



Número: **0815979-71.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **08/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE (AUTOR)		Mário Aby-Zayan Toscano Lyra (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)			
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59419940	02/09/2020 14:24	2746636_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros documentos

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: 23/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 694,84

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02044

CONTA: 000000097279-4

Nr. da Autenticação 6F3C363C865D17E0



Declaração do proprietário do veículo



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

EU, MARIA VALERIANO DE BRITO SILVA

RG nº 002.977.893, data de expedição 10/10/2006
Órgão ITEP/RN, portador do CPF nº 410.736.384-68, com
domicílio na cidade de NATAL, no Estado de RN, com
residência na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA MARANATA, nº 06
complemento CONJUNTO LENNIGRADO PLANALTO, declaro, sob as
penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vítima
EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE cujo o condutor
era EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE

Veículo: HONDA CG 125 FAN ES

Ano: 2010

Modelo: 2010

Placa: M8M - 3854

Chassi: 9C2JC4120AR083258

Data do Acidente: 30 DE NOVENBRO DE 2018

Local e Data: NATAL, 05 DE FEVEREIRO DE 2019

Maria Valeriano de Brito Silva

Assinatura do Declarante

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro, que não seja a vítima do acidente)

OFÍCIO DE NOTAS Natal 5º Ofício de Notas

Reconheço por autenticidade a firma de:
MARIA VALERIANO DE BRITO SILVA

Cadastrado em 14/02/2019

Atest. 6 de Fevereiro de 2019 14:14

Em testemunho

OFICIAL / SUBSTITUTO(A) / ESCRIVENTE

PROF. C. 15640073273025

Válida eletronicamente com 100% de autenticidade

Quintina Flôr de P. e Silva
Escrivente



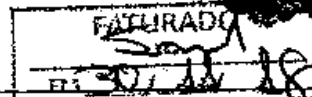
SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 62607 /2018

Admissão: 30/11/2018 10:35:07



CIRURGIA GERAL - LARANJA



paciente: 103783 - EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE (46 a 9 m 17 d)

ascimento: 13/02/1972

Natural: TEREZINHA BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

US: 706004863256448

CPF: 144046555843

Prof:

Se: IRENE SANTANA

Pai: TEODOMIRO BERTOLDO ALBUQUERQUE

Graduado: MARANATA, 6

EP: 59073240

Bairro: PLANALTO

Cidade: NATAL

telefone: 84 981331447

Compl:

otivo: MOTO - QUEDA

Tipo: REFERENCIADO

rigem: AMBUL. SAMU NATAL

*Empresa:

uxograma:

Discriminador:

BS:

Classificação: 30/11/2018 10:30:08

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FlO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow
AMU	100/60	-	98.1	-	20	89	-	15

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

ueixas: queda de moto

Documentação médico - hospitalar

atura exposta + escoriações



ora: _____

Vitória de queda de moto, trazido pelo SAMU e mancha vermelha
e color carne.

Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 02/09/2020 14:24:13

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 05/10/19
MAT. Nº. SAME

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

V.A. Percebe, color carne
Mucosa M.T. S/R
Pulsoes cheios, regulares
ECG 15
Lentes cor castanha e mãos limpas, polidas.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

* Abol: Sem sinais de intoxicação.

Salda: -

12 02 11/18 13-01-19



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)		
A		
B		
C		
D		
E		
A (ALERGIAS)	Aspirina / Voltaren / Amoxiclav	
M (MEDICAÇÃO EM USO)		
P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)		
L (LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)		
A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)		
V (PASSADO VACINAL)		
EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM)	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	
RX Tórax AP RX Punho D AP e P (e Atelerog D AP e P) RX MÃO D AP oblíquo.	OUTROS	
CONDUTA PRIMÁRIA, MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
M: 26. G: 1. P: 1. R: 1. S: 1. T: 1. U: 1. V: 1. W: 1. X: 1. Y: 1. Z: 1.	M: 26. G: 1. P: 1. R: 1. S: 1. T: 1. U: 1. V: 1. W: 1. X: 1. Y: 1. Z: 1.	
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		
ESPECIALISTA 1	HORA: 11:26	DATA: 02/09/2020
ESPECIALISTA 2	HORA:	DATA: 02/09/2020
ESPECIALISTA 3	HORA:	DATA: 02/09/2020
DESTINO DO PACIENTE		
INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:	DATA:	HORA:
SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:		
ÓBITO: DATA / / HORA		
ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP		



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 12269 /2018

Prontuário: 1178307

Paciente: 103783 - EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE
 Cartão SUS: 708004863258446 CPF: 14404655843
 Idade: 46 anos 9 meses 17 dias Sexo: M Etnia: PARDA
 Nome da mãe: IRENE SANTANA
 Nome do pai: TEODOMIRO BERTOLDO ALBUQUERQUE
 Rua/Av: MARANATA
 Complemento:
 CEP: 59073240 Cidade: NATAL
 Telefone: 84 981331447 84 981331447
 Especialidade: ORTOPEDICA Unidade: 2 ANDAR
 Responsável: EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE -
 Usuário: FRANCISCO DE ASSIS DE BRITO

Dt Nasc: 13/02/1972
 Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nº: 6
 Bairro: PLANALTO

Admissão: 30/11/2018 12:05:46 Alta: Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S66.3 - TRAUMATISMO DO MUSCULO EXTENSOR E TENDAO DE OUTRO DEDO AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO
 408060450 -

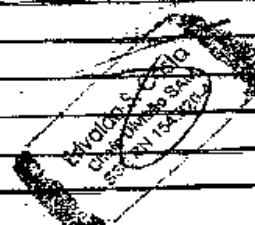
DIAGNOSTICO FINAL: *Fratura exposta mão D*

RESUMO DE ALTA

*1º e 2º Comp. fratura na mão D. hq.
 NY normal.
 Fratura exposta 1º e 2º D + lesão tendão
 proximal tendão extensor 4º e 5º D.
 Intende p/ tratamento cirúrgico de
 urgência.*

*Dr. Michel Freire de Araújo
 Ortopedista e Traumatologista
 Oncologia Oncológica
 CRM 4473 - TEUT 40751*

CONFERE COM ORIGINAL
 NATAL. 01/12/18
 N.º



NATAL, 30 de Novembro de 2018.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Waldenir Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sathio

**BOLETIM
OPERATÓRIO****IDENTIFICAÇÃO**Nome: Edilson Santana Albuquerque Reg. NºDiagnóstico pré-operatório: fratura exposta mto DIndicação terapêutica: limpeza cirúrgica Urgência () Eletiva ()**INTERVENÇÃO**Data: 30/11/18 Início: Término: Duração:Operador: D. Midrel CRM/CRO:

1º Auxiliar: CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista: CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Paciente em decúbito dorsal, sob anestesia, presença de antissepsia, presença de corpos estranhos, desbridamento limpo e cirúrgico com S.O.T. fratura exposta F1 L2 (P.O.) + lesão tendão extensor L2 (P.O.) (perda de substância). Hemostasia, sutura, curativo, lesão incluindo dedos, boa perfusão distal.

Michel Freire de Araújo
Ortopedista e Traumatologista
Ortopedia Oncológica
CRM 4432 - TEOT 10751

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 05/10/2018
MCT 10

Divisão de Cirurgia
Ortopedia e Traumatologia
Pronto Socorro Clóvis Sathio

Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de vulnerabilidade clínica, cirúrgica, agravos de causas traumáticas, em especial o trauma de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 02/09/2020 14:24:13

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090214241248400000057024595>

Número do documento: 20090214241248400000057024595

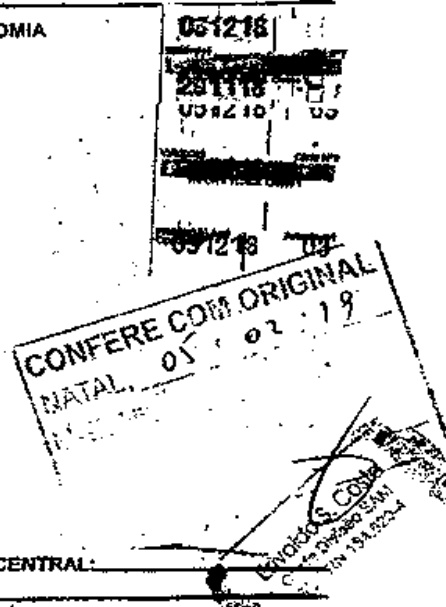
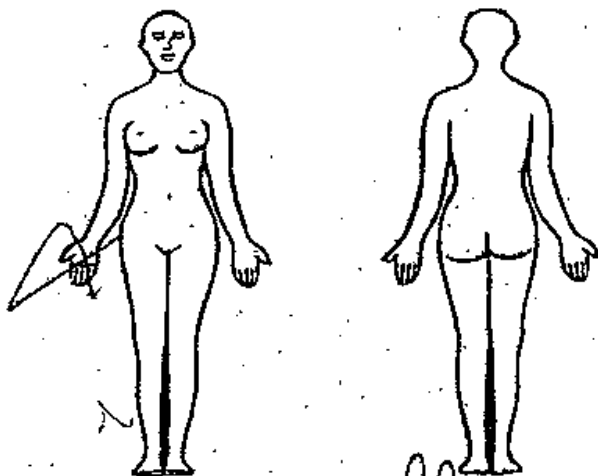


GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de estado da Saúde Pública
Hospital Domênico Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Glória Sarinha
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Edverson Santana Albuquerque
DATA DE NASCIMENTO: 13/02/1972 IDADE: 48
REGISTRO: 12269718 / 000.103783 HORA: 14:30
DATA DE ADMISSÃO: 05/12/18
ADMISSÃO DO PACIENTE: Ortopedia
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Ortopedia
HIDRATAÇÃO: SIM () NÃO () VIA: PERIFÉRICO () ACESSO CENTRAL: ()
NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONSCIENTE () ORIENTADO () VIGIL () AGITADO ()
INCONSCIENTE: ()
ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () GRAVE ()
SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE () M.V. () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()
ALÉRGICO: SIM () NÃO () Dysphonia etc HIPERTENSO: SIM () NÃO ()
DIABÉTICO: SIM () NÃO () ASMÁTICO: SIM () NÃO ()
DOENÇA RENAL: SIM () NÃO () OUTRAS PATOLOGIAS: P. Distúrbio Bipolar
MEDICAÇÕES EM USO: P. Distúrbio Bipolar
CIRURGIAS ANTERIORES:
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO ()
OBSERVAÇÃO:

ÁREA DE TRICOTOMIA: HORA:
ÁREA DE PUNÇÃO: HORA:
OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



INSTRUMENTADO: Manuella ACESSO CENTRAL:
CIRCULANTE: Silvia
TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUI () PERIDURAL () B.P.A. () LOCAL ()
OBS:
ANESTESISTA: Dr. Carlos
INÍCIO DE ANESTESIA: 14:30
TÉRMINO DE ANESTESIA: 15:30
ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: Indinaseclona, Tramol
HORA: 15:30

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



INÍCIO DE CIRURGIA: 15:00h

CIRURGIÃO: Dr. Michel

1ª AUXILIAR:

2ª AUXILIAR:

3ª AUXILIAR:

TIPO DE CIRURGIA: (15:15) Intermédio Cirurgia de Laparoscopia de Vena de NSE + Vena de

TÉRMINO DE CIRURGIA: 15:15h

SONDAGEM VESICAL: SIM () NÃO ()

Nº DA SONDA:

SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()

Nº DA SONDA:

EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO ()

RX:

SIM () NÃO ()

RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO ()

TIPO:

RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO ()

TIPO:

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO ()

FEITO FICHA: SIM () NÃO ()

MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO ()

ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO: SIM () NÃO ()

FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM () NÃO ()

DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO ()

COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM () NÃO ()

QUANTIDADE: 15

GAZES CONFERIDAS: SIM () NÃO ()

QUANTIDADE: 40

CAIXA CIRÚRGICA: (15:15) C.C.

COMPLETA: SIM () NÃO ()

OBS.:

ÓBITO: SIM () NÃO ()

HORA:

REALIZADO RCP: SIM () NÃO ()

RESPONSÁVEL PELA RCP:

PACIENTE ENCAMINHADO: GRO () UTI () ALTA ()

EM AR AMBIENTE: SIM () NÃO ()

TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO ()

ENTUBADO: SIM () NÃO ()

PREENCHIDO AIH: SIM () NÃO ()

FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELA CIRURGIÃO: SIM () NÃO ()

FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM () NÃO ()

OBSERVAÇÕES: (15:15) Paciente submetido para solo operação

para (15:15) Paciente submetido para solo operação

para (15:15) Paciente submetido para solo operação

para (15:15) Paciente submetido para solo operação

para (15:15) Paciente submetido para solo operação

para (15:15) Paciente submetido para solo operação

para (15:15) Paciente submetido para solo operação

para (15:15) Paciente submetido para solo operação

para (15:15) Paciente submetido para solo operação

para (15:15) Paciente submetido para solo operação

para (15:15) Paciente submetido para solo operação

para (15:15) Paciente submetido para solo operação

para (15:15) Paciente submetido para solo operação

para (15:15) Paciente submetido para solo operação

para (15:15) Paciente submetido para solo operação

para (15:15) Paciente submetido para solo operação

para (15:15) Paciente submetido para solo operação

para (15:15) Paciente submetido para solo operação

para (15:15) Paciente submetido para solo operação

para (15:15) Paciente submetido para solo operação

para (15:15) Paciente submetido para solo operação

para (15:15) Paciente submetido para solo operação

para (15:15) Paciente submetido para solo operação

para (15:15) Paciente submetido para solo operação

para (15:15) Paciente submetido para solo operação

para (15:15) Paciente submetido para solo operação

para (15:15) Paciente submetido para solo operação

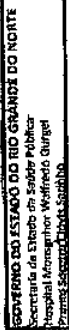
para (15:15) Paciente submetido para solo operação

Assinatura do (a) Enfermeiro(a)

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



FICHA DE ANESTESIA

Edilmar Santana Albuquerque
 Edilmar Santana Albuquerque
 Data: 30/11/13
 Registro: 30/11/13

Chirurgia Reinfante: _____
Chirurgia: Nichol
Chirurgia Auxiliar: Inda Paul
Auxiliar: _____
Enfermeiro(a): _____

MEMBER CLINTS ADDITIONAL: LOTE Collaborative Alliance - 515
White Mountain - 2nd of 2000 10 WIL

[illegible][illegible]

$2\pi \cdot 10^6 \left(\frac{1}{2} \cdot 0.8 + 0.85 \cdot \frac{1}{2} \right) \cdot 0.05 = 54$

AMERICAN UNIVERSITY

[illegible]

5. Indulgentia 15% of home income
7. Internal 100% = external 0%
9. Appreciation 10% of value
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____
18. _____
19. _____
20. _____
21. _____
22. _____
23. _____
24. _____
25. _____
26. _____
27. _____
28. _____
29. _____
30. _____
31. _____
32. _____
33. _____
34. _____
35. _____
36. _____
37. _____
38. _____
39. _____
40. _____
41. _____
42. _____
43. _____
44. _____
45. _____
46. _____
47. _____
48. _____
49. _____
50. _____
51. _____
52. _____
53. _____
54. _____
55. _____
56. _____
57. _____
58. _____
59. _____
60. _____
61. _____
62. _____
63. _____
64. _____
65. _____
66. _____
67. _____
68. _____
69. _____
70. _____
71. _____
72. _____
73. _____
74. _____
75. _____
76. _____
77. _____
78. _____
79. _____
80. _____
81. _____
82. _____
83. _____
84. _____
85. _____
86. _____
87. _____
88. _____
89. _____
90. _____
91. _____
92. _____
93. _____
94. _____
95. _____
96. _____
97. _____
98. _____
99. _____
100. _____

13. Examinatör Dr. C. O. Aldrich 9. Sept. intervention

John Carlos Rodriguez
1000 10th St NW
Washington DC 20004

Assimilatura do Autodesenvolvimento

Arquitetura

Este momento é bem diferente

Monografia

Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 02/09/2020 14:24:13

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090214241248400000057024595>

Número do documento: 20090214241248400000057024595

Num. 59419940 - Pág. 10

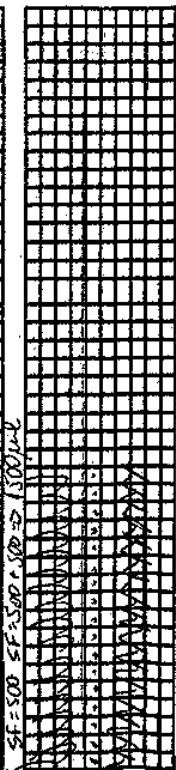
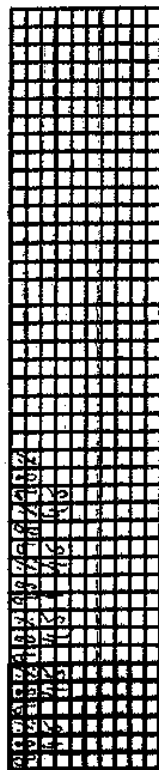


GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Memorial Antônio Augusto
Fórum dos Anestesiologistas

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Edilmar Santana Albuquerque ASA: II
Idade: 46a Sexo: M Registro: _____ Date: 30/11/18
Diagnóstico: Int. export de mms direita
Cirurgia Realizada: _____
Cirurgião: Nicolas Auxiliar: _____
Anestesiologista: João Carlos Enfermagem: _____
Hospital Clínica Adicional: LOTE Colaborador: Alvaro, Miriam e AINES
Unidade Administrativa: 5h de trabalho - Ex-funcionário
Exame de: queimadura e diagnóstico
Técnica Anestésica: Amidolona Corde, Bloq de Plexo Axilar, 30ml de
Articaine 3% + Bupivacaína 0,5% e Lidocaína
Marina Venclat, 1cc + 1cc + 1cc + 1cc

O₂ = 2L/min



Início: 14:30 Término: 15:30
Anestésicos Utilizados:
1. Midolona Corde 30mg + Bupivacaína 0,5% 100mg EV
2. 10ml Bupivacaína + Lidocaína e Articaine
3. Articaine 3% 15ml + Lidocaína
4. Articaine 3% 15ml + Lidocaína
5. Articaine 3% 15ml + Lidocaína
6. Articaine 3% 15ml + Lidocaína
7. Articaine 3% 15ml + Lidocaína
8. Articaine 3% 15ml + Lidocaína
9. Articaine 3% 15ml + Lidocaína
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____

Encaminhamento: AO CPO. Aluno 9. Sem intercorrência
MAI N



Assinatura do Anestesiologista - CHM
João Carlos
Assinatura do Anestesiologista - CHM

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



PRONTUÁRIO N° 4478307

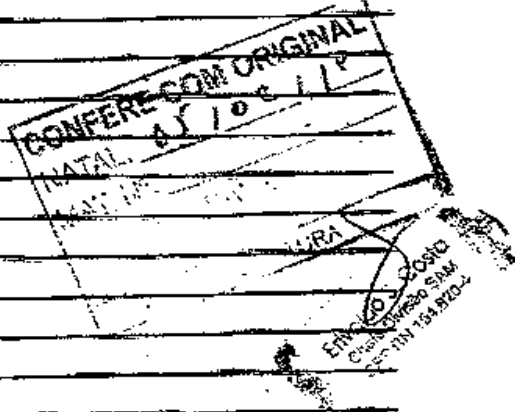
NOME DO PACIENTE: Edilson Santana plausiquaque
FIA/ANO: 12 269 / 1 2018 COD PACIENTE: 403783
DATA DE ENTRADA: 30 / 11 / 2018 DATA DA SAÍDA: 13 / 12 / 2018

MOTIVO DA SAÍDA:

- ☒ 1. ALTA HOSPITALAR
☐ 2. ALTA PELO SAD (SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR)
☒ 3. TRANSFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE DE SAÚDE / QUAL? _____
☐ 4. TERMO DE RESPONSABILIDADE
☐ 5. SAÍDA REVELIA
☐ 6. ÓBITO
☐ 7. OUTROS / QUAL? _____

SITUAÇÃO DO PRONTUÁRIO

- ☒ COMPLETO
☐ INCOMPLETO / SE INCOMPLETO DISCRIMINAR ABAIXO AS PENDÊNCIAS.



17 / 12 / 2018
DATA

[Assinatura]
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO



ANAM NESE *Tranquila com med. D*

EXAME FÍSICO *ECG, pulmão claro, Fome II-III*

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA *com alguns de tórax.*

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Diagnóstico

2 Reforço de 1800-1800

30 de 1800-1800

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE: Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: *Admissão* DATA: *30/11/10* HORA: *11:12*

SAÍDA: DATA: *1/1* HORA:

Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:

ÓBITO: DATA: *1/1* HORA:

Entregue à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐

Assinatura e Carimbo do Responsável

Médico (Carimbo)

CONFERE COM ORIGINAL

NATAL 03 102 1 18

MAT. Nº. SAME

Destacar nesta linha e entregar ao paciente e família

DESTINO DO PACIENTE: Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: DATA: *1/1* HORA:

SAÍDA: DATA: *1/1* HORA:

Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:

ÓBITO: DATA: *1/1* HORA:

Entregue à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P. ☐



STANDARD UNIVERSITY RECORD EXAMINER	
Student Name: <u>John A. Smith</u>	
Student Number: <u>123456789</u>	
1. How do you define a <u>university</u> ?	2
2. What is the purpose of a <u>university</u> ?	3
3. How is a <u>university</u> different from a <u>college</u> ?	4
4. What is the role of a <u>university</u> in society?	5
5. How do you define a <u>college</u> ?	6
6. What is the purpose of a <u>college</u> ?	7
7. How is a <u>college</u> different from a <u>university</u> ?	8
8. What is the role of a <u>college</u> in society?	9
9. How do you define a <u>school</u> ?	10
10. What is the purpose of a <u>school</u> ?	11
11. How is a <u>school</u> different from a <u>college</u> ?	12
12. What is the role of a <u>school</u> in society?	13
13. How do you define a <u>teacher</u> ?	14
14. What is the purpose of a <u>teacher</u> ?	15
15. How is a <u>teacher</u> different from a <u>professor</u> ?	16
16. What is the role of a <u>teacher</u> in society?	17
17. How do you define a <u>professor</u> ?	18
18. What is the purpose of a <u>professor</u> ?	19
19. How is a <u>professor</u> different from a <u>teacher</u> ?	20
20. What is the role of a <u>professor</u> in society?	21
21. How do you define a <u>researcher</u> ?	22
22. What is the purpose of a <u>researcher</u> ?	23
23. How is a <u>researcher</u> different from a <u>professor</u> ?	24
24. What is the role of a <u>researcher</u> in society?	25
25. How do you define a <u>scientist</u> ?	26
26. What is the purpose of a <u>scientist</u> ?	27
27. How is a <u>scientist</u> different from a <u>researcher</u> ?	28
28. What is the role of a <u>scientist</u> in society?	29
29. How do you define a <u>philosopher</u> ?	30
30. What is the purpose of a <u>philosopher</u> ?	31
31. How is a <u>philosopher</u> different from a <u>researcher</u> ?	32
32. What is the role of a <u>philosopher</u> in society?	33
33. How do you define a <u>historian</u> ?	34
34. What is the purpose of a <u>historian</u> ?	35
35. How is a <u>historian</u> different from a <u>researcher</u> ?	36
36. What is the role of a <u>historian</u> in society?	37
37. How do you define a <u>journalist</u> ?	38
38. What is the purpose of a <u>journalist</u> ?	39
39. How is a <u>journalist</u> different from a <u>researcher</u> ?	40
40. What is the role of a <u>journalist</u> in society?	41
41. How do you define a <u>writer</u> ?	42
42. What is the purpose of a <u>writer</u> ?	43
43. How is a <u>writer</u> different from a <u>researcher</u> ?	44
44. What is the role of a <u>writer</u> in society?	45
45. How do you define a <u>poet</u> ?	46
46. What is the purpose of a <u>poet</u> ?	47
47. How is a <u>poet</u> different from a <u>writer</u> ?	48
48. What is the role of a <u>poet</u> in society?	49
49. How do you define a <u>novelist</u> ?	50
50. What is the purpose of a <u>novelist</u> ?	51
51. How is a <u>novelist</u> different from a <u>writer</u> ?	52
52. What is the role of a <u>novelist</u> in society?	53
53. How do you define a <u>playwright</u> ?	54
54. What is the purpose of a <u>playwright</u> ?	55
55. How is a <u>playwright</u> different from a <u>writer</u> ?	56
56. What is the role of a <u>playwright</u> in society?	57
57. How do you define a <u>director</u> ?	58
58. What is the purpose of a <u>director</u> ?	59
59. How is a <u>director</u> different from a <u>playwright</u> ?	60
60. What is the role of a <u>director</u> in society?	61
61. How do you define a <u>producer</u> ?	62
62. What is the purpose of a <u>producer</u> ?	63
63. How is a <u>producer</u> different from a <u>director</u> ?	64
64. What is the role of a <u>producer</u> in society?	65
65. How do you define a <u>screenwriter</u> ?	66
66. What is the purpose of a <u>screenwriter</u> ?	67
67. How is a <u>screenwriter</u> different from a <u>writer</u> ?	68
68. What is the role of a <u>screenwriter</u> in society?	69
69. How do you define a <u>composer</u> ?	70
70. What is the purpose of a <u>composer</u> ?	71
71. How is a <u>composer</u> different from a <u>writer</u> ?	72
72. What is the role of a <u>composer</u> in society?	73
73. How do you define a <u>musician</u> ?	74
74. What is the purpose of a <u>musician</u> ?	75
75. How is a <u>musician</u> different from a <u>composer</u> ?	76
76. What is the role of a <u>musician</u> in society?	77
77. How do you define a <u>performer</u> ?	78
78. What is the purpose of a <u>performer</u> ?	79
79. How is a <u>performer</u> different from a <u>musician</u> ?	80
80. What is the role of a <u>performer</u> in society?	81
81. How do you define a <u>critic</u> ?	82
82. What is the purpose of a <u>critic</u> ?	83
83. How is a <u>critic</u> different from a <u>reviewer</u> ?	84
84. What is the role of a <u>critic</u> in society?	85
85. How do you define a <u>reviewer</u> ?	86
86. What is the purpose of a <u>reviewer</u> ?	87
87. How is a <u>reviewer</u> different from a <u>critic</u> ?	88
88. What is the role of a <u>reviewer</u> in society?	89
89. How do you define a <u>commentator</u> ?	90
90. What is the purpose of a <u>commentator</u> ?	91
91. How is a <u>commentator</u> different from a <u>reviewer</u> ?	92
92. What is the role of a <u>commentator</u> in society?	93
93. How do you define a <u>debater</u> ?	94
94. What is the purpose of a <u>debater</u> ?	95
95. How is a <u>debater</u> different from a <u>commentator</u> ?	96
96. What is the role of a <u>debater</u> in society?	97
97. How do you define a <u>philosopher</u> ?	98
98. What is the purpose of a <u>philosopher</u> ?	99
99. How is a <u>philosopher</u> different from a <u>debater</u> ?	100
100. What is the role of a <u>philosopher</u> in society?	101

[illegible][illegible][illegible]

ATENCIÓN ESPECIALIZADO 1: QUIMIOPROFILAXIA	
EXAME FÍSICO	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	OUTROS
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)	ANOTAÇÕES DE ENTREVISTA
CONDIÇÃO PRELIMINAR: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	CONFERE COM ORIGINAL NATAL 01/02/19 MAT. Nº
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável

Num. 59419940 - Pág. 14

Número do documento: 20090214241248400000057024595

**COSERN**

Protocolo: 1334394554

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO PÚBLICO DE ENERGIA ELÉTRICA PARA CONSUMIDORES TITULARES DE UNIDADES CONSUMIDORAS DO GRUPO B

A **Companhia Energética do Rio Grande do Norte COSERN**, CNPJ nº 08.324.196.0001-81, com sede na Rua Mercurio, 150, Cidade Alta, Natal/RN, CEP 59.025-250, doravante denominada distribuidora, em conformidade com a Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, e EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE, CPF/CNPJ: 14404655843, doravante denominado Consumidor, responsável pela unidade consumidora nº 007014869462, situada na (o) RUA MANOEL LISBOA DE MOURA, 08, CEP: 59074-841, GUARAPES, NATAL - RN, aderem, de forma integral, a este Contrato de Prestação de Serviço Público de Energia Elétrica para unidades consumidoras do Grupo B, na forma deste Contrato de Adesão.

DAS DEFINIÇÕES

1. carga instalada: soma das potências nominais dos equipamentos elétricos instalados na unidade consumidora, em condições de entrar em funcionamento, expressa em quilowatts (kW);
2. consumidor: pessoa física ou jurídica, de direito público ou privado, legalmente representada, que solicite o fornecimento de energia ou o uso do sistema elétrico à distribuidora, assumindo as obrigações decorrentes deste atendimento à(s) sua(s) unidade(s) consumidora(s);
3. distribuidora: agente titular de concessão ou permissão federal para prestar o serviço público de distribuição de energia elétrica;
4. energia elétrica ativa: aquela que pode ser convertida em outra forma de energia, expressa em quilowatts-hora (kWh);
5. energia elétrica reativa: aquela que circula entre os diversos campos elétricos e magnéticos de um sistema de corrente alternada, sem produzir trabalho, expressa em quilovolt-ampère-reativo-hora (kvarh);
6. grupo B: agrupamento composto de unidades consumidoras com fornecimento em tensão inferior a 2,3 quilovolts (kV);
7. indicador de continuidade: valor que expressa

a duração, em horas, e o número de interrupções ocorridas na unidade consumidora em um determinado período de tempo;

8. interrupção do fornecimento: desligamento temporário da energia elétrica para conservação e manutenção da rede elétrica e em situações de casos fortuitos ou de força maior;

9. padrão de tensão: níveis máximos e mínimos de tensão, expressos em volts (V), em que a distribuidora deve entregar a energia elétrica na unidade consumidora, de acordo com os valores estabelecidos pela ANEEL;

10. ponto de entrega: conexão do sistema elétrico da distribuidora com a unidade consumidora e situa-se no limite da via pública com a propriedade onde esteja localizada a unidade consumidora;

11. potência disponibilizada: potência em quilovolt-ampère (kVA) de que o sistema elétrico da distribuidora deve dispor para atender aos equipamentos elétricos da unidade consumidora;

12. suspensão do fornecimento: desligamento de energia elétrica da unidade consumidora, sempre que o consumidor não cumprir com as suas obrigações definidas na Cláusula Quarta;

13. tarifa: valor monetário estabelecido pela ANEEL, fixado em reais por unidade de energia elétrica ativa ou da demanda de potência ativa; e

14. unidade consumidora: conjunto composto por instalações, equipamentos elétricos, condutores e acessórios, incluída a subestação, quando do fornecimento em tensão primária, caracterizado pelo recebimento de energia elétrica em apenas um ponto de entrega, com medição individualizada, correspondente a um único consumidor e localizado em uma mesma propriedade ou em propriedades contíguas.

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO

Este instrumento contém as principais condições da prestação e utilização do serviço público de energia elétrica entre a distribuidora e o consumidor, de acordo com as Condições Gerais de Fornecimento de Energia Elétrica e demais regulamentos expedidos pela Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL.



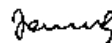
Centro de Estética, Natação e Reabilitação Tutubarão
Av. Nascimento de Castro, 954, Dix-Sept Rosado – Natal/RN

Fone: 3213-1402

LAUDO FISIOTERAPÊUTICO

Declaro, para os devidos fins que o paciente **Edilson Santana Albuquerque**, 47 anos, com diagnóstico clínico de pós operatório por fratura do 4º dedo e tenorrafia do extensor do mesmo dedo, vem realizando tratamento fisioterapêutico nesta clínica desde 04/02/2019. O paciente está sendo submetido a técnicas de eletrotermoterapia, cinesioterapia ativo livre e terapia manual, não apresentando evolução, pois trata-se de uma sequela permanente decorrente do acidente motociclistico que sofreu. Segue com limitações funcionais e de amplitude de movimento no referido segmento.

Natal, 30 de Abril de 2019



Débora Luciana S. Brandão
Fisioterapeuta
CRFATO-1: 54343-F





Cirurgia da Mão de Natal

CIMAN

DR. HÉLIO RUBENS POLIDO GARCIA – CRM 5500
CIRURGIA DA MÃO – ORTOPEDIA – TRAUMATOLOGIA

RELATÓRIO MÉDICO

Nome: Edison S Albuquerque

Diagnóstico: Pop tenorrafia extensor 4QDD

Prognóstico: Moderado. Ainda com dor e limitação. Segue em reabilitação.

Lesão definitiva. Não se espera melhora funcional total

Recomendação: Deve afastar-se de suas atividades de carga, a critério de avaliação pericial

CID: S66/ Z98.8

11.04.19

Dr Hélio R. P. Garcia
CRM 5500

Dr Hélio Rubens Polido Garcia
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM 5500

Dr Hélio R. Polido Garcia
Cirurgia da Mão
Microcirurgia
CRM - 5500

Hospital Memorial – Av. Gov Juvenal Lamartine, 979 – Tirol – Natal – RN – F: 31334200

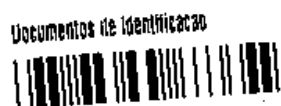


Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 02/09/2020 14:24:13

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090214241248400000057024595>

Número do documento: 20090214241248400000057024595

Num. 59419940 - Pág. 17



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **144.046.558-43**

Nome: **EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE**

Data de Nascimento: **13/02/1972**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **12:21:19** do dia **10/05/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **6A21.8B47.A709.E7BE**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros



ASL-0176270/19

Vítima: EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE

CPF: 144.046.558-43

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/11/2018

Titular do CPF: EDILSON SANTANA
ALBUQUERQUE

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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
Outros

EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE : 144.046.558-43

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: 24/05/2019
Nome: EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE
CPF: 144.046.558-43

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/05/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0176270/19

Número do Sinistro: 3190343933

Vítima: EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE

CPF: 144.046.558-43

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/11/2018

Titular do CPF: EDILSON SANTANA
ALBUQUERQUE

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE : 144.046.558-43

Comprovante de residência

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.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/06/2019
Nome: EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE
CPF: 144.046.558-43

EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/06/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190343933 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE **Data do acidente:** 30/11/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA. PG 4,8

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA EXASTIVA E SUTURA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0176270/19

Número do Sinistro: 3190343933

Vítima: EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE

CPF: 144.046.558-43

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/11/2018

Titular do CPF: EDILSON SANTANA
ALBUQUERQUE

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE : 144.046.558-43

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: 27/06/2019
Nome: EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE
CPF: 144.046.558-43

EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/06/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO





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, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190343933

Vítima: EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE

Data do Acidente: 30/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE

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 14391068





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, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190343933

Vítima: EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE

Data do Acidente: 30/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE

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

Comprovante de residência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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. 00473/00474 - carta_03 - INVALIDEZ

00070237



Carta nº 14392198





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, 30 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190343933**

Vítima: EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE

Data do Acidente: 30/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE

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

Multa:	R\$ 19,18
Juros:	R\$ 0,66
Total creditado:	R\$ 694,84

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE**

Valor: **R\$ 694,84**

Banco: **104**

Agência: **000002044**

Conta: **0000097279-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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. 01763/01764 - carta_15R - INVALIDEZ

00020882





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

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:	Nome completo da vítima:	
	144.046.558-43	EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE		144.046.558-43	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
PORTEIRO	RUA MANOEL LISBOA DE MOURA	06	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
GUARAPES	NATAL	RN	59074-841
E-mail:	Tel (DDD):		
NAO TEM	(84) 98133-1447		

DADOS CADASTRAIS

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 POUPOANÇA (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: _____

AGÊNCIA: 2044 013 CONTA: 00097279 4

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

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, NATAL/RN, 10 DE MAIO DE 2019

Nome: EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE

CPF: 144.046.558-43

Edilson Santana Albuquerque

(*) Assinatura de quem assina A RÓGO

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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

FPS.001 V001/2018



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 02/09/2020 14:24:13

https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090214241248400000057024595

Número do documento: 20090214241248400000057024595

Num. 59419940 - Pág. 26




José Geraldo Cordeiro da Silva Júnior
Gerente AC Pitimbu/RN
Mat. 8.627.408-2

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguredorallider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, "nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.



Nº DO SINISTRO _____

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 EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE

PORTADOR(A) DO RG Nº 002.723.473 EXPEDIDO POR ITAP/RN EM 26/07/2018 E

CPF 944046558-43 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2044 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013-00097279-4

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.

NATAL/RN de MAIO de 2019

LOCAL E DATA

Edilson Santana Albuquerque

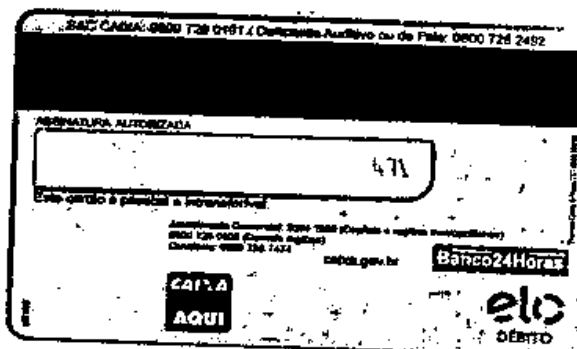
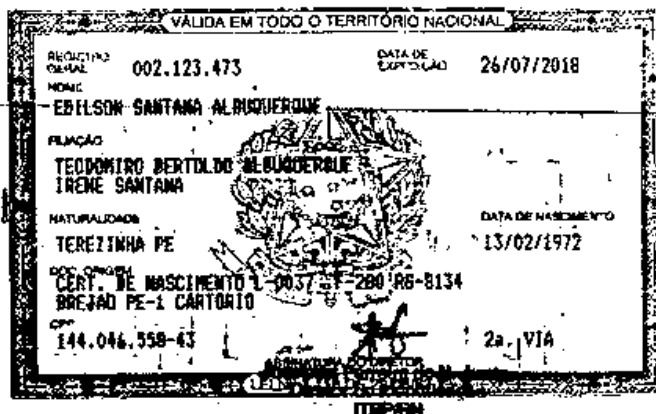
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

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.







ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DA GRANDE NATAL - DPGRAN
DEAV - Delegacia Especializada em Acidentes de Veículos

Boletim de ocorrência



Ref. Ocorrência nº 101610011483520729

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

RECEBIDO

15 MAI 2019

Boletim versando sobre: **LESÃO ACIDENTAL NO TRÂNSITO**

Seguradora Lider DPVAT

Data e Hora do Fato: 30/11/2018 às 09:35

Local do Fato: Em Via Aberta localizado(a) no(a) Rua Mira Mangue, Planalto, Natal, estado do(a) Rio Grande do Norte

COMUNICANTE

EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE, brasileiro, solteiro(a), R.G. nº 002123473 ITAP/RN, CPF: 144.046.558-43, desempregado, com 46 anos e nascido aos 13/02/1972, natural de Terexinha-PE, filho(a) de Teodomiro Bertoldo Albuquerque e de Irene Santana, residente e domiciliado(a) à(o) Rua Maranhã, 06, 14 Via Sul QA, Planalto, Natal-RN, telefone (84) 98637-5786

HISTÓRICO SEGUNDO O COMUNICANTE

O comunicante compareceu nesta unidade especializada, para informar que na data, horário e local supra, estava conduzindo a motocicleta relacionada, ocasião na qual se envolveu em um acidente de trânsito. Lesionado, foi socorrido pela SAMU para o Pronto Socorro Clovis Sarinho, conforme declaração e atendimento anexos. Nada mais disse.

VÍTIMA(S)

O COMUNICANTE

TESTEMUNHA(S)

INFRATOR(ES)

EXAMES REQUISITADOS

Nenhum

OBJETOS ENVOLVIDOS

Envolvido: 1 Unidade(s) de Veículos, do tipo MOTOCICLETA, modelo HONDA/CG 125 FAN ES, de cor PRETA, de número de série *****83258, de placa MZM3854, ano 2010/2010, de propriedade do(a) Sr(a) MARIA VALERIANO DE BRITO SILVA

Autoridade: Alzira Veiga de Medeiros

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Comunicante: *Edilson Santana Albuquerque*

CONCLUSÃO/REMESSA

Registrados os dados possíveis, seja a 1ª Via do Boletim remetido para o conhecimento do(a) delegado(a) Alzira Veiga de Medeiros na DEAV - Delegacia Especializada em Acidentes de Veículos e a 2ª via arquivada, para os devidos fins.

Natal, 7 de Fevereiro de 2019.

Raymond Rausly da Costa Cabral
Policial Civil
Matrícula: 157.374-8

AUTENTICAÇÃO
NO VERSO.

Complexo de Delegacias Especializadas - Av. Ayrton Senna, 3134 - Neópolis - Natal - RN - (84) 3232-6398/

54c51b8637447c09cca40720cc1976a34



EM BRANCO

OFÍCIO DE NOTAS Natal 5º Ofício de Notas
Av. Presidente Sarney - 556 - Aterro - CEP: 55.060-200 - Natal - RN
Fone: (84) 372-2000/3715-0711 - e-mail: oficio@oficiodenas.com.br
Página Natal de Santa Helena - Natal, RN

Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado.
Nº: (AOY00025207).
Natal: 30 de Abril de 2018 10:08

Em testemunho da verdade *[Assinatura]* dou fé.
Márcia Larissa da C. Rocha
ESCREVENTE



**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima EDILSON SANTANA ALBUQUERQUE	CPF da Vítima 144.046.558-43	Data do Acidente 30/11/2018
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Declaração de Inexistência de IML



NATAL/RN, 10 de MAIO de 2019.

Local e Data

Edilson Santana Albuquerque

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL1.001 V001/2017

