

CID: S42.2, M25.6

Mossoró/RN, 14 de Janeiro de 2020

Dr. Danilo de Paiva
Ortopedista e Traumatologista
CRM 19.496

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO

POLEGAR DIREITO

Lindson Deneres da Silva

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL

001.103.212

LINDSON JERSON DA SILVA

MARIA ALMEIDA DA SILVA

05/07/1957

CERT. DE NASCIMENTO L. 002 F-55 RS 1847

MISSOES RN - 4 CARTARIO

001.103.444-15

Rafael Amatai Taveira

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Vítima

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 - CÓD. RENAVAM: 01061966825 - EXERCÍCIO: 2020

NOME: LINDON JONSON DA SILVA

PLACA ANT./UF: 750.338.444-15

PLACA: QGS5683

CHASSI: QGS5683

ESPECIE TIPO: PASSEGEIRO/CICLOMOTOR/MOTO

COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARKET/MODELO: MOTO FRANK/IL50Q-8

ANO FAB: 2014

ANO MOD: 2013

CAP/ROT/OL: 0CV/49 CILINDRADAS

CATEGORIA: PARTICULAR

COR/PREDOMINANTE: VERMELHA

VENÇ. COTA ÚNICA: 13/06/2020

VENÇ. 7 COTAS: 1º ISENTO

2º ISENTO

3º ISENTO

PREMIO TARIFÁRIO (R\$): 019442

PARCELAMENTO / COTAS: 3X R\$ *****

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

RNNº 015157841357 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

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 025 1204

EXERCÍCIO: 2020

DATA EMISSÃO: 10/02/2020

VENÇ. COTA ÚNICA: 13/06/2020

VENÇ. 7 COTAS: 1º ISENTO

2º ISENTO

3º ISENTO

PREMIO TARIFÁRIO (R\$): 019442

PARCELAMENTO / COTAS: 3X R\$ *****

COTA ÚNICA: 13/06/2020

VENÇ. 7 COTAS: 1º ISENTO

2º ISENTO

3º ISENTO

PREMIO TARIFÁRIO (R\$): 019442

PARCELAMENTO / COTAS: 3X R\$ *****

COTA ÚNICA: 13/06/2020

DETRAN - RN

DETRAN - RN

MOTOR: JL1P397MB140005591



Carimbo Eletrônico da Silva
Carimbo de Registro de Veículos 10/02/2020

DETRAN - RN



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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

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

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200 118433

Data da solicitação: DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Lendo Janson da Silva

CPF do beneficiário: 750.338.444-15

Nome do solicitante: Lendo Janson da Silva

CPF do solicitante: 750.338.444-15

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (84) 9953 8106

Tel. Comercial: (84) 9953 8106

Tel. Residencial: () -

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, Informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IMI

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Venho a Seguradora Líder, solicitar a Reanálise do meu processo com o Senestio 3200 118433, pois estou insatisfeito com o pagamento que recebi de indenização, pois fiquei com sequelas irreversíveis, conforme Decreto e Deveres que ainda tenho, sobre o Seguro DPVAT, por isso peço para que seja reanalisado meu processo, com o auxílio da Seguradora Líder, para que possa constatar e comprovar minha situação. Desde já agradeço.

Mossoró 2 Abril 2020

Local e Data

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rgo)

Lendo Janson da Silva

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

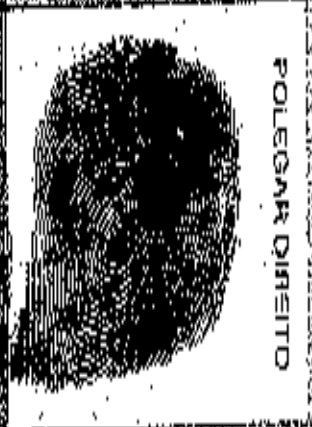
Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior de idade, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rgo).

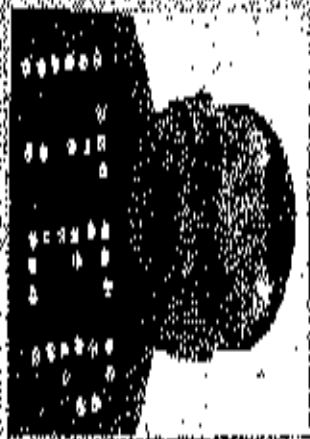
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TECNICO-CIENTIFICO DE POLICIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO



POLEGAR DIREITO



London Jansen da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
CARTÃO
FOTO

000.130.222

DATA DE
EXPIRACAO

LONDON JANSAN DA SILVA

MARIA OLIVEIRA DA SILVA

RESERVAÇÃO

CERT. DE NASCIMENTO L-002 F-55 16-10-67
MSS000-RN-4 CARTÃO

000.130.444-15

Raquel Amara Taveira
ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Vítima

ATESTADO / LAUDO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: LIANDON JONSON D.A SILVA 42 ANOS
CPF: 750.338.444-15 Pedreiro

Caro médico favor responder os quesitos abaixo com a seriedade que lhe é peculiar, haja vista que o documento telado, servirá de prova junto a Justiça Federal ou Estadual.

Acidentado em 17.10.2019 Acidente de
MOTO COM ANIMAL.

1. Qual a descrição da doença ou deficiência, que acomete o(a) paciente, e como é popularmente conhecida? DEFICIÊNCIA FÍSICA DEFINITIVA
CARACTERIZADA POR SEQUELA GRAVE
DE FRATURA LUXAÇÃO COMPLEXA DA CABEÇA
E COTO UMERAL DIREITO, COMPLICADA COM
PARALISIA ALTA DO Membro BRAQUIAL
2. Qual o CID? J0542.2 + S43.0 + S14.3 + G54.0 + M25.5

3. O(a) paciente apresenta alguma doença/deficiência que o impeça de exercer atividade que lhe garanta a subsistência?

SIM. NÃO há perspectiva de melhora
do quadro deste paciente em o
condição de um RETORNO LABORAL

4. Que tipo de profissão o(a) paciente está impedido de exercer? Por quanto tempo?

TODA o qualquer atividade de
laboral e em caráter definitivo.

5. O(a) paciente, caso seja criança, terá algum dia condições de desempenhar atividade profissional?

6. A situação incapacitante é irreversível? SIM. Este paciente
NÃO teve a oportunidade de operati-
va que pudesse MINORAR as suas
sequelas. Está sempre dependendo de
uso de ANESTESIA e uso de ORTESE COMO TIPO
MPSSOR 07 de ABRIL de 2020 COMPLETA P/ MSD.

CONVEM que seja submetido a exame

Assinatura do médico

CRM

Fco. William Carvalho Ferreira
Ortopeda - CRM 118832
Medicina do Trabalho - MTB 148 RJ



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAS/DOC/ORIGINAL/ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Paulo Sergio Castro de Noronha inscrito (a) no CPF sob o Nº 877.27021/15
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Leandro Janson da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 750.338.444-15 do sinistro de DPVAT cobertura envolvido da Vítima
Leandro Janson da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 750.338.444-15 conforme



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAS/DOC/ORIGINAL/ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Paulo Sergio Castro de Noronha inscrito (a) no CPF sob o Nº 877.27021/15
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Leandro Janson da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 750.338.444-15 do sinistro de DPVAT cobertura envolvido da Vítima
Leandro Janson da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 750.338.444-15 conforme

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERNQZ, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
Ligações Gratuitas:
-TELEATENDIMENTO COSERN: 116
-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
-Ouvidoria 0800 084 0404
Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte
ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL: 167
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ALCILENE LEAL DA SILVA
CPF: 480.995.204-59

DATA DE VENCIMENTO

28/01/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

182,17

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

21/01/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

21/01/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

036394741

Série: 13

CONTA CONTRATADA

000492222011

Nº DO CLIENTE

3006829886

Nº DA INSTALAÇÃO

0000589029

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SEIS DE JANEIRO 1615

SANTO ANTONIO/ÁREA URBANA
59811-070 MOSSORO RN

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

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

RESERVADO AO FISCO

7FF7.F455.780D.B0B5.DC5E.39A4.D06C.EB91

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	234,00	0,32982774	77,17
Consumo Ativo(kWh)-TE	234,00	0,32401806	76,03
Acréscimo Bandeira AMARELA			4,08
Contrib. Ilum. Pública Municipal			14,87
Multa por atraso-NF 033406186 - 20/11/19			3,68
Multa por atraso-NF 034941380 - 20/12/19			3,55
Juros por atraso-NF 033406186 - 20/11/19			1,94
Juros por atraso-NF 034941380 - 20/12/19			0,17
Atualização IGPM-NF 033406186 - 20/11/19			0,59
Atualização IGPM-NF 034941380 - 20/12/19			0,52

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,32982774	JAN 20	130,17
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,32401806	DEZ 19	128,03
		NOV 19	126,03
		OUT 19	170,03
		SET 19	128,03

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERNQZ, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
Ligações Gratuitas:
-TELEATENDIMENTO COSERN: 116
-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
-Ouvidoria 0800 084 0404
Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte
ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL: 167
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ALCILENE LEAL DA SILVA
CPF: 480.995.204-59

DATA DE VENCIMENTO

28/01/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

182,17

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

21/01/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

21/01/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

036394741

Série: 13

CONTA CONTRATADA

000492222011

Nº DO CLIENTE

3006829886

Nº DA INSTALAÇÃO

0000589029

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SEIS DE JANEIRO 1615

SANTO ANTONIO/ÁREA URBANA
59811-070 MOSSORÓ RN

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

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

RESERVADO AO FISCO

7FF7.F455.780D.B0B5.DC5E.39A4.D86C.EB91

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	234,00	0,32982774	77,17
Consumo Ativo(kWh)-TE	234,00	0,32401806	76,03
Acréscimo Bandeira AMARELA			4,08
Contrib. Ilum. Pública Municipal			14,87
Multa por atraso-NF 033406186 - 20/11/19			3,68
Multa por atraso-NF 034941380 - 20/12/19			3,55
Juros por atraso-NF 033406186 - 20/11/19			1,94
Juros por atraso-NF 034941380 - 20/12/19			0,17
Atualização IGPM-NF 033406186 - 20/11/19			0,58
Atualização IGPM-NF 034941380 - 20/12/19			0,52

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,32982774	JAN 20	130,17
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,32401806	DEZ 19	128,03
		NOV 19	126,03
		OUT 19	127,03
		SET 19	128,03



**SAMU
MOSSORÓ
192**

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

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 621

Mossoró 29 de Outubro de 2019

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário **LINDON JONSON DA SILVA, 52 anos.**

Natureza da Ocorrência: Acidente Automobilístico: Queda de moto

Data da Ocorrência: 17/10/2019

Local da ocorrência: Avenida principal, Conjunto Vingt Rosado/III etapa.

Viatura: BRAVO – Unidade de Suporte Bravo de Vida - 02

Hora do Chamado: 17h 45 min.

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

Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: **Lucia Paulo Pereira, 49 anos,** portador de **RG: 001.317.629.**

Estamos à disposição para mais informações.

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

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

Dr. Dixon Fradik Medeiros Lima
Diretor do SAMU
Mat. 405418-3
CRM/RN 5997

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 750.338.444/15 3 - CPF da vítima: 750.338.444/15 4 - Nome completo da vítima: Lendo Janson da Silva

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

5 - Nome completo: Lendo Janson da Silva 6 - CPF: 750.338.444/15
7 - Profissão: Rencoso 8 - Endereço: Rua Prof. Dr. Amélia Gurgel 9 - Número: 400-1 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Rencoso 12 - Cidade: Mossoró 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.600-001
15 - E-mail: Rencoso 16 - Tel. (DDD): 1841 9953 8106

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para as bancas abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3064 CONTA: 426538
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou representante legal

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Mossoró/RN 02.03.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 054389/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 24/10/2019 08:34 Data/Hora Fim: 24/10/2019 08:52
Delegado de Polícia: Francisco Edvan de Queiroz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 17/10/2019 17:40

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)

Logradouro: RUA FRANCISCO BANDEIRA SOBRINHO

Bairro: Rincão

Nº: SN

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LINDON JONSON DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Mossoró

Sexo: Masculino

Nasc: 05/07/1967

Profissão: Pedreiro

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Maria Almeida da Silva

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: RUA PROFESSORA MARIA AMÉLIA GURGEL

Nº: 400

Bairro: RINCÃO- CONJUNTO NOVO

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão

Descrição MOTO 50 CC

CPF/CNPJ do Proprietário 750.338.444-15

Placa QGE5683

Renavam 01061966825

Número do Motor JL1P39FMB14T005591

Número do Chassi 951BXXBA1EB006893

Ano/Modelo Fabricação 2014/2014

Cor VERMELHA

UF Veículo Rio Grande do Norte

Município Veículo Mossoró

Marca/Modelo MOTO TRAXX/JL50Q-8

Modelo MOTO TRAXX/JL50Q-8

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido, Meio Empregado

Última Atualização Denstran 09/09/2015

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Lindon Jonson da Silva	Deposário, Possuidor

RELATO/HISTÓRICO



Delegado de Polícia Civil: Francisco Edvan de Queiroz
Impresso por: Rogério de Carvalho Brito Castro
Data de Impressão: 24/10/2019 08:52
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPa - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

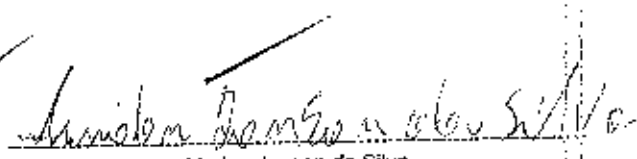
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 054389/2019

O COMUNICANTE VEIO A ESTE DISTRITO E RELATOU QUE VINHA CONDUZINDO SUA MOTO MOTO 50 CC, Placa QGE5683, Chassi 951BXKBA1EB006993, Núm. Motor JL1P39FMB14T005591, Renavam 01061966825, QUANDO CHEGOU NO LOCAL DESCRITO UM ANIMAL, CACHORRO, ATRAVESSOU A SUA FRENTE E NÃO PODENDO EVITAR COLIDIU COM O ANIMAL, E SE DESEQUILIBROU E CAIU AO CHÃO SOFRENDO LESÃO PELO CORPO. O COMUNICANTE DISSE QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E CONDUZIDO AO HRTM EM MOSSORÓ/RN. NADA MAIS DISSE.

ASSINATURAS


Rogério de Carvalho Brito Castro
Agente de Polícia
Matrícula 157.980-2
Responsável pelo Atendimento


Lindon Jonson da Silva
(Vítima / Comunicante)

Declaro para os devidos fins de direito (que sou o/a) único(s) responsável pelas informações acima assertadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração de veracidade, conforme previsto nos Artigos 339 - Contradição Caluniosa e 340 - Comunicação Falsa de Crime ou de Condição do Código Penal Brasileiro.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 750.338.444 15 3 - CPF da vítima: 750.338.444 15 4 - Nome completo da vítima: Lendo Janson do Silva

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

5 - Nome completo: Lendo Janson do Silva 7 - Profissão: Rencuso 8 - Endereço: Rua Prof. Dr. Amélia Gurgel 9 - Número: 400-1 10 - Complemento: Casa 11 - Bairro: Rencoso 12 - Cidade: Mossoró 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.600-001 15 - E-mail: Rencuso 16 - Tel. (DDD): 841 9953 8106

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3064 CONTA: 42653 (Informar o dígito se existir) AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vários)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Mossoró/RN 02.03.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200118433

Vítima: LINDON JONSON DA SILVA

Data do Acidente: 17/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LINDON JONSON DA SILVA

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\$ 2.201,85

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau residual 23.3%

% Invalidez Permanente DPVAT: (23.3% de 70%) 16,31%

Valor a indenizar: 16,31% x 13.500,00 = R\$ 2.201,85

Recebedor: **LINDON JONSON DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.201,85**

Banco: **104**

Agência: **000003064**

Conta: **001300042653-8**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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



Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200118433

Vítima: LINDON JONSON DA SILVA

Data do Acidente: 17/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LINDON JONSON DA SILVA

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: LINDON JONSON DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000003064

Conta: 001300042653-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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



Rio de Janeiro, 17 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200118433

Vítima: LINDON JONSON DA SILVA

Data do Acidente: 17/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LINDON JONSON DA SILVA

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

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: 07/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.201,85

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LINDON JONSON DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03064

CONTA: 001300042653-8

Nr. da Autenticação 16FA1D4B041ED6B3

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: 03/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LINDON JONSON DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03064

CONTA: 001300042653-8

Nr. da Autenticação 17021B92A1E10420

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0093853/20

Vítima: LINDON JONSON DA SILVA

CPF: 750.338.444-15

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

Data do acidente: 17/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LINDON JONSON DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA : 877.270.214-15

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

LINDON JONSON DA SILVA : 750.338.444-15

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: 16/03/2020
Nome: PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA
CPF: 877.270.214-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/03/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

GERCIA LOURENCO DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0093853/20

Número do Sinistro: 3200118433

Vítima: LINDON JONSON DA SILVA

CPF: 750.338.444-15

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

Data do acidente: 17/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LINDON JONSON DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 28/04/2020
Nome: LINDON JONSON DA SILVA
CPF: 750.338.444-15

LINDON JONSON DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/04/2020
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

THIARA VIRGINIA DA HORA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200118433 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LINDON JONSON DA SILVA **Data do acidente:** 17/10/2019 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL DIREITO. PG. 9

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - ARTROPLASTIA PG. 4,23, 27,28,32. ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

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 INTENSA DO OMBRO DIREITO.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200118433 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LINDON JONSON DA SILVA **Data do acidente:** 17/10/2019 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL DIREITO. PG. 9

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - ARTROPLASTIA PG. 4,23,27,28,32.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Não

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO SUPERIOR
DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: RELATÓRIO MÉDICO PG. 1, RELATA LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL. DR. WILLIAM C. FERREIRA - CRM 1160.

SINISTRO COM PAGAMENTO. REANÁLISE CONCLUÍDA COM O PAGAMENTO COMPLEMENTAR DE 23,3% PARA
QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU MODERADO PARA O MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

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 um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 23,3 %	16,31%	R\$ 2.201,85
Total			16,31 %	R\$ 2.201,85



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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

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

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 594 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 32 00 11 84 83

Data da solicitação: DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Lendo Janson da Silva

CPF do beneficiário: 750.338.444-15

Nome do solicitante: Lendo Janson da Silva

CPF do solicitante: 750.338.444-15

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (84) 9953 8106

Tel. Comercial: (84) 9953 8106

Tel. Residencial: () -

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, Informe qual(is)

☒ Novos documentos médicos

DECLARAÇÃO

EU Leandro Jenson
portador (a) da cédula de RG de N° 001.139.222 e
CPF 750.338.444-15 Declaro para Os devidos fins
que estive no Banco Caixa Econômica Federal
para regularizar minha conta Poupança de agência
3064, número 42653-8 para pode receber o
benefício da indenização do Seguro DPVAT solicitado.

Mossoró/RN 02 de Março de 2020

*Leandro Jenson da Silva

ASSINATURA DO TITULAR DA CONTA BANCARIA

VALIA EM TORN
O TERRITÓRIO NACIONAL

1290387313

PROIBIDO PLASTIFICAR

1290387313

REPÚBLICA DE GUAYANA FRANCESA
MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION
DE LA CULTURE ET DE LA JEUNESSE
UNIVERSITÉ FRANÇAISE DE GUAYANA FRANCESA

NOME
PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA



CC IDENTIDADE / DNO PASSOZ UP
1329227 ITSP BN

CN DATA NASCIMENTO
877.270.214-15 08/08/1972

ENDEREÇO
FRANCISCO DAS CRAGAS
NORONHA
LUCIA MARIA ALVES DE
CASTRO

PERMISSÃO
RCC
CIVIL

Nº REGISTRO
01049250001
VALIDADE
07/12/2021
1ª EMISSÃO
08/09/1993

OBSERVAÇÕES
A

Paulo Sergio Castro de Noronha

ASSINATURA DO EMISSOR

LOCAL
MOSSORO, RN
DATA EMISSÃO
08/12/2016

99016102055
RN702520714

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **64267 /2019**

Admissão: 17/10/2019 18:55:07

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: **51220 - LINDOJONSON DA SILVA** (52 a 3 m 12 d)

Nascimento: 05/07/1967

Natural: MOSSORO BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 700503744161854

CPF: 75033844415

Prof:

Mãe: MARIA ALMEIDA DA SILVA

Pai: NADA CONSTA

Logradouro: PROFESSORA MARIA AMELIA GURGEL, 400

CEP: 59645168

Bairro: RINCAO

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.91711095

Compl:

Motivo (atendido pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: TRAZIDO PELO SAMU

Classificação:

PESO:

17/10/2019 18:51:30

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	140 80		97		24				

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: QUEDA DE MOTO, REFERE DOR EM OMBRO D, ESCORIAÇÕES EM BRAÇO D.

Hora: _____

*Política Clínica de Assistência
deixa dor no ombro direito.
é diabético*

REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
INFORME ORIGINAL
17/10/2019

2053- Victoria arrived yesterday (20th) from the
 10th. The 10th is in the 10th and the 10th is in the 10th.
 The 10th is in the 10th and the 10th is in the 10th.
 The 10th is in the 10th and the 10th is in the 10th.

Dr. Antonio de A. Neco
CATEDRA DE TRINATOLOGIA
CARRERA DE INGENIERIA

HC
Quadrant, ca 1700, 1800, 1900

[illegible]

NIR

 Sistema Único de Saúde	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	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>							
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>							

Identificação do Paciente		6 - Nº DO PRONTUÁRIO																								
5 - NOME DO PACIENTE LINDALVEN DO SILVA		<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																								
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																			8 - DATA DE NASCIMENTO <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>							9 - SEXO Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO DDD <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Nº DO TELEFONE <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																								
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO DDD <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Nº DO TELEFONE <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																								
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)																										
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	17 - COD. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF 19 - CEP <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																								

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO	
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Gravidez normal 20 parto normal 10-11 no parto normal	

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Pré-natal normal

Código: 311618333

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:

HOSPITAL REGIONAL DR TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA (2503689)

Central Reguladora:

MOSSORO

Op. Solicitante:

01240255446RAQUEL

Unidade Desejada:

--- (---)

Data de
Solicitação:

17.10.2019 -
22:41:38

Data Desejada:

DADOS DO PACIENTE

CNS:

700503744161854

Nome do Paciente

LINDON JONSON DA SILVA

Nome da Mãe

MARIA ALMEIDA DA SILVA

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

05/07/1967 (52 anos)

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

400

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(84) 3316-2652 (Exibir Lista Detalhada)

Nome do Responsável:

ANDRÉ

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:

MOSSORO - RN

Raça:

PARDA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:

PROFESSORA MARIA AMELIA
GURGEL

Complemento:

Bairro:

RINCAO

Município de Residência:

MOSSORO

CEP:

59600-001

UF:

RN

Telefone do Responsável:

99644-9087 / 98871-8221

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

13186183472

Nome do Médico Solicitante:

ANTÔNIO PINHEIRO DE ALMEIDA
NETO

Status da
Solicitação:

PENDENTE



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

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado LIMBERSON 33

SILVA

foi examinado nesta Unidade às _____ horas, necessitando

de 30 (trinta) dias de afastamento do trabalho, a partir

desta data.

562.2

AM 265073 12.10.19

LOCALIDADE E DATA

Assinatura do médico



PLANTAO 24 HORAS

CIRURGIAS - CLÍNICO GERAL
 PEDIATRIA - ORTOPEDIA
 LABORATÓRIO DE ANÁLISES
 PRONTO-SOCORRO - RAIO-X
 ULTRASSONOGRAFIA

Rua Monte Sinai, 1948 - Fone: (84) 4008-5000 - (Ao lado do Nordeste Ponta Negra) - Natal/RN

Indem Fourn
da Silva

mo cil

LOKOWIN GONG
TH

Fran T arn
mao Zx ad

Fardulax
Tuo

SOMMOS

SOCIEDADE MEDICINA LTDA - ME

CNPJ 24.013.299/0001-87

União Jovem do S4

Auditoria com Dr. Soutel

Dr. Luis F. L. P. P. P. P.
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM - 4863

Clinica
+ Dr. SAÚDE

LINDA JONAS DA SILVA

Colicito.

- Rx DO OMBRO (D) AD

Clínica
+ Dr. SAÚDE

Luciana MARCON DA SILVA

01 Solicito.

- FISIOTERAPIA MOTORA, 20

CORPO CLÍNICO:

Dr. Maeterlinck Rêgo

Medicina esportiva e
Reumatologia.

Dr. Marcelo Rêgo

Medicina esportiva,
cirurgia do joelho e
cirurgia do ombro.

Dr. Márcio Rêgo

Medicina esportiva e
cirurgia do joelho.

Dr. Marcos Rêgo

Medicina esportiva e
cirurgia do ombro.



ARTROCENTER

ombro e joelho

LINDON JONSON DA SILVA

Uso oral:

1) DEOCIL 10 SL ----- 01 cx

Tomar 01 comprimido de 12/12h em caso de dor .

CORPO CLÍNICO:

Dr. Maeterlinck Rêgo

*Medicina esportiva e
Reumatologia.*

Dr. Marcelo Rêgo

*Medicina esportiva,
cirurgia do joelho e
cirurgia do ombro.*

Dr. Márcio Rêgo

*Medicina esportiva e
cirurgia do joelho.*

Dr. Marcos Rêgo

*Medicina esportiva e
cirurgia do ombro.*



ARTROCENTER

ombro e joelho

LINDON J. DA SILVA

Solicito :

Rx ombro D AP/P/AXILAR

Indicação:

FRATURA



Ortotrauma

Ortopedia e Traumatologia

Nome:

Luca F. D.

L. D.

At. un. 2

AP vers/leis / Perf/

GRUPO CLÍNICO:

Dr. Maeterlinck Rêgo

Medicina esportiva e
Reumatologia.

Dr. Marcelo Rêgo

Medicina esportiva,
cirurgia do joelho e
cirurgia do ombro.

Dr. Márcio Rêgo

Medicina esportiva e
cirurgia do joelho.

Dr. Marcos Rêgo

Medicina esportiva e
cirurgia do ombro.



ARTROCENTER

ombro e joelho

LINDON JOHNSON DA SILVA

Solicito:

HEMOGRAMA COMPLETO

GLICEMIA

COAGULOGRAMA

Indicação:

Pre operatório

12/11/19

CORPO CLÍNICO:

Dr. Maeterlinck Rêgo

*Medicina esportiva e
Reumatologia.*

Dr. Marcelo Rêgo

*Medicina esportiva,
cirurgia do joelho e
cirurgia do ombro.*

Dr. Márcio Rêgo

*Medicina esportiva e
cirurgia do joelho.*

Dr. Marcos Rêgo

*Medicina esportiva e
cirurgia do ombro.*



ARTROCENTER

ombro e joelho

LINDON JOHNSON DA SILVA

Solicito:

RISCO CIRURGICO

Indicação:

Pre operatório

12/11/19

ECG de Repouso

Exame: 206

Reg.Clin.:

Data: 22/01/2020 - 08:17:54

Nome: LINDON JONSON DA SILVA

RG:

CPF: 750.338.444-15

Nasc.: 05/07/1967

FC: 87 bpm 25 mm/s 10mm/mV 60Hz Muscular

DI

DII

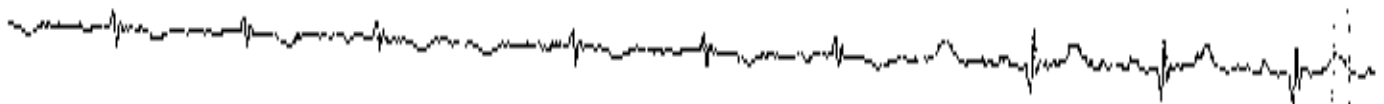
DIII



aVR

aVL

aVF



V1

V2

V3





CENTRO DE ANÁLISES CLÍNICAS NORTE-RIOGRANDENSE LTDA
LABOVIDA

LABOVIDA

C.N.P.J 08.258.436/0001-97

Paciente: LINDON JONHSON DA SILVA.

Sexo: Masculino Idade: 52 anos 6 meses Prot.: 96302

Posto: SOMMOS

Nº coleta: 3

Sefor: HEMATOLOGIA

Convênio: SOMMOS

Cadastro: 22/01/2020 - 07:25:52

Emissão: 22/01/2020

RG: 001.139.222 -

HEMOGRAMA

Material: Sangue total

Método: Automatizado: MICROS 60

REFERÊNCIAS

ERITOGRAMA

HEMÁCIAS.....	4,43 Milhões/mm ³	Feminino 4 a 5,2 Masculino 4,5 a 5,9
HEMOGLOBINA.....	14,2 g/dL	Feminino 12 a 16 Masculino 13,5 a 17,5
HEMATÓCRITO.....	43,0 %	Normal 36 a 48
VCM.....	97,07 /mm ³	Normal 80 a 98
HCM.....	32,05 pg	Normal 26 a 34
CHCM.....	33,0 g/dL	Normal 31 a 35
RDW.....	11,0 %	Normal 11 a 15

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS.....	15100 mm ³	Normal 3500 a 10000
BASTÕES.....	01 % 151 /mm ³	Normal 3 a 5 Normal 120 a 500



CENTRO DE ANÁLISES CLÍNICAS NORTE-RIOGRANDENSE LTDA
LABOVIDA

LABOVIDA

C.N.P.J 08.258.436/0001-97

Paciente: **LINDON JOHNSON DA SILVA.**

Sexo: Masculino Idade: 52 anos 6 meses Prot.: 96302

Posto: SOMMOS

Nº coleta: 3

Setor: BIOQUÍMICA I

Convênio: SOMMOS

Cadastro: 22/01/2020 - 07:25:52

Emissão: 22/01/2020

RG: 001.139.222 -

GLICOSE

316 mg/dL

REFERÊNCIAS

Material: Soro

Método: Enzimático

70 - 100

OBS.: Segundo ADA, Diagnosis and Classification of Diabetes
Mellitus, Diabetes Care, Supplement 1, January 2004.

Repetido e confirmado



CENTRO DE ANÁLISES CLÍNICAS NORTE-RIOGRANDENSE LTDA
LABOVIDA

LABOVIDA

C.N.P.J 08.258.436/0001-97

Paciente: **LINDON JOHNSON DA SILVA.**

Sexo: Masculino Idade: 52 anos 6 meses Prot.: 96302

Posto: SOMMOS

Nº coleta: 3

Setor: HEMATOLOGIA

Convênio: SOMMOS

Cadastro: 22/01/2020 - 07:25:52

Emissão: 22/01/2020

RG: 001.139.222 -

COAGULOGRAMA I

Material: Sangue total

Método : Automatizado :MICROS 50

REFERÊNCIAS

PLAQUETAS..... 325000 mm³
TEMPO DE COAGULAÇÃO(TC)..... 12:00 minutos
TEMPO DE SANGRAMENTO (TS)..... 1:45 minutos
RETRACÃO DO COÁGULO..... TOTAL
PROVA DO LAÇO..... NEGATIVA

Normal 150000 a 450000
NORMAL (Minutos) 5 a 12
Normal(minutos) 1 a 3



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
NÚCLEO CÍVEL DE MOSSORÓ

Rua. Francisco Peregrino, 418, Centro, Mossoró-RN, CEP. 59.600-070

A DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE, vem, respeitosamente, perante Vossa Excelência, REQUISITAR, com supedâneo no art. 128, inciso X, da Lei Complementar Federal de n. 80/94, o preenchimento de laudo médico circunstanciado, a fim de que se possa instruir, adequadamente, ação judicial a ser proposta em favor da pessoa abaixo identificada:

LAUDO MÉDICO CIRCUNSTANCIADO
CIRURGIAS ORTOPÉDICAS

PACIENTE:

Landem Jansen da Silva

Idade:

52

Atendimento: ☐ Rede pública de saúde ☐ Rede Suplementar de Saúde conveniada com a rede pública ☐ Rede suplementar de saúde

1) Performance atual (2011)



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
NÚCLEO CÍVEL DE MOSSORÓ

Rua. Francisco Peregrino, 418, Centro, Mossoró-RN, CEP. 59.600-070

6) Quais os exames realizados para fins de diagnóstico?

RAIOGRAFIA DO OMBRO ①

7) O paciente está internado? ☐ Sim ☒ Não. Data da internação: / /

8) Qual o tipo de cirurgia ortopédica indicada para o paciente?

OSTEOTOMIA DO ANTEBRAÇO

9) O procedimento cirúrgico está previsto nos Protocolos de Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde ou em lista de procedimentos da rede municipal ou estadual de saúde? ☒ Sim ☐ Não. Ainda em caso de resposta negativa à primeira pergunta, trata-se de procedimento considerado nova tecnologia no âmbito da medicina baseada em evidências? ☐ Sim ☐ Não.



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
NÚCLEO CÍVEL DE MOSSORÓ

Rua. Francisco Peregrino, 418, Centro, Mossoró-RN, CEP. 59.600-070

- 14) O paciente está inscrito em lista de regulação do Sistema Único de Saúde? ☒ Sim
☐ Não. Há quanto tempo? 04 MESES. Verificou-se o agravamento do estado de saúde em decorrência da espera? ☒ Sim ☐ Não. A não realização, com brevidade, do procedimento poderá acarretar danos irreparáveis à saúde ou bem-estar do paciente? ☒ Sim ☐ Não. Quais? ☒ Sim ☐ Não. Poderá implicar na incapacidade para deambular? ☐ Sim ☒ Não. Poderá impossibilitar o paciente de exercer atividades laborais? ☒ Sim ☐ Não. Outros (especificar):

Grav. fratura de punho direito
D. evoluindo por dor e limitação
função. recusa de se formar
unidade

- 15) O paciente já algum outro tipo de procedimento para tratamento da doença? ☒ Sim

☒ Não. Qual? NÃO. Quando? _____



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
NÚCLEO CÍVEL DE MOSSORÓ

Rua. Francisco Peregrino, 418, Centro, Mossoró-RN, CEP. 59.600-070

6) Quais os exames realizados para fins de diagnóstico?

RAIOLOGIA DA OMBRA ①

7) O paciente está internado? ☐ Sim ☒ Não. Data da internação: ___/___/___

8) Qual o tipo de cirurgia ortopédica indicada para o paciente?

OSTEOTOMIA OU ANTEROPCLASIA

9) O procedimento cirúrgico está previsto nos Protocolos de Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde ou em lista de procedimentos da rede municipal ou estadual de saúde? ☒ Sim ☐ Não. Ainda em caso de resposta negativa à primeira pergunta, trata-se de procedimento considerado nova tecnologia no âmbito da medicina baseada em evidências? ☐ Sim ☐ Não.



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

NÚCLEO CÍVEL DE MOSSORÓ

Rua. Francisco Peregrino, 418, Centro, Mossoró-RN, CEP. 59.600-070

12) Quais os materiais necessários à realização do procedimento:

Quantidade	Tipo de material	Registrado na ANVISA	Disponibilizado pelo SUS
01	PLACA BLOQUEADA / UNICO PROXIMAL	☒ Sim ☐ Não	☐ Sim ☒ Não
		☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
		☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
		☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
01	PLAQUE TOTAL / RE- JENSA OMBRO	☒ Sim ☐ Não	☐ Sim ☒ Não
		☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
		☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
		☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
		☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não

13) Em se tratando de materiais não disponíveis no Sistema Único de Saúde, apresentar justificativa para utilização dos mesmos, tomando por base a medicina em evidências e especificando os benefícios e riscos para o paciente, bem como os estudos técnicos que demonstram a necessidade de uso destes em detrimento daqueles fornecidos pelo SUS (deverá ser feita uma análise comparativa)?

Paciente e responsável por tratamento



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
NÚCLEO CÍVEL DE MOSSORÓ

Rua. Francisco Peregrino, 418, Centro, Mossoró-RN, CEP. 59.600-070

19) Outras circunstâncias importantes sobre o estado de saúde do paciente:

Gravidez normal e único pro-
ximo do parto. E durante
do e após o parto, não
há sintomas mais.

Mossoró, 13 de 02 de 2020

Médico:

CRM

6466

Especialidade: OBSTETRICIA E GINECOLOGIA

Obs: Anexar laudos de exames diagnósticos de imagem.

SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o procedimento cirúrgico solicitado para o paciente **LINDON JONSON DA SILVA**, CNS: 700.5037.4416.1854, CPF: 750.338.444-15, RG: 001.139.222, residente e domiciliado a Rua Maria Amélia Gurgel, Nº 400, Bairro Alto da Pelonha, Mossoró/RN, a saber: **ARTROPLASTIA TOTAL DO OMBRO + TENOPLASTIA DO BICEPS**, solicitado por Dr. Marcelo Rêgo, Ortopedia e Traumatologia, CRM/RN 4884, é um procedimento que tem como referência Natal - RN.

Vale salientar que os procedimentos, cuja referência de prestação de serviços compete ao Estado do Rio Grande do Norte, conforme Termo de Cooperação Técnica firmado entre SESAP/RN e SMS/MO/RN, o acesso se dá mediante solicitação desta Central de Regulação, via email, junto à Central Estadual de Regulação ortopediasesaprn@gmail.com, responsável pela marcação da consulta de avaliação do



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
II URSAP - MOSSORÓ/RN

DECLARAÇÃO

Atendendo solicitação referente ao procedimento cirúrgico de **ARTROPLASTIA TOTAL DO OMBRO + TENOPLASTIA DO BÍCEPS** para o paciente **LINDON JONSON DA SILVA**, CNS 700.5037.4416.1854, CPF: 750.338.444-15, RG: 1.139.222 SSP/RN, residente e domiciliado na Rua Profa. Maria Amélia Gurgel, 400, Conj. Vingt Rosado, Mossoró/RN, temos a informar que em razão do Termo de Cooperação entre Entes Públicos - TCEP (Estado do Rio Grande do Norte e Municípios), todos os procedimentos cirúrgicos eletivos serão referenciados pela Secretaria Municipal de Saúde, para a realização em favor do usuário do Sistema Único de Saúde.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HURSAP - MOSSORÓ/RN

DECLARAÇÃO

Atendendo solicitação referente ao procedimento cirúrgico de **ARTROPLASTIA TOTAL DO OMBRO + TENOPLASTIA DO BÍCEPS** para o paciente **LINDON JONSON DA SILVA**, CNS 700.5037.4416.1854, CPF: 750.338.444-15, RG: 1.139.222 SSP/RN, residente e domiciliado na Rua Profa. Maria Amélia Gurgel, 400, Conj. Vingt Rosado, Mossoró/RN, temos a informar que em razão do Termo de Cooperação entre Entes Públicos - TCEP (Estado do Rio Grande do Norte e Municípios), todos os procedimentos cirúrgicos eletivos serão referenciados pela Secretaria Municipal de Saúde, para a realização em favor do usuário do Sistema Único de Saúde.

Mossoró/RN, 12 de ...

LONDON JONSON DA SILVA

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins que o senhor supracitado é portador de fratura proximal do úmero direito, há 03 meses, em uso de tábua de velpeau no membro superior direito, com limitação da ADM do ombro direito.

No momento, apresenta-se estável e sem

000000
000000
000000

PLENA

CORPORATIVO

MEDICINA DO TRABALHO EXAMES

RISCO CIRÚRGICO

NOME: LINCOLN JORRAN DE SILVA
SEXO: M PROFISSÃO: _____ IDADE: 52 ANOS

1. CIRURGIA PROPOSTA

= MANUTENÇÃO ombro direito

2. ANTECEDENTES

- | | |
|---|--|
| ☐ AVC | ☐ FUMO |
| ☐ ALERGIA E DROGAS | ☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL |
| ☐ DIABETES MELLITUS | ☐ INSUFICIÊNCIA CARDÍACA |
| ☐ DOENÇAS CORONÁRIAS | ☒ OPERAÇÃO PRÉVIA = <u>Artroscopia</u> |
| ☐ DOENÇA PULMONAR | ☐ OUTROS |

Nome P
Assin

3. INTERROGATÓRIOS SINTOMATOLÓGICOS

4. EXAME FÍSICO

ACV: Normal

CORPO CLÍNICO:

Dr. Maeterlinck Rêgo

*Medicina esportiva e
Reumatologia.*

Dr. Marcelo Rêgo

*Medicina esportiva,
cirurgia do joelho e
cirurgia do ombro.*

Dr. Márcio Rêgo

*Medicina esportiva e
cirurgia do joelho.*

Dr. Marcos Rêgo

*Medicina esportiva e
cirurgia do ombro.*



ARTROCENTER

ombro e joelho

LINDON JONSON DA SILVA

LAUDO MEDICO

Paciente Vitima de fratura de úmero proximal Direito, ocorrida há 03 meses. RX = fratura consolidada viciosamente. Paciente com importante limitação da mobilidade do ombro. Sequela definitiva , devido ao tempo de fratura o sucesso com o tratamento cirúrgico é de péssimo prognostico. CID S 422

Natal , 28/01/2020

CORPO CLÍNICO:

Dr. Maeterlinck Rêgo

*Medicina esportiva e
Reumatologia.*

Dr. Marcelo Rêgo

*Medicina esportiva,
cirurgia do joelho e
cirurgia do ombro.*

Dr. Márcio Rêgo

*Medicina esportiva e
cirurgia do joelho.*

Dr. Marcos Rêgo

*Medicina esportiva e
cirurgia do ombro.*



ARTROCENTER

ombro e joelho

LINDON JONSON DA SILVA

FISIOTERAPIA

- Diagnóstico : Frautra consolidada Viciosamente

Ombro D

- Objetivo :

Analgesia

Alongamento

Cinesioterapia

CORPO CLÍNICO:

Dr. Maeterlinck Rêgo

*Medicina esportiva e
Reumatologia.*

Dr. Marcelo Rêgo

*Medicina esportiva,
cirurgia do joelho e
cirurgia do ombro.*

Dr. Márcio Rêgo

*Medicina esportiva e
cirurgia do joelho.*

Dr. Marcos Rêgo

*Medicina esportiva e
cirurgia do ombro.*



ARTROCENTER

ombro e joelho

LINDON JONSON DA SILVA

FISIOTERAPIA

- Diagnóstico : Frautra consolidada Viciosamente

Ombro D

- Objetivo :

Analgesia

Alongamento

Cinesioterapia

LONDON JONSON DA SILVA

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins que o senhor supracitado é portador de fratura proximal do úmero direito, há 03 meses, em uso de tala de velpeau no membro superior direito, com limitação da ADM do ombro direito.

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Lincoln Jansen da Silva, brasileiro(a),
estado civil: unido Profissão: Peixeiro Data do Acidente 17-10-2019
cobertura em velocidade portador(a) do RG 001.139.228, órgão expedidor
SSP/RN e do CPF: 750.338.444-15 residente no(a)
Peixeiro Profissional IIª Amélia Gurgel nº 400
bairro: Reméd, município: Moossoró / RN.

OUTORGADO:

Nome: PAULO SÉRGIO CASTRO DE NORONHA, brasileiro(a) estado
civil: DIVORCIADO Profissão: PESCADOR, portador(a) do RG 001.329.227,
órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 877.270.214-15 residente
no(a) RUA SEIS DE JANEIRO nº 1615, bairro: SANTO
ANTONIO, município: MOSSORÓ / RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

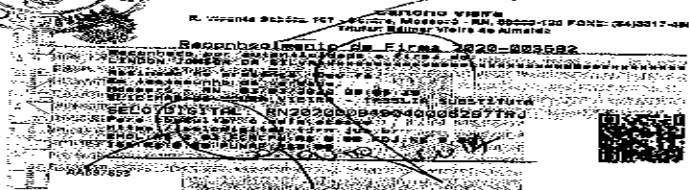
Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Moossoró 03-03-2020
Local e Data

Lincoln Jansen da Silva
Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0093853/20

Número do Sinistro: 3200118433

Vítima: LINDON JONSON DA SILVA

CPF: 750.338.444-15

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

Data do acidente: 17/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LINDON JONSON DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 28/04/2020
Nome: LINDON JONSON DA SILVA
CPF: 750.338.444-15

LINDON JONSON DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/04/2020
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

THIARA VIRGINIA DA HORA

Rio de Janeiro, 17 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200118433

Vítima: LINDON JONSON DA SILVA

Data do Acidente: 17/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LINDON JONSON DA SILVA

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, 09 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200118433

Vítima: LINDON JONSON DA SILVA

Data do Acidente: 17/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LINDON JONSON DA SILVA

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: LINDON JONSON DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000003064

Conta: 001300042653-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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



Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200118433

Vítima: LINDON JONSON DA SILVA

Data do Acidente: 17/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LINDON JONSON DA SILVA

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\$ 2.201,85

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau residual 23.3%

% Invalidez Permanente DPVAT: (23.3% de 70%) 16,31%

Valor a indenizar: 16,31% x 13.500,00 = R\$ 2.201,85

Recebedor: LINDON JONSON DA SILVA

Valor: R\$ 2.201,85

Banco: 104

Agência: 000003064

Conta: 001300042653-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - Endereço: 7 - Profissão: 8 - Estado: 9 - CEP: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail:

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

AGÊNCIA: 3064 CONTA: 42653 8 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que:

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar falecidos: 30 - Vítima deixou nascido (a) filho(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura do representante legal (se houver) 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 054389/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 24/10/2019 08:34 Data/Hora Fim: 24/10/2019 08:52
Delegado de Polícia: Francisco Edvan de Queiroz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeito: 1º Distrito Policial de Mossoró
Data/Hora do Fato: 17/10/2019 17:40

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Logradouro: RUA FRANCISCO BANDEIRA SOBRINHO

Bairro: Rincão
Nº: SN

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LINDON JONSON DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Mossoró Sexo: Masculino Naso: 05/07/1967
Profissão: Pedreiro
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Maria Almeida da Silva

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: RUA PROFESSORA MARIA AMÉLIA GURGEL
Bairro: RINCÃO- CONJUNTO NOVO Nº: 400

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Descrição: MOTO 50 CC

Placa: QGE5683

Número do Motor: JL1P39FMB14T005591

Ano/Modelo Fabricação: 2014/2014

UF Veículo: Rio Grande do Norte

Marca/Modelo: MOTO TRAXX/JL50Q-8

Veículo Adulterado? Não

Situação: Envolvido, Meio Empregado

Situação do Veículo: NADA CONSTA

Subgrupo: Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão

CPF/CNPJ do Proprietário: 750.338.444-15

Renavam: 01061966825

Número do Chassi: 951BXKBA1EB006993

Cor: VERMELHA

Município Veículo: Mossoró

Modelo: MOTO TRAXX/JL50Q-8

Quantidade: 1 Unidade

Última Atualização Denatran: 09/09/2015

Nome Envolvido

Lindon Jonson da Silva

Envolvimentos

Depositário, Possuidor

RELATO/HISTÓRICO



Delegado de Polícia Civil: Francisco Edvan de Queiroz
Impresso por: Rogério do Carvalho Brito Castro
Data de Impressão: 24/10/2019 08:52
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 054389/2019

O COMUNICANTE VEIO A ESTE DISTRITO E RELATOU QUE VINHA CONDUZINDO SUA MOTO MOTO 50 CC, Placa QG65883, Chassi 951BXKBA1EB008993, Núm. Motor JL1P39FMBT4T005591, Renavam 01081985825. QUANDO CHEGOU NO LOCAL DESCRITO UM ANIMAL, CACHORRO, ATRAVESSOU A SUA FRENTE E NÃO PODENDO EVITAR COLIDIU COM O ANIMAL, E SE DESEQUILIBROU E CAIU AO CHÃO SOFRENDO LESÃO PELO CORPO. O COMUNICANTE DISSE QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E CONDUZIDO AO HRTM EM MOSSORÓ/RN. NADA MAIS DISSE.

ASSINATURAS

Rogério de Carvalho Brito Castro
Agente de Polícia
Matrícula 157.980-2

Lindor Jonson da Silva
(vítima / Comunicante)

Responsável pelo Atendimento
"Declaro para os devidos fins de direito que sou(s) único(s) responsável pelo(s) informações acima assessoradas e ciente que poderá responder civil e criminalmente por a presente declaração e origem, conforme previsto nos Artigos 339-Detração, 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contaminação do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Francisco Edvan de Queiroz
Impresso por: Rogério de Carvalho Brito Castro
Data de Impressão: 24/10/2019 08:52
Protocolo Nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - Endereço: 7 - Profissão: 8 - Estado: 9 - Cidade: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - CEP: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail:

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3064 CONTA: 426338

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Imprescindível para a análise do pedido de indenização por morte: ☐ Sim ☐ Não

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**SAMU
MOSSORÓ
192**

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

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 621

Mossoró 29 de Outubro de 2019

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário **LINDON JONSON DA SILVA, 52 anos.**

Natureza da Ocorrência: Acidente Automobilístico: Queda de moto

Data da Ocorrência: 17/10/2019

Local da ocorrência: Avenida principal, Conjunto Vingt Rosado/III etapa.

Viatura: BRAVO – Unidade de Suporte Bravo de Vida – 02

Hora do Chamado: 17h 45 min.

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

Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: **Lucia Paulo Pereira, 49 anos,** portador de **RG: 001.317.629.**

Estamos à disposição para mais informações.

SILVANIA DO MONTE SANTIAGO
DIRC - SAMU MOSSORÓ
Matr. 58682-1

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

Dr. Dixon Fradik Medeiros Lima
Diretor do SAMU
Mat. 405418-2
CRM 5987

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

SAMU – Mossoró
Rua: Sels de Janeiro, 509 – Santo Antônio – CEP: 59611-070 – Mossoró – RN
Tel / FAX: (0xx-84)3315-4915
e-mail: samu.mossoro@hotmail.com