



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
57259 821	02/07/2020 15:30	2732065_CONTESTACAO_Anexo_03

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



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. 1

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



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. 2

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



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. 4

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

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



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

Ligações Grátiias:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 2811042

-Ouvidoria 0800 0141444

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: 480.995.204-58

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SEIS DE JANEIRO 1615

SANTO ANTÔNIO/AREA URBANA
59811-070 MOSSORÓ 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
28/01/2020TOTAL A PAGAR (R\$)
182,17

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

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

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	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. Ium, Pública Municipal			14,87
Multa por atraso-NF 033406186 - 20/11/19			3,68
Multa por atraso-NF 034941380 - 20/12/19			3,55
Juros por atraso-NF 033406196 - 20/11/19			1,84
Juros por atraso-NF 034941360 - 20/12/19			0,17
Atualização IGPM-NF 033406186 - 20/11/19			0,58
Atualização IGPM-NF 034941380 - 20/12/19			0,52
TOTAL DA FATURA			182,17

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS
BASE DE CÁLCULO % 157,28	VALOR DO IMPOSTO 18,00	BASE DE CÁLCULO % 157,28

TARIFAS APLICADAS		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,32982774	JAN	20
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,32491806	DEZ	19
		NOV	18
		OUT	19
		SET	19
		AGO	19
		JUL	19
		JUN	19
		MAR	19
		ABR	19
		MAR	19
		FEV	19
		JAN	19

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA UNIDADE	ANTERIOR DATA / LEITURA	ATUAL DATA / LEITURA	Nº DIA	CONSTANTE	AJUSTES	DORSAL/ KWH
000000002131398838	DAT	20/12/2019 25.721,00	21/01/2020 25.945,00	32	1.00000	0,00	234,00

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

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
Nov/2019					
DIC-Média horas sem Energia	BARROCAS	2,42	4,00	3,31	15,02
FIC-Média vezes sem Energia		1,00	3,23	6,17	12,15
DIM-Duração média de Interrupção contínua		2,47	2,77	0,00	0,00
DIS-Interrupção de Energia crítica			Límite DICRI: 2,22		
EUS-Máx. de Energia de Uso = R\$ 50,00					
Todo consumidor pode autorizar a operação das interrupções DIC, FIC, DIM e DISCRIBA quando estiver					

INFORMAÇÕES IMPORTANTEs

Peço no ponto mais perto de você formação do povo nordestino: rua para velho, 1215, centro / supermercado São Luiz: nº10 peçanha, 517, bairro jardim lista completa em www.cosern.com.br"
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Na data da fatura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.anatel.gov.br.
O cliente é compensado quando houver violação na continuidade individual ou do nível de tensão do fornecimento.
Pgtos. em atraso geram multa 2% (Res414/ANEEL), juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo, 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)
MINÍMO	MÁXIMO
220	202
	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTÁ CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR/R\$	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000492222011	01/2020	182,17	28/01/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este carinho será usado em leitora ótica.



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://www2.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 - SUSPI, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e reseguro.

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

Pelo exposto, eu Paulo Sergio Coelho de Noronha inscrito (a) no CPF sob o Nº 877.270.214-15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Lerito Janson da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 750.338.444-15, do sinistro de DPVAT cobertura envolvidos da Vítima Lerito 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	1615	Complemento	Casa
Bairro	São Antônio	Cidade	Mossoró	Estado	RN
Email	Recuso	Telefone comercial (DDDI)	(84) 9953-8106	Telefone celular (DDDI)	59611070

Mossoró, 02 de 03 de 2020
Local e Data

Paulo Sérgio Coelho de Noronha
Assinatura do Declarante

DLDRLE002 V002/7017





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 64267 /2019

Admissão: 17/10/2019 18:55:07

CIRURGIA GERAL - VERDE

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

Nascimento: 05/07/1967 Natural: MOSSORÓ BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 700503744161854

CPF: 75033844415

Prof:

Mãe: MARIA ALMEIDA DA SILVA

Pai: NADA CONSTA

Logradouro: PROFESSORA MARIA AMELIA GURGEL, 400

Cidade: MOSSORÓ

CEP: 59645168

Bairro: RINCAO

Compl:

Telefone: 84.91711095

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: TRAZIDO PELO SAMU						Classificação:		PESO:	
						17/10/2019 18:51:30			
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FI02	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
140 80			97		24				

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

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

Hora: _____

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO
ESTÁ CONFORME O CRITÉRIO
SAMU MOSSORÓ 10/2019
SAME / ARGUNO

Diagn. Inicial:

PREScrição:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
Voltaren 75. 10mg, f.c. Met. difenidrocafo Met. e NC		19:30	

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

CID

Proc.

Data:

/ /19, Hr: : Médico: _____

*Gerado via SX por ANTONIO HELIO DA SILVA. Impresso em 17 de Outubro de 2019.

(Assinar e Carimbar)



ED-03 - VIZINHA ARISTIDE VIEIRA LIMA TAVARES NO 30483
CABO-TELO, MARILIA, SÃO PAULO, BRASIL E MUNICÍPIO
ARISTIDE VIEIRA LIMA NOMEADO DIRETOR E PRESIDENTE DA
PREFEITURA DE MARILIA.

DR. ARISTIDE VIEIRA NETO
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
COMPLEXO

Dr. Aristide VIEIRA NETO
Praia da Costa, 60015-600

of deport force
TOLUCA, MEXICO I, of residence

Telephone: 010-00000000

Padre Aristide VIEIRA NETO

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MELO
ESTÁ CONFORME COM A ORIGINA
SAMÉ MOSSORÓ
SAMÉ / ARGUNO





Sistema Ministerio
Único da
Saúde Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES
Identificação do Paciente		
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N.º DO PRONTUÁRIO
<i>LIMA JUNIOR</i>		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO
		/ /
9 - SEXO		10 - RACIAÇÃO
Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> 3
11 - NOME DA MÃE		12 - FONE DE CONTATO DDD <input type="text"/> N.º DO FONE
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - FONE DE CONTATO DDD <input type="text"/> N.º DO FONE
15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)		
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
		18 - UF
		19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

GASTRONTERITE VIREMIA 70
ABDOMINAL VIREMIA CO.UL PAVILHÃO
NO DWH-10 01/07

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Piora crônica progressiva

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL	24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
F94.8V23	E01B V00C10 0M61D	S42.6	

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
T 2355 AM / NFB 110010720				0 4101810210319	
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO	32 - Nº DOCUMENTO (CHN/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
0 446 0551 067 -		() CNS () CPF	1 3 1 8 6 0 8 3 5 2 2		
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO		35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
ANTONIO ARAUJO STERLIO DE ALMEIDA VIEIRA		12/10/12		CARMO DO PARANAÍBA / M / 3300 1111 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)					
38 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA			40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO					
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	42 - CNPJ EMPRESA			43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOF
45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO	() EMPREGADOR	() AUTÔNOMO	() DESEMPREGADO	() APOSENTADO	() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO	
48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR [REDAÇÃO]
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) [REDAÇÃO]



Código: 311618333

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:	Op. Solicitante:	Data de Solicitação:
HOSPITAL REGIONAL DR TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA (2503689)	01240255446RAQUEL	17.10.2019 - 22:41:38
Central Reguladora:	Unidade Desejada:	Data Desejada:
MOSSORÓ	---	---

DADOS DO PACIENTE

CNS:	Nome Social/Apelido:	
700503744161854	---	
Nome do Paciente	Naturalidade:	
LINDON JONSON DA SILVA	MOSSORÓ - RN	
Nome da Mãe	Raça:	
MARIA ALMEIDA DA SILVA	PARDA	
Sexo:	Tipo Sanguíneo:	
MASCULINO	---	
Data de Nascimento:	Regredor:	Complemento:
05/07/1967 (52 anos)	PROFESSORA MARIA AMELIA GURGEL	
Tipo Logradouro:	Bairro:	CEP:
RUA	RINCAO	59600-001
Número:	Município de Residência:	UF:
400	MOSSORÓ	RN
País de Residência:	Telefone do Responsável:	
BRASIL	99644-9087 / 98871-8221	
Telefone(s):		
(84) 3316-2652 (Exibir Lista Detalhada)		
Nome do Responsável:		
ANDRE		

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:	Nome do Médico Solicitante:	Status da Solicitação:
13186183472	ANTONIO PINHEIRO DE ALMEIDA NETO	PENDENTE
Diagnóstico Inicial - CID:	Classificação de Risco	
S422 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO ÚMERO	Priorizado 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível	
Caráter	Clínica Complementar:	
11 - Urgência	Nenhuma	
Clinica:	Código:	
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	0408020334	
Procedimento Solicitado:		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERO		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVO DA ENTREGA

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:	CRM:	Data de Solicitação:
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE VEICULAR/td>		17.10.2019 - 22:41:38
Principais Resultados de Provas Diagnósticas:		
EXAME FÍSTICO + IMAGEM		
Condições que Justificam a Internação:		
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRURGICO		
Motivo de Impedimento do Regulador:		
Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)	CRM:	Data de Solicitação:

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 Lima Johnson _____

SILVA

foi examinado nesta Unidade às _____ horas, necessitando
de 30 (trinta) dias de afastamento do trabalho, a partir
desta data. 29/07/20

29/07/2020 / 12/10/20

LOCALIDADE E DATA

Antônio Guedes da Silva

ASS. DO MÉDICO E CARIMBO COM CRM

Dr. Antônio Guedes da S. Neto
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM 11912N

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





PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel
Prontoclinica da Criança Ltda.

PLANTÃO 24 HORAS

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

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

*andam festejar
na atra
no cel
O boxon in con
junto com
melo ex aeg
O Faduax
junto com
melo ex aeg*

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

Natal,

*20/11/19
CJ*



SOMMOS
SOCIEDADE MEDICINA LTDA - ME
CNPJ 24.013.299/0001-87

Lenda favor do Dr.

Avaliso com Dr. Sorgel /

Dra Luis F. C. PUSCHETTI
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-4863

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





Lívian Santos da Silva

O Sócio.

- Rx do amb no O) AD



14/07/20

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

98869-2024





Leyden 20.10.02 20 SILVER

b) silicon

- FISCHERUS MOTUS, 20

SESSO C, PARIS 6-444 DE

A.D. 1

(10) Fix Proximal No. one end (D)

Dr. Domingo L. de la Peña
Cirujano de la Familia
Cirugía General

-14/04/20

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

©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 Lamartine, 979

Sala 1 - Tirol - Natal/RN

Consultas - (84) 3133 4260

(84) 98840-8120



LINDON JONSON DA SILVA

Uso oral:

1) DÉOCIL 10 SL ----- 01 cx

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

*DR. LINDON JONSON DA SILVA
ARTROCENTER OMBRO E JOELHO
LINDON JONSON DA SILVA*

ARCAÇÃO CONSULTAS :

98840-8120





LINDON J. DA SILVA

Solicito:

Rx ombro D AP/P/AXILAR

Indicação:

FRATURA

Marcelo Rêgo
cirurgião ortopedista
especialista em ombro



Ort trauma

Ortopedia e Traumatologia

Nome: Lid. J. S.

J. S. /

Dx em Esq D
AP ver/obscis / Prof!

KÉILERTE GURGEL
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 6788 TECIT 14293

21/01/2020
Mossoró/RN 1

Médico

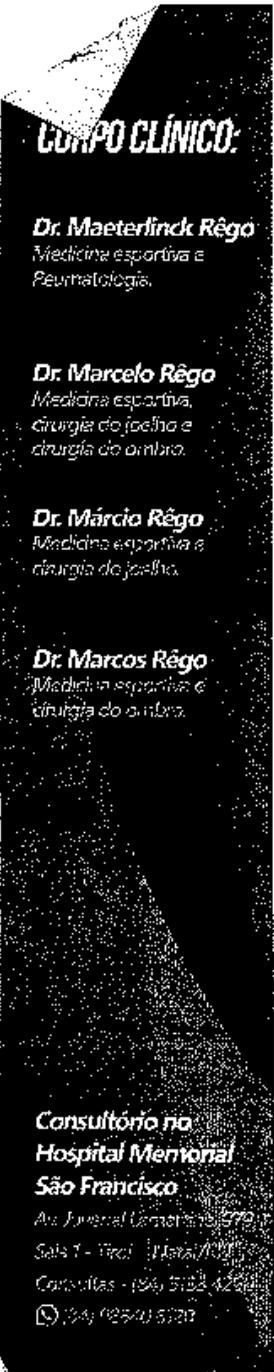
CLÍNICA ORTOTRAUMA

Rua: Duodécimo Rosado, 1518, Nova Betânia, Mossoró /RN
Agendamento de Consulta: (84) 3061-5000 / 3316-0430
www.ortho-trauma.com



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. 18



ARTROCENTER
ombro e joelho

LINDON JOHNSON DA SILVA

Solicito :
HEMOGRAMA COMPLETO

GLICEMIA
COAGULOGRAMA

Indicação:
Pre operatório

12/11/19

Dr. LINDON JOHNSON DA SILVA
CONSULTORIO
LINDON JOHNSON DA SILVA





LINDON JOHNSON DA SILVA

Solicito :

RISCO CIRURGICO

Indicação:

Pre operatório

12/11/19

ANEXO DE CONSULTA
CONSULTORIO DE CIRURGIA
LINDON JOHNSON DA SILVA

Consultório no
Hospital Memorial
São Francisco
Av. Juiz de Fora, 1000
Sala 1 - Andar 1 - Centro
Cidade: +55 31 3222-0000
Site: www.hospitalmemorial.com.br



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. 20

Exame: 206

Nome: LINDON JONSON DA SILVA

RG:

FC: 87 bpm 25 mm/s 10mm/mV 60Hz
D1 DII DIII

ECG de Repouso

Reg.Clin.:

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

CPF: 750.338.444-15
Muscular

Nasc.: 05/07/1967

aVR

aVL

aVF

V1

V2

V3

V4

V5

V6

DII

Dr. Guto V. Bocha

Cardiologista
CRM GO 007

Ecg# 0001977694

© MICROMED



CENTRO DE ANÁLISES CLÍNICAS NORTE-RIOGANDENSE 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 N° 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

ERITROGRAMA

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

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS.....	15100 mm ³	Normal 3500 a 10000
BASTÔES.....	01 % 151 /mm ³	Normal 3 a 5 Normal 120 a 500
SEGMENTADOS.....	61 % 9.211 /mm ³	Normal 54 a 62 Normal 2160 a 6200
EOSINÓFILOS.....	04 % 604 /mm ³	Normal 2 a 4 Normal 80 a 400
BASÓFILOS.....	00 % 0 /mm ³	Normal 0 a 1 Normal 0 a 100
LINFÓCITOS.....	28 % 4.228 /mm ³	Normal 25 a 35 Normal 1000 a 3500
LINFÓCITOS ATÍPICOS.....	00 % 0 /mm ³	Normal 0 a 0 Normal 0 a 0
MONÓCITOS.....	6 % 906 /mm ³	Normal 3 a 8 Normal 120 a 800

CONTAGEM PLAQUETAS

PLAQUETAS.....	325000 mm ³	Normal 150000 a 450000
----------------	------------------------	------------------------

LEUCOCITOSE MODERADA.

anexo A
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



LABOVIDA

CENTRO DE ANÁLISES CLÍNICAS NORTE-RIOGANDENSE LTDA

LABOVIDA

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

Paciente: **LINDON JONHSON DA SILVA.**

Posto: SOMMOS

Setor: BIOQUÍMICA I

Convênio: SOMMOS

RG: 001.139.222 -

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

Nº coleta: 3

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

Emissão: 22/01/2020

GLICOSE

Material: 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

[Signature]
BRENO COUTINHO
CRF-2772-RN

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





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 - 07:26:52 Emissão: 22/01/2020
RG: 001.139.222 -

COAGULOGRAMA /

Material:	Sangue total	Método :	Automatizado :MICROS 60	REFERÊNCIAS
PLAQUETAS.....	325000 mm ³			Normal 150000 a 450000
TEMPO DE COAGULAÇÃO (TC).....	12:00 minutos			NORMAL (Minutos) 5 a 12
TEMPO DE SANGRAMENTO (TS).....	1:45 minutos			Normal(minutos) 1 a 3
RETRACÃO DO COÁGULO.....	TOTAL			
PROVA DO LAÇO.....	NEGATIVA			

Breno Coutinho
BRENO COUTINHO
CRF-2772-RN

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





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 circunstaciado, 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: Lívian Karina Freitas 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 que 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 (Secundária) de fíbula direita
Varocele moderada

3) Quando a fratura ocorreu? 06/08/2017

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?

MRI, USG, FGA, DOP, ORT, BNO, RGA

7) O paciente está internado? Sim Não. Data da internação: 1/1/1

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

OSSOESSA / TROXSE OU ANFROPCASIA

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 Sopora Simplex / Amerimax
Hipertenso

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

Fratura evitando com possíveis dores
Maior.





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

*Gravidez gestacional de paciente preso no
D. endividado para dar e dar bicos /
funcionad. recente de fixo fornecendo
munição*

- 15) O paciente já algum outro tipo de procedimento para tratamento da doença? Sim
 Não. Qual? N/A. Quando? _____

- 16) O paciente é portador de outras comorbidades? Sim Quals?
Histórico de JAs

- 17) Qual a previsão média de tempo de internação em leito hospitalar? 0x 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?

N/A.





**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?

ANALOGIA FÍSICA Outros

7) O paciente está internado? Sim Não. Data da internação: _____

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

OSSEOSSE OU ANFROPCIASIA

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 Seringa Dupla / Amerrizante
Hipertenso

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

Fratura evitável com consolidação
rápida.





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 (1) UMERO FAXIMIL	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
01	DISSESE SORAL (RE- VENSA OMBAS)	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" 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)?

Pacientes ce regred de profunda
de vírus (extremo). Se cont de
extremo. Podem ter fra-
gia osteomíetica (uso de Placa Bloqueada)
de Anfroscossifin (método 1. sacos no
DNTA de 1 a 55%).

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 (RENAM/RENASES) ou protocolo do SUS, recomenda-se a notificação judicial do médico prescritor, para que preste esclarecimentos sobre a pertinência e necessidade da prescrição, bem como para firmar declaração de eventual conflito de interesse." "As demandas por procedimentos, medicamentos, próteses, órteses e materiais especiais, fora das listas oficiais, devem estar fundadas na Medicina Baseada em Evidências".





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

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

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

Graves Fraturas de membros
proximais D há 04 ann. E desordens
de dor e funções Fisiológicas. Necessita
de tratamento mais L.

Mossoró, 13 de out de 2020

Médico: *Kleber Gurgel*
CRM 6468

Especialidade: ORTOPEDISTA e
muitos outros

Obs: Anexar laudos de exames diagnósticos de imagem.

Kleber Gurgel
ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 6468 TEOF 14293



SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins que o procedimento cirúrgico solicitado para o paciente **LINDON JONSON DA SILVA**, CNS: 700.5037.4416.1854, CPF: 750.338.444-15, RG: 001.139.222, residente e domiciliado a Rua Maria Amelia Gurgel, Nº 400, Bairro Alto da Pelona, Mossoró/RN, a saber: **ARTROPLASTIA TOTAL DO OMBRO + TENOPLASTIA DO BICEPS**, solicitado por Dr. Marcelo Rego, 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 ortopediasaprn@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
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. 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, 13 de janeiro de 2020.

Karina Maria Xarops 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

[Handwritten signature]
Dr. Denílson J. de Paiva
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RN 6006



RISCO CIRÚRGICO

NOME:

LIVIAN JONSON DA SILVA

SEXO:

M

PROFISSÃO:

IDADE:

52(?)

1. CIRURGIA PROPOSTA

- PNT - VNL ombo direito

2. ANTECEDENTES

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

- FUMO
- HIPERTENSÃO ARTERIAL
- INSUFICIENCIA CARDÍACA
- OPERAÇÃO PRÉVIA = Operação /
Home D
- OUTROS

3. INTERROGATÓRIOS SINTOMATOLÓGICOS

4. EXAME FÍSICO

ACV:

PA:

FC:

5. ELETROCARDIOGRAMA

6. OUTROS EXAMES

7. CONCLUSÃO

PROCEDER COM A CIRURGIA PROPOSTA (

RISCO CARDIOVASCULAR).

8. OBSERVAÇÕES

Dr. Gustavo Rocha
CRM 6007
Cardiologista / Clínico Geral

22/07/2020



Rua Melo Franco, nº 59, centro Mossoró/RN | Cep: 59.600-166 – (84) 3316.4300
comercial@gplena.com.br

www.gplena.com.br



CORPO CLÍNICO:

Dr. Maeterlinck Rêgo
Medicina esportiva e
Reumatologia.

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

Dr. Márcio Rêgo
Medicina esportiva e
cirurgia do joelho.

Dr. Marcos Rêgo
Medicina esportiva e
cirurgia do ombro.

Consultório no
Hospital Memorial
São Francisco
Av Juvenal Lameirino, 375
Sala 1 - Tirol - Natal/RN
Consultas - (84) 3133-4200
WhatsApp - (84) 98849-8120



LINDON JONSON DA SILVA

LAUDO MEDICO

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

Natal , 28/01/2020

*Márcio Rêgo
Médico Cirurgião
Cirurgião Ortopedista
CRM-RN 102.105*





ARTROCENTER
ombro e joelho

ombro e joelho

CORPO CLÍNICO:

Dr. Maeterlinck Régis
Medicina esportiva e
Reumatologia.

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

Dr. Márcio Régo
Medicina esportiva e
cirurgia do joelho.

Dr. Marcos Rêgo
Medicina esportiva e
cirurgia do ombro.

LINDON JONSON DA SILVA

FISIOTERAPIA

- Diagnóstico : Frautra consolidada Viciosamente

Ombro D

- Objetivo :

Analgesia

Alongamento

Cinesioterapia

- SESSÕES : 10

MARCACÃO CONSULTAS :



98840-8120



CORPO CLÍNICO:

Dr. Maeterlinck Régo
Medicina esportiva e
Reumatologia.

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

Dr. Márcio Régo
Medicina esportiva e
cirurgia do joelho.

Dr. Marcos Régo
Medicina esportiva e
cirurgia do ombro.

Consultório no
Hospital Memorial
São Francisco
Av. Juvenal Lins Martins, 979
Sala 1 - Tirol - Natal/RN
Consultas - (84) 3128-4260
WhatsApp - (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

*Natal/RN
Artrocenter
ombro e joelho
WhatsApp - 84 98840-8120*



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. Denílio L. de Paiva
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RN 1906*



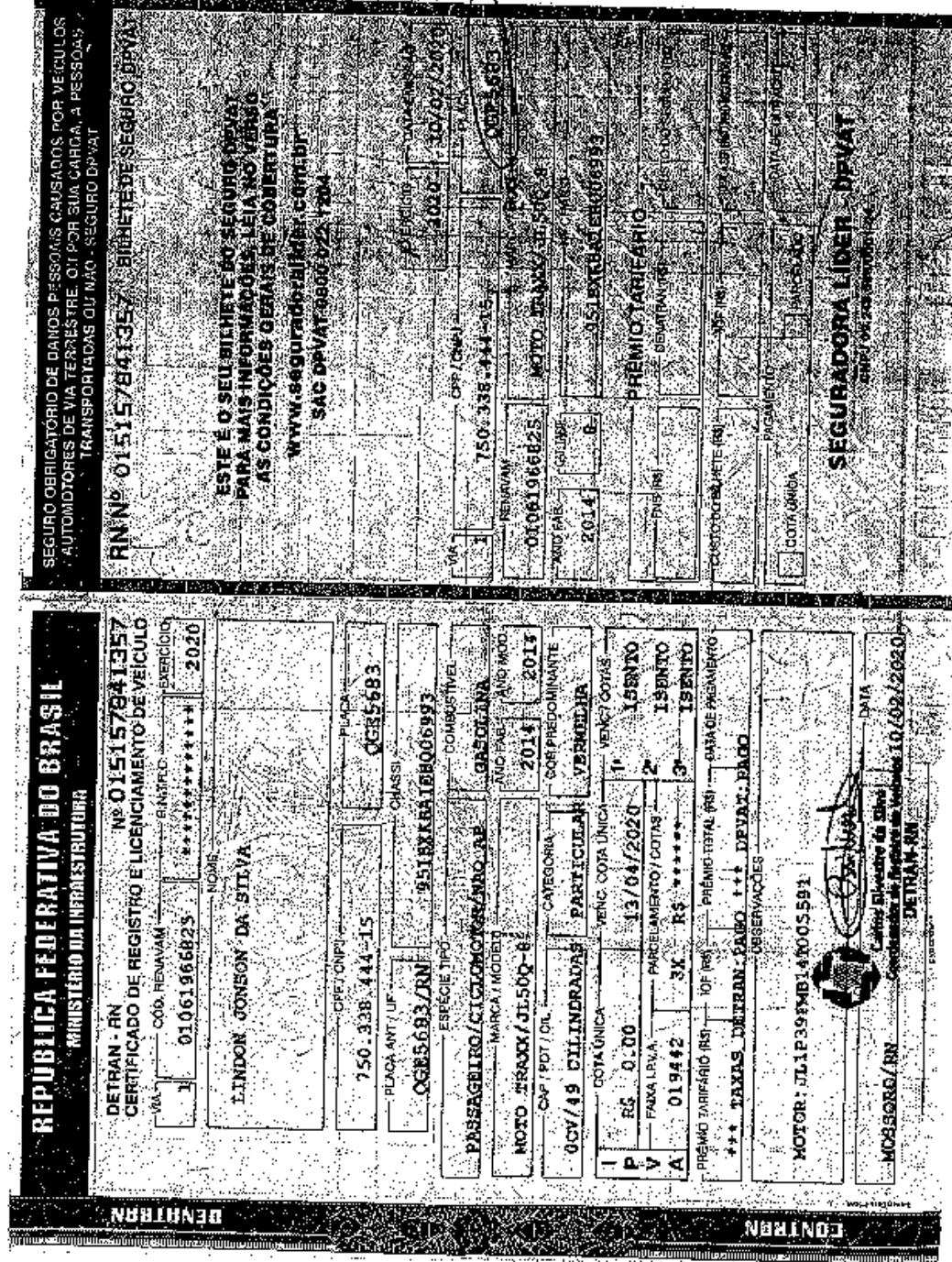


Vítima



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. 40



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 02/07/2020 15:30:14
<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215301461300000055021506>
Número do documento: 20070215301461300000055021506

Num. 57259821 - Pág. 41



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): Capital 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:	32.00.318433	Data da solicitação:	DD/MM/AA
Nome do Beneficiário:	Lendo Jonson da Silva	CPF do beneficiário:	750.338.444-15
Nome do solicitante:	Lendo Jonson da Silva	CPF do solicitante:	750.338.444-15

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular:	(84) 9953 8306	Tel. Comercial:	(84) 9953 8306	Tel. Residencial:	(84) -
E-mail:					

INFORME A COBERTURA DO SEU PÉDIDO

<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
--	--	--------------------------------

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

<input type="checkbox"/> DISCÓRDIA DA NEGATIVA	<input checked="" type="checkbox"/> DISCÓRDIA DO VALOR RECEBIDO	<input type="checkbox"/> DISCÓRDIA DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS
--	---	---

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

<input type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:	<input checked="" type="checkbox"/> Novos documentos médicos <input type="checkbox"/> Laudo de IMI <input type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência <input type="checkbox"/> Notas fiscais complementares <input type="checkbox"/> Outros: _____ <small>(DESCRUIR)</small>
------------------------------	---	---

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

<p>Verho a Seguradora Lider, solicito a Reanálise do meu processo com o número 3200 318433, pois estou insatisfeita pelo pagamento que recebi de indenizações, pois fiquei com sequelas irreversíveis, conforme Decreto e Decreto que eu ainda tenho, sobre o Seguro DPVAT, por isso peço para que eu tenha meu processo, com o mérito da Seguradora Lider, para que possa constatar e comprovar minha sequela.</p> <p>Residi jo agradeço.</p>
--

Messoró ... 26 Abril ... 2020
 Local e Data

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

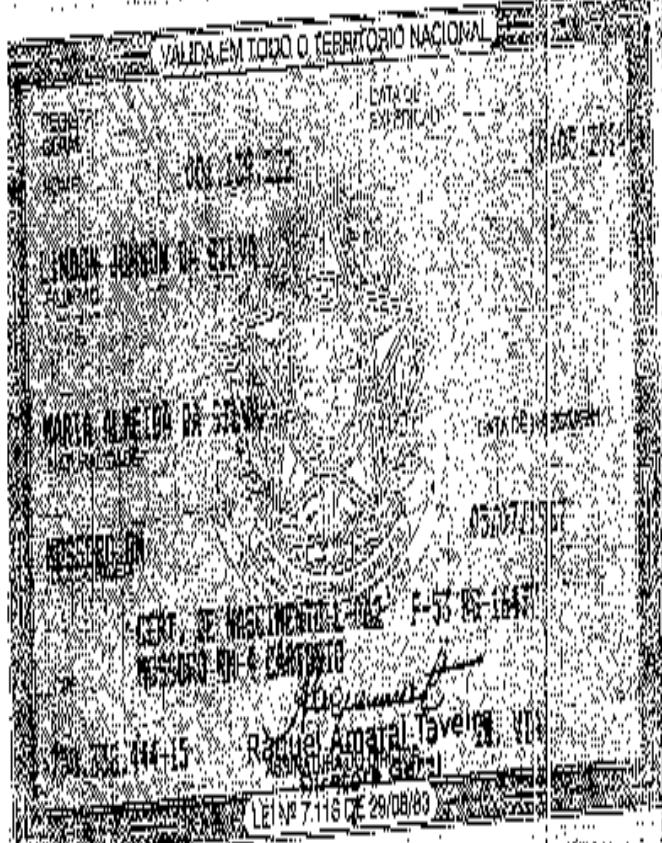
IMPORTANTE:

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 da Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, munir de cípria, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).





VÍTIMA



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. 43

ATESTADO / LAUDO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: LIVIANA JONSON DA SILVA

42 ANOS

CPF: 750.338.644-15

Petrópolis

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.

Acidente de moto em 17/10/2019 - Acidente de
MOTO COR: ANIMAZ.

1. Qual a descrição da doença ou deficiência, que acomete o(a) paciente, e como é popularmente conhecida? Deficiência FÍSICA DEFINITIVA

CHARACTERIZADA POR: Sequela GRAVE
de FRATURA LUXAÇÃO COMPLEXA DA CABECA
e COLO Vertebral direito, complicada a Cervi-

2. Qual o CID? G42.2 + S43.0 + S14.3 + G54.0 + M25.5

PARALISIA ALTA do plexo BRACIO/

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

SIM. e Não há perspectiva de melhora
do quadro deste paciente em 0
CONDICIONE A UN RETRIBUÍDA INCAPACI-

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

TODA e SEGURO, atividade de
Laborial e seu caráter definitivo.

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

6. A situação incapacitante é irreversível? SIM. Este paciente

NÃO TEVE A OPORTUNIDADE DE RECUPERAR
MAIS QUE PERDEUSSSE MINORAR AS SUAS
SEGUINDES. Esta sequela depende da
USO DE ANALGÉSICO e USO DE ORTESE COMO TIPO DE
MEDICAMENTO DE TRABALHO DE 2020 COMPLETA P/MSD.

CONVÉM QUE SEJA SUBMETIDA A EXAME

LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA
Assinatura do médico

CRM

O que me foi dito

DIRETTO.

Foto: William Corrêa Ferreira

Ortopedia - CRM 11637/RJ

Médico do Trabalho - MTR 149 RJ



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAS/DOCORIGINAL.ASPX?TPO=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, tanto por finalidade disciplinar, aplicar penalidades administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Paulo Sérgio Castro da Noronha inscrito (a) no CPF sob o Nº 811.170.211-15,
na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário Renzo Jonson da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 750.338.444-15, do sinistro de DPVAT cobertura envolvidos da vítima
Renzo Jonson da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 750.338.444-15, conforme





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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAS/DOCORIGINAL.ASPX?TPO=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, tanto por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Paulo Sergio Castro da Noronha inscrito (a) no CPF sob o Nº 811.170.211-15,
na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário Renzo Jonson da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 750.338.444-15, do sinistro de DPVAT cobertura envolvidos da vítima
Renzo Jonson 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 MERMOZ, 160, BALDÓ,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-260
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosern.com.br

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

Ligações Grátihas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 2810142

-Ouvidoria 0800 0848404

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: 480.895.204-59

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SEIS DE JANEIRO 1615

SANTO ANTÔNIO/ÁREA URBANA
59811-470 MOSSORÓ/RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, profícitos, 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

CONTA CONTRATO

000492222011

Nº DO CLIENTE

300629886

Nº DA INSTALAÇÃO

000589029

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL

Monofásico

RESERVADO AO FISCO

7FF7.F455.780D.B0B6.DC5E.39A4.D96C.EB91

DESCRÍCÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍCÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	234,00	0,32082774	77,17
Consumo Ativo(kWh)-TE	234,00	0,32491806	76,03
Acréscimo Bandeira AMARELA			4,08
Contrib. Ium. Pública Municipal			14,57
Multa por atraso-NF 033406186 - 20/11/19			3,88
Multa por atraso-NF 034941380 - 20/12/19			3,55
Juros por atraso-NF 033406196 - 20/11/19			1,04
Juros por atraso-NF 034941360 - 20/12/19			0,17
Atualização ICPM-NF 033406186 - 20/11/19			0,56
ICPM-NF 034941380 - 20/12/19			0,52

Tarifas Aplicadas

HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,32082774
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,32491806
JAN	20
FEV	19
NOV	18
DEZ	19
JUN	19
SET	19

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOZ, 160, BALDÓ,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-260
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosern.com.br

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

Ligações Grátihas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281/0142

-Ouvidoria 0800 084.0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 - Ligação Gratuita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL: 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ALCILENE LEAL DA SILVA

CPF: 480.895.204-59

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SEIS DE JANEIRO 1615

SANTO ANTÔNIO/ÁREA URBANA
59811-470 MOSSORÓ/RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, profílticos, 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

CONTA CONTRATO

000492222011

Nº DO CLIENTE

300629886

Nº DA INSTALAÇÃO

000589029

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL

Monofásico

RESERVADO AO FISCO

7FF7.F455.780D.B0B6.DC5E.39A4.D96C.EB91

DESCRÍCÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍCÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	234,00	0,32082774	77,17
Consumo Ativo(kWh)-TE	234,00	0,32491806	76,03
Acréscimo Bandeira AMARELA			4,08
Contrib. Ium. Pública Municipal			14,57
Multa por atraso-NF 033406186 - 20/11/19			3,88
Multa por atraso-NF 034941380 - 20/12/19			3,55
Juros por atraso-NF 033406196 - 20/11/19			1,04
Juros por atraso-NF 034941360 - 20/12/19			0,17
Atualização ICPM-NF 033406186 - 20/11/19			0,56
ICPM-NF 034941380 - 20/12/19			0,52

Tarifas Aplicadas

HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,32082774
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,32491806
JAN	20
FEV	19
NOV	18
DEZ	19
SET	19



Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO N° 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
MATRÍCULA 58682-1

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

Dr. Dixon Fradik Medeiros Lima
Diretor SAMU
Mat. 0402418-2
CRM/RN 5937

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

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (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/Caminhon
Descrição: MOTO 50 CC	CPF/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: Datenan 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 PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos
--	--





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 054389/2019

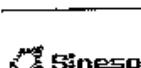
O COMUNICANTE VEIO A ESTE DISTRITO E RELATOU QUE VINHA CONDUZINDO SUA MOTO MOTO 50 CC, Placa QGE5683, Chassi 951BXKBA1EB006993, Núm. Motor JL1P39FMB14T005591, Renavam 01061966825, QUANDO CHEGOU NO LOCAL DESCRITO UM ANIMAL, CACHORRO, ATRAVESSOU A SUA FRENTE E, NÃO PODENDO EVITAR, COLIDIU COM O ANIMAL,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

ASSINATURAS

Rogério de Carvalho Britto Castro
Agente da Polícia
Matrícula 157.380-2
Responsável pelo Atendimento

Lindon Jonson da Silva
(Vitima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou eu (a) unico(a) responsável pelas informações acima assentadas e sólito que poderei responder civil e criminalmente pelas prestações declaradas na presente, conforme previsto nos Artigos 339 -Ocorrência Caluniosa e 340 -Comunicação Falsa de Crime ou de Conluioção do Código Penal Brasileiro."



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

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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: **750.338.44415** 3 - CPF da vítima: **750.338.44415** 4 - Nome completo da vítima: **Dendo Jerson dos Silva**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	Dendo Jerson dos Silva		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Idade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): (84) 9953 8106		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MÉDIO 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:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

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

Autorizo a Seguradora Lider 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, é somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - 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 atende 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 Lider 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 Sim **29 - Se tinha filhos, informar** **30 - Vítima deixou testamento (herdeiros)?** Sim **31 - Vítima** Sim **32 - Se tinha irmãos, informar** **33 - Vítima deixou pais/avós vivos?** Sim
 teve filhos? Não Vivos: Falecidos: Não **31 - Vítima** Sim **32 - Se tinha irmãos, informar** **33 - Vítima deixou pais/avós vivos?** Não
 Falecidos: Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha
 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Mossoró/RN 02-03-2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) **Lendo Jerson de Souza**

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS







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

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: 16.311% x R\$ 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, retorno 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, retorno 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.

PPag. 00073/00074 - carta 01 - INVALIDEZ

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, contados 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 n° 15626917



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 02/07/2020 15:30:14
<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215301461300000055021506>
Número do documento: 20070215301461300000055021506

Num. 57259821 - Pág. 57

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



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. 58

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



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. 59

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0093853/20

Vítima: LINDON JONSON DA SILVA

CPF: 750.338.444-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/10/2019

Titular do CPF: LINDON JONSON DA SILVA

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/10/2019

Titular do CPF: LINDON JONSON DA SILVA

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-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



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. 61

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Lindon Jonson da Silva, brasileiro(a),
estado civil: casado Profissão: pescador, Data do Acidente 17-10-2019
Cobertura unilateral portador(a) do RG 001.139.228, órgão expedidor
SSP/RN e do CPF: 750.338.444-15 residente no(a)
Pessoal professor H. Amélia junqueir nº 400,
bairro: Lencôo, 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:

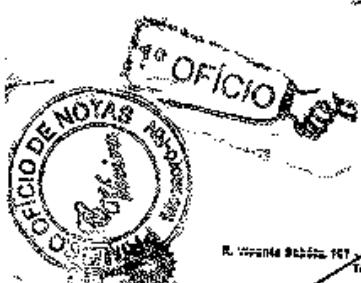
Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

Mossoró 03-03-2020

Local e Data

Lindon Jonson da Silva
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



R. Presidente Getúlio Vargas, 167 - Centro, Mossoró - RN, 59600-000 FONE: (84)3817-4811
Tutor: Edilene Vieira de Almeida

Reconhecimento da Firma 2020-003592

Assinado por LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA no dia 02/07/2020.
O documento é autêntico.
Data: 02/07/2020
Assinante: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA
CPF: 443.610.940-00
RG: 001.329.227-00
Órgão Expedidor: SSP/RN
Município: MOSSORÓ
UF: RN
Data de Emissão: 02/07/2020
Data de Vencimento: 02/07/2020
Número do Documento: 2007021530146130000055021506
Selo Digital: SN20200094694000829779



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 20h 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 448433

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 8306 DDD Tel. Comercial: (84) 9953 8306 DDD Tel. Residencial: () - DDD

E-mail:@.....

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCÓRDIA DA NEGATIVA

DISCÓRDIA DO VALOR RECEBIDO

DISCÓRDIA DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

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

NÃO

SIM, informe qual(is)

Novos documentos médicos

DECLARAÇÃO

EU Lívian Jensen

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 Banco Econômico Federal
para regularizar minha conta 3 ou pomer de agência
3064, número 426.53-8 para pode receber o
benefício da indenização do Seguro DPVAT solicitado.

Morrone/RN 02 de Maio de 2020

Lívian Jensen da Silva

ASSINATURA DO TITULAR DA CONTA BANCÁRIA





ESTE E O SEU BEM-ESTAR. ESSA É A MELHOR FORMA DE VIVER. MAS, TAMBÉM, É UMA FORMA DE VIVER AS CONDIÇÕES DAS

SEGURADORA LIGER **PROVAT**



PROVIMENTO DE DOCUMENTO

PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

NOME: PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

DOC. IDENTIDADE / DIA EMISSOR UF: 1329227 ITAP RN

CM: 872.270.214-15 **DATA NASCIMENTO:** 08/08/1972

PRESA: FRANCISCO DAS CRAGAS
MORENHA
LOUIZA MARIA ALVES DE
CASTRO

PERMISSÃO: RCC CNAE PIS

Nº REGISTRO: 010482800001 **VENCIMENTO:** 08/12/2023 **VALIDADE:** 08/09/1204

OBSERVAÇÕES:
Pelo visto, é devidamente formulada.

ASSINATURA DO FUNDADOR:

LOCAL: MOSSORÓ, RN **DATA EMISSÃO:** 08/12/2014

PROVIMENTO DE DOCUMENTO
ASSINADO EM 08/12/2014

12900387313



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 64267 /2019

Admissão: 17/10/2019 18:55:07

CIRURGIA GERAL - VERDE

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

Sexo: M Cor: PARDA

Nascimento: 05/07/1967 Natural: MOSSORÓ BRASIL

CNS: 700503744161854 CPF: 75033844415 Prof:

Mãe: MARIA ALMEIDA DA SILVA Pai: NADA CONSTA

Logradouro: PROFESSORA MARIA AMELIA GURGEL, 400

CEP: 59645168 Bairro: RINCAO Cidade: MOSSORÓ

Telefone: 84.91711095 Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

QDS: TRAZIDO PELO SAMU						Classificação:	PESO:		
						17/10/2019 18:51:30			
HORA	P.A.	HGT	SaiO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
140 80			87		24				

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

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

Hora: _____

Livia Karina de Souza
Algebra no mês de outubro
é diabética

REGIONAL TARCISIO
DE VASCONCELOS
REFORMADO ORVENHA
17/10/2019



2053 - visual activities within row (1) (1)

efficiency of the system is 91.6% at 950°C and 2000V.

49.0 Databagit

Dr. J. A. M. de R. Neto
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

MC
C. *Crinodexia* ca $m^{\circ}f$, EQU^E, 60°F

✓ *Leptostomum* I ✓ *adnunciatum*

A. tephritis $77^{\circ}\text{W} \text{ } 0^{\circ}\text{S}$ 10°E



NIR



Sistema
Ministério
Único do
da
Saúde
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 - N° DO PRONTUÁRIO
----------------------	----------------------

LIVIA KARINA SILVA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - RACIAÇÃO
------------------------------------	------------------------	----------	---------------

00 / 00 / 00

Masc 1 Fem 3

11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO DDD <input type="text"/> N.º DO TELEFONE
------------------	--

13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO DDD <input type="text"/> N.º DO TELEFONE
--------------------------	--

15 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)	16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	17 - COD. IGEM MUNICÍPIO	18 - UF	19 - CEP
---------------------------------	------------------------------	--------------------------	---------	----------

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
--

G21NIV V111M1 20
A11NIV V111M1 04 111M1
NO DWHKG 0111A

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
--

Plano de internação



Código: 311618333

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:	Op. Solicitante:	Data de Solicitação:
HOSPITAL REGIONAL DR TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA (2503689)	01240255446RAQUEL	17.10.2019 - 22:41:38
Central Reguladora:	Unidade Desejada:	Data Desejada:
MOSSORÓ	---	--

DADOS DO PACIENTE

CNS:	---	
Nome do Paciente	Nome Social/Apellido:	
LINDON JONSON DA SILVA	---	
Nome da Mãe	Naturalidade:	
MARIA ALMEIDA DA SILVA	MOSSORÓ - RN	
Sexo:	Raça:	
MASCULINO	PARDA	
Data de Nascimento:	Tipo Sanguíneo:	
05/07/1967 (52 anos)	---	
Tipo Logradouro:	Logradouro:	Complemento:
RUA	PROFESSORA MARIA AMELIA GURGEL	
Número:	Bairro:	CEP:
400	RINCAO	59600-001
País de Residência:	Município de Residência:	UF:
BRASIL	MOSSORÓ	RN
Telefone(s):	Telefone do Responsável:	
(84) 3316-2652 (<u>Exibir Lista Detalhada</u>)	99644-9087 / 98871-8221	
Nome do Responsável:		
ANDRÉ		

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:	Nome do Médico Solicitante:	Status da Solicitação:
13186183472	ANTÔNIO PINHEIRO DE ALMEIDA NETO	PENDENTE

Assinado eletronicamente

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. 72



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

ATESTADO MÉDICO

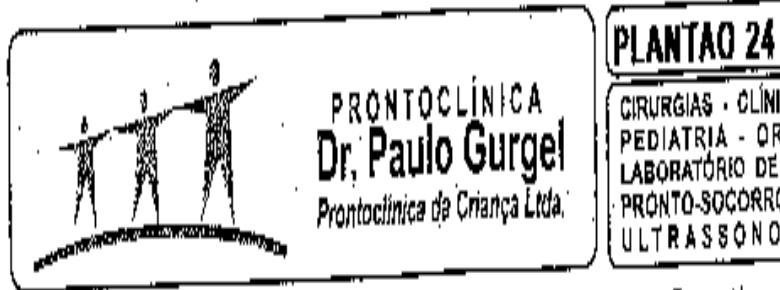
Atesto que o segurado Liviozson _____

01/07/2020

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

01/07/2020
LOCALIDADE E DATA





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

Mudou fone em
uma alia
O lokow in com
fuer t ayer
meh zyad
Faudax Tso



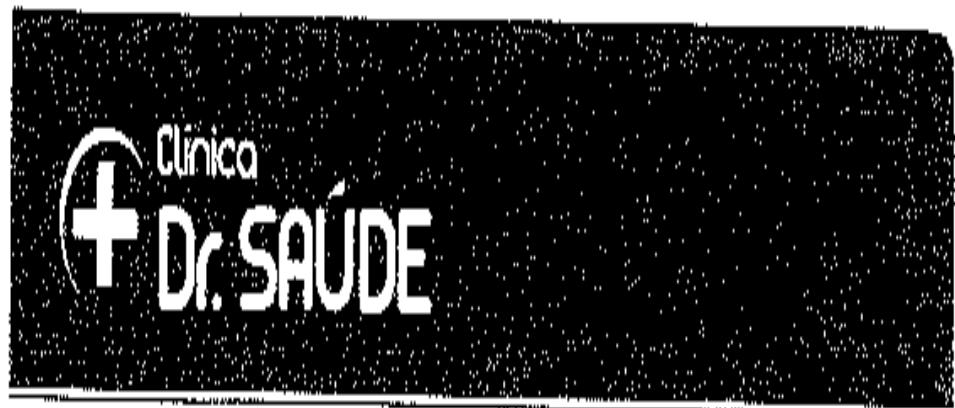
SOMMOS
SOCIEDADE MEDICINA LTDA - ME
CNPJ 24.013.299/0001-87

London favour do th

Autograph von Dr. Gorfel /

~~DYKLUS F. C. MUSCLEMAN
DENTIST / ORTHOPEDIC SURGEON
1863~~





Livia Karina da Silva

Celular:

- Rx do Ambulatório AD





Livia Karina Freitas da Silva

O solicitado.

- Flávio Henrique Moraes, 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.



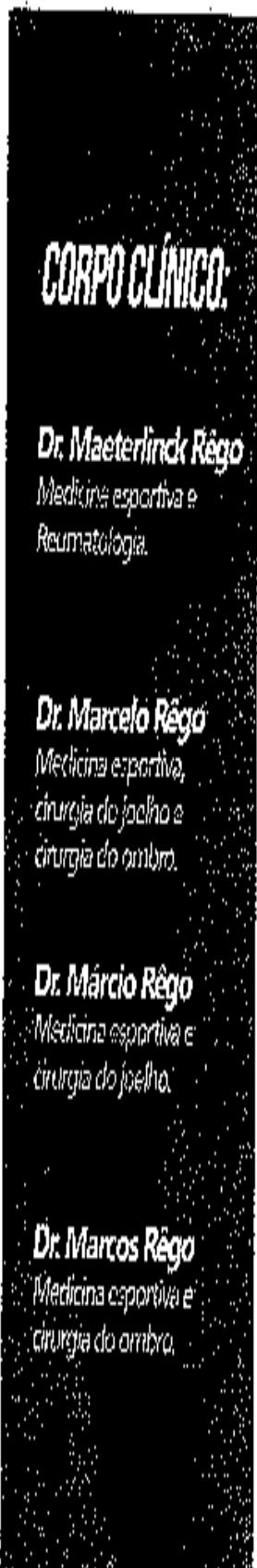
LINDON JONSON DA SILVA

Uso oral:

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

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





CORPO CLÍNICO:

Dr. Maeterlind Régo
Medicina esportiva e
Reumatologia.

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

Dr. Márcio Régo
Medicina esportiva e
cirurgia do joelho.

Dr. Marcos Régo
Medicina esportiva e
cirurgia do ombro.



ARTROCENTER
ombro e joelho

LINDON J. DA SILVA

Solicito:

Rx ombro D AP/P/AXILAR

Indicação:

FRATURA





Ortopedia e Traumatologia

Nome:

Ad. J. L.

J. L. /

Dra. Karina D.
Al. Verobélis / Parf.





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 Régo

Medicina esportiva e
Reumatologia.

Dr. Marcelo Régo

Medicina esportiva,
cirurgia do joelho e
cirurgia do ombro.

Dr. Márcio Régo

Medicina esportiva e
cirurgia do joelho.

Dr. Marcos Régo

Medicina esportiva e
cirurgia do ombro.



ARTROCENTER
ombro e joelho

LINDON JOHNSON DA SILVA

Solicito:

RISCO CIRÚRGICO

Indicação:

Pre operatório

12/11/19



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





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/mm ³	Feminino 4 a 5,2 Masculino 4,5 a 5,9
HEMOGLOBINA.....	14,2 g/dL	Feminino 12 a 16 Masculino 13,5 a 17,5
HEMATÓCRITO.....	43,0 %	Normal 36 a 48
VCM.....	97,07 /mm ³	Normal 80 a 98
HCM.....	32,05 pg	Normal 20 a 34
CHCM.....	33,0 g/dL	Normal 31 a 35
RDW.....	11,0 %	Normal 11 a 15

LEUCOGRAMA

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





CENTRO DE ANÁLISES CLÍNICAS NORTE-RIOGRANDENSE LTDA
LABOVIDA

LABOVIDA

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

Paciente: **LINDON JONHSON DA SILVA.**

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

Posto: SOMMOS

Nº coleta: 3

Selar: BIOQUÍMICA I

Convênio: SOMMOS

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

Emissão: 22/01/2020

RG: 001.139.222 -

GLICOSE

Material: Soro

316 mg/dL

REFERÊNCIAS

70 - 100

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

Repetido e confirmado





CENTRO DE ANÁLISES CLÍNICAS NORTE-RIOGRANDENSE LTDA
LABOVIDA

LABOVIDA

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

Paciente: **LINDON JONHSON DA SILVA.**

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

Posto: SOMMOS

Nº coleta: 3

Selot: HEMATOLOGIA

Convênio: SOMMOS

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

Emissão: 22/01/2020

RG: 001.139.222 -

COAGULOGRAMA /

Material: Sangue total

Método: Automatizado :MICROS 50

REFERÊNCIAS

PLAQUETAS.....	325000 mm ³	Normal 150000 a 450000
TEMPO DE COAGULAÇÃO(TC).....	12:00 minutos	NORMAL (Minutos) 5 a 12
TEMPO DE SANGRAMENTO (TS).....	1:45 minutos	Normal(minutos) 1 a 3
RETRACÃO DO COÁGULO.....	TOTAL	
PROVA DO LAÇO.....	NEGATIVA	





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 circunstaciado, 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: Edmundo gonçalves da Silva

Idade: 58

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

1) Perfil:





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?

MRIografia do ombro (1)

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

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

Osteossíntese ou Artroplastia

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

*Gravidez gestacional de paciente, recém nascido.
D. evolução por dor e hematocele
funcional. recente d. se formou
múrgo.*

- 15) O paciente já algum outro tipo de procedimento para tratamento da doença? Sim
 Não. Qual? N/A. 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?

ANALOGIA F. (A) DO OMBRO (D)

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

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

OSSOGENÍSE OU ANFROPCIASIA

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	PLIXICA BLOQUEADAS / UNICO PNAOximac	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
02	PÄSSESE SOLAR /RE UNICA O MAM	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" 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)?

Pacientes com risco de infarto





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:

Graves Problemas de visão binocular D há 04 ann. Excluído de todos os tipos de funções físicas, mentais e intelectuais.

Mesmo, 13 de 02 de 2020

Médico: Médico Geral
CRM 6466

Especialidade: ONCOLOGIA e MANEJO DA CRG

Obs: Anexar laudos de exames diagnósticos de imagem.





PREFEITURA MUNICIPAL DE
MOSSORÓ

**SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o procedimento cirúrgico solicitado para o paciente **LINDON JONSON DA SILVA**, CNS: 700.5037.4416.1854, CPF: 750.338.444-15, RG: 001.139.222, residente e domiciliado a Rua Maria Amélia Gurgel, Nº 400, Bairro Alto da Pelonha, Mossoró/RN, a saber: **ARTROPLASTIA TOTAL DO OMBRO + TENOPLASTIA DO BICEPS**, solicitado por Dr. Marcelo Régo, 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 12/07/2020



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.



RISCO CIRÚRGICO

NOME:

Lynon Johnson De Souza

SEXO:

PROFISSÃO:

IDADE: 50 Anos

1. CIRURGIA PRÓPOSTA

RMN - RX ombo direito

2. ANTECEDENTES

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

- FUMO
- HIPERTENSÃO ARTERIAL
- INSUFICIENCIA CARDÍACA
- OPERAÇÃO PREVIA
- OUTROS

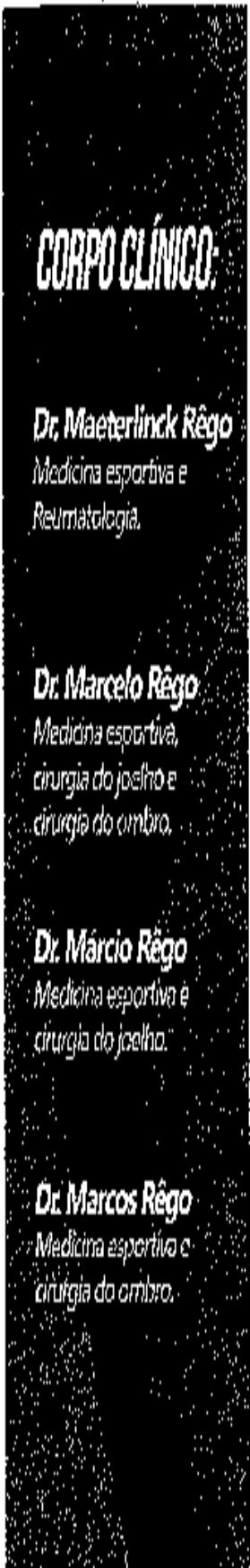
3. INTERROGATORIOS SINTOMATOLÓGICOS

Sintomas

4. EXAME FÍSICO

ACV





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 MÉDICO

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

Natal , 28/01/2020





ARTROCENTER
ombro e joelho

Dr. Maeterlinck Régo
Medicina esportiva e
Reumatologia.

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

Dr. Márcio Régo
Medicina esportiva e
cirurgia do joelho.

Dr. Marcos Régo
Medicina esportiva e
cirurgia do ombro.

LINDON JONSON DA SILVA

FISIOTERAPIA

- Diagnóstico : Frautra consolidada Viciosamente

Ombro D

- Objetivo :

Analgesia

Alongamento

Cinesioterapia



CORPO CLÍNICO:

Dr. Maeterlinck Rego
Medicina esportiva e
Reumatologia.

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

Dr. Márcio Rego
Medicina esportiva e
cirurgia do joelho.

Dr. Marcos Rego
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: Lindas Johnson da Silva, brasileiro(a),
estado civil: casado, Profissão: Pescador, Data do Acidente 17 - 10 - 2019
Cobertura unidade, portador(a) do RG 001.139.228, órgão expedidor
SSP/RN e do CPF: 750.338.444-15, residente no(a)
Pais Progenitores: M. Amelio George nº 400,
bairro: Florido, 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:

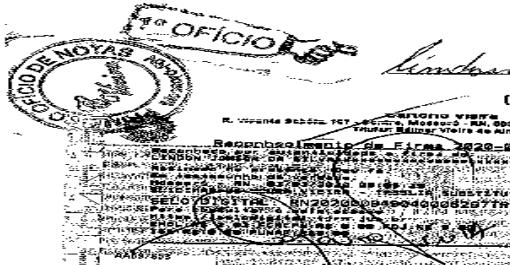
Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

Mossoró - 03 - 03 - 2020
Local e Data

Lindas Johnson da Silva
Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0093853/20

Número do Sinistro: 3200118433

Vítima: LINDON JONSON DA SILVA

CPF: 750.338.444-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/10/2019

Titular do CPF: LINDON JONSON DA SILVA

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-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



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. 103



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, contados 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



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. 104



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

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%

% Invalidz Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75% Valor a descontar: 18,75% x R\$ 12.500,00 = R\$ 2.312,50

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =

Recebedor: LINDON JUNSON DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000003064

Conta: 001300042653-8

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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 (DAVIS). Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno 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, 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 os pagamentos da i-

informações abaixo:

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%

PF 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

NÓRTE

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASE:		3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
		750.338.444-15	Renato Jenson da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
5 - Nome completo:		6 - Endereço:		
7 - Profissão:		8 - Idade:		
11 - Bairro:		12 - Cidade:		
13 - E-mail:		14 - Telefone:		
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR				
15 - Nome completo do Representante Legal:		16 - 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:				
<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00				
21 - DADOS BANCÁRIOS:				
<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO		<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (343) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO:		
AGÊNCIA: 0064		CONTA: 426 53 8		
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)		
Autorizo a Seguradora Lider 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, quitagem total do valor recebido.				
22 - DECLARAÇÃO DE AUSSÊNCIA 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):				
<input type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.				
Pelo não cumprimento do preenchimento das informações de alegação de invalidez permanente do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desseja, como me submete, à avaliação médica em custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme a Lei 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou rendição ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.				
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE				
23 - Estado civil da vítima:		24 - Data do óbito da vítima:		
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		25 - Gênero de Parentesco com a vítima:		
26 - Vítima deixou compatriota(a):		27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 28 - Se tinha filhos, informar:		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha irmãos, informar:		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar:		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 30 - Morte deixou testemunha(s)?		
<input type="checkbox"/> Vivos <input type="checkbox"/> Falecidos:		<input type="checkbox"/> Morte <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima:		
<input type="checkbox"/> Vivos <input type="checkbox"/> Falecidos:		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar:		
<input type="checkbox"/> Vivos <input type="checkbox"/> Falecidos:		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?		
<input type="checkbox"/> Vivos <input type="checkbox"/> Falecidos:		<input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Este cliente declara à Seguradora Lider, integral, caso devida, a Indenização do Seguro DPVAT por morte a quaisquer beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.				
34 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido		35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido		
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido		37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido		
40 - Local e Data:		41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)		43 - Assinatura do Procurador (se houver)		



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. 108



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 054389/2019

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: Vía 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
--	---------------------------	----------------------------	-----------------	------------------

Nacionalidade: Brasileira

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)	Subgrupo: Automóvel/Utilitário/Camionete/Caminhonete
------------------------	--

Grupo: Veículo

Subgrupo: Automóvel/Utilitário/Camionete/Caminhonete

Descrição: MOTO 50 CC

CPF/CNPJ do Proprietário: 750.338.444-15

Placa: QGE6683

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 do Veículo: NADA CONSTA

Última Atualização Denatran: 09/09/2015

Nome Envolvido	Envolvimentos
Lindon Jonson da Silva	Depositorio, Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Delegado de Polícia Civil: Francisco Edvan de Queiroz Impresso por: Rogerio de Carvalho Brito Castro Data da Impressão: 24/10/2019 08:52 Protocolo nº: Não disponível	Página 1 de 2 PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos
--	--



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

<https://pje1.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007021530146130000055021506>

Número do documento: 2007021530146130000055021506

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

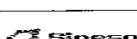
O COMUNICANTE VEIO A ESTE DISTRITO E RELATOU QUE VINHA CONDUZINDO SUA MOTO MOTO 50 CC, Placa QGE5883, Chassi 951BXXBA1EB006893, Nama: Moto JET, Número de Chassis: 9521. Registrada: 01/08/1986/825. QUANDO CHEGOU NO LOCAL, ENCONTROU UM ANIMAL, GATO PRETO, ATRAVESSOU A SUA FRENTE E, NÃO PODENDO EVITAR, COLIDIU COM O ANIMAL, E SE DESEQUILIBROU E CALU 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 Carvalho Britto Castro
Agente da Polícia
Matrícula 137.580-2
Recepcionista do Atendimento

Lindon Jonson da Silva
(Vítima / Comunicante)

"Quedo por os devidos fins, de posse da cópia da presente o(a) responsável pela informação adiante assinada e ciente que poderá responder civil e criminalmente pelo presente documento em alguma eventual ação judicial." Artigo 229-Código de Trânsito do Ceará e 340-Comunicado 2 da lei de Crimes ou de Contravenções do Código Penal Brasileiro."



Delgado da Polícia Civil: Francisco Edvan de Queiroz
Impresso por: Rogério Carvalho Britto Castro
Data da Impressão: 24/07/2019 09:02
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://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215301461300000055021506>
Número do documento: 20070215301461300000055021506

Num. 57259821 - Pág. 110



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MÓTIC

NÃO AUTORIZADO

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

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

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: 6 - Endereço: 7 - Profissão: 8 - Cidade: 9 - Bairro: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - DDD (DDD): 16 - Telefone:

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:

REUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1,000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: CONTA: 8 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo Seguradora Lider 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 invalides permanentes, 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 acima indicado, solicitando prorrogamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, nor invalides permanentes, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar 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: Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

26 - Vítima: Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

29 - Se tinha filhos, informar o nome dos filhos vivos: Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

30 - Vítima: Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

31 - Vítima: Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

32 - Se tinha irmãos, informar o nome dos irmãos vivos: Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

33 - Vítima: Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

34 - Vítima: Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

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:

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

TESTEMUNHAS





DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO N° 621

Mossoró 29 de Outubro de 2019

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

Natureza da Ocorrência: Acidente Automobilístico: Queda de moto

Data da Ocorrência: 17/10/2019

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

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

Hora do Chamado: 17h 45 min.

Procedimento no Local: Na cena, vítima foi submetida à imobilização (prancha, colar, coxim e tirantes) e encaminhada para a Unidade de Saúde (HRTM), conforme regulação médica do SAMU 192 Mossoró.
Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: **Lucia Paulo Pereira, 49 anos,** portador de RG: **001.317.629.**
Estamos à disposição para mais informações.

SILVANIA DO MONTE SANTIAGO
DIRC M. 58682-1

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

Dr. Dixon R. M. Medeiros Lima
Dir. Geral do SAMU
Mat. 0102018-2
CRECI RN 59472

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

SAMU – Mossoró
Rua: Sels de Jucá, 509 – Santo Antônio – CEP: 59611-070 – Mossoró – RN
Tel / FAX: (0xx84)3313-4915
e-mail: samu.mossoro@hotmail.com

