



Número: **0803921-61.2019.8.20.5101**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Caicó**

Última distribuição : **23/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 998,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GERALDO SILVANO DE LIMA (AUTOR)		KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (AUTORIDADE)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57258552	02/07/2020 15:18	2732098_CONTESTACAO_Anexo_03	Procuração

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:	06/05/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GERALDO SILVANO DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00758

CONTA: 000000003273-5

Nr. da Autenticação 23EE5A30D2D7EEF1



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190280243 **Cidade:** Currais Novos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERALDO SILVANO DE LIMA **Data do acidente:** 29/11/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: P.11,2

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1344 - CEP 59015-000
CNPJ: 08.354.385/0001-35 / INSC. Estadual: 20053.426-3
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4562

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO

DATA DE EMISSÃO: 04/10/2018
Nº DE CONTAS: 115
Nº DE CONTAS: 34219993

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 04/10/2018 ÀS 07:11:31

MATRÍCULA:

MÊS/ANO

DADOS DO CLIENTE

916935

10/2018

GERALDO SILVANO DE LIMA
RUA MAJOR LULA, N. 782 - PARAÍRA CAÍCO RN
59300-000

INSCRIÇÃO	ROTA	SEQ.ROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS			
411.003.420.0121.000	25	6549	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
HIDRÔMETRO Y13T352740	SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO		SITUAÇÃO ESGOTO FACTIVEL			

CONSUMO ÁGUA (M3): 2

DATA FÉUTURA: 04/10/2018
LEIT. ATUAL: 305
LEIT. ANT.: 303
DIAS CONSUMO: 29

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MEDIA
09/2018	3	07/2018	0	05/2018	4	1
08/2018	1	06/2018	0	04/2018	3	

DESCRIÇÃO

CONSUMO

TOTAL(R\$)

ÁGUA		
RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	2 M3	39,99
JUROS DE MORA 07/2018		0,39

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	39,99	1,65	0,66
COFINS	39,99	7,6	3,04

VENCIMENTO:

15/10/2018

TOTAL A PAGAR:

40,38

MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

Parâmetros	Turbidez	PH	Colif. Totais	Cloro Residual Livre	Nitrito (como N)
VMP e Recomendações	≤ 5,0 UT	6,0 a 9,5	% de Ausência	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L
Valores Obtidos	4,9	7,54	92,45 %	1,02	--



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 02/07/2020 15:18:16

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215181523300000055019587>

Número do documento: 20070215181523300000055019587



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1344 - CEP 59015-000
CNPJ: 08.334.385/0001-35 / INSC. Estadual: 20053.426-3
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4562

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO

DATA DE EMISSÃO: 04/10/2018
Nº DE CONTAS: 115
Nº DE CONTAS: 34219993

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 04/10/2018 ÀS 07:11:31

MATRÍCULA:

MÊS/ANO

DADOS DO CLIENTE

916935

10/2018

GERALDO SILVANO DE LIMA
RUA MAJOR LULA, N. 782 - PARAÍRA CAÍCO RN
59300-000

INSCRIÇÃO	ROTA	SEQ.ROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS			
411.003.420.0121.000	25	6549	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
HIDRÔMETRO Y13T352740	SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO		SITUAÇÃO ESGOTO FACTIVEL			

CONSUMO ÁGUA (M3): 2

DATA LETITURA: 04/10/2018
LEIT. ATUAL: 305
LEIT. ANT.: 303
DIAS CONSUMO: 29

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MEDIA
09/2018	3	07/2018	0	05/2018	4	1
08/2018	1	06/2018	0	04/2018	3	

DESCRIÇÃO

CONSUMO

TOTAL(R\$)

ÁGUA
RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE ÁGUA 2 M3 39,99
JUROS DE MORA 07/2018 0,39

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	39,99	1,65	0,66
COFINS	39,99	7,6	3,04

VENCIMENTO:

15/10/2018

TOTAL A PAGAR:

40,38

MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

Parâmetros	Turbidez	PH	Colif. Totais	Cloro Residual Livre	Nitrito (como N)
VMP e Recomendações	≤ 5,0 UT	6,0 a 9,5	% de Ausência	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L
Valores Obtidos	4,9	7,59	92,45 %	1,02	--



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 02/07/2020 15:18:16

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215181523300000055019587>

Número do documento: 20070215181523300000055019587

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/BIBLIOTECAWEB/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 COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu GLEYCE DUARTE DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.565.694 / 57, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GERALDO SILVANO DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 369.911.804 / 59, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vitima GERALDO SILVANO DE LIMA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 369.911.804 / 59, 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 MAJOR LULA		Número 782	Complemento
Bairro PARAÍBA	Cidade CAICÓ	Estado RN	CEP 59.300-000
Email caicoseguros@gmail.com		Telefone comercial(DDD) 84-99801-5199	Telefone celular (DDD) 84-99801-5199

CAICÓ RN, 29 de Março de 2019.
Local e Data


Assinatura do Declarante





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Heribley Medeiros de Lucena,
RG nº 876722, data de expedição / / ,
Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 523.786.674-34,
com domicílio na cidade de Caicó, no Estado de
Rio Grande do Norte, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Abastinho Santos, Vila Alta, nº 75,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Geraldo Silvano de Lima, cujo o condutor era
Geraldo Silvano de Lima.
Veículo: Motocicleta Modelo: NXR 150 Bros ES Ano: 2012
Placa: NOF-9035 Chassi: 9C2KD0550CRO15529
Data do Acidente: 29/11/2018

Local e Data: CAICÓ, RN 15 de Fevereiro de 2019.

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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

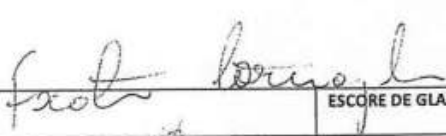


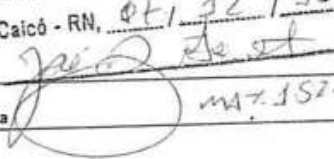
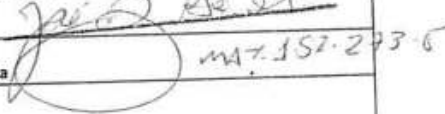
RECONHEÇO, por autenticidade, a(s)
firma(s) de Geraldo Silvano de Lima e Heribley Medeiros de Lucena, dou fe
Em 15 de Fevereiro de 2019
Pelo Dr. [Assinatura]



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA - SESAP
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERTÃO - UHRS
Estrada do Perímetro Irigado Sabugi, 574 - Paulo VI - Caicó/RN
CEP.: 59.300-000 - Telefone: (84) 3421-9628
CNPJ: (MF): 08.241.754/0135-37

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO		DATA 29/11/18	HORA DA ENTRADA 21:35	Nº ATENDIMENTO 178
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviaturas e de forma legível				
NOME GERALDO SIUVANO DE LIMA		DATA DE NASCIMENTO 18-05-64	IDADE 54	SEXO M
CPF 369 91904-59		RG 755139	DATA DE EXPEDIÇÃO	
NATURALIDADE CAICÓ	ESTADO CIVIL CAS.	PROFISSÃO VEND.	CARTÃO SUS	
NOME DA MÃE FRA NELSON SILVA		NOME DO PAI RODOLFO S. LIMA		
ENDEREÇO R. MATE LULA 782		BAIRRO PARAIBÁ		
CIDADE/ESTADO CAICÓ		TELEFONE DE CONTATO 96459797	RAÇA/COR B	
CAMPO 2 - SINAIS VITAIS				
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde				
PA	mmhg	FC	bpm	FR
				irpm
TEMP. AXILAR		°C	SpO2	%
			Glicemia	mg/dl
CAMPO 3 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO				
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista				
				
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO		ESCORE DE GLASGOW		

CAMPO 4 - EXAMES COMPLEMENTARES	
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
Confero com o Original Caicó - RN, 01/12/18 	
CAMPO 5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA	
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
	
MÉDICO PLANTONISTA/CRM	
RESP. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN	
CAMPO 6 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE	
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de enfermagem	
MOTIVO DA SAÍDA	REMOÇÃO/TRANSFERÊNCIA
ALTA MÉDICA	UNIDADE DE DESTINO:





Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Sertão
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

LAUDO DE CIRÚRGIA

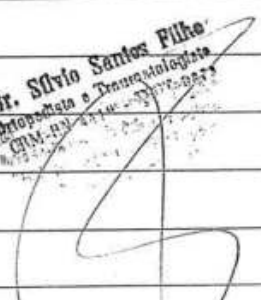
Nome do Paciente:	Nº Registro		Data de Admissão	
	027357		29/1/18	

Nome do Procedimento Cirúrgico: Tratamento Cirúrgico

Descrição do Ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Sutures, Drenagem, Fechamento)

Descrição do Ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Sutura, Drenagem, Fechamento)										Data	Início	Término	Duração	Gases	Compr.	Dreno
06/12/18										14:00	14:40h	40min				
DDIA																
A+C																
Túnel ventral fúculo Di																
Redução																
Graco																
Hemostase																
Sutura																
Túnel lateral fúculo Di																
Redução																
Graco																
Hemostase																
Sutura																
Curativo																

Dr. Sérgio Santos Filho
 Proprietário e Traumatologista
 CRM 22.414 - 1977-0073



Br. Sérgio Santos Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-AM 24146 - Curitiba





Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOME DO PACIENTE: GERALDO SILVANO DE LIMA			
HISTÓRICO/PRONTUÁRIO: 027351		DATA NASCIMENTO: 18 05 64	SEXO: Masc.
ENDEREÇO (Rua, Número): MAJOR LULA - 782		BAIRRO: PARAIBA	
CIDADE: CAICÓ	UF: RN	CEP: 59300-000	TELEFONE: 96459792
NOME DO PAI: KOLOÃO SILVANO LIMA		NOME DA MÃE: ELIZABETH NELSON SILVA	
RESPONSÁVEL: CICERO DUARTE			
PREENCHIMENTO MÉDICO (Preenchimento médico)			
NOME: ORTOPÉDIA		ENFERMARIA/LEITO:	
CÓDIGO: ORTOPÉDIA		INTERNAÇÃO DECORRENTE DE ACIDENTE	
CÓDIGO: PEDIATRIA		☐ DE TRABALHO ☒ DE TRANSITO	
		☐ DE OUTROS FINS ☒ NÃO	
DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura de fêmur		Assinatura: Dr. Sérgio Santos Filho CRM-RN 49427-0829 CPF 936.229.284-49	
INTERNAÇÃO		ORIGEM RESIDÊNCIA?	
DATA	HORA	☐ SIM ☒ NÃO	
DECIDÊNCIA:		UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE	
		CARACTER DE INTERNAÇÃO:	
		☐ ELETIVA ☐ NORMAL ☒ EMERGÊNCIA	
RESUMO DA SAÍDA (Preenchimento médico)			
PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição): Tuete		TIPO DE PROCEDIMENTO:	
		☒ LIMPO ☐ INFECTADO ☐ CONTAMINADO	
		☐ POTENCIAL M. CONTAMINADO	
PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição):		DATA:	HORA:
RESISTÊNCIA À INFECÇÃO?		FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO:	
☐ HOSPITALAR ☐ COMUNITARIA ☒ NÃO		☒ PROFILATICAMENTE ☐ NÃO	
		☐ TERAPEUTICAMENTE	
MOTIVO DA SAÍDA (AIH):		SE MOTIVADO SAÍDA = 1 (remoção) ASSINAL DETALHAMENTO DA ALTA	
☐ ALTA ☐ REMOÇÃO ☐ ÓBITO ATÉ 24 HORAS		☒ CURADO ☐ MELHORADO ☐ INALTERADO ☐ A PEDIDO	
ÓBITO APÓS 24 HORAS		☐ ADMINISTRATIVO ☐ POR INDICIPLINA ☐ EVASÃO	
		☐ INTER. P/ DIAGNOSTICO ☐ P/ COMPLETAMENTO F. DE ACIDENTE	
PREENCHER SE MOTIVO 2 = (REMOÇÃO)			
DIAGNÓSTICO CLÍNICO:		DESTINO:	
SE MOTIVO SAÍDA = ÓBITO		OCORREU ÓBITO CAUSADO POR INFECÇÃO:	MÉDICO RESPONSÁVEL: [Assinatura] (carimbo/assinatura)





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Herbley Medeiros de Lucena,
RG nº 876722, data de expedição / / ,
Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 523.786.674-34,
com domicílio na cidade de Caico, no Estado de
Rio Grande do Norte, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Abastinho Santos, Vila Altaiva, nº 75,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Geraldo Silvano de Lima, cujo o condutor era
Geraldo Silvano de Lima.
Veículo: Motocicleta Modelo: NXR 160 Broo ES Ano: 2012
Placa: NOF 9035 Chassi: 9C2KD0550CROJ5529
Data do Acidente: 29/11/2018

Local e Data: CAICO, RN 15 de fevereiro de 2019.

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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



RECONHEÇO, por autenticidade, a(s)
firma(s) de Geraldo Silvano de
Lima e Herbley Medeiros
de Lucena, dou fe
Em 15 de fevereiro de 2019
Leticia Gomes de Figueiredo

ATENDIDO O SELO
AUTENTICIDADE



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR-AIH

1. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ	2. CNES: 6.778.580
3. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: NOME: GERALDO SILVANO DE LIMA	4. Nº DO PRONTUÁRIO 027351
CPF: 56991180459	RG: 755189

5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6. DATA DE NASC. 10/05/1974	7. SEXO MASC. (X) FEM. ()
8. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL FRANCISCA NELSON SILVA	DDD 84	9. TELEFONE DE CONTATO 96459792
10. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) MAJOR LULA 782	11. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA CAICÓ	12. COD. IBGE MUNICÍPIO 72N
13. UF RN	14. CEP: 59300.000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

15. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Histórico de Tipo B e C Deslocamento	01. Material 06. Placa 1/3 tubular 3,5m 06. parafusos corticais 06. parafusos externos 4,0m
--	--

16. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Re
--

17. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Heck			
18. DIAGNÓSTICO INICIAL: Histórico de	19. CID 10 PRINCIPAL:	20. CID 10 SECUNDÁRIO:	21. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

22. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tubos	23. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	24. CLÍNICA	25. CARÁTER DA INTERNAÇÃO	26. DOCUMENTOS () CNS () CPF	27. Nº DO DOCUMENTO Br. Silvio Santos Filho Enfermeiro e Fisioterapeuta CNPJ nº 14.470.718/0001-10 Estr. do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó - RN - CEP: 59.300-000
28. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST.	29. DATA DA SOLICITAÇÃO 6/11/2018	30. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

31. () ACID. DE TRANSITO	34. CNPJ DA SEGURADORA	35. Nº DO BILHETE	36. SÉRIE
32. () ACID. TRABALHO TÍPICO	37. CNPJ DA EMPRESA	38. CNAE DA EMPRESA	39. CBOR
33. () ACID. TRABALHO TRAJETO			
40. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () O EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

41. NOME DO PROF. AUTORIZADOR	42. COD. ORGÃO EMISSOR	43. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR
44. DOCUMENTOS NS () CPF	45. Nº DOC. (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR	





Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Serido
Estrada do Perimetro Irigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefex: (0**84) 3421-9630, e 9628

PRESCRIÇÃO MÉDICA E
CONTROLE DE APLICAÇÃO

DIA: 29, 11, 18

PACIENTE:

Carvalho S. da

Nº DO REGISTRO
027351

DATA DE ADMISSÃO
29-11-18

Nº DO
105

30.11.18

DIA: 29, 11, 18

DIA: 6, 12, 18

DIA

MEDICAMENTOS

DOSE

VIA

INTERV

HORÁRIO

HORÁRIO

HORÁRIO

HOF

11 SF 1000 J IV

48-1000 J IV

Paracetamol - 1g + 100mg IV

1g Paracetamol - 1g + 100mg IV

1g Paracetamol - 1g + 100mg IV

Paracetamol 500-02 Paracetamol 1000

OUTROS CUIDADOS

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFIC

11 SF 1000 J IV

48-1000 J IV

ASSINATURA DO MÉDICO

Dr. Gabriel Soares de M. Gomes
Médico
R. 1111

Dr. Silvio Santos Filho
Ortopedia e Traumatologia
R. 1111 - 1101 0011



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perimetro Irigado Sabão, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241.754/0135-57 - Telefex: (0**84) 3421-9630, e 9628

PRESCRIÇÃO MÉDICA E
CONTROLE DE APLICAÇÃO

DIA: 29/11/18

PACIENTE:

Frederico S. L.

Nº DO REGISTRO

027351

DATA DE ADMISSÃO

29-11-18

Nº DO

105

DIA: 29/11/18

DIA: 6/12/18

DIA

30.11.18

MEDICAMENTOS

DOSE

VIA

INTERV

HORÁRIO

HORÁRIO

HORÁRIO

HOR

11 SE 1000 J IV
8-1000 J IV

Exames - 14 + 4 mm W 6/6

Exames - 14 + 4 mm W 11/11

Exames - 14 + 4 mm W 11/11

Exames - 14 + 4 mm W 11/11
Exames - 14 + 4 mm W 11/11

OUTROS CUIDADOS

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFI

Ass. Dr. da F. de

ASSINATURA DO MÉDICO

Dr. Gabriel Dantas de M. Gomes
Médico

Dr. Silvio Santos Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM: RN 4419 - RPP: 0023



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugá, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR-AIH

1. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ	2. CNES: 6.778.580
3. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: NOME: GERALDO SILVANO DE LIMA	4. Nº DO PRONTUÁRIO 027351
CPF: 56991186459	RG: 755189

5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6. DATA DE NASC. 28/10/1974	7. SEXO MASC. (X) FEM. ()
8. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL FRANCISCA NELSON SILVA	DDD 84	9. TELEFONE DE CONTATO 96459997
10. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) MAJOR LULA 782		
11. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA CAICÓ	12. COD. IBGE MUNICÍPIO	13. UF RN
		14. CEP: 59300000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

15. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Histórico de Tipo B e C Doença crônica	01. Material Ploca 1/3 tubular 3,5m 06. Paredes contínuas 08. Paredes espessas 4,0mm
--	---

16. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Re
--

17. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Hes K
--

18. DIAGNÓSTICO INICIAL: Histórico de	19. CID 10 PRINCIPAL:	20. CID 10 SECUNDÁRIO:	21. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
--	-----------------------	------------------------	-------------------------------

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

22. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tubos	23. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	24. CLÍNICA	25. CARÁTER DA INTERNAÇÃO	26. DOCUMENTOS () CNS () CPF	27. Nº DO DOCUMENTO DO PROF. SOLIC./ASSIST.	28. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST.	29. DATA DA SOLICITAÇÃO 6/12/18	30. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)
---	----------------------------	-------------	---------------------------	-----------------------------------	---	----------------------------------	------------------------------------	---

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

31. () ACID. DE TRANSITO	34. CNPJ DA SEGURADORA	35. Nº DO BILHETE	36. SÉRIE
32. () ACID. TRABALHO TÍPICO			
33. () ACID. TRABALHO TRAJETO	37. CNPJ DA EMPRESA	38. CNAE DA EMPRESA	39. CBOR
40. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

41. NOME DO PROF. AUTORIZADOR	42. COD. ORGÃO EMISSOR	43. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR
44. DOCUMENTOS () CNS () CPF	45. Nº DOC. (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR	
47. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)		





Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOME DO PACIENTE:

GERALDO SILVANO DE LIMA

REGISTRO/PRONTUÁRIO:

027351

DATA NASCIMENTO:

18 05 64

SEXO:

MASC.

ENDEREÇO (Rua, Número)

MAJOR LULA - 782

BAIRRO:

PARAIBA

MUNICÍPIO:

CAICÓ

UF

RN

CEP:

59300000

TELEFONE:

96459797

NOME DO PAI:

KOLDÃO GILVANO LIMA

NOME DA MÃE:

ELTON NELSON SILVA

RESPONSÁVEL:

ELICIA DUARTE

PREENCHIMENTO MÉDICO (Preenchimento médico)

CLÍNICA:

() MÉDICA

(X) ORTOPÉDIA

() CIRÚRGICA

() PEDIATRIA

ENFERMARIA/LEITO:

INTERNAÇÃO DECORRENTE DE ACIDENTE

() DE TRABALHO

(X) DE TRANSITO

() DE OUTROS FINS

() NÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Fratura fechada de

Dr. Silvio Santos Filho
Médico - Traumatologista
CRM-RN 44.412-1
CPF 027.229.284-40

INTERNAÇÃO

ORIGEM/RESIDÊNCIA?

UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE

DATA

HORA

() SIM

() NÃO

PROCEDÊNCIA:

CARATER DE INTERNAÇÃO:

() ELETIVA

() NORMAL

(X) EMERGÊNCIA

RESUMO DA SAÍDA (Preenchimento médico)

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição)

Trauma

TIPO DE PROCEDIMENTO:

(X) LIMPO

() INFECTADO

() CONTAMINADO

() POTENCIAL M. CONTAMINADO

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição)

DATA:

HORA:

APRESENTOU INFECÇÃO?

() HOSPITALAR

() COMUNITARIA

(X) NÃO

FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO:

(X) PROFILATICAMENTE

() NÃO

() TERAPEUTICAMENTE

MOTIVO DA SAÍDA (AIH):

(X) ALTA

() REMOÇÃO

() ÓBITO ATÉ 24 HORAS

() ÓBITO APÓS 24 HORAS

SE MOTIVADO SAÍDA = 1 (remoção) ASSINAL DETALHAMENTO DA ALTA

(X) CURADO () MELHORADO () INALTERADO () A PEDIDO

() ADMINISTRATIVO () POR INDICIPLINA () EVASÃO

() INTER.P/DIAGNOSTICO () P/COMPLEMENTAÇÃO F.DE ACIDENTE

PREENCHER SE MOTIVO 2 = (REMOÇÃO)

INDICAÇÃO CLÍNICA:

DESTINO:

PREENCHER SE MOTIVO SAÍDA = ÓBITO

OCORREU ÓBITO CAUSADO
POR INFECÇÃO:

MÉDICO RESPONSÁVEL:
(carimbo/assinatura)

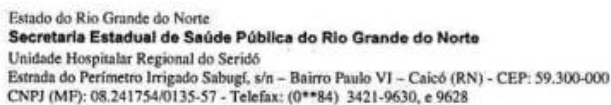


Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 02/07/2020 15:18:16

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215181523300000055019587>

Número do documento: 20070215181523300000055019587

Num. 57258552 - Pág. 15



Nome do Paciente: <i>Isabel Maria de Lima</i>	Nº Registro		Data de Admissão	
	<i>027357</i>	<i>29</i>	<i>11</i>	<i>18</i>

Nome do Procedimento Cirúrgico: Tratamento da Lesão de Ligamento Cruzado Anterior

Data										Descrição do Atto Operatório (Técnica, Ligaduras, Sutura, Drenagem, Recolhimento)										Início		Término		Duração		Gases		Compr.		Dreno											
06	/	12	/	18						14:00								14:40h								40min															
DDIA																																									
AA+C																																									
Túncies rediel fuzelo Di																																									
Redução																																									
Cação																																									
Hemostese																																									
Sutura																																									
Túncies lateral fuzelo Di																																									
Redução																																									
Cação																																									
Hemostese																																									
Sutura																																									
Cureto																																									

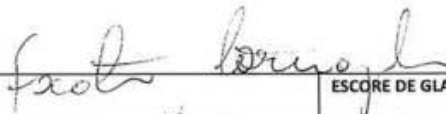
Dr. Silvio Santos Filho
 Otorrinolaringologista e Otorinolaringologista
 CRM-PR 11111 - 11111-1111

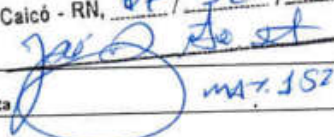
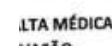
Dr. Sílvio Santos Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PR 11.110 - DDD 91



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA - SESAP
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ - UHRS
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, S/N - Paulo VI - Caicó/RN
CEP.: 59.300-000 - Telef.: (84) 3421-9628
CNPJ: (MF): 08.241.754/0135-57

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO		DATA 29/11/18	HORA DA ENTRADA 21:35	Nº ATENDIMENTO 178
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviaturas e de forma legível				
NOME GERALDO SILVANO DE LIMA	DATA DE NASCIMENTO 18.05.64	IDADE 54	SEXO M	
CPF 369 91804-59	RG 755189	DATA DE EXPEDIÇÃO		
NATURALIDADE CAICÓ	ESTADO CIVIL CAS.	PROFISSÃO VEND.	CARTÃO SUS	
NOME DA MÃE FRA NELSON SILVA	NOME DO PAI RODOLFO S. LIMA			
ENDEREÇO R. MATEUS LULA 782	BAIRRO PARAIBÁ			
CIDADE/ESTADO CAICÓ	TELEFONE DE CONTATO 96459797	RAÇA/COR B		
CAMPO 2 - SINAIS VITAIS				
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde				
PA	mmHg	FC	bpm	FR
				irpm
TEMP. AXILAR		°C	SpO2	%
			Glicemia	mg/dl
CAMPO 3 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO				
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista				
				
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO		SCORE DE GLASGOW		

CAMPO 4 - EXAMES COMPLEMENTARES	
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
Confere com o Original Caicó - RN, 07/12/18 <i>[Handwritten signature]</i> MA 7.152.243-6	
CAMPO 5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA	
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
	
MÉDICO PLANTONISTA/CRM RESP. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN	
CAMPO 6 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE	
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de enfermagem	
MOTIVO DA SAÍDA	REMOÇÃO/TRANSFERÊNCIA
	UNIDADE DE DESTINO:





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DR. MARIANO COELHO
Currais Novos/RN

RECEITUÁRIO MÉDICO

Geraldo S. de Lima
Ao SESP

Paciente com
trauma em tornozelo (D)
com fratura de malto
medial, necessitando
de avaliação do
ortopedista.
Regulado com Dr. Sílvia Filho

29/11/18

Jr. Franco Márcio
MÉDICO
CRM-RN - 5483





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA - SESAP
HOSPITAL REGIONAL DR. MARIANO COELHO - HRMC



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA Nº 3333

Identificação	Responsável pelo preenchimento:	Data: 29/11/2018	Hora: 16:00
	Nome: Geraldo Silvano de Lima	Idade: 54a.	Sexo: M
	Nº Cartão SUS: 7009049703868 93	CPF/RG: 755.185	Data Nasc: 18/10/51
	Endereço: R. Major Lúcia, 722	Cidade: Coité	FONE: 99645-969
	Bairro: Paraíba	Ocupação:	
Forma de chegada: () Meio próprio () SAMU () Outras ambulâncias			

Classificação de Risco	Sinais vitais	PA: x	FC:	FR:	T:	HGT:	SatO2:
	Dor:	() Aguda () Crônica () Recorrente	Tipo de dor: () Leve () Moderada () Forte () Severa				
	Estado Geral:	() Aparentemente BEM () REGULAR () GRAVE () Inconsciente () Consc					
		() Orientado () Confuso () Convulsão () Hemorragias () Politraumatizado					
	Queixa principal:	Acidente de moto					
	Comorbidades:						
	Medicamentos em uso:						
	Alergia medicamentos:						
Classificação:	() Azul	() Verde	() Amarelo	() Vermelho	() Não classificado	Glasgow:	
Enfermeiro(a):	Coren:					Hora:	

História da doença atual/Exame clínico	ACIDENTE	
	MOTOCICLETA	
	Ocorrência de acidente de trânsito com lesão e danos materiais.	

Diagnóstico

Avaliação Médica	Conduta/prescrição	Anotações de enfer
	1) Verificar a lesão	
	2) Manter o paciente em repouso	
	3) Analisar a lesão	
	4) Prescrever 100mg de St 0,9% - EV.	
Assinatura e carimbo médico		Obs:
Dr. Franco Márcio		
MÉDICO		
CRM-RN - 8483		
Hora		

o do	Alta Hospitalar:	() Decisão médica	() Cura	() À pedido	() À revelia	() Óbito
	Internamento	() Clínica médica	() Clínica cirúrgica	() Pediatria	() UTI geral	() UCI
	Transferência	Destino:				

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA - SESAP
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERTIÃO - UHRS
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, S/N - Paulo VI - Caicó/RN
CEP.: 59.300-000 - Telefax: (84) 3421-9628
CNPJ: (MF): 08.241.754/0135-97

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO		DATA 29/11/18	HORA DA ENTRADA 21:35	Nº ATENDIMENTO 178
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviaturas e de forma legível				
NOME GERALDO SILVANO DE LIMA		DATA DE NASCIMENTO 13.05.64	IDADE 54	SEXO M
CPF 369 91904-59		RG 755189	DATA DE EXPEDIÇÃO	
NATURALIDADE CAICÓ	ESTADO CIVIL CAS.	PROFISSÃO VEND.	CARTÃO SUS	
NOME DA MÃE FRA NELSON SILVA		NOME DO PAI RODOLFO S. LIMA		
ENDEREÇO R. MATE LULA 782		BAIRRO PARAIBAS		
CIDADE/ESTADO CAICÓ		TELEFONE DE CONTATO 96459797	RAÇA/COR B	
CAMPO 2 - SINAIS VITAIS				
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde				
PA	mmhg	FC	bpm	FR
				lrpm
TEMP. AXILAR		°C	SpO2	%
				Glicemia
				mg/dl
CAMPO 3 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO				
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista				
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO fra		ESCORE DE GLASGOW 15		

Confere com o Or. i al
Caicó - RN, 12/12/18

[Assinatura]

CAMPO 4 - EXAMES COMPLEMENTARES	
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
CAMPO 5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA	
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
MÉDICO PLANTONISTA/CRM	RESP. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN
CAMPO 6 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE	
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de enfermagem	
MOTIVO DA SAÍDA	REMOÇÃO/TRANSFERÊNCIA
ALTA MÉDICA	UNIDADE DE DESTINO:





Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR-AIH

1. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ	2. CNES: 6.778.580
3. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: NOME: GERALDO SILVANO DE LIMA	4. Nº DO PRONTUÁRIO 027351
CPF: 56991180459	RG: 755189

5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6. DATA DE NASC. 28/10/1974	7. SEXO MASC. (X) FEM. ()
8. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL FRANCISCA NELSON SILVA	DDD 84	9. TELEFONE DE CONTATO 96459922
10. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) MAJOR LULA 782	11. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA CAICÓ	12. COD. IBGE MUNICÍPIO RN
13. UF RN	14. CEP: 59300000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

15. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Histórico de Tipo B e C Desfibrilado	16. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Re	17. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Histórico
--	--	--

18. DIAGNÓSTICO INICIAL: Histórico	19. CID 10 PRINCIPAL: S823	20. CID 10 SECUNDÁRIO:	21. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
---------------------------------------	-------------------------------	------------------------	-------------------------------

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

22. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Fractura	23. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0408050497	24. CLÍNICA	25. CARATER DA INTERNAÇÃO Dr. Silvio Santos Filho	26. DOCUMENTOS () CNS () CPF	27. Nº DO DOCUMENTO DO PROF. SOLIC./ASSIST.
28. NOME DO PROF. SOLICITANTE Dr. Silvio Santos Filho	29. DATA DA SOLICITAÇÃO 06/11/2020	30. ASSINATURA Dr. Silvio Santos Filho	31. CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

31. () ACID. DE TRANSITO	34. CNPJ DA SEGURADORA	35. Nº DO BILHETE	36. SÉRIE
32. () ACID. TRABALHO TÍPICO	37. CNPJ DA EMPRESA	38. CNAE DA EMPRESA	39. CBOR
33. () ACID. TRABALHO TRAJETO			
40. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

41. NOME DO PROF. AUTORIZADOR	42. COD. ORGÃO EMISSOR	43. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR
44. DOCUMENTOS IS () CPF	45. Nº DOC. (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR	





Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOME DO PACIENTE:

GERALDO SILVANO DE LIMA

REGISTRO/PRONTUÁRIO: 027351	DATA NASCIMENTO: 18 05 64	SEXO: Masc.
ENDEREÇO (Rua, Número) MAJOR LULA - 782	BAIRRO: PARAIBA	
MUNICÍPIO: CAICÓ	UF: RN	CEP: 59300-000
NOME DO PAI: KOLDO SILVANO LIMA	TELEFONE: 96459797	NOME DA MÃE: EC: NELSON SILVA
RESPONSÁVEL: CICERO DUARTE		

PREENCHIMENTO MÉDICO (Preenchimento médico)

CLÍNICA: () MÉDICA () CIRÚRGICA	ORTOPÉDIA () PEDIATRIA	ENFERMARIA/LEITO: INTERNAÇÃO DECORRENTE DE ACIDENTE () DE TRABALHO () DE OUTROS FINS	DE TRANSITO () NÃO
DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura fechada do		Dr. Silvio Santos Filho CRM-RN 44.411-0 CPF 021.229.284-68	

INTERNAÇÃO DATA: 07.12.18 HORA: 11:40	ORIGEM RESIDÊNCIA? () SIM () NÃO	UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE
PROCEDÊNCIA:	CARATER DE INTERNAÇÃO: () ELETIVA () NORMAL () EMERGÊNCIA	

RESUMO DA SAÍDA (Preenchimento médico)

RPOCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição) Trocador	TIPO DE PROCEDIMENTO: () LIMPO () INFECTADO () CONTAMINADO () POTENCIAL M. CONTAMINADO
PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição)	DATA: 07.12.18 HORA: 13:00h
APRESENTOU IFECCÃO? () HOSPITALAR () COMUNITARIA () NÃO	FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO: () PROFILATICAMENTE () NÃO () TERAPEUTICAMENTE
MOTIVO DA SAÍDA (AIH): () ALTA () REMOÇÃO () ÓBITO ATÉ 24 HORAS () ÓBITO APÓS 24 HORAS	SE MOTIVADO SAÍDA = 1 (remoção) ASSINAL DETALHAMENTODA ALTA () CURADO () MELHORADO () INALTERADO () A PEDIDO () ADMINISTRATIVO () POR INDICIPLINA () EVASÃO () INTER.P/DIAGNOSTICO () P/COMPLEMENTAÇÃO F.DE ACIDENTE

PREENCHER SE MOTIVO 2 = (REMOÇÃO)

INDICAÇÃO CLÍNICA:	DESTINO:
PREENCHER SE MOTIVO SAÍDA = ÓBITO	OCORREU ÓBITO CAUSADO POR INFECÇÃO:
	MÉDICO RESPONSÁVEL: (carimbo/assinatura) Dr. Silvio Santos Filho





Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

LAUDO DE CIRÚRGIA

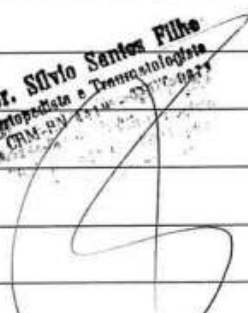
Nome do Paciente:	Nº Registro	Data de Admissão
Francisco Sávio de Lima	027357	29/1/18

Nome do Procedimento Cirúrgico: notas de longa do Dr

Descrição do Ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Descrição do Atto Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)										Data	Início	Término	Duração	Gases	Compr.	Dreno
										06/12/18	14:00	18:40h	4h40m			
DDIA																
A4+C																
Incisão vertical longitudinal Di																
Redução																
Fixação																
Hemostasia																
Sutura																
Incisão lateral longitudinal Di																
Redução																
Fixação																
Hemostasia																
Sutura																
Curativo																

Dr. Sérgio Santos Filho
 Ortopedista e Traumatologista
 CRM-SP 11111 - RPP-SP 0111



Dr. Sérgio Santos Filho
Proprietário e Transmisor de Rádio
CRM-PR 11.114 - 22/07/82



LAUDO DE ANESTESIA																		
Data				Início			Término			Duração								
0	0	/	1	2	/	1	8	1	4	0	0	h	1	4	:40	h	40	min.

Hand-drawn graphs on a grid showing temperature and precipitation data for four hours. The y-axis represents temperature in degrees Celsius (20 to 300) and precipitation in mm (0 to 300). The x-axis represents time in hours (15, 30, 45). The first graph shows a temperature increase from 15 to 30 and precipitation from 10 to 20. The second graph shows a temperature increase from 15 to 30 and precipitation from 10 to 20. The third graph shows a temperature increase from 15 to 30 and precipitation from 10 to 20. The fourth graph shows a temperature increase from 15 to 30 and precipitation from 10 to 20.

Tipo Anestesia	Agente	Volume
RAPIR	(A) N2O/O2 95% p/s — 100ml	
	(B) N2O/O2 — 11	
	(C) O2/Ac/100 — 400ml	

[illegible]



Estado do Rio Grande do Norte

Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Seridó

Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000

CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Nº DE REGISTRO:

027351

DATA:

22/11/18

NOME DO PACIENTE:

GERALDO SILVANO LIMA

QUEIXA PRINCIPAL, HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL, ANTECEDENTES, EXAMES FÍSICO.

Aluno
do Hospital Di
Dor de barriga
Indo crujie

HIPOTESE DIAGNÓSTICA:

ASSINATURA DO MÉDICO:

Dr. Lúcio Augusto Silva

Dr. Lúcio Augusto Silva





Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Seridó

Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000

CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

ATENDIMENTO AMBULATORIAL EM TRAUMA E ORTÓPEDIA

DATA DO ATENDIMENTO: 20/12/2018 INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: UHRS
PACIENTE: Geraldo Silvano de Lima DN: 18/05/1964
RG: 7.55.189 CPF: 369.911.804-59 SUS: 700 9049 7038 689
ESTADO CIVIL: Casado SEXO: M IDADE: 54 TELEFONE: 9.9926 1941
PAI: Raldão Silva de Lima MÃE: Francisca Nelson da Silva Nº 782
ENDERÇO: R. Major Gula UF: RN
BAIRRO: Paraiíba CIDADE: Caicó
MÉDICO: Dr. Silvio
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO: [Assinatura]

LAUDO MÉDICO

PRINCIPAIS SINAIS CLÍNICOS:

Not ferido Dir

PRINCIPAIS RESULTADOS DA PROVA DIAGNÓSTICA:

DIAGNÓSTICO INICIAL:

PROCEDIMENTO INDICADO:

Per fe

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO

TRATAMENTO REALIZADO: [Assinatura] CODIGOSIA/SUS: 0303090073

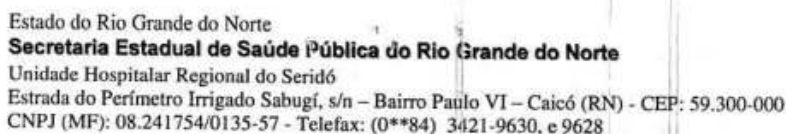
CID:

EQUIPE MÉDICA: CIRURGIÃO: CRM: AUXILIAR: CRM:

Dr. Silvio Santos Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 4414 - TROTT 0823
CPF 071.729.244-40

CRM: AUDITOR:





NOME DO PACIENTE: <u>Geraldo Sillino de Lima.</u>	Nº de Registro		Data Admissão	
	027357	29	11	18







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN N° 012248235455

42006694/2016 40566418761

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 2 COD. RENAVAM 00475210255 RNTTC *****

NOME/ENDEREÇO

HERBLEY MEDEIROS DE LUCENA

R MARIA VALE, 2016

PENEDO

59.300-000 CAICO/RN

CPF/CNPJ

623.786.674-34

PLACA

NOF9038

NOME ANTERIOR

JULIO CESAR DA CRUZ DUTRA

PLACA ANT/UF

NOF9038/RN

CHASSI

9C2KD0550CR015529

ESPÉCIE TIPO

PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE

COMBUSTIVEL

ALCOOL-GASOL

MARCA/MODELO

HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB

2012

ANO MOD

2012

CAP/POT/CL

OCV/149 CILINDRADAS

CATEGORIA

PARTICULAR

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

OBSERVAÇÕES

MOTOR:KDO5EBC015529

CAICO/RN

DATA

03/05/2016

Siderley Bezerra da Silva
Carregador de Registro de Veículos
DETRAN - RN



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0130728/19
Vítima: GERALDO SILVANO DE LIMA
CPF: 369.911.804-59
CPF de: Próprio
Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A
Data do acidente: 29/11/2018
Titular do CPF: GERALDO SILVANO DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GLEYCE DUARTE DE LIMA : 071.565.694-57

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

GERALDO SILVANO DE LIMA : 369.911.804-59

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/04/2019
Nome: GLEYCE DUARTE DE LIMA
CPF: 071.565.694-57

GLEYCE DUARTE DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2019
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 017.593.304-93

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0130728/19

Número do Sinistro: 3190280243

Vítima: GERALDO SILVANO DE LIMA

CPF: 369.911.804-59

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 29/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GERALDO SILVANO DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

GERALDO SILVANO DE LIMA : 369.911.804-59

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/04/2019
Nome: GLEYCE DUARTE DE LIMA
CPF: 071.565.694-57

GLEYCE DUARTE DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/04/2019
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 017.593.304-93

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA



PROCURAÇÃO

Outorgante:

Geraldo Silvano de Lima, brasileiro, casado, vendedor, residente e domiciliado na Rua Major Lula, 782, Paraíba, Caicó-RN, CEP.: 59300-000, portador (a) do RG nº 755.189 - SSP/RN, Inscrito (a) no CPF/MF 369.911.804-59 - telefone nº 84-99645-9797.

Outorgado (a):

Gleyce Duarte de Lima, brasileira, solteira, estudante, podendo ser intimado (a)/notificado (a) e residente e domiciliado (a) na Rua Major Lula, 782, Paraíba, Caicó-RN CEP.: 59300-000, Portador do RG 2.661.721 - SSP/RN, e, Inscrito (a) no CPF/MF 071.565.694-57 - telefone nº 84-99645-9797.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu (ua) bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio de Seguro DPVAT, ao pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Senhor (a), **Geraldo Silvano de Lima**, ocorrido em 29.11.2018, por volta das 16:00 horas, conforme registrado pelo **BOLETIM DE OCORRÊNCIA - B.O.** em anexo.

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o (a) outorgado (a) dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da vítima.

Caicó-RN, 29 de Março de 2019.



Outorgante

CPF Nº. 369.911.804-59.

OBS: Reconhecer firma em cartório por Autenticidade Verdadeira.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0130728/19

Número do Sinistro: 3190280243

Vítima: GERALDO SILVANO DE LIMA

CPF: 369.911.804-59

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 29/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GERALDO SILVANO DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

GERALDO SILVANO DE LIMA : 369.911.804-59

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/04/2019
Nome: GLEYCE DUARTE DE LIMA
CPF: 071.565.694-57

GLEYCE DUARTE DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/04/2019
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 017.593.304-93

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA





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 Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190280243

Vítima: GERALDO SILVANO DE LIMA

Data do Acidente: 29/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GERALDO SILVANO DE LIMA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00755/00756 - carta_03 - INVALIDEZ

00060378



Carta nº 14202948





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 Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190280243

Vítima: GERALDO SILVANO DE LIMA

Data do Acidente: 29/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GERALDO SILVANO DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14204869





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 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190280243

Vítima: GERALDO SILVANO DE LIMA

Data do Acidente: 29/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GERALDO SILVANO DE LIMA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **GERALDO SILVANO DE LIMA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000758**

Conta: **000003273-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

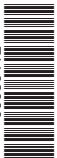
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00823/00824 - carta_15R - INVALIDEZ

00030412



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 02/07/2020 15:18:16

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215181523300000055019587>

Número do documento: 20070215181523300000055019587

Num. 57258552 - Pág. 37



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 369.911.804-59 Nome completo da vítima: GERALDO SILVANO DE LIMA

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

Nome completo: GERALDO SILVANO DE LIMA CPF: 369.911.804-59

Profissão: VENDEADOR Endereço: RUA MAJOR LULA Número: 782 Complemento:

Bairro: PARAIBA Cidade: CAICÓ Estado: RN CEP: 59300-000

E-mail: caicoseguros@gmail.com Tel(DDD): 84-99801-5199

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

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0758 CONTA: 00003273 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, Caicó-RN, 09 de Abril de 2019.

Nome: GERALDO SILVANO DE LIMA

CPF: 369.911.804-59

Geraldo Silvano de Lima
(*) Assinatura de quem assina A RGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: CPF:

Assinatura

2º Nome: CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 02/07/2020 15:18:16

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215181523300000055019587

Número do documento: 20070215181523300000055019587



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 369.911.804-59 Nome completo da vítima: GERALDO SILVANO DE LIMA

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

Nome completo: GERALDO SILVANO DE LIMA CPF: 369.911.804-59

Profissão: _____ Endereço: RUA MAJOR LULA Número: 782 Complemento: _____

Bairro: PARAIBA Cidade: CAICÓ Estado: RN CEP: 59300-000

E-mail: caicoseguros@gmail.com Tel (DDD): 84-99801-5199

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

REDA MENSAL: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 0758 CONTA: 00003273 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, Caicó-RN, 09 de Abril de 2019.

Nome: GERALDO SILVANO DE LIMA

CPF: 369.911.804-59

Geraldo Silvano de Lima
(*) Assinatura de quem assina A RGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

V001/2018





Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE CURRAIS NOVOS

Endereço: RUA RIO GRANDE DO NORTE, 216, STA MARIA GORETE, CURRAIS NOVOS

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019097000052

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 14/01/2019 10:59:08

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 29/11/2018 16:00:00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: -

2.10 Complemento: próximo a iná

2.12 Bairro: RADIR PEREIRA

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RUA RITA PEREIRA

2.9 CEP: 59.380-000

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: CURRAIS NOVOS

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: GERALDO SILVANO DE LIMA

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Parda

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 36991180459

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: VENDEDOR

3.15 Telefone(s): 84 996459797

3.17 Número: 782

3.19 Bairro: PARAIBA

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: CAICÓ

3.2 Estado civil: Casado(a)

3.4 Pai: ROLDÃO SILVANO DE LIMA

3.6 Mãe: FRANCISCA NELSON DA SILVA

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 18/05/1964

3.14 RG: 755189 - SSP RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: CAICÓ RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: RUA MAJOR LULA

3.24 CEP: 59300000

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi: *****15529

7.1.5 Placa: NOF9035

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2012

7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: HERBLEY MEDEIROS DE LUCENA

7.1.17 Nome do condutor: GERALDO SILVANO DE LIMA

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam:

7.1.6 Estado:

7.1.8 Modelo: NXR150 BROS ES

7.1.10 Ano de Fabricação: 2012

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

A VÍTIMA RELATA QUE IA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA, QUANDO UM SENHOR NA BICICLETA CRUZOU DE REPENTE NA FRENTE DA VÍTIMA, TEVE QUE FREAR BRUSCAMENTE E VEIO A CAIR NA RUA QUE NÃO É CALÇADA; QUE, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E DEU ENTRADA NO HOSPITAL REGIONAL DR. MARIANO COELHO DE ACORDO COM O BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA Nº 3333, COM A TÍBIA DA PERNA DIREITA QUEBRADA; QUE, FOI ENCAMINHADO E CIRURGIADO NA CIDADE DE CAICÓ NO HOSPITAL REGIONAL; QUE, REGISTROU O BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA FINS DO SEGURO DPVAT; QUE, POSSUI CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO NADA MAIS A DECLARAR.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data: 14/01/2019 10:59:08

Assinado eletronicamente por: MARIA DAS VITÓRIAS BEZERRA DE OLIVEIRA
Assinado por: 1172379
Polícia Civil

Assinado eletronicamente por: GERALDO SILVANO DE LIMA
Assinado por: 1172379
Interessado



Atendimento: 1172379 - MARIA DAS VITÓRIAS BEZERRA DE OLIVEIRA

Impresso por: 1172379 - MARIA DAS VITÓRIAS BEZERRA DE OLIVEIRA em 14/01/2019 10:59:15

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 02/07/2020 15:18:16

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215181523300000055019587

Número do documento: 20070215181523300000055019587

Num. 57258552 - Pág. 41



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 369.911.804-59 Nome completo da vítima: GERALDO SILVANO DE LIMA

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

Nome completo: GERALDO SILVANO DE LIMA CPF: 369.911.804-59

Profissão: VENDEADOR Endereço: RUA MAJOR LULA Número: 782 Complemento: _____

Bairro: PARAIBA Cidade: CAICÓ Estado: RN CEP: 59300-000

E-mail: caicoseguros@gmail.com Tel(DDD): 84-99801-5199

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

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 0758 CONTA: 00003273 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, Caicó-RN, 09 de Abril de 2019.

Nome: GERALDO SILVANO DE LIMA

CPF: 369.911.804-59

Geraldo Silvano de Lima
(*) Assinatura de quem assina A RGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 02/07/2020 15:18:16

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215181523300000055019587

Número do documento: 20070215181523300000055019587

AFIRMAÇÃO

Afirmamos para os devidos fins que o (a) paciente, Genaldo
Silvano de Lima, 57 anos, foi atendido
pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192/RN) Currais
Nóvos/RN, no dia 29/11/18, no endereço via pública.
_____. Paciente
vítima de queda de moto.

Currais Novos, 28 de dezembro de 2018.


Enfermeira de plantão/Coordenadora de Enfermagem

Enfermeira de plantão/Coordenadora de Enfermagem

