

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01038-3

CONTA: 000000016169-1

Nr. Autenticação

BRADESCO2112201805000000000023701038000000016169236250 PAGO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180350484 **Cidade:** Caicó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA **Data do acidente:** 11/05/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura da diáfise da tíbia esquerda. Extenso ferimento corto contuso com perda de substância na região plantar do pé esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame físico, vítima apresenta edema e deformidade na perna esquerda com retração cicatricial, diminuição da força muscular (grau 3) e limitação moderada dos movimentos do tornozelo e pododáctilos esquerdos e marcha claudicante.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico, redução de fratura na tíbia esquerda e fixação com placa e parafusos; Sutures na região plantar do pé esquerdo. Recebeu alta.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 07/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Francisco Jares de Queiroz Silva

CRM do médico: 2245

UF do CRM do médico: RN

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Estado do Rio Grande do Norte

Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Seridó

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

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

RECEITUÁRIO

Documentação médica - hospitalar



Lando Ortopédico

=

Rogério V. de Menezes, 35a,
última de sequela em
Perna Esq. pós fratura por
acidente de moto. Sem perda
funcional de 50% em M.I.E.

CID 10: 582.793

8/11-18

Dr. Silvio Santos Filho
Traumatologista
TEOT 9875 CRM/RN 4419



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE TRANSPORTES
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE TRANSPORTES

ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
2033107 98P RN

CPF
046/457-204-00

DATA NASCIMENTO
21/05/1963

RELACAO
SEVERINO BARBOSA DE LUCENA
FRANCISCA NOGUEIRA DOS SANTOS

PERMISSAO
ABCE

Nº REGISTRO
02443928100

VALIDADEZ
09/02/2022

1ª HABITACAO
29/07/2002

OBSERVAÇÕES
CNTA
PAR
CNH CNH CNH CNH

Rogério Nogueira de Lucena

LOCAL
CAICO, RN

DATA CURSADO
04/12/2017

Assinatura do Emissor
Letícia Maria Góes Gomes
Codificador de Registro de Condutor
92634855463
RN701580252

RIO GRANDE DO NORTE

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1485084078

PROIBIDO PLASTIFICAR
1485084078

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Rogério Nogueira de Lucena
 Loc. Nasc. Caracó Est. R.N. Data 11/05/1983
 Filiação Estelina Barbosa de Lucena
de Fátima Nogueira de Santos
 Doc. nº CM/maoc 12/7.842 Alt. A-17 FLS. 230

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em 12/06/1980 Doc. Ident. Nº 2- cont/Caracó-RN
 Exp. em 12/06/1980 Estado R.N.
 Obs. 12/06/1980
 Data Emissão 12/06/1980 DRT Caracó - RN

Geraldo Dantas
 Assinatura do Funcionário
Geraldo Dantas
 Matr. 087.178
 DRT - Central Ceará



ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Nascimento
 Doc.

Você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam ao trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Tudo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém, mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispoem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os óculos, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de protecção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

Caracó 06.04.80



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
 CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 50507 Série 0018-RN

Rogério Nogueira de Lucena
 ASSINATURA DO PORTADOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 013710979160
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 ODD. RENAVAM 00204646391 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

NOME
ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

CPF / CNPJ
048.457.204-00

PLACA
MNR5602

PLACA ANT / UF
MNR5602 / RN

CHASSI
9C2JC4110AR612746

ESPÉCIE / TIPO
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/VEÍCULO APLICATIVO

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA/CG 125 FAN RS

ANO FAB. ANO MOD.
2010 2010

CAP / POT / CIL
OCV/124 CILINDRADAS

CATEGORIA
ALUGUEL

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA

R\$ 0.00

VENC. COTA ÚNICA
27/03/2018

VENC. COTAS
1º ISENTO

PAIXA I.R.V.A.
002844 3X

PARCELAMENTO / COTAS
R\$ *****

2º ISENTO
3º ISENTO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

*** LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO ***

DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES
ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 07.207.996/0001-80
BANCO BRADESCO FINANCIAMENTOS S.A.
MOTOR: JC41E1A612746

CAICO/RN

DATA
19/04/2018

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

RN Nº 013710979160 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 19/04/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 048.457.204-00 PLACA MNR5602

RENAVAM 00204646391

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN RS

ANO FAB. 2010

DATA TARIF. 9

Nº CHASSI 9C2JC4110AR612746

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

COTA ÚNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.800/0001-04

OUT



Estado do Rio Grande do Norte

Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Seridó

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

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

RECEITUÁRIO

Documentação médica - hospitalar



Lando Orlapédio

=
Rogério N. de Lucena, 35a,



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/nº - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEI
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, c 9628

Documentação médica - hospitalar



SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOME DO PACIENTE: ROGERIO NOGUEIRA DO LACENO		DATA NASCIMENTO: 21.05.1983		SEXO: M
REGISTRO/PRONTUÁRIO: 029.521				
ENDEREÇO (Rua, Número): Rua Juv. Pedro do Alencar 45		BAIRRO: NOVA CAICÓ		
MUNICÍPIO: CAICÓ	UF: RN	CEP: 59300-000	TELEFONE: 7892 9600	
NOME DO PAI: SEVERINO BERNARDO DO LACENO		NOME DA MÃE: FÁBIA NOGUEIRA DO LACENO		
RESPONSÁVEL: EDILIA TRINDADE DA SILVA - esposa -				
PREENCHIMENTO MÉDICO (Preenchimento médico)				
CLÍNICA: ☐ MÉDICA ☒ ORTOPÉDIA ☐ CIRÚRGICA ☐ PEDIATRIA	ENFERMARIA/LEITO:		INTERNAÇÃO DECORRENTE DE ACIDENTE ☐ DE TRABALHO ☐ DE TRANSITO ☐ DE OUTROS FINS ☐ NÃO	
DIAGNÓSTICO INICIAL: fract. aberta E + fratura anterior esquerda			MÉDICO SOLICITANTE	
INTERNAÇÃO		ORIGEM RESIDÊNCIA? ☐ SIM ☐ NÃO		UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE
DATA: 04.06.18	HORA:			
PROCEDÊNCIA:		CARÁTER DE INTERNAÇÃO: ☐ ELETIVA ☐ NORMAL ☒ EMERGÊNCIA		
RESUMO DA SAÍDA (Preenchimento médico)				
PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH - Código/Descrição) Tratam. + Tratam. fratura anterior esquerda		TIPO DE PROCEDIMENTO: ☐ LIMPO ☐ INFECTADO ☒ CONTAMINADO ☐ POTENCIAL M. CONTAMINADO		
PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH - Código/Descrição)		DATA: 08.06.18		HORA:
APRESENTOU INFECÇÃO? ☐ 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 DETALHAMENTO DA ALTA ☐ CURADO ☐ MELHORADO ☐ INALTERADO ☐ A PEDIDO ☐ ADMINISTRATIVO ☐ POR INDICIPLINA ☐ EVASÃO ☐ INTER. P/ DIAGNOSTICO ☐ P/ COMPLETAÇÃO F. DE ACIDENTE		
PREENCHER SE MOTIVO 2 = (REMOÇÃO)				
INDICAÇÃO CLÍNICA:		DESTINO:		
PREENCHER SE MOTIVO SAÍDA = ÓBITO		OCORREU ÓBITO CAUSADO POR INFECÇÃO: ☐ SIM ☐ NÃO		MÉDICO RESPONSÁVEL PELA (carimbo e assinatura) Assinatura do médico CRM - RN 4414 - T807 8821 CEP 021.720.284-48
CAUSA MORTE:				



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ
Estrada do Pedreiro - Vila Santa Luzia - Natal - RN
CEP: 59.200-000 - Telefone: (84) 3421-9330 / 3422 / 3470
CNPJ: 06.241.354/0001-27

LAUDO DE CIRURGIA

Nome do Paciente

ROGÉRIO NORUEIRA DE LIMA

Nº Registro

012515101

Data Admissão

07/06/18

Nome do Procedimento Cirúrgico

Trocar de Pericrânio C + Trocar de Pericrânio E

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

Data

07/06/18

Início

15:10

Término

15:55

Duração

45 min

Gazes

Comps

Drenos

DD + A
A + C
Trocar de Pericrânio
Kocher
Crucio
Hemostasia
Sutura
Crucio

pe E

DD + A
A + C
Desbridamento externo
Lanagem
Trocar de Pericrânio externo E
Crucio

Dr. Sérgio Santos Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RN 4418 - 11807-0078
RPF 081.228.281-43

1º Auxiliar

2º Auxiliar

Cirurgião

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO EDMILSON		DATA 11/05/2018	HORA DA ENTRADA 19:49h	Nº ATENDIMENTO 238
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviaturas e de forma legível				
NOME ROGERIO NOGUEIRA DE MENEZES		DATA DE NASCIMENTO 11/05/1983	IDADE 34a	SEXO M
CPF 048.457.204-00	RG 2.033.107/RN	DATA DE EXPEDIÇÃO		
NATURALIDADE CAICÓ - RN	ESTADO CIVIL CASADO	PROFISSÃO MOTAXI	CARTÃO SUS 700.5091.01057.251	
NOME DA MÃE HEA NOGUEIRA DOS SANTOS		NOME DO PAI SEVERINO BARBOSA DE MENEZES		
ENDEREÇO RUA JOSE TORRES DE ARAUJO, 45		BAIRRO NOVA CAICÓ		
CIDADE/ESTADO CAICÓ - RN		TELEFONE DE CONTATO 99818-0677	RAÇA/COR -	
CAMPO 2 - SINAIS VITAIS Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde				
PA	mmHg	FC	bpm	FR
				lprn
TEMP. AXILAR		°C	SpO2	%
				Glicemia
				mg/dl
CAMPO 3 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista				
<i>Widening do coração not G heart. Relato</i> <i>Que estava com cefaleia. apresenta fraqueza no pé direito por causa da lesão</i>				
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO		SCORE DE GLASGOW 15 sem déficit		

OBS: Sinais de estresse (bater ritmo)

Controle com Original
Caicó - RN 25/1/05
Mônica Gomes de Jesus

CAMPO 4 - EXAMES COMPLEMENTARES Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
<i>Ratão de torção AP + P/A 100mm +</i> <i>Ratão de D/D de D/D 1 + Ratão de D/D 1</i>	
CAMPO 5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
<i>SEL 500mg - IV</i> <i>* ao 1º e 2º</i> <i>(Exemplos de exames)</i> <i>2) Sinais de estresse; 100g 4800mm para o 1º e 2º</i> <i>+ Filato</i> <i>Olho (4)</i>	
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 ☐ EVASÃO ☐ RECUSA DO TRATAMENTO ☐ ÓBITO	UNIDADE DE DESTINO: _____ DATA: ____/____/____ HORA DA SAÍDA: ____



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

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

1. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ		2. CNES: 6.778.580
3. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: NOME: <i>ROGERIO MOURA DE LUCENA</i>		4. Nº DO PRONTUÁRIO: <i>025208</i>
CPF: <i>048145720400</i>	RG: <i>2033307</i>	

5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): <i>700509101054281</i>		6. DATA DE NASC.: <i>21/05/83</i>	7. SEXO: <i>MASC. (X) FEM. ()</i>
8. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: <i>Fernanda Moura dos Santos</i>		DDD: <i>84</i>	9. TELEFONE DE CONTATO: <i>9.32180627 (MÃE)</i>
10. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): <i>RUA JOSE TORRES DE ARAÚJO N. 45 NOVA CAICÓ</i>			
11. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: <i>CAICÓ</i>		12. COD. IBGE MUNICÍPIO	13. UF: <i>RN</i>
		14. CEP: <i>59300-00</i>	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

15. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: <i>Cefaleia rep. q. med. q.</i> <i>Presença profunda em sala de psiquiatria</i> <i>Presença Antecede.</i>
16. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

17. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): <i>Prat. experta per. p. E.</i> <i>Prat. experta per. p. E.</i>			
18. DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>Reação Costeada Estereótipo</i>	19. CID 10 PRINCIPAL:	20. CID 10 SECUNDÁRIO:	21. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

22. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: <i>Tratamento Farmacológico</i>				23. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: <i>0408004014</i>			
24. CLÍNICA: <i>Outros</i>	25. CARÁTER DA INTERNAÇÃO: <i>Urgente</i>	26. DOCUMENTOS: () CNS () CPF	27. Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLIC./ASSIST.				
28. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST.: <i>[Assinatura]</i>		29. DATA DA SOLICITAÇÃO: <i>11/05/18</i>		30. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO): <i>[Assinatura]</i>			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)							
31. () ACID. DE TRANSITO	34. CNPJ DA SEGURADORA		36. SÉRIE				
32. () ACID. TRABALHO TÍPICO	37. CNPJ DA EMPRESA		38. CNAE DA EMPRESA				
33. () ACID. TRABALHO TRAJETO			39. CBOR				

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: () CNS () CPF	45. Nº DOC. (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR	
46. DATA DA AUTORIZAÇÃO	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

ATENDIMENTO AMBULATORIAL EM TRAUMA E ORTÓPEDIA

DATA DO ATENDIMENTO: 21/06/18 INSTRUÇÃO RESPONSÁVEL: U. H. N. S.
PACIENTE: ROGÉRIO NOGUEIRA DE LIMA DN: 21/05/1983
RG: 002033107 CPF: 048.45720400 SUS: 700509101057281
ESTADO CIVIL: SEXO: IDADE: 35a TELEFONE: 98929606
PAI: SEVERINO BARBOSA DE LIMA MÃE: FRANCISCA NOGUEIRA DE LIMA
ENDERÇO: R. JOSÉ TORRES DE ARAÚJO Nº 45
BAIRRO: NOVA CARRA CIDADE: CAICÓ UF: RN
MÉDICO: DR. SALVO FILHO

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO: Dr. Salvo

LAUDO MÉDICO

PRINCIPAIS SINAIS CLÍNICOS:

frat. hemat

PRINCIPAIS RESULTADOS DA PROVA DIAGNÓSTICA:

DIAGNÓSTICO INICIAL:

PROCEDIMENTO INDICADO:

Refe

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO

TRATAMENTO REALIZADO:

CID:

CODIGOSIA/SUS: 0303090043

EQUIPE MÉDICA:

CIRÚRGIO:

CRM:

AUXILIAR:

CRM:

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

CRM:

AUDITOR:



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) 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: <u>ROBERTO NUBNER DE LIMA</u>	4. Nº DO PRONTUÁRIO <u>025.581</u>
CPF: <u>0 4 8 4 5 7 2 0 4 0 0</u> RG: <u>2 0 3 3 1 0 7</u>	

5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <u>1 0 0 5 0 9 1 0 1 0 5 2 2 5 1</u>	6. DATA DE NASC. <u>21/10/83</u>	7. SEXO MASC. ☒ FEM. ☐
8. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <u>STEFERINO BARBOSA DE LIMA</u>	DDD <u>84</u>	9. TELEFONE DE CONTATO <u>9842-9600</u>
10. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <u>RUA - JOSE TORRES DO AMARAL, 45 N.º 100</u>		
11. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <u>CAICÓ</u>	12. COD. IBGE MUNICÍPIO	13. UF <u>RN</u>
		14. CEP: <u>59.300.000</u>

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

15. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: <u>fractura e</u> <u>perda anfrase lateral</u> <u>por necrose</u>	<u>Obra</u> <u>5mm</u> <u>Placa</u> <u>Longa</u> <u>Com</u> <u>1,5mm</u> <u>Quil</u> <u>Comp</u> <u>5mm</u>
---	---

16. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: <u>Re</u>	Confere com o Original Caicó - RN, 31.06.2018 <u>Henrique B. de Medeiros</u>
---	--

17. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): <u>Het R</u>	
---	--

18. DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>fractura e + perda anfrase lateral</u>	19. CID 10 PRINCIPAL: <u>5828</u>	20. CID 10 SECUNDÁRIO:	21. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
---	--------------------------------------	------------------------	-------------------------------

22. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <u>Tração + Fixação Perda anfrase lateral</u>	23. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <u>0408050500</u>
---	---

24. CLÍNICA	25. CARACTER DA INTERNAÇÃO	26. DOCUMENTOS () CNS () CPF	27. Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLIC./ASSIST.
-------------	----------------------------	-----------------------------------	---

28. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST.	29. DATA DA SOLICITAÇÃO <u>7.10.18</u>	30. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO) <u>Ortopedia e Traumatologia</u> <u>08.11.18 - 11:01:07</u> <u>08.241754/0135-57</u>
----------------------------------	---	---

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 () 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 () CNS () CPF	45. Nº DOC. (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR	
46. DATA DA AUTORIZAÇÃO	47. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)	

0413040178



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

OME DO PACIENTE:

ROGERIO NOBUEIRO DO LUGEN

REGISTRO/PRONTUÁRIO:

023.521

DATA NASCIMENTO:

21.03.1983

SEXO:

M

ENDEREÇO (Rua, Número)

RUA JOAO PEDRO DO ARAUJO 45

BAIRRO:

NOVA CAICÓ

MUNICÍPIO:

CAICÓ

UF:

RN

CEP:

59300-000

TELEFONE:

3493 9600

NOME DO PAI:

SEVERINO BOMBAIA DO LUGEN

NOME DA MÃE:

FELIX NOBUEIRO DO SANTOS

RESPONSÁVEL:

EDILIA TRINDADE DO SILVA - esposa

PREENCHIMENTO MÉDICO

(Preenchimento médico)

CLÍNICA:

() MÉDICA (X) ORTOPÉDIA

() CIRÚRGICA () PEDIATRIA

ENFERMARIA/LEITO:

INTERNAÇÃO DECORRENTE DE ACIDENTE

() DE TRABALHO () DE TRANSITO

() DE OUTROS FINS () NÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL:

frat. perna E + fratura antebraço esquerdo

MÉDICO SOLICITANTE

INTERNAÇÃO

ORIGEM RESIDÊNCIA?

UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE

DATA

04.06.18

HORA

() SIM

() NÃO

PROCEDÊNCIA:

CARATER DE INTERNAÇÃO:

() ELETIVA () NORMAL (X) EMERGÊNCIA

RESUMO DA SAÍDA

(Preenchimento médico)

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/Descrição)

Tratam + Tratam
fratura antebraço esquerdo

TIPO DE PROCEDIMENTO:

() LIMPO () INFECTADO (X) CONTAMINADO

() POTENCIAL M. CONTAMINADO

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/Descrição)

DATA:

08.06.18

HORA:

APRESENTOU INFECÇÃO?

() HOSPITALAR (X) COMUNITARIA () NÃO

FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO:

() PROFILATICAMENTE () NÃO

(X) TERAPEUTICAMENTE

MOTIVO DA SAÍDA (AIH):

() ALTA () REMOÇÃO () ÓBITO ATÉ 24 HORAS

() ÓBITO APÓS 24 HORAS

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

() SIM () NÃO

CAUSA MORTE:

MÉDICO RESPONSÁVEL PELA
CARIMBO E ASSINATURA
CRM-RN 4114 - TÍTUL 9828
CPE 021.720.204-44



LAUDO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins e a pedido, que o Sr. Rogério Nogueira de Lucena, 35 anos, é portador de **DISLIPIDEMIA MISTA, HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA e TRANSTORNO DE ANSIEDADE.**

Atualmente, após um trauma causado por acidente automobilístico (SIC) em maio/2018, vem apresentando oscilação dos níveis pressóricos e síndrome do pânico.

-CID-10: E78 + I10 + F41.0.

Dr. Sérgio Luiz V. Bezerra
Cardiologia / Métodos Gráficos
CRM 4.0161 CPF: 807.268.904-49

Caicó (RN), 05 DE JULHO DE 2018.

Dr. Sérgio Luiz Veríssimo Bezerra
Cardiologista CRM/RN 4.016

AUTORIZAÇÃO

Eu, Rogério Nogueira de Lucena, autorizo o Dr. Sérgio Luiz V. Bezerra, a registrar o diagnóstico (codificado - CID - ou por extenso) neste atestado médico.

Sr. Rogério Nogueira de Lucena, portador de RG 2.033.107

AUTENTICACAO

Nº _____ AUTENTICO a presente cópia reprográfica
da qual confero com o original; dou-te
em test^a _____ da verdade.
Caiçó-RN em _____ de _____ de 20____.

SIMULADORA(S)

☐ Maria das Graças Regêdo de Araújo
Tribuna e Oficial do 1º Of. Tit

☒ Maria Aparecida Duarte de Souza

☒ Vobin Medeiros de Oliveira

☐ Jakassva Fernanda Pereira Soares

33° OFICINA DE REGISTRO CIVIL
Av. Cel. Nelson de Menezes

Rua Augusto Montello, 1248 - Centro

CEP: 59300-000 - Campo RN

Telefax (84) 34171015

Cell: (84) 9889031015

(84) 987263987

☎(84) 987263989

~~-(84)-98727-3986-~~

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO		DATA	HORA DA ENTRADA	Nº ATENDIMENTO
EDMILSON		11/05/2018	19:47:15	238
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviaturas e de forma legível				
NOME	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO	
ROGERIO NOGUEIRA DE MENEZES	11/05/1983	34A	M	
CPF	RG	DATA DE EXPEDIÇÃO		
048 457 204-00	2.033.107/RN			
NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	CARTÃO SUS	
CAICÓ - RN	CASADO	MATEMÁTICO	700 5091 0105 7251	
NOME DA MÃE	NOME DO PAI			
FLÁVIA NOGUEIRA DOS SANTOS	SEVERINO BARBOSA DE MENEZES			
ENDEREÇO	BAIRRO			
RUA JOSÉ TORRES DE ARAÚJO, 45	NOVA CAICÓ			
CIDADE/ESTADO	TELEFONE DE CONTATO		RAÇA/COR	
CAICÓ - RN	99818-0627			
CAMPO 2 - SINAIS VITAIS				
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde				
PA	mmHg	FC	bpm	FR
			TEMP. AXILAR	°C
			SpO2	%
			Glicemia	mg/dl
CAMPO 3 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO				
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista				
Admissão de colúmbio no abd. direito. Roupa de cama com diarreia. Acetona febril no pé direito após antebraço e braço esquerdo				
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO		SCORE DE GLASGOW		
		15 sem alteração focal		

OBS: Sinais de estresse (tudo normal)

Interesse com o paciente
RN. 2018
Mônica Oliveira do Nascimento

CAMPO 4 - EXAMES COMPLEMENTARES	
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
RX de tórax AP + R + Bônus + RX de abd. direita + RX de quadril	
CAMPO 5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA	
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
SRL 500mg - IV * ao 08h00 (Exemplo de prescrição) + Filato Olivi (N)	
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 ☐ EVASÃO ☐ RECUSA DO TRATAMENTO ☐ ÓBITO	UNIDADE DE DESTINO: _____ DATA: ____/____/____ HORA DA SAÍDA: ____:____:____



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o usuário dos serviços de saúde LOGEÃO ROQUEIRA DE LUCENA, 34 anos, foi atendido pela equipe do serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU-192-RN da cidade de Caicó –RN no dia 11.05.18 às 19:00 horas, no endereço AV. CORONEL MORTONIANO, EM VIA PÚBLICA, paciente vítima de CONUSÃO MOTO X MOTO.

A presente declaração expressa a verdade

Caicó-RN 28 de JUNHO de 2018

Jardênia Azevedo da Silva Noronha

Coordenadora da base descentralizada do SAMU-metropolitano em Caicó/RN

COREN-RN 264.657

AUTENTICAÇÃO	
AUTENTICO a presente cópia reprográfica	
e dou fé de sua veracidade	
em 11/05/2018	
em Caicó-RN	
Assinatura: <u>[Assinatura]</u>	
de 20/18	
Márcia Aparecida Duarte de Souza	
Tulínia e Oliveira do Pret. III	
SUBSTITUIÇÕES	
☒	Márcia Aparecida Duarte de Souza
☐	Vábia Medeiros de Oliveira
☐	Jokassya Fernanda Pereira Soares

3º O. Cel. Centro

Áudio Somente com a seta de Autenticidade

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

COMARCA DE CAICÓ

Av. Seridó, 403 - Centro - 5421.2694

Certidão de casamento



2º CARTÓRIO DE CAICÓ

Francisca Eva Diógenes Ramos de Freitas - Titular

Roeva Larisse D. Ramos de Oliveira Freitas

Orianne Kyzia dos Santos Vale - Substitutas

CASAMENTO Nº.07.997.....

CERTIFICO que às fls. 198v.....do livro nº. B-28.....de registro de casamentos
foi lançado hoje o assento do matrimônio de.....ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

.....EDILZA TRINDADE DA SILVA

contraído perante o Dr.ª Janaina Lobo da Silva Maia- Juíza de Direito Substituta

e as testemunhas: Almicio Pablo Gomes de Medeiros

e Elaine Glêdey Lustosa Chianca Gomes

Ele, nascido em.....Caicó-RN

aos.....21.....de.....maio.....de.....1983....., profissão.....mototaxista

filho de: Severino Barbosa de Lucena

e Francisca Nogueira dos Santos

Ela, nascida em.....Sítio Preguiça, Jucurutu-RN

aos.....25.....de.....maio.....de.....1986....., profissão.....

filha de: Lourival Trindade da Silva

e Maria da Paz da Silva Trindade

passando a contraente a assinar-se.....COM O SEU PRIMITIVO NOME *****

Foram apresentados os documentos a que se refere o artigo 180,nºs.....I, II e IV.....
do Código Civil.

Obs: O casamento foi registrado aos 10/11/2005, feito sob o regime da Comunhão Parcial
de Bens.

Caicó (RN),10.....de.....novembro.....de.....2005.....



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO
RIO GRANDE DO NORTE

Selo de Autenticidade

Segundo Cartório Judiciário

Francisca Eva Diógenes R. de Freitas

CAICÓ, 8.º E 9.º - 14 - 88

Tribunal de Justiça, 1.ª Seção do Registro Civil

Av. Seridó, 403 - Centro

Caicó (RN) 5421-2694 - Caicó-RN

[Handwritten signature]
substituta



Govorno 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 CAICÓ
Endereço: Av. Cel Martiniano, 20, Jardim Sateélite, CAICÓ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018129000649

1.2 Data de Expedição: 04/07/2018 10:00:56

1.3 Tipo: COMUNICAÇÃO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 11/05/2018 19:49:00

2.2 Autoria: Conhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.7 Logradouro: CENTRO

2.8 Número: SN

2.9 CEP: 59.300-000

2.10 Complemento:

2.11 Ponto de Referência:

2.12 Bairro: CENTRO

2.13 Cidade: CAICÓ

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

3.2 Estado civil: União Estável

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: SEVERINO BARBOSA DE LUCENA

3.5 Etnia: Parda

3.6 Mãe: FRANCISCA NOGUEIRA DOS SANTOS

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 04845720400

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 21/05/1983

3.13 Profissão: CORRETOR(A)

3.14 RG: 2033107 - ITEP/RN

3.15 Telefone(s): 84 998929800

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 45

3.18 Nacionalidade: CAICÓ RN

3.19 Bairro: NOVA CAICÓ

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: RUA JOSÉ TORRES DE ARAÚJO

3.23 Cidade: CAICÓ

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

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: *****12746

7.1.4 Renavam:

7.1.5 Placa: NNR5602

7.1.6 Estado:

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: CG 125 FAN KS

7.1.9 Ano do Modelo: 2010

7.1.10 Ano de Fabricação: 2010

7.1.11 Cor do veículo: PRETA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor:

7.1.18 Observações:

7.2.1 Segurado: Não

7.2.2 Seguradora:

7.2.3 Chassi: *****01118

7.2.4 Renavam:

7.2.5 Placa: MZG8714

7.2.6 Estado:

7.2.7 Marca: HONDA

7.2.8 Modelo: CG 150 TITAN ESO

7.2.9 Ano do Modelo: 2009

7.2.10 Ano de Fabricação: 2009

7.2.11 Cor do veículo: PRETA

7.2.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.2.13 Nota Fiscal:

7.2.14 Número do Motor:

7.2.15 Nome do proprietário: JOAO BEZERRA DE BRITO

7.2.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.2.17 Nome do condutor:

7.2.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE TRANSITAVA NA REFERIDA BR, SENTIDO CENTRO DA REFERIDA CIDADE, QUANDO COLIDIU COM A OUTRA REFERIDA MOTOCICLETA, VINDO A FRATURAR A PERNA ESQUERDA E TAMBÉM SOFREU UM CORTE PROFUNDO NO PÉ ESQUERDO, QUE LOGO SURTIU A PRF, A QUAL REALIZOU OS PROCEDIMENTOS CABÍVEIS E EM SEGUIDA A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELA EQUIPE DO SAMU, CUJA ATENDENTE JARDENIA AZEVEDO DA SILVA NORONHA, COREN-RN 264.657, QUE LOGO APÓS TER SIDO REALIZADO OS PRIMEIROS SOCORROS, O SAMU CONDUZIU A VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ DE CAICÓ-RN (SESP), QUE DE IMEDIATO FOI ATENDIDO PELA EQUIPE DE PLANTÃO O MÉDICO MARCO ANTÔNIO, O QUAL ENCAMINHOU A VÍTIMA PARA O DR. ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA, SÍLVIO SANTOS FILHO, CRM-RN 4419, QUE SÓ APÓS A RECUPERAÇÃO DA CIRURGIA DA VÍTIMA FOI QUE ELA VEIO REGISTRAR O BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA QUE POSSA FAZER JUS AO SEGURO DPVAT. NADA MAIS DISSE.

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: 04/07/2018 10:00:56

Autorização de pagamento

Nº D.



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Regênio Roqueiro de Lucena,
PORTADOR(A) DO RG Nº 002.033.107 EXPEDIDO POR SESPDS EM 28/08/2012 E
CPF 049457204-00 /CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Arquiteto
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Regênio Roqueiro de Lucena AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1038-3 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0016169-1

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Caio-RV 27 de Agosto de 2018 Regênio Roqueiro de Lucena
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

21/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01038-3

CONTA: 000000016169-1

Nr. Autenticação

BRADESCO2112201805000000000023701038000000016169236250 PAGO

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180350484**

Nome do(a) Examinado(a): **ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA**

Endereço do(a) Examinado(a):

JOSE TORRES DE ARAUJO, 45 - NOVA CAICO - Caicó - RN - CEP 59300-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /RN**] **002033107**

Data e local do acidente: [**11/05/2018**] **Caicó RN**

Data e local do exame: [**07/12/2018**] **Caicó** [**RN**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura da diáfise da tíbia esquerda. Extenso ferimento corto contuso com perda de substância na região plantar do pé esquerdo.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico, vítima apresenta edema e deformidade na perna esquerda com retração cicatricial, diminuição da força muscular (grau 3) e limitação moderada dos movimentos do tornozelo e pododáctilos esquerdos e marcha claudicante.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico, redução de fratura na tíbia esquerda e fixação com placa e parafusos; Suturas na região plantar do pé esquerdo. Recebeu alta.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior esquerdo

% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Francisco Jares de Queiroz Silva - CRM: 2245 - RN

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0278041/18

Número do Sinistro: 3180350484

Vítima: ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

CPF: 048.457.204-00

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 11/05/2018

Titular do CPF: ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de casamento
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA : 048.457.204-00

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 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: 18/09/2018
Nome: ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA
CPF: 048.457.204-00

ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2018
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180350484

Cidade: Caicó

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

Data do acidente: 11/05/2018

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura da diáfise da tíbia esquerda. Extenso ferimento corto contuso com perda de substância na região plantar do pé esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame físico, vítima apresenta edema e deformidade na perna esquerda com retração cicatricial, diminuição da força muscular (grau 3) e limitação moderada dos movimentos do tornozelo e pododáctilos esquerdos e marcha claudicante.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico, redução de fratura na tíbia esquerda e fixação com placa e parafusos; Suturas na região plantar do pé esquerdo. Recebeu alta.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 07/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Francisco Jares de Queiroz Silva

CRM do médico: 2245

UF do CRM do médico: RN

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

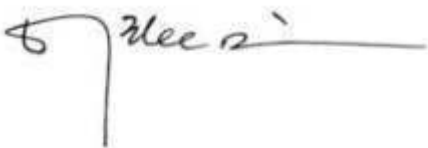
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0278041/18

Número do Sinistro: 3180350484

Vítima: ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

Data do acidente: 11/05/2018

CPF: 048.457.204-00

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROGERIO NOGUEIRA DE
LUCENA

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

Outros



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.

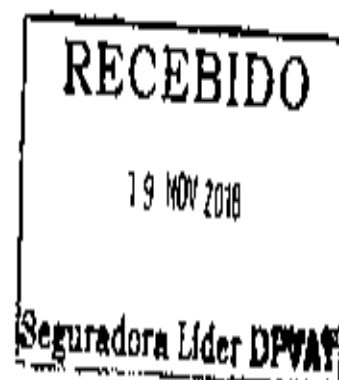
A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.



Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA
Nº Sinistro: 3180350484
Vítima: ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA
Data do Acidente: 11/05/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL



Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número 3180350484, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusiva

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0278041/18

Número do Sinistro: 3180350484

Vítima: ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

CPF: 048.457.204-00

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Outros



Data do acidente: 11/05/2018

Titular do CPF: ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de casamento
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA : 048.457.204-00

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 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: 18/09/2018
Nome: ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA
CPF: 048.457.204-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2018
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

Alexandre Tavares Belfort

Atraso na data do último documento

Justificativa

- () Aguardando status
() Solicitação 07
() Atraso na data de entrega
() Erro sistêmico
(X) Caixa de Redistribuição
() Outros

Data do recebimento (Relógio datador ou e-mail)	Data da ação (no SISDPVAT)
31.08.18	18.09.18

DOCUMENTOS RECEBIDOS NO MOVIMENTO DE 18/09/2018 (caixa de redistribuição) SEM JUSTIFICATIVA DE ATRASO.

Nome: Alexandre Belfort

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Rogério Marques de Sousa

DATA DO ACIDENTE 11/05/18 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 048457204-00

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovações das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) Rogério Marques de Sousa

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador 048457204-00

E-mail _____ Tel: 41 99892.9600

Data 27/08/18 Assinatura Rogério Marques de Sousa

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC CAICO

Atendente CLARA RAQUEL Matrícula 86278266

Data: 27/08/18 Assinatura: [Assinatura]

De: Jose Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

De: Jose Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, **em medida extrema exceção**, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa **medida de exceção é válida** somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP: 20011-904



COBERTURA SOLICITADA

() MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ DMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Regênio Nogueira de Lucena

DATA DO ACIDENTE 11/05/2018 POSSUI CPF ☒ SIM () NÃO Nº CPF 018.457.204-00

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- () Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- () CPF do Representante Legal (cópia simples)
- () Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☒ Sim () Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Laudo de Invalidiz do IML - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DMS

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☒ Sim () Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☒ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originals)
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: () Sim () Não
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- () CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- () Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- () Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- () Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- () Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- () Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- () Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- () Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- () Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- () Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA
 Quem é o portador? ☒ Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador 018.457.204-00
 E-mail _____
 Data 17/7/18 Assinatura Regênio Nogueira de Lucena Tel: 84 99992.9600

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AO CAIÇO - RN
 Atendente JOSE DE ALVARO PEREIRA Matrícula 86277201
 Data: 17/7/18 Assinatura: Jose de Alvaro Pereira

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 013710979160
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	ODD. RENAVAM	R.N.T.C.	EXERCÍCIO
1	00204646391		2018

NOME
ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

CIF / CIPJ	PLACA
048.457.204-00	WNR5602

PLACA ANT / UF	CHASSI
WNR5602 / RN	9C23C4110AR612746

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

RN Nº 013710979160 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	19/04/2018

OUT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 013710979160
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD RENAVAL 00204646391 ANTRC EXERCÍCIO 2018

ROGERIO ROQUEIRA DE LUCENA

CET CNPJ 048.457.204-00 PLACA NNR5602

PLACA ANT / UF NNR5602 / RN CHASSI 19C2J0C110A612746

PASSAGEIRO/MOTOCICLISTA/VEÍCULO APLICAVE ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN XS MARCA/MODELO AND PAB 2010 AND MOD. 2010

CAP. POT. / CIL. CATEGORIA 0CV/124 CILINDRABAS 1400UEL COEF. PREDOMINANTE

P	COTIZ. ÚNICA		VENO. COTIZ. ÚNICA		VENO. COTAS	
	R\$	Q. 00	27/03/2018	1*	ISENTO	1
V	FAIXA LBYA		PARCELAMENTO / COTAS	2*	ISENTO	2
A	002844 3X		R\$ *****	3*	ISENTO	3

PRÊMIO TARIFARIO (R\$) 106 (R\$) 106 PRÊMIO RETAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
LICENCIAMENTO DETRAN: FAGO *** DEPART. PAGO

ALLEN. FID. EM FAVOR DE: 07.207.996/0001-50
BANCO BRASILEIRO FINANCIAMENTOS S.A.
MOTOR: JC41E1A612746

CAIXA/TON

19/04/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE
AUTOMOTORES DE VIA
TRANSPORTE

RN Nº 0137109

ESTE É O SEU
PRIMEIRO ANO DE
LICENCIAMENTO
AS CONDIÇÕES
SÃO
SAC

VIA 1 RENAVAL 048.457.204-00

AND PAB 00204646391

AND PAB 2010

AND PAB 2010

CUSTO DO BILHETE (R\$)

COTA ÚNICA

SEGURO

RIO GRANDE DO NORTE	
ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA	DOC. IDENTIDADE / R.S. CRESSOR / UF 2033107 SSP RJ
	CRI 048.457.204-00
	Data Nascimento 21/05/1983
FILIAÇÃO SEVERINO BARBOSA DE LUCENA FRANCISCA NOGUEIRA DOS SANTOS	
PASSAGEM	ACC.
REVISÃO	CAT. HAB. ABILE
Nº REGISTRO 02443928100	VÁLIDADE 09/02/2023
	1ª HABILITAÇÃO 29/07/2002
OBSERVAÇÕES	
ZAR CNA CNA VII CNA ZAR	
<i>Rogério Nogueira de Lucena</i>	
LOCAL CAICO, RJ	Data Emissão 04/12/2017
Coordenador de Registro de Condutores Assinatura do Emissor 926348564810 RN702580223	
RIO GRANDE DO NORTE	

☐ AUTENTICAÇÃO
 AUTENTICO a presente cópia reprográfica
 a qual contém com o original, da lei
 "Em lei"
 da verdade
 CACILORIN Ildefonso de 20/18
☐ Ministro de Justiça, Praça de Arago
 Lisboa e Oficial do Post. III
 SUBSTITUTO(A)
☒ Maria Aparicida Duarte de Souza
☒ Volcan Medeiros de Oliveira
☒ Joaquim Fernando Pereira Soares

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0278041/18

Número do Sinistro: 3180350484

Vítima: ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

CPF: 048.457.204-00

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 11/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de casamento
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA : 048.457.204-00

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 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: 18/09/2018
Nome: ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA
CPF: 048.457.204-00

ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2018
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180350484**

Nome do(a) Examinado(a): **ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA**

Endereço do(a) Examinado(a):

JOSE TORRES DE ARAUJO, 45 - NOVA CAICO - Caicó - RN - CEP 59300-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /RN**] **002033107**

Data e local do acidente: [**11/05/2018**] **Caicó RN**

Data e local do exame: [**07/12/2018**] **Caicó** [**RN**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura da diáfise da tíbia esquerda. Extenso ferimento corto contuso com perda de substância na região plantar do pé esquerdo.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico, vítima apresenta edema e deformidade na perna esquerda com retração cicatricial, diminuição da força muscular (grau 3) e limitação moderada dos movimentos do tornozelo e pododáctilos esquerdos e marcha claudicante.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico, redução de fratura na tíbia esquerda e fixação com placa e parafusos; Suturas na região plantar do pé esquerdo. Recebeu alta.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior esquerdo

% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Francisco Jares de Queiroz Silva - CRM: 2245 - RN



dom 11/05/18 9



Ministério da Justiça e Segurança Pública
Polícia Rodoviária Federal
Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

PRF



Acidente nº 18029309B01

INFORMAÇÕES GERAIS

BR: 427

KM: 97,8 - Decrescente

Município: CAICÓ/RN

Data: 11/05/2018

Hora: 18:50

Policial responsável pelo atendimento: MARCELO BEZERRA, matrícula 1970218

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal

Tipo de pavimento: Asfalto

Tipo de pista: Simples

Condição da pista: Seca

Estrutura viária: Interseção de Vias

Localidade urbanizada: ☒Acostamento: ☒Canteiro central: ☒

Condição meteorológica: Céu Claro

Fase do dia: Plena Noite

NARRATIVA

No dia 11/05/2018, por volta das 18h50, no km 97,8 da BR-427, em Caicó-RN, perímetro urbano, ocorreu um acidente, do tipo colisão transversal, com vítimas (2 lesionadas leves). Os veículos envolvidos foram: uma motocicleta HONDA/CG 125 FAN KS (V1), e outra motocicleta HONDA/CG 150 TITAN ESD (V2). Com base na análise dos vestígios identificados, principalmente na orientação de danos nos veículos, constatou-se que V2 trafegava na faixa de trânsito do sentido Caicó-RN/Jardim do Seridó-RN, quando ao cruzar uma interseção de vias semaforizada foi surpreendido a sua direita por V1 que também cruzava a via, perpendicularmente, vindo aquele a colidir transversalmente em V1. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi a desobediência as normas de trânsito, uma vez que o cruzamento é semaforizado. O local do acidente estava parcialmente preservado e era sinalizado por uma equipe do CPRE de Caicó-RN. O local apresentava sinalização horizontal e vertical. Os condutores foram socorridos pela equipe do SAMU de Caicó na VTR placas OKC-4621 ao hospital regional de Caicó-RN. O condutor de V1 recusou-se a se submeter ao teste de etilômetro, ocorrendo a notificação por recusa ao teste e consequente recolhimento de sua CNH. O condutor de V2 realizou o teste de etilômetro número 6781 com resultado de 0,00 Mg/L.

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão transversal	
2	Tombamento	



Documento assinado eletronicamente por MARCELO BEZERRA, matrícula 1970218, Policial Rodoviário Federal, em 14/05/2018, às 00:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 5 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 18029309B01 e o número de controle 2D3C43D889FEC7019CBA17ED721D55



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

IMAGENS PANORÂMICAS



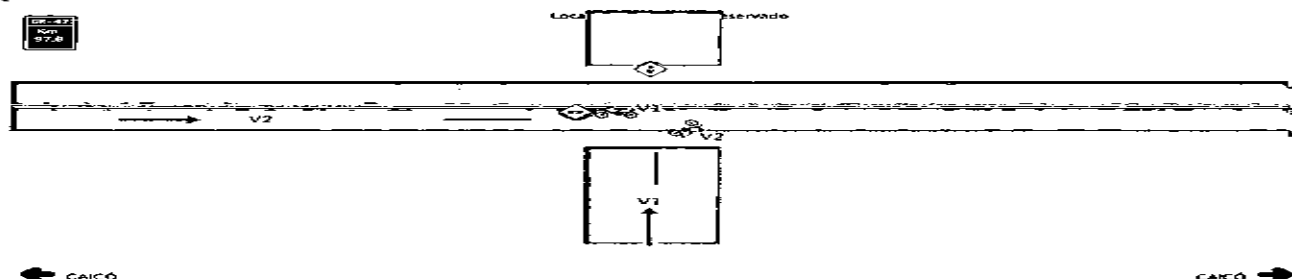
SENTIDO CRÉSCENTE



SENTIDO DECRESCENTE

AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Documento assinado eletronicamente por MARCELO BEZERRA, matrícula 1970218, Policial Rodoviário Federal, em 14/05/2018, às 00:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18029309B01 e o número de controle 2D3C43DB89FEC7019CBA17ED721D55



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18029309B01



PRF

V1



NNR5602

Placa: NNR5602 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: HONDA/CG 125 FAN KS/2010

Renavam: 00204646391

Chassi: 9C2JC4110AR612746

Tipo de Veículo: Motocicleta

Espécie/categoria: Passageiro/Aluguel

Manobra no momento do acidente: Cruzando a pista

PROPRIETÁRIO

Nome: ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

CPF/CNPJ: 048.457.204-00

Endereço: , CAICO/RN

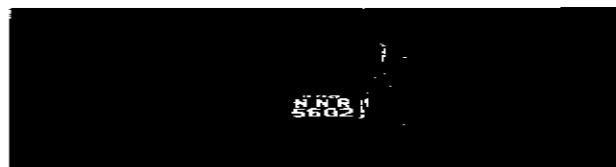
Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Outros

Tipo de receptor: Outro

Informações complementares: Veículo entregue a irmã do acidentado, de nome POLLYANA NOUGUEIRA DE LUCENA, CPF 059.166.634-04.



Documento assinado eletronicamente por MARCELO BEZERRA, matrícula 1970218, Policial Rodoviário Federal, em 14/05/2018, às 00:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 5º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 18029309B01 e o número de controle 2D3C43DB89FEC7019CBA17ED721D55



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18029309B01



PRF

V1



NNR5602



Documento assinado eletronicamente por MARCELO BEZERRA, matrícula 1970218, Policial Rodoviário Federal, em 14/05/2018, às 00:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 18029309B01 e o número de controle 2D3C43DB89FEC7019CBA17ED721D55



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18029309B01



PRF

V2



MZG8714

Placa: MZG8714 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: HONDA/CG 150 TITAN ESD/2009

Renavam: 00152844040

Chassi: 9C2KC15309R101116

Tipo de Veículo: Motocicleta

Espécie/categoria: Passageiro/Particular

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

PROPRIETÁRIO

Nome: JOAO BEZERRA DE BRITO

CPF/CNPJ: 043.191.444-30

Endereço: R ANTONIO VIEIRA, 1268 - A, CAICO/RN

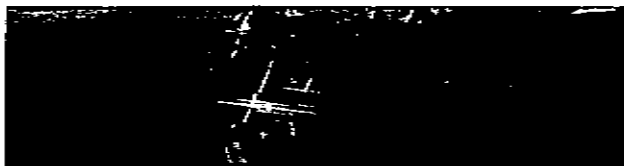
Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Outros

Tipo de receptor: Outro

Informações complementares: Veículo entregue ao irmão do acidentado de nome CLAUDIO BELISIO DE MEDEIROS, CPF 473.916.344-68.



Documento assinado eletronicamente por MARCELO BEZERRA, matrícula 1970218, Policial Rodoviário Federal, em 14/05/2018, às 00:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 18029309B01 e o número de controle 2D3C43DB89FEC7019CBA17ED721D55

V2



MZG8714



Documento assinado eletronicamente por MARCELO BEZERRA, matrícula 1970218, Policial Rodoviário Federal, em 14/05/2018, às 00:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 18029309B01 e o número de controle 2D3C43DB89FEC7019CBA17ED721D55

V1



CONDUCTOR

ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

Placa do veículo: NNR5602

Marca/modelo: HONDA/CG 125 FAN KS

Envolvimento: Condutor/Proprietário

Nome: ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

CPF: 048.457.204-00

Data de nascimento: 21/05/1983

Estado civil: Não Informado

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: NÃO APLICÁVEL

Usava capacete: Ignorado

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Habilitação Nacional

Categoria: AB

Data primeira habilitação: 29/07/2002

Nº de registro: 0244392810 UF: RN

Data de vencimento da habilitação: 09/02/2022

Motorista Profissional: Não

Observações CNH: 1815

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Sim

Resultado:

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: AV JOSE T DE ARAUJO, 45 - CASA, NOVA CAICO, ITAPEMA/SC

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Socorro médico

Tipo de receptor: SAMU

Informações complementares: Socorrido pelo SAMU de Caicó ao Hospital Regional de Caicó.



Documento assinado eletronicamente por MARCELO BEZERRA, matrícula 1970218, Policial Rodoviário Federal, em 14/05/2018, às 00:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18029309B01 e o número de controle 2D3C43D889FEC7019CBA17ED721D55



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18029309B01



PRF

V2



JOSE BELISIO DE MEDEIROS FILHO

Placa do veículo: MZG8714

Marca/modelo: HONDA/CG 150 TITAN ESD

Envolvimento: Condutor

Nome: JOSE BELISIO DE MEDEIROS FILHO

CPF: 538.993.184-04

Data de nascimento: 18/08/1968

Estado civil: Não Informado

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: NÃO APLICÁVEL

Usava capacete: Ignorado

Informações complementares: Teste de Etilômetro nº 6781 com resultado de 0,00 mg/L

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Habilitação Nacional

Categoria: AC

Data primeira habilitação: 15/07/1987

Nº de registro: 0158117237 UF: RN

Data de vencimento da habilitação: 03/01/2019

Motorista Profissional: Não

Observações CNH: 99

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não Resultado: 0

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: R CHIQUINHO HERONIDES, 61, SAMANAU, ITAPEMA/SC

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Documento assinado eletronicamente por MARCELO BEZERRA, matrícula 1970218, Policial Rodoviário Federal, em 14/05/2018, às 00:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18029309B01 e o número de controle 2D3C430B89FEC7019CBA17ED721D55



Imagens Complementares

Informações Gerais



IMAGEM COMPLEMENTAR 01



Documento assinado eletronicamente por MARCELO BEZERRA, matrícula 1970218, Policial Rodoviário Federal, em 14/05/2018, às 00:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 18029309B01 e o número de controle 2D3C43DB89FEC7019CBA17ED721D55



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18029309B01



PRF

RELATÓRIO DE AVÁRIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/CG 125 FAN KS

Placa: NNR5602

Nome do agente: MARCELO BEZERRA

Nº BOAT: 18029309B01

Matrícula do agente: 1970218

Data: 11/05/2018

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM*	NÃO**	NA***
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (tríciclos)		X	

Total geral (SIM + NA): 0

Dimensão da monta: Pequena

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Documento assinado eletronicamente por MARCELO BEZERRA, matrícula 1970218, Policial Rodoviário Federal, em 14/05/2018, às 00:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18029309B01 e o número de controle 2D3C43DB89FEC7019CBA17ED721D55



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18029309B01



PRF

RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / HONDA/CG 150 TITAN ESD

Placa: MZG8714

Nome do agente: MARCELO BEZERRA

Nº BOAT: 18029309B01

Matrícula do agente: 1970218

Data: 11/05/2018

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM*	NÃO**	NA***
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

Total geral (SIM + NA): 0

Dimensão da monta: Pequena

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Documento assinado eletronicamente por MARCELO BEZERRA, matrícula 1970218, Policial Rodoviário Federal, em 14/05/2018, às 00:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18029309B01 e o número de controle 2D3C43DB89FEC7019CBA17ED721D55

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o usuário dos serviços de saúde LOGEÃO ROQUELA DE LUCENA, 34 anos, foi atendido pela equipe do serviço de atendimento móvel de urgência - SAMU-192-RN da cidade de Caicó -RN no dia 11-05-2018 às 19:00 horas, no endereço AV. CORDELL MORTIMIANO, EM VA. PÚBLICA, paciente vítima de COLISÃO MOTO X MOTOR

A presente declaração expressa a verdade

Caicó-RN 28 de JUNHO de 2018



Jardênia Azevedo da Silva Noronha
Coordenadora da base descentralizada do SAMU-metropolitano em Caicó/RN
COREN-RN 264.657

Eu, Roberto Henrique do Nascimento, portador da carteira de identidade nº 022.033.107 e inscrito no CPF/MF. sob o nº 048.457.204-00, residente e domiciliado na Rua José Tomás de Araújo, Cidade Carilás, Estado Rio Grande do Norte, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Ce/Ce-RN-27/08/2018

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO <i>EDMILSON</i>		DATA <i>11/05/2018</i>	HORA DA ENTRADA <i>19:47:15</i>	Nº ATENDIMENTO <i>238</i>
Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviaturas e de forma legível				
NOME <i>ROGERIO ROBERTO DE LIMA</i>		DATA DE NASCIMENTO <i>11/05/1983</i>	IDADE <i>34</i>	SEXO <i>M</i>
CPF <i>048 457 204-00</i>	RG <i>2.033.10716</i>	DATA DE EXPEDIÇÃO		
NATURALIDADE <i>CAICÓ - RN</i>	ESTADO CIVIL <i>CASADO</i>	PROFISSÃO <i>MAQUINISTA</i>	CARTÃO SUS <i>100 5091 0105 7251</i>	
NOME DA MÃE <i>ITA ROBERTA DOS SANTOS</i>	NOME DO PAI <i>SEVERINO BARBOSA DE LIMA</i>	BAIRRO <i>OURA CAICÓ</i>		
ENDERECO <i>JOSE TORRES DE ARAUJO 45</i>	TELEFONE DE CONTATO <i>99818-0627</i>	RAÇA/COR <i>-</i>		
CIDADE/ESTADO <i>CAICÓ - RN</i>				
CAMPO 2 - SINAIS VITAIS Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde				
PA <i>mmhg</i>	FC <i>bpm</i>	FR <i>lpm</i>	TEMP. AXILAR <i>°C</i>	SpO2 <i>%</i>
Glicemia <i>mg/dl</i>				
CAMPO 3 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista				
<i>Urticária de causa não cl. rto. Relato</i> <i>Que vem com prurito. Aparece primeiro no pé direito depois aparece a face</i>				
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO		ESCORE DE GLASGOW <i>15 sem alteração</i>		

OBS: SINTOMA DE ETVINO (URTI ETVINO)

PRETO COM O C 2018

CAMPO 4 - EXAMES COMPLEMENTARES Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
<i>PARA DE TODA PP + PRA BOUNER +</i> <i>PARA DO DE DRECA 2 RTO DE QUADRA</i>	
CAMPO 5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
<i>SRL 500ml - IV</i> <i>* AO OUTRO DIA</i> <i>(EXEMPLO DE EXAME)</i> <i>DEUTIC O EXAMEN RTO; SCL 980000 POU OUTRO DIA</i> <i>+ Filato</i> <i>OLHO (2)</i>	
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 ☐ EVASÃO ☐ RECUSA DO TRATAMENTO ☐ ÓBITO	UNIDADE DE DESTINO: _____ DATA: ____/____/____ HORA DA SAÍDA: ____:____:____