



Número: **0808503-55.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **18/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.766,90**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LINDON JONSON DA SILVA (AUTOR)		CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57259 821	02/07/2020 15:30	2732065_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação

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 59025-260
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



COSERN

www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
Ligação Grátis: 116
-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 Grátis de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEE: 167
Ligação Grátis 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
59611-070 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: 01

CONTA CONTRATO
000492222011

Nº DO CLIENTE
300629886

Nº DA INSTALAÇÃO
0000569029

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

7FF7.F455.780D.B0B6.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	0,32491806	76,03
Acrescimo Bandeira AMARELA			4,00
Contrib. Ilum. Pública Municipal			14,57
Multa por atraso-NF 033406186 - 20/11/19			3,68
Multa por atraso-NF 034941360 - 20/12/19			3,55
Juros por atraso-NF 033406186 - 20/11/19			1,94
Juros por atraso-NF 034941360 - 20/12/19			0,17
Atualização IGPM-NF 033406186 - 20/11/19			0,58
Atualização IGPM-NF 034941360 - 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	%
157,28	18,00	28,30	157,28	0,85	1,33	157,28	3,94

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
RS	%	RS	%
Geração de Energia	58,03	56,88	
Transmissão	8,07	3,98	
Distribuição (Cosern)	58,24	24,30	
Encargos Financeiros	8,83	5,05	
Tributação	25,32	22,70	
Perdas de Energia	10,25	6,70	
TOTAL	157,28	100	

TARIFAS APLICADAS			
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,32982774		
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,32491806		

HISTÓRICO DO CONSUMO			
DATA	CONSUMO (kWh)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
JAN 20	234,00	182,17	182,17
DEZ 19	234,00	182,17	182,17
NOV 19	234,00	182,17	182,17
OCT 19	234,00	182,17	182,17
SET 19	234,00	182,17	182,17
AUG 19	234,00	182,17	182,17
JUL 19	234,00	182,17	182,17
JUN 19	234,00	182,17	182,17
MAY 19	234,00	182,17	182,17
ABR 19	234,00	182,17	182,17
MAR 19	234,00	182,17	182,17
FEB 19	234,00	182,17	182,17
JAN 19	234,00	182,17	182,17

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	DOSSIMIO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000002131388836	CAT	20/12/2019	28.721,00	21/01/2020	29.955,00	32	1,00000	0,00	234,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 14/02/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIM	METAS ANUAL
nov/2019					
DIO-Horas sem Energia	BARROCAS	2,42	4,94	9,91	15,42
FIO-Horas sem Energia		1,00	3,23	6,17	12,15
DMD-Duração máxima de Interrupção contínua		2,42	2,77	0,00	0,00
DMD-Duração de Interrupção em série					
Linha DICI: 12,22					
EUSD-Valor de Encargo de Uso = R\$ 59,56					
Todo Consumidor pode solicitar a aprovação das Interrupções DIO, FIO, DMD e DMD 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. n. peanha, 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 Amarela, mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de 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

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MESIANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000492222011	01/2020	182,17	28/01/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838500000016 821780384000 492222011200 814757105637



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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://www3.susep.gov.br/BIBLIOTECAS/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 877.270.214-15 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 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	Rua 06 de Janeiro		Número	3615	Complemento	Casa
Bairro	Sto Antonio	Cidade	Mossoro	Estado	RN	CEP
Email	Recuso		Telefone comercial (DDD)	184199538106		
			Telefone celular (DDD)	59611070		

Mossoro 02 de 03 de 2020
Local e Data

Paulo Sérgio Castro de Noronha
Assinatura do Declarante

DLORL001 V002/7017



ED 03- VÍTIMA ACIDENTE VEICULO COM FALHA NO DUTTO
COMPLETO, TRATADO, SOLICITADO NO DUTTO TRATADO E TRATADO
APRESENTA FALHAS NO DUTTO TRATADO E TRATADO E TRATADO
APRESENTA FALHAS NO DUTTO TRATADO E TRATADO E TRATADO


DR. FREDERICO DE S. NETA
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM 151.101

Queda da mão, com
deformidade
Tubo de drenagem I, e/ou drenagem de
pós-operatório, com o mesmo
Código (130000) P/ NC

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO NETA
ESTA CONFORME ORIGINAL
BANE MOSSORO
SANE / ARQUIVO



NIR

	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
11 - NOME DA MÃE		9 - SEXO	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		10 - RAÇA/COR	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		12 - TELEFONE DE CONTATO	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - TELEFONE DE CONTATO	
17 - COD. IBS/MUNICÍPIO		18 - UF	
		19 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL			
24 - CID 10 PRINCIPAL			
25 - CID 10 SECUNDÁRIO			
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
31 - DOCUMENTO		32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		36 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		38 - CNPJ DA SEGURADORA	
39 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		40 - Nº DO BILHETE	
41 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		42 - CNPJ EMPRESA	
43 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		44 - CNAE DA EMPRESA	
45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA		46 - () NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO			
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		48 - COD. EMISSÃO EMISSOR	
49 - DOCUMENTO		50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
53 - () NÃO SEGURADO		54 - () NÃO SEGURADO	



Código: 311618333

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:

HOSPITAL REGIONAL DR TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA (2503689)

Central Reguladora:

MOSSORO

Op. Solicitante:

01240255446RAQUEL

Unidade Desejada:

--- (---)

Data da 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

Clinica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

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

Nome do Médico Solicitante:

ANTONIO PINHEIRO DE ALMEIDA NETO

Status da Solicitação:

PENDENTE

Classificação de Risco

Prioridade 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível

Clinica 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

PACIENTE

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:

17.10.2019 - 22:41:38

Data da Extração dos Dados: 18/10/2019 08:03:05





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

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA 33

SILVA

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

5.6.2

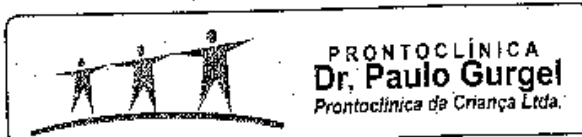
em 25.08.2020, 12.10.19
LOCALIDADE E DATA

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

Dr. Antônio Pinheiro de A. Neto
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM 11.181-RN

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.





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

*Indicar Fournon
da Silva*

*mo cu
① Loxowin Geom
Ito
Fuer I curru
mo ex aq*

*② Fardelax Tio
Fuer I curru
mo ex aq*

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

*22/11/19
Lj*

Natal,



SOMMOS

SOCIEDADE MEDICINA LTDA - ME
CNPJ 24.013.299/0001-87

Cartão fornecido ao Sr.

Avaliador com DR. Souto /

Dr. Luis C. Vasconcelos
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM - 4863

Rua Juvenal Lamartine, 640 – Santo Antônio – Mossoró – RN
CEP: 59.600-155 – Fones: (84) 3321-2880/ (84) 3321-4088



 Clínica
Dr. SAÚDE

LINDON JONSON DA SILVA

É Solicito.

- Rx DO OMBRO @ AD

Dr. Danilo L. de P. Alv.
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1005

14/07/20

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

 98869-2024





LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

(P) SOLICITO.

- FISIOTERAPIA MOTORA, 20
SESSÕES, PARA CUIDO DE
ADMI

END FX PROXIMAL DO OMBRO (P)

Dr. Danilo L. de Paiva
Ortopedista e Traumatologista
CRM 104.692

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 Lins de Azevedo, 979

Sala 1 - Tirôl - Natal/RN

Consultas - (84) 3133 4200

☎ (84) 98840 3120



ARTROCENTER
ombro e joelho

LINDON JONSON DA SILVA

Uso oral:

1) DEOCHIL 10 SL ----- 01 cx

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

ARCAÇÃO CONSULTAS :

☎ 98840-8120

[Handwritten signature]
MARCOS RÊGO
Cirurgião de 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 Laraniera, 978
Sala 1 - Tírol - Natal/RN
Consultas - (84) 3135 4200
☎ (84) 38540 3120



ARTROCENTER
ombro e joelho

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: _____

André F. L.

20.6

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

KÉILERTE GURGEL
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 6766 TECT 14259

21.10.11/2010

Mossoró/RN

Médico

CLÍNICA ORTOTRAUMA

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

Agendamento de Consulta: (84) 3061-5000 / 3316-0430

www.orto-trauma.com



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.

**Consultório no
Hospital Memorial
São Francisco**

Av. Federal Lamerline, 579

Sala 7 - 1º Andar - Maracá

Consultas - (84) 3183.4244

☎ (84) 92540.5723



ARTROCENTER
ombro e joelho

LINDON JOHNSON DA SILVA

Solicito :

HEMOGRAMA COMPLETO

GLICEMIA

COAGULOGRAMA

Indicação:

Pre operatório

12/11/19

[Handwritten signature]
Márcio Rêgo
Cirurgião de Ombro e Joelho
CRM 108.134



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. Juarez de Almeida, 2.200
Sala 11 - 11º andar - Jd. Paulista
Cidade - São Paulo - SP
CEP: 05403-900
Tel: (11) 5084-6100



LINDON JOHNSON DA SILVA

Solicito:

RISCO CIRURGICO

Indicação:

Pre operatório

12/11/19

MARCO ANTONIO RÊGO
Fisioterapeuta
Cirurgião de Ombro e Joelho
CRM 17.119



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

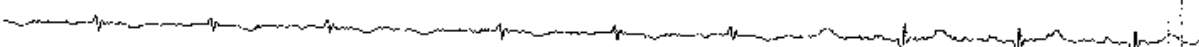
DIII



aVR

aVL

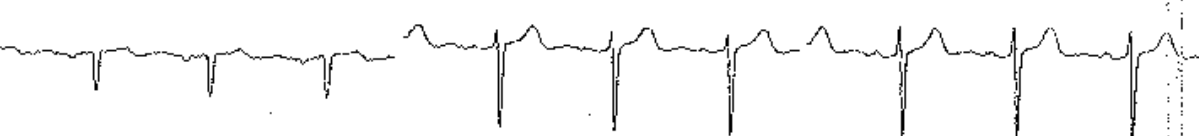
aVF



V1

V2

V3



V4

V5

V6



DII



Ronco 02

Normalidade

FC=87

Dr. Gustavo Rocha

Cardiologista
CRM 6007

Eq# 0001977694

MICROMED





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 -

HEMOGRAMA

Material: Sangue total

Método: Automatizado: MICROS 60

REFERÊNCIAS

ERITOGRAMA

HEMÁCIAS..... 4,43 Milhões/mm³

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 f/mm³

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 mm³

Normal 3500 a 10000

BASTÕES..... 01 % 151 /mm³

Normal 3 a 5

SEGMENTADOS..... 61 % 9.211 /mm³

Normal 54 a 62

EOSINÓFILOS..... 04 % 604 /mm³

Normal 2 a 4

BASÓFILOS..... 00 % 0 /mm³

Normal 0 a 1

LINFÓCITOS..... 28 % 4.228 /mm³

Normal 25 a 35

LINFÓCITOS ATÍPICOS..... 00 % 0 /mm³

Normal 0 a 0

MONÓCITOS..... 6 % 906 /mm³

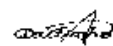
Normal 3 a 8

CONTAGEM PLAQUETAS

PLAQUETAS..... 325000 mm³

Normal 150000 a 450000

LEUCOCITOSE MODERADA


BRENO COUTINHO
CRF-2772-RN

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



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 02/07/2020 15:30:14

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215301461300000055021506>

Número do documento: 20070215301461300000055021506

Num. 57259821 - Pág. 22



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

Materiais: Soro

316 mg/dL

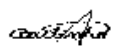
Método: Enzimático

REFERÊNCIAS

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



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 02/07/2020 15:30:14

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215301461300000055021506>

Número do documento: 20070215301461300000055021506

Num. 57259821 - Pág. 23



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

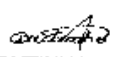
Material: Sangue total

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

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



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 02/07/2020 15:30:14

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215301461300000055021506>

Número do documento: 20070215301461300000055021506

Num. 57259821 - Pág. 24



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: Laídon 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
ULNA DO LADO DEXTRO

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 OMBRA ③

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

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

OSTEOTOMIA DO ANTEPESSO

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 complicações
osteofr.





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. Poderá implicar na incapacidade para deambular? ☐ Sim ☒ Não. Poderá impossibilitar o paciente de exercer atividades laborais? ☒ Sim ☐ Não. Outros (especificar):

Grav. fratura de fêmur (perna)
D. evoluindo por dor e limitação
funcional. recusa de fisioterapia
unifocal

- 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? 02 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. 59.800-070

6) Quais os exames realizados para fins de diagnóstico?

RAIOLOGIA 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 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 (American)
HIPERTENSÃO

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

Fratura curando com bons cuidados
Médico.





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	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
01	PLAQUE SESE SOTAL / RENAME DUBAO	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 a troca do vídeo (proximal) recente de bloco de amigdalotomia. Poderia ser feita em ortodontia (pro de placa bloqueada) ou Anestesiologia (protese). Deverá ser feita uma 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 prescriptor, 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 tíbia proximal D há 04 dias. Evidência de dor e limitação funcional. Necessidade de fratura aberta.

Mossoró, 13 de 02 de 2020

Médico: *[Assinatura]*
CRM 6468

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Obs: Anexar laudos de exames diagnósticos de imagem.

KELVINE GURCEL
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 6780 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 à 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
H 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 19.6906



RISCO CIRÚRGICO

NOME:

LINOAN JORRAN DE SILVA

SEXO:

M

PROFISSÃO:

IDADE:

52 anos

1. CIRURGIA PROPOSTA

MANUTENÇÃO ombro direito

2. ANTECEDENTES

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

- ☐ FUMO
- ☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
- ☐ INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
- ☒ OPERAÇÃO PRÉVIA - Apendicite
- ☐ OUTROS

Mane R
DCCO

3. INTERROGATÓRIOS SINTOMATOLÓGICOS

4. EXAME FÍSICO

ACV:

PA:

FC:

Normal
120/80 mmHg
65

5. ELETROCARDIOGRAMA

Normal

6. OUTROS EXAMES

7. CONCLUSÃO

PROCEDER COM A CIRURGIA PROPOSTA

(RISCO CARDIOVASCULAR)

8. OBSERVAÇÕES

Dr. Gustavo Rocha
Cardiologista
CRM 6007

Dr. Gustavo Rocha
CRM 6007 - RN

22/07/2020



certificado
ISO 14001

Rua Malô 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. Juventude Americana, 373
Sala 1 - Tirol - Natal/RN
Consultas - (84) 3133 4260
☎ (84) 98240 8120



LINDON JONSON DA SILVA

LAUDO MEDICO

Paciente Vítima 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 prognóstico. CID S 422

Natal, 28/01/2020

Marcelo Rêgo
Cirurgia
Cirurgia do Ombro e
Cirurgia do joelho



Av. Juvenal Lamarque, 979
Sala 1 - Tirol - Natal/RN
Consultas - (24) 3133 4200
☎ (24) 98840 2120



ARTROCENTER
ombro e joelho

LINDON JONSON DA SILVA

FISIOTERAPIA

- Diagnóstico : Fraude consolidada Viciosamente

Ombro D

- Objetivo :

Analgnesia

Alongamento

Cinesioterapia

- SESSÕES : 10

MARCAÇÃO CONSULTAS :



98840-8120

~~SECRET~~



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, 909

Sala 1 - Tirol - Natal/RN

Consultas - (84) 3133 4260

☎ (84) 98840 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

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 02/07/2020 15:30:14
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215301461300000055021506
Número do documento: 20070215301461300000055021506



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 V. de Paiva
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15.606





Vítima



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - RN

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1
COD RENAVAM 01061966825
EXERCÍCIO 2020

NOME
LINDON JONSON DA SILVA

PLACA ANT / UF 750.338.444-15
CHASSI QCE5683

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
PASSAGEIRO/CICLOMOTOR/NOVA QCE5683/RN 9518XKRA16H006993

MARCA / MODELO
MOTO TRAXX / JL500-82

CATEGORIA PARTICULAR
COR PREDOMINANTE VERMELHA

VENTO DOTTAS
1º 15NTO
2º 15NTO
3º 15NTO

PREMIO TARIFARIO (R\$) 019442
3X R\$ *****

TAXAS DETRAN, PABO I++ DEVAT, PAGO

MOTOR: JL1P39FMB147005591

MOSSORO/RN

DATA 10/02/2020

DETRAN-RN

DETRAN-RN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, QTPOR SUA CARGA, A PESSOAAS TRANSPORTADAS OU NAO - 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.SEGURADORA.LIDER.COM.BR
SAC DPVAT 0800 622 1204

VIA 1
RENAVAM 01061966825
MOTO TRAXX / JL500-82

PLACA 750.338.444-15
CHASSI QCE5683

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
PASSAGEIRO/CICLOMOTOR/NOVA QCE5683/RN 9518XKRA16H006993

MARCA / MODELO
MOTO TRAXX / JL500-82

CATEGORIA PARTICULAR
COR PREDOMINANTE VERMELHA

VENTO DOTTAS
1º 15NTO
2º 15NTO
3º 15NTO

PREMIO TARIFARIO (R\$) 019442
3X R\$ *****

TAXAS DETRAN, PABO I++ DEVAT, PAGO

MOTOR: JL1P39FMB147005591

MOSSORO/RN

DATA 10/02/2020





Seguradora

LÍDER
Líder em Cobertura Seguradora**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

☐ DAIMS (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) documento(s) estão sendo entregues:
☒ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IML
☐ 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 sinistro 3200 118433, pois estou insatisfeito com o pagamento que recebi de indenização, pois fiquei com sequelas irreversíveis, conforme Dentes e Dentes que ainda tenho. Sobre o Seguro DPVAT, por isso peço para que seja um meu processo, com o médico da Seguradora Líder, para que possa constatar e comprovar minha Sequela. Desde já agradeço.

Mossoró 2 de Abril de 2020
 Local e Data

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

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 cargo).



ATESTADO / LAUDO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: LINDON JONSON DA 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 SÍNDROME GRAVE
DE FRATURA LUXAÇÃO COMPLEXA DA CÂBULA
E COTO ULNAR DIREITO, COMPLICADA COM

2. Qual o CID? PARALISIA AGUDA DO PLEXO BRAQUIAL
S42.2 + 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 DESTA PACIENTE QUE O
CONDICIONA A UM RETORNO NAOCORRER

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

TODA E QUALQUER ATIVIDADE
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 TEM A OPORTUNIDADE DE OPERAR
NA QUE PUDÉSSE MINORAR AS SUAS
SÍNDOMES. ESTÁ SEMPRE DEPENDENDO DE
USO DO ANÁLISES E USO DE ORTESE COMO TAPOMA
MPSSOR 07 de ABRIL de 2020 COMPLETA P/ MSD.

CONVENIR QUE SEJA SUBMETIDA A EXAME

Willian
Assinatura do médico
WILLIAN
CRM

pericial p/ pleitear
o que lhe foi de
DIREITO.

Fco. Willian Carvalho Ferreira
Ortopeda - CRM 118328
Medicina do Trabalho - MTB 149 PJ



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://www3.susep.gov.br/BIBLIOTECAS/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 Sergio Costa de Noronha inscrito (a) no CPF sob o Nº 877.270.214-15
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 envolvida 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://www3.susep.gov.br/BIBLIOTECAS/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 Sergio Costa da Noronha inscrito (a) no CPF sob o Nº 877.270.214-15
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 envolvida 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 MERMOS, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-260
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.coseern.com.br

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

Ligações Grátis:

- TELEATENDIMENTO COSEERN: 116

- Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 20110142

- Ouvidoria 0800 0040404

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
59611-470 MOSSORO RN

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: 0

CONTA CONTRATO

000492222011

Nº DO CLIENTE

300029886

Nº DA INSTALAÇÃO

000589029

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

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

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.coseern.com.br

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
Acréscimo Bandeira AMARELA			4,08
Contrib. Ilum. Pública Municipal			14,87
Multa por atraso-NF 033406185 - 20/11/19			3,68
Multa por atraso-NF 034941380 - 20/12/19			3,55
Juros por atraso-NF 033406185 - 20/11/19			1,04
Juros por atraso-NF 034941380 - 20/12/19			0,17
Ativação IGPM-NF 033406185 - 20/11/19			4,59
IGPM-NF 034941380 - 20/12/19			0,59

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,26488000
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,26047000
JAN 20	0,26488000
FEV 19	0,26047000
NOV 19	0,26488000
OUT 19	0,26047000
SET 19	0,26488000



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 02/07/2020 15:30:14

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215301461300000055021506

Número do documento: 20070215301461300000055021506

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA NERNOZ, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-260
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.coseern.com.br

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

Ligações Grátis:

-TELEATENDIMENTO COSEERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 20110142

-Ouvidoria 0800 0040404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Grátis de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL- 167

Ligação Grátis 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
59611-470 MOSSORO RN

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: 0

CONTA CONTRATO

000492222011

Nº DO CLIENTE

300029886

Nº DA INSTALAÇÃO

000589029

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

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

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.coseern.com.br

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
Acréscimo Bandeira AMARELA			4,08
Contrib. Ilum. Pública Municipal			14,87
Multa por atraso-NF 033406185 - 20/11/19			3,68
Multa por atraso-NF 034941380 - 20/12/19			3,55
Juros por atraso-NF 033406185 - 20/11/19			1,04
Juros por atraso-NF 034941380 - 20/12/19			0,17
Ativação IGPM-NF 033406185 - 20/11/19			0,59
IGPM-NF 034041380 - 20/12/19			0,59

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TUSD

0,32982774

Consumo Ativo(kWh)-TE

0,32491806

HISTÓRICO DO CONSUMO

JAN 20

DEZ 19

NOV 19

OUT 19

SET 19



**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
MATR. 58682-1

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

Dr. Dixon Fradek Medeiros Lima
Diretor do SAMU
Mat. 405418-2
CRM/RN 5997

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

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





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: 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 Jurgel 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): 841 99 53 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: ☒ RECURSO 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3064 CONTA: 426 53 8 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 na renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu resultado.

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) (vivo(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 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

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)

FPS.001 V002/2019





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 QGE56B3

Renavam 01061966825

Número do Motor JL1P39FMB14T005591

Número do Chassi 951BXXBA1EB006993

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 Denatran 09/09/2015

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Lindon Jonson da Silva	Depositário, 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



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 02/07/2020 15:30:14

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215301461300000055021506

Número do documento: 20070215301461300000055021506

Num. 57259821 - Pág. 51



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 JL1P39FM814T005591, Renavam 01061966826, 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 157.380-2
Responsável pelo Atendimento

Lindon Jonson da Silva
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou(su) único(s) responsável(is) pelas informações acima assertadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente por qualquer declaração falsa ou enganosa, conforme previsto nas Artigos 339-Ocultação de Delito e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Condição 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



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 02/07/2020 15:30:14

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215301461300000055021506>

Número do documento: 20070215301461300000055021506

Num. 57259821 - Pág. 52



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:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

750.338.444-15

Leandro 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:

Leandro Janson do Silva

6 - CPF:

750.338.444-15

7 - Profissão:

Receuso

8 - Endereço:

Rua Prof. Dr. Amélia Gurgel

9 - Número:

400-1

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Remoão

12 - Cidade:

Massoró

13 - Estado:

PA

14 - CEP:

59.600-002

15 - E-mail:

Receuso

16 - Tel. (DDD):

(84) 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)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3064

CONTA:

426 53

8

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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(s) nascido(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 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

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:

Massoró/PA 02-03-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 15626917



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

Titular do CPF: LINDON JONSON DA SILVA

CPF de: Próprio

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LINDON JONSON DA SILVA

THIARA VIRGINIA DA HORA



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Leandro Jonson da Silva, brasileiro(a),
estado civil: casado Profissão: Pequeno, Data do Acidente 17-10-2019
Cobertura em Validez portador(a) do RG 001.139.228, órgão expedidor
SSP/PA e do CPF: 750.338.444-15 residente no(a)
Pequeno Professora II: Amélia Gurgel nº 400
bairro: Remicão, município: Mossoró / 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.

Classroom 03-03-2020

Local e Data

Lindson Barson da Silva
Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

R. 100m4 24542 167 - 06/09/2005 - RM, 00000-120 FONE: (34)3317-45
 Thimar Edimar Vieira de Almeida

Registrelele de Firmă 2020-003592

[illegible]

NO STRESS - Nov 74

...the

1-22-68 - 1000, VICIA - 1000, SUBSTITUTED

DIGITAL \ BN202000B49040006297TRJ

...and the ...

NO. 100-441100-1000

~~CONFIDENTIAL~~

~~CONFIDENTIAL~~

12345678910111213141516171819202122232425262728293031323334353637383940414243444546474849505152535455565758596061626364656667686970717273747576777879808182838485868788899091929394959697989910010110210310410510610710810911011111211311411511611711811912012112212312412512612712812913013113213313413513613713813914014114214314414514614714814915015115215315415515615715815916016116216316416516616716816917017117217317417517617717817918018118218318418518618718818919019119219319419519619719819920020120220320420520620720820921021121221321421521621721821922022122222322422522622722822923023123223323423523623723823924024124224324424524624724824925025125225325425525625725825926026126226326426526626726826927027127227327427527627727827928028128228328428528628728828929029129229329429529629729829930030130230330430530630730830931031131231331431531631731831932032132232332432532632732832933033133233333433533633733833934034134234334434534634734834935035135235335435535635735835936036136236336436536636736836937037137237337437537637737837938038138238338438538638738838939039139239339439539639739839940040140240340440540640740840941041141241341441541641741841942042142242342442542642742842943043143243343443543643743843944044144244344444544644744844945045145245345445545645745845946046146246346446546646746846947047147247347447547647747847948048148248348448548648748848949049149249349449549649749849950050150250350450550650750850951051151251351451551651751851952052152252352452552652752852953053153253353453553653753853954054154254354454554654754854955055155255355455555655755855956056156256356456556656756856957057157257357457557657757857958058158258358458558658758858959059159259359459559659759859960060160260360460560660760860961061161261361461561661761861962062162262362462562662762862963063163263363463563663763863964064164264364464564664764864965065165265365465565665765865966066166266366466566666766866967067167267367467567667767867968068168268368468568668768868969069169269369469569669769869970070170270370470570670770870971071171271371471571671771871972072172272372472572672772872973073173273373473573673773873974074174274374474574674774874975075175275375475575675775875976076176276376476576676776876977077177277377477577677777877978078178278378478578678778878979079179279379479579679779879980080180280380480580680780880981081181281381481581681781881982082182282382482582682782882983083183283383483583683783883984084184284384484584684784884985085185285385485585685785885986086186286386486586686786886987087187287387487587687787887988088188288388488588688788888989089189289389489589689789889990090190290390490590690790890991091191291391491591691791891992092192292392492592692792892993093193293393493593693793893994094194294394494594694794894995095195295395495595695795895996096196296396496596696796896997097197297397497597697797897998098198298398498598698798898999099199299399499599699799899910001001100210031004100510061007100810091010101110121013101410151016101710181019102010211022102310241025102610271028102910301031103210331034103510361037103810391040104110421043104410451046104710481049105010511052105310541055105610571058105910601061106210631064106510661067106810691070107110721073107410751076107710781079108010811082108310841085108610871088108910901091109210931094109510961097109810991100110111021103110411051106110711081109111011111112111311141115111611171118111911201121112211231124112511261127112811291130113111321133113411351136113711381139114011411142114311441145114611471148114911501151115211531154115511561157115811591160116111621163116411651166116711681169117011711172117311741175117611771178117911801181118211831184118511861187118811891190119111921193119411951196119711981199120012011202120312041205120612071208120912101211121212131214121512161217121812191220122112221223122412251226122712281229123012311232123312341235123612371238123912401241124212431244124512461247124812491250125112521253125412551256125712581259126012611262126312641265126612671268126912701271127212731274127512761277127812791280128112821283128412851286128712881289129012911292129312941295129612971298129913001

¹⁰ See, e.g., *United States v. Gurnea*, 199 F.3d 1005, 1010 (9th Cir. 2000) (affirming a conviction for possession of a controlled substance with intent to distribute, where the government proved that the defendant possessed a large quantity of the substance and had access to a vehicle and a large sum of money).

tronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listV

documento: 20070215301461300000055021506

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 02/07/2020 15:30:14

Num. 57259821 - Pág. 62

<https://pje1g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215301461300000055021506>

Número do documento: 20070215301461300000055021506

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 591 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

☐ DISCORDA DA NEGATIVA

☒ DISCORDA DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDA DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

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

☐ NÃO

☒ SIM, Informe qual(is)

☒ Novos documentos médicos



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 02/07/2020 15:30:14

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215301461300000055021506>

Número do documento: 20070215301461300000055021506

DECLARAÇÃO

EU Leandro Jansen
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

Livia Karina Freitas da Silva

ASSINATURA DO TITULAR DA CONTA BANCARIA



Nº 015157841357 BIENETE DE SEGURO DIANA

www.sagaradigital.com.br
SAC 0P VAT 0800 020 4304

4030
 10/03/2000
 10/03/2000

089-4100

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS



100

1997

© 1997 Oakleaf Co.

1997

THE NEW YORK PUBLIC LIBRARY

1000

2000

2001

1000

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
84

Num. 57259821 - Pág. 67

REPÚBLICA DE SÃO PAULO DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
INSTITUTO NACIONAL DE REGISTRO E TÍTULO

NOME
PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

DOC. IDENTIDADE / OUTRO DOCUMENTO
1229227 ITSP RN

CPF
877.270.214-15

DATA NASCIMENTO
08/08/1972

PREÇO
FRANCISCO DAS CRÁGAS
NORENHA
LUCIA MARIA ALVES DE
CASTRO

FEIÇÃO
FEIÇÃO

REGISTRO
05949288614

VALIDADE
07/12/2027

EMISSÃO
08/09/1994

OBSERVAÇÕES
A...

ASSINATURA DO EMISSOR
Paulo Sérgio Castro de Noronha

LOCAL
MOSSORO, RN

DATA EMISSÃO
08/12/2016

INSCRIÇÃO
99A16102055

ASSINATURA DO EMISSOR
RN702529714

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA 300 TORN
O TESTAMENTO NACIONAL
1290387313

PROTEÇÃO PLASTIFICADA
1290387313





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 - LINDO JONSON 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	SaO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	140 80		97		24				

HISTORIA - EXAME FISICO

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

Hora: _____

*Política Clínica de segurança
Atenção: Dor no ombro (Dor) e
e diabetes*

REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS
INFORME ORIGINAL
17/10/2019



2053- VICTIMS ARRIVED VESSELING LOW TIDE. NO DANGER
 COAST GUARD, JAMES, JOSEPH IN DANGER TRUCK & MOTORCYCLE
 APPROX. 12:00PM COULD REACH VICTIMS & RESCUE 1 CASUALTY
 ALSO DANGEROUS.


Dr. Antonio M. de S. Neto
OCTOPEDIA TRIUNTOLOGIA
CASA 1-201-404

HC
Quack, ca mZ, ECE, 60N

$\frac{1}{2}$ foot for
T.C. electrical I, $\frac{1}{2}$ inch
at top of wall



NIR

 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------	-----------------------------------------------------------------------

Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE LINDA JOSEFA DO SILVA	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO / /
9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3	10 - RAÇA/COR
11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	17 - COD. REG. MUNICÍPIO
18 - UF	19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS GASTROENTERITE ASSIMILACÃO DE ALIMENTOS NO DENTADO
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Paciente internado



Código: 311618333

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:

HOSPITAL REGIONAL DR TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA (2503689)

Central Reguladora:

MOSSORO

Op. Solicitante:

01240255446RAQUEL

Unidade Desejada:

--- (---)

Data da
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

Nome do Médico Solicitante:

ANTÔNIO PINHEIRO DE ALMEIDA
NETO

Status da
Solicitação:

PENDENTE

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 02/07/2020 15:30:14

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215301461300000055021506

Número do documento: 20070215301461300000055021506



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

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado LIMBO JOSE SOUSA 39

SILVA

foi examinado nesta Unidade às _____ horas, necessitando

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

desta data.

2020

em 20/07/2020 12:10:14
LOCALIDADE E DATA

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA





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

*Indicar Fonecion
da auto*

no cup

*Exame em Geom
TH*

*Fuor T curru
mao exad*

*Fadmeix
TH*



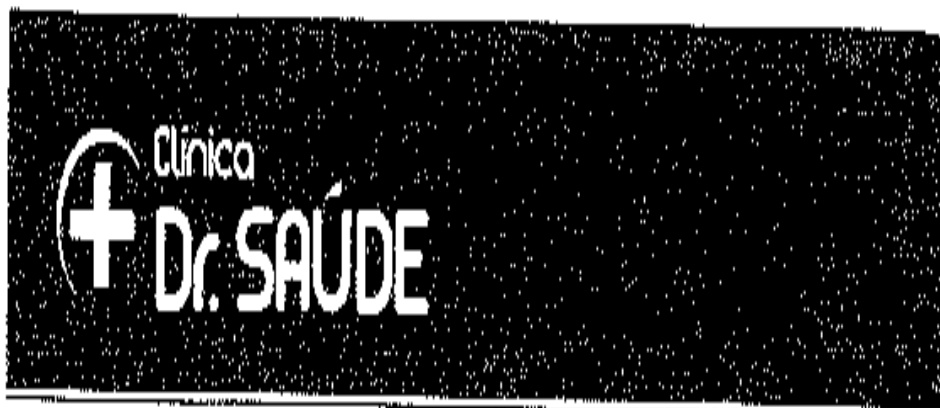
SOCIEDADE MEDICINA LTDA - ME
CNPJ 24.013.299/0001-87

Under power of 24

Avaliando com Dr. Sargel

*** Dr. LUIS F. C. PASCHEN
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM - 4863**





LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

Exatolucito.

- Rx DO OMBRO @ AD





LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

Dr. 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.



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





Nome: And. f. d.

Lol.

At em 20
Ap ver/leis/Perf/



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:

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

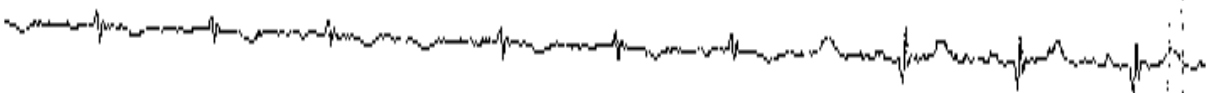
DIII



aVR

aVL

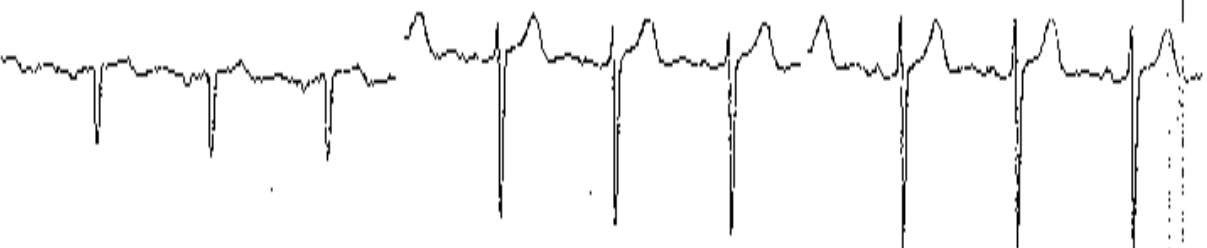
aVF



V1

V2

V3





CENTRO DE ANÁLISES CLÍNICAS NORTE-RIOGRANDENSE LTDA
LABOVIDA

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 -

HEMOGRAMA

Material: Sangue total

Método: Automatizado: MICROS 60

REFERÊNCIAS

ERITOGRAMA

HEMÁCIAS..... 4,43 Milhões/mm³

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 38 a 48

VCM..... 97,07 /mm³

Normal 80 a 98

HCM..... 32,05 pg

Normal 28 a 34

CHCM..... 33,0 g/dL

Normal 31 a 35

RDW..... 11,0 %

Normal 11 a 15

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS..... 15100 mm³

Normal 3500 a 10000

ES..... 01 % 151 /mm³

Normal 3 a 5

Normal 120 a 500



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 02/07/2020 15:30:14

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215301461300000055021506>

Número do documento: 20070215301461300000055021506



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

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





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 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:

Laíndon 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





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 ⑤

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.





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. Inteira do único (proced.)
D. evidenciada por dr. e outros/
funcion. recem. de 1º form. e
muito

- 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 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.





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 / USUÁRIO PROXIMAL	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	02	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
01	PLÁSTICO DENTAL / RE- VENSA DENTAL	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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:

Grave trauma à altura pro-
ximado do 04.º dia. Evidência
de fratura da 10.ª costela, fratura
do fêmur direito e fratura da tíbia.

Mossoró, 13 de 02 de 2020

Médico:

CRM

6468

Especialidade:

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Obs: Anexar laudos de exames diagnósticos de imagem.





SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE
MOSSORÓ

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. Vingi 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 tipóia de velpeau no membro superior direito, com limitação da ADM do ombro direito.



PLENA
CORPORATIVO

MEDICINA DO TRABALHO EXAMES

RISCO CIRÚRGICO

NOME:

LIVON JONAN CASTRO

SEXO:

M

PROFISSÃO:

IDADE:

52 anos

1. CIRURGIA PROPOSTA

MANUTENÇÃO ombro direito

2. ANTECEDENTES

☐

AVC

☐

ALERGIA E DROGAS

☐

DIABETES MELLITUS

☐

DOENÇAS CORONARIAS

☐

DOENÇA PULMONAR

☐

FUMO

☐

HIPERTENSÃO ARTERIAL

☐

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

☒

OPERAÇÃO PREVIA

☐

OUTROS

3. INTERROGATORIOS SINTOMATOLÓGICOS

4. EXAME FÍSICO

AVC:

sem Feb

Apresenta!
Hemipar
do



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 Vítima 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 prognóstico. 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 tipóia de velpeau no membro superior direito, com limitação da ADM do ombro direito.



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Livia Karina da Silva, brasileiro(a),
estado civil: casada Profissão: Recusa Data do Acidente 17-10-2019
Cobertura em Validez portador(a) do RG 001.139.228 órgão expedidor
SSP/RN do CPF: 750.338.444-15 residente no(a)
Reus Professor II: Amélia Jurgel nº 400
bairro: Ribeirão município: Mossoró / 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.

Mossoró 03-03-2020
Local e Data



Livia Karina da Silva
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

R. Vitorino 500022-707 - Mossoró, RN, 55020-120 FONE: (84) 3017-404

Reconhecimento de Firma 2020-003522

RECONHECIMENTO DE FIRMA
O presente documento foi autenticado por meio de reconhecimento de firma, realizado em 03/03/2020, no 1º Ofício da Prefeitura Municipal de Mossoró, RN, sob o nº 2020-003522, por Livia Karina da Silva, brasileira, casada, portadora do RG 001.139.228 e CPF 750.338.444-15, residente em Rua Seis de Janeiro, nº 1615, bairro Santo Antônio, Mossoró, RN. A autenticidade da firma foi verificada por meio de reconhecimento de firma, realizado em 03/03/2020, no 1º Ofício da Prefeitura Municipal de Mossoró, RN, sob o nº 2020-003522, por Livia Karina da Silva, brasileira, casada, portadora do RG 001.139.228 e CPF 750.338.444-15, residente em Rua Seis de Janeiro, nº 1615, bairro Santo Antônio, Mossoró, RN.



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

Titular do CPF: LINDON JONSON DA SILVA

CPF de: Próprio

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LINDON JONSON DA SILVA

THIARA VIRGINIA DA HORA





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 15626917

Pag. 00073/00074 - carta_01 - INVALIDEZ

00020037





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 02/07/2020 15:30:14

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215301461300000055021506>

Número do documento: 20070215301461300000055021506

Num. 57259821 - Pág. 105



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 02/07/2020 15:30:14

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215301461300000055021506>

Número do documento: 20070215301461300000055021506

Num. 57259821 - Pág. 106



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASE: 750.338.444.15 4 - Nome completo da vítima: Dando 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: Dando Janson do Silva 6 - CPF: 750.338.444.15

7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Páez, 12 Amélia gurgel 9 - Cidade: 10 - Complemento: 11 - Bairro: Remédios 12 - Estado: 13 - CEP: 59.600-002

14 - E-mail: Recusado 15 - Nome completo do Representante Legal: 16 - CPF do Representante Legal: 17 - Profissão do Representante Legal:

18 - 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\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,0021 - 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 (343) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (105)

AGÊNCIA: 0064 CONTA: 426538 AGÊNCIA: CONTA:

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 período.

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 6.134/74, art. 3º, § 1º, desde que esta autorização não signifique 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 ☐ Viúvo24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou trabalho (voluntário)? ☐ Sim ☐ Não31 - 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 da vítima/beneficiário (declarante): 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 do representante legal (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V092/2019





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 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	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Descrição MOTO 50 CC	CNPJ/CNPJ do Proprietário 750.338.444-15
Placa QGE5683	Renavam 01061966825
Número do Motor JL1P39FMB14T005591	Número do Chassi 951BXKBA1EB006993
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 Denatran 09/09/2015
Situação do Veículo NADA CONSTA	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Lindon Jonson da Silva	Depositário, Possuidor

RELATO/HISTÓRICO



Delegado de Polícia Civil: Francisco Edvan de Queiroz
Impresso por: Roberto de Carvalho Brito Castro
Data de Impressão: 24/10/2019 09:52
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPa - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 02/07/2020 15:30:14

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215301461300000055021506>

Número do documento: 20070215301461300000055021506

Num. 57259821 - Pág. 109



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 951BXKBA1EB008993, NUm. Motor JL1P39FM814T005591, Renavam 01061965925, 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 Policial
Matrícula 187.590-2
Responsável pelo Atendimento

Linden Jansen da Silva
(Vítima / Comunicante)

*Odeiro para os devidos fins de direito que não seja responsável pela informação acima assinada e ciente que poderá responder civil e criminalmente por esse mesmo documento e/ou, conforme previsto nos Artigos 239-Detração de Delito e 240-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção 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



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 02/07/2020 15:30:14

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215301461300000055021506>

Número do documento: 20070215301461300000055021506

Num. 57259821 - Pág. 110



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: 4 - Nome completo da vítima: Jansen 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: Jansen da Silva 6 - CPF: 750.338.444.15

7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua Paqueta Amélia Gurgel 9 - CEP: 400-000 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Remédios 12 - Cidade: Salvador 13 - Estado: BA 14 - CEP: 59.600-001

15 - E-mail: Recuso 16 - Tel (DDD): 1841 89 53 8 106

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: ☒ RECURSO INFORMAR SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3064 CONTA: 426338 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 6.134/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta solicitação não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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: 30 - Vítima deixou nascituro(vários)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 33 - Vítima deixou pais/unos 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 certo, 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 da vítima/beneficiário (declarante): 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 - 1º Nome: CPF: 39 - 2º Nome: CPF:

Assinatura da testemunha 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):

FPS-001 V002/2019





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 fizeram 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 Geral do SAMU
Mat. 405418-3

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

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

