



Número: **0812887-61.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **27/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO PAULO PEREIRA DA SILVA (AUTOR)		LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60130390	16/09/2020 18:03	2751415_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	10/06/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO PAULO PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000034682-6

Nr. da Autenticação 163F62E5A8C89AC4

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190337448

Cidade: Mossoró

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOAO PAULO PEREIRA DA SILVA

Data do acidente: 19/04/2019

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS
ALIANÇA DA BAHIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA 2º E 5º PODODÁCTILO DO PÉ ESQUERDO.

Descrição do exame físico: COTOS DE AMPUTAÇÃO PARCIAL DO 2º DEDO E TOTAL DO 5º DEDO CICATRIZADOS.

Resultados terapêuticos: PERICIADO APRESENTA CONSOLIDAÇÃO COM SEQUELAS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA EM GRAU INTENSO DO 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA EM GRAU COMPLETO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 04/06/2019

Conduta mantida:

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 do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 87,5 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

**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: 3190337448
Nome do(a) Examinado(a): Joao Paulo Pereira da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Av Rio Mossoro, 104 Casa
At de Sao Manoel Mossoro RN CEP: 59625-120
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 2348090
Data local do acidente: [19/04/2019]
Data local do exame: [04/06/2019] Mossoró [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA EXPOSTA 2º E 5º PODODÁCTILO DO PÉ ESQUERDO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
**Tratamento: CIRURGIA- AMPUTAÇÃO PARCIAL DO 2º DEDO E TOTAL DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.
SEGUNDO PERIÓDIO, REALIZOU CIRURGIA NO DIA 19/04/2019, TEVE ALTA DO HOSPITAL DIA 20/04/2019.
Data da Alta: 20/04/2019**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
COTOS DE AMPUTAÇÃO PARCIAL DO 2º DEDO E TOTAL DO 5º DEDO CICATRIZADOS.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
COTOS DE AMPUTAÇÃO PARCIAL DO 2º DEDO E TOTAL DO 5º DEDO CICATRIZADOS.
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 o 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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|--|
| Região Corporal (Sequela):
2º DEDO DO PÉ - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
5º DEDO DO PÉ - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa (X) 100% completo |
|--|--|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dra. Elizabeth F. Tonello
Médica do Trabalho
CRM/RN 9707



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTO DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1565, Tiriri, CEP 59015-000
CNPJ: 06.331.362/0001-25 / INSC. ESTADUAL: 20089426-3
Atividade: 2222-4/32 / CNAE: 2222-4/32

PROTÓCOLO DE ENTREGA
Nº 115
115

COMPANHIA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS
TEMPERADO EM 23/03/2019 ÀS 08:08:18

DATA DE EMISSÃO		MÊS/ANO					
20/03/19		03/2019					
CLIENTE: JOAQUIM DA SILVA AV. RIO HOSSORO, N. 1041 ALTO S. MARCEL HOSSORO RN 59625-120							
INSCRIÇÃO	ROTA	SEQ. ROTA	QUANTIDADE DE CONSUMO				
007.014 175.000.000	3	1876	CONSUMO, CONSUMO, CONSUMO, CONSUMO				
INSTRUMENTO	SITUAÇÃO	SITUAÇÃO					
Y141898095	ÁGUA	ESGOTO					
CONSUMO ÁGUA (M³): 10		DATA LEITURA: 23/03/2019					
		LEIT. ATUAL: 314					
		LEIT. ANT.: 824					
		DIAS CONSUMO: 29					
HISTÓRICO DE CONSUMO							
REF.	CONSUMO	REF.	CONSUMO	REF.	CONSUMO	REF.	
02/2019	35	12/2018	11	28/2018	15	16	
01/2019	15	11/2018	10	09/2018	11		
DESCRIÇÃO				CONSUMO	TOTAL (R\$)		
ÁGUA							
RES. ENTR. 50 E 100% 1 UNIDADE(S)							
CONSUMO DE ÁGUA				10 M³	39,90		
ESGOTO							
70.0% DO VALOR DE ÁGUA					27,99		
JURDO DE HORA 01/2019					1,06		
TRIBUTOS				BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO	
PIS				67,98	1,65	1,12	
COFINS				67,98	7,6	5,17	
VENCIMENTO:				28/03/2019	TOTAL A PAGAR:	69,04	
ANÁLISE DE ÁGUA							
Pm. 1000 ml de água potável							
Parâmetro	Unidade	Valor	Unidade	Valor	Unidade	Valor	
Temperatura	°C	20,5	Temperatura	°C	20,5	Temperatura	°C
pH		7,7	pH		7,7	pH	
Condutividade	µS/cm	200	Condutividade	µS/cm	200	Condutividade	µS/cm
Alumínio	mg/L	0,5	Alumínio	mg/L	0,5	Alumínio	mg/L

PROTÓCOLO
RECEBIDO
22 MAI 2019
TERRA DO SOL ADM
CORRETORA DE SECO



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800-021.91.35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAMH/DOCORIGINAL.ASPX?TPQ=1&CONIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e do faturamento mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

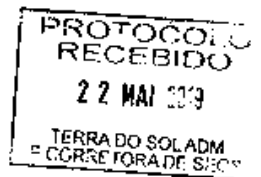
Pelo exposto, eu Bianca Pereira da Silva
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 130.737.794 / 43 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
João Paulo Pereira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 032.527.944 / 97
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima João Paulo Pereira da Silva
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 032.527.944 / 97, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recusa Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Av. Rio Monró</u>	Número: <u>104</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Alto de São Manoel</u>	Cidade: <u>Monró</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: <u>Não Possui</u>	CEP: <u>59625-120</u>	Tel. (DDD): <u>(84) 99827-0066</u>

Local e Data: Monró-RN 31/05/2019

Bianca Pereira da Silva
Assinatura do Declarante





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos telefones abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1536 / Outras regiões: 0800-022-12-04

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

Eu, Maria de Fátima Ferveira Dias,
RG nº 001260.329, data de expedição 22/11/2012
Órgão SSP-RN, portador do CPF nº 369.583.384-49,
com domicílio na cidade de Mossoró, no Estado de
Rio Grande do Norte, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua 1ª de maio, nº 23,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
João Paulo Pereira da Silva, cujo o condutor era
João Paulo Pereira da Silva
Veículo: Motorista Modelo: Honda CG 160 Start Ano: 2018/2019
Placa: AG09079/RN Chassi: 9C2KC2500KR005943
Data do Acidente: 19/04/19

Local e Data: Mossoró - RN, 13/05/2019

PROTOCOLADO
RECEBIDO

22 MAI 2019

TERRA DO SOLAAM
CORRETORA DE SEGUROS

x Maria de Fátima Ferveira Dias

Assinatura do Declarante

x João Paulo Pereira da Silva

Assinatura do Condutor

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

SEU MUNDO OFÍCIO DE NOTAS
Rua Santos Dumont, 10 - Centro
Mossoró-RN Fone: (84) 3317-4278

RECONHEÇO por autenticidade, a firma

de João Paulo
Pereira da Silva

dou fé

Mossoró(RN) 13 MAI 2019

Em Teste da da verdade

- ☐ Luzinete B. de Mendonça Fernandes - TABELA
☐ Roberto Alves C. Fernandes - SUBSTITUTO
☐ Francisco José Maximiano - SUBSTITUTO
☒ Luana Karmy Mendonça Fernandes - SUBSTITUTA



RECONHEÇO por autenticidade, a firma

de Maria de Fátima
Ferveira Dias

dou fé

Mossoró(RN) 13 MAI 2019

Em Teste da da verdade

- ☐ Luzinete B. de Mendonça Fernandes - TABELA
☐ Roberto Alves C. Fernandes - SUBSTITUTO
☐ Francisco José Maximiano - SUBSTITUTO
☒ Luana Karmy Mendonça Fernandes - SUBSTITUTA





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 46529 /2019

Admissão: 19/04/2019 16:51:54

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 38367 - JOAO PAULO PEREIRA DA SILVA (35 a 7 m 25 d)

Nascimento: 25/08/1983

Natural: MOSSORO-BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 708008361636625

CPF: 01252799497

Prof:

Mãe: ANTONIA PEREIRA MOREIRA

Pai: NAO INFORMADO

Logradouro: RIO MOSSORO, 104

CEP: 59625120

Bairro: ALTO DE SAO MANOEL

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.988447394

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: NÃO REGULADO

Origem: FAMILIA

*Empresa:

OBS:						Classificação:		PESO:	
						19/04/2019 16:44:38			
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FlO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO APRESENTA TRAUMA EM MIE COM AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA.

Hora: _____

Paciente vítima de queda de moto há cerca de 20 min, conduzido por familiar. Queixa-se do no pé. Nega alterações, comorbidades, uso de medicamentos. Em jejum há 1h. Relata consumo de álcool e uso de capacete. Sem sintomas e sinais.

A: Vias aéreas patentas, sem cervicalgia.

B: MVD simétrico bilateralmente, sem Ruídos Adv.

C: Estável hemodinamicamente. FC: 90 bpm PR: 16 imp/m.

D: Pupilas isocóricas e fotoreagentes; ECG: IS

E: 3º pododactilo com perda de substância óssea (fx exposta)

5º pododactilo. E: ferimento corto-cephalo embase e ciomare.

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:		VIA	HORÁRIO	ASSINT.
1) At 5000 UI, IM				17:30
2) Clindamicina 600mg + 100ml SF 0,9%, IV				17:30
3) Filatril 40mg + ABD, IV				17:30
Malação da Autopédia				
Radiografia de pé E AP e perf. (obliquo)				
4) Oxacilina 500mg, 2FA + 100ml de SF 0,9%, IV				17:30
agora.				
Alta da Címergra				
Sto, S 500 ml				

PROTÓCO
RECEBIDO
22 MAI 2019
TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEC

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

CID S77.7 Proc. 040805470 Data: 19/4/19. Hr: 18:01 Médico:

*Gerado via SX por KLEBER RICARDO DE FRANCA BEZERRA. Impresso em 19 de Abril de 2019.

Carimbar)

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO
ESTÁ CONFORME O ORIGIN
SAME MOSSORO 14/04/2019
BIA

SAME/ARQUIVO

Viperas de acidente de moto qual
grande fe. Exorta do 2º PO e 5º PO
do PC e com o perfume do
8º PO e aumentando caso.
justicia pe. Centro Europeu

1980-1980
VISTORADO
ORIGEM
1980-1980

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 24/07/2019
SAME / ARQUIVO

Prontuário: 207090



SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **JOAO PAULO PEREIRA DA SILVA** (Fia: 1968/2019), CPF:01252799497.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 19 de Abril de 2019.

João Paulo Pereira da Silva

Paciente ou responsável

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA - H.R.T.M.

DATA 22.04.19
Ass. Eng. VERIZ, Fernanda
Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
DE MOSSORÓ 24/04/2019

SAME / ARQUIVO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

2 - CNES

2503689

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

4 - CNES

2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOAO PAULO PEREIRA DA SILVA (8 - 1968/2019)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

207090

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

708008361636625

8 - DATA DE NASCIMENTO

25/08/1983

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fam. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

ANTONIA PEREIRA MOREIRA

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

84 988447394

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

JOAO PAULO PEREIRA DA SILVA

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

84 988447394

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RIO MOSSORO, 104 - ALTO DE SAO MANOEL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

MOSSORO

17 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

240800

18 - UF

RN

19 - CEP

59625120

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Transtorno em pescoço
causando apertação parcial do 2º dente
e total do 3º dente do pl. 1º.*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

Tratamento cirúrgico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

Sem o logão de 1º e 2º pl. 1º

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURAS MÚLTIPAS DO PÉ

24 - CID 10
PRINCIPAL

S92.7

25 - CID 10
SECUNDÁRIO

26 - CID 10
CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

408050470

29 - CLÍNICA

CIR

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

2

31 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

85775800672

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

LUIS FERNANDO CENTI NASCIMENTO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

19/04/2019

35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CBOE

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR

LIGNEY LINO DE OLIVEIRA

47 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA

ESTA CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORO 19/04/2019

49 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

980016001835565

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

SAME / ARQUIVO



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome João Paulo Pereira de Siqueira Reg. Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: Ampuiação parcial do 2º e total

Indicação terapêutica: do 5º dedo do pé Esquerdo

Regularização do coto de amputação 2º e 5º dedos
do pé Esq

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador Dr. Calvo / Dr. Diego Ariel

1ª Auxiliar: _____

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: _____

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

() Limpa () Pot. Contaminada (X) Contaminada () Infectada

① Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

② Anestesia com capno e oxigeno

③ incisão e desbridamento de tecidos

desbridados. O tecido já não é mais perfurado do 5º dedo

④ regularização do coto de amputação acurvado
do polegar médio do 2º dedo e regularização
do coto de amputação do 5º dedo (total).

⑤ sutura e curativo e enfermagem

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ESTÁ CONFORME O DEBITE

SAME MOSSORÓ 24/09/2019

SAME / ARQUIVO



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

DEBITO CIRURGICO

Nome do paciente: João Paulo Pereira da Silva N° de Pront.: _____
Cirurgia: Amputação cirúrgica em MFC Data: 19-04-2019
Cirurgião: Duque Auxiliar: Galvão Instrumentadora: _____
Anestesiologista: Jara Anestesia: Local + sed
Início da Cirurgia: 19:45 Término: 20:15

MATERIAL USADO	QUANTIDADE
* COMPRESSAS	05 unidades
* GASES	10 unidades
* ESPARADRAPO	
* COMPRESSAS	
* LÂMINA DE BISTURI N° 25	01 und.
* LUVAS 8.0	03 pares
* EQUIPO PARA SORO	
* S CALPS N°	
* JELCOS Leivos 11 Procedimento	06 Pares
* CATETER PARA SUBCLAVIA	
* SERINGAS DE 01 ML	
* SERINGAS DE 03 ML	
* SERINGAS DE 05 ML	
* SERINGAS DE 10 ML	
* SERINGAS DE 20 ML	02 und.
* AGULHAS DESCARTÁVEIS	
* Sonda ENDOTRAQUEAL N°	
* TRAQUEOSTOMO	
* Sonda URETRAL N°	
* Sonda FOLEY N°	
* Sonda NASOGÁSTRICA N°	
* CATETER PARA O2	
* Sonda PARA ASPIRAÇÃO N°	
* COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	
* BOLSA DE COLESTOMIA	
* DRENO DE PENROSE N°	
* DRENO DE TORAX N°	
* ATADURA CESSADA	
* FAIXA DE CREPOM	01 und.
* ALGODÃO ORTOPÉDICO	
* CATGUT CROMADO	
* CATGUT SIMPLES	
* FIO DE ALGODÃO	
* MONONYLON 2.0	01 unidades
* OUTROS FIOS	
* USO DO BISTURI ELÉTRICO	
* USO DE OXIGÊNIO	
* SOLUÇÃO DE PVPI ALCOÓLICA	
* SOLUÇÃO DE PVPI DEGERMANTE	100 ml
* SOLUÇÃO DE PVPI TÓPICO	
* SOLUÇÃO DE ÉTER	
* SOLUÇÃO DE ÁGUA OXIGENADA	
* SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9%	500 ml
* SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER SIMPLES	
* MANITOL Esera - PVP	03 und.
* XILOCAÍNA A 2%	
* ABD	

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO
ESTA CONFORME O ROL
DAE N° 000000 24/04/2019

SANE / ARQUIVO



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

SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA

Paciente João Paulo P. Silva Sexo M Idade 33 Prontuário N°
Estado Físico 1 2 3 4 5 EI Ur En
Diagnóstico Pré-Operatório fratura exposta de Cirurgia Proposta ttt cirurgico
Diagnóstico Pós-Operatório 2º e 3º P. Essg. Cirurgia Realizada em uniao
Cirurgião Diego Auxiliares
Anestesiologia Local Enfermeira

HISTÓRIA CLÍNICA
D. Neurológica ☐ Convulsão ☐ D. Respiratória ☐ Fumo ☐
Alergias ☐ D. Cardíaca ☐ Hipertensão ☐ D. Hepática ☐ D. Renal ☐
Diabetes ☐ Alcoolismo ☐ Câncer ☐ Sangramentos ☐ Medicamentos ☐
Uso de Drogas ☐ Cirurgia ☐ Prévias ☐ Transf. Sanguínea Prévia ☐ Anestesia Prévia ☐
Local ☐ Bloqueio Espinhal ☐ Plexo Braquial ☐ Geral ☐

Outros dados
EXAME FÍSICO Peso (Kg) 80 Temperatura (°C) 36,6 Pressão Arterial (mmHg) 140 X 90
Estatura (cm) Frequência Respiratória (IPM) Frequência cardíaca 97
Broncoespasmo ☐ Sopro Cardíaco ☐ Arritmias ☐ Velas Acessíveis ☐
Permeabilidade Vias Aéreas ☐ Coluna c/ Deformidades ☐ Local punção intectado ☐ Prótese ☐
Cor Corado ☐ Pálido ☐ Ictérico ☐ Cianótico ☐
Paresias ☐ Paralisias ☐ Área Queimada ☐ Gestação ☐
Meses. Outros Dados

EXAME LABORATORIAIS Classificação ABO e Rh ☐ Leucograma ☐ Hematócrito ☐
ECG ☐ Risco Cirúrgico ☐ Rx Tórax ☐ TGO ☐ Uréia ☐
Creatinina ☐ Bilirrubinas ☐ Fosfatase Alcalina ☐ Amilase ☐ Proteínas ☐
Glicemia ☐ Ultrassonografia ☐ Tomografia ☐ Cateterismo cardíaco ☐

Valores Alterados ou relevantes/Outros Exames

Pré-Anestésico Efeito Satisfatório ☐ Regular ☐ Nenhum ☐
Técnica Anestésica indicada Local + Sedação
Outros Comentários importantes

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

HORA E DATA DE ADMISSÃO

HORA E DATA DE SAÍDA

Atividade									
Respiração									
Circulação									
Consciência									
Cor									

ATIVIDADE	RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO	CONSCIÊNCIA	COR
s/ mov. membros	Apnéia, obstrução	P. A. Variando + 50%	Não responde	Cianótico
mov. 02 membros	Dispneia, obst. Par.	P. A. Var. 20-50%	Responde a Chamadas	Pálido, Ictérico
mov. 04 membros	Respira bem, tosse	P. A. Estável + 20%	Acordado	Corado

COMPLICAÇÕES

Laringoespasmo ☐ Cianose ☐ Náuseas ☐ Vômitos ☐ Ret. Urinária ☐ Hipertensão ☐
Hipertensão ☐ Arritmias ☐ Dor ☐ Dif. respiratório ☐ Sangramento ☐ Cefaléia ☐
Parada cardíaca ☐ Óbito ☐ Outros ☐

Alta da sala de recuperação

Para enfermaria ☐ Alta Hospitalar ☐ Transferência ☐ UTI ☐ Óbito ☐

Anestesiologista

RESUMO

Paciente Idade Estado Físico
História D. Atual
Cirurgia Cirurgião
Anestesia Anestesiologista

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORO 14.04.2019

SANE / ARQUIVO

Data 11/04/2011 Anestesiologista LANA

TÉCNICA ANESTÉSICA

Geral ☐ Raqui-anestesia ☐ Peridural ☐ Pelco Braquial ☐ Bler ☐ Local ☒ Nervo Periférico ☐
 Outra Seda

Geral Endovenosa ☐ Inalatória ☐ Balanceada ☐ Associada a Bloqueio ☐ Bloqueio Espinal ☐

Catéter ☐ Nível de Punção ☐ Agulha n° ☐ Posição ☐ Nível de Bloqueio ☐

Bloqueio P. Braquial Interscalênico ☐ Axillar ☐ Kulemkampf ☐ Lado DIE

Bier/Bloqueio N. Periférico

Sistema de Anestesia Circular ☐ Bain ☐ Baraka ☐ Rubem ☐ Outro

Intubação Fácil ☐ Difícil ☐ Sonda n° ☐ Orotraqueal ☐ Nasotraqueal ☐ Fluxo sob máscara ☐

Traqueostomia ☐ Outro

Ventilação Controlada ☐ Assistida ☐ Espontânea ☒ Manual ☐ Ventilação Mecânica ☐

Volume corrente (ml) ☐ Ciclos por minuto ☐

Outras anotações importantes

	Anestesia	Cirurgia
Final	20:15	20:15
Início	19:45	19:50
Total	30	25

Oxigênio	- 92/22
N ₂ O	- 22/22
Hipnótico	
Narcótico	
Rel. Muscular	
Anest. Local	
Atropina	
Prostigma	
Hidratação	
Sangue	

Anestesia	200
X	180
Cirurgia	160
O	140
Pulso	120
Respiração	100
O	80
P. A. Sist. V	60
P. A. Diast.	40
Garrote G	20

Temperatura

Posição DDH ☒ DVH ☐ DLE ☐ LITOMIA ☐ Renal ☐ Sentado ☐

Monitores P. A. ☒ Estetoscópio ☐ ECG ☐ Est. Nervo Periférico ☐

Oxímetro ☒ PVC ☐ PAM ☐ Outros

Sangramento (mls) ☐ Diurese (mls) ☐

Complicações Hipotensão ☐ Choque ☐ Hipertensão ☐ Náuseas ☐

Vômitos ☐ Convulsão ☐ Laringoespasmo ☐ Laringoespasmo ☐ Oligúria ☐

Hipoxemia ☐ Cianose ☐ Arritmias ☐ Descónexões do Sistema ☐

Parada Cardíaca ☐ Óbito ☐ Outros

Extubação Em Plano ☐ c/ reflexo ☐ Acordado ☐

Total do Soro 1000 mls Total do Sangue ☐ mls

Encaminhamento SRPA ☒ UTI ☐ Alta ☐ Transferência ☐ Óbito ☐

Hora - Agente - Dose

1. Seda 20:15
 2. Seda 20:15
 3. Seda 20:15
 4. Seda 20:15
 5. Seda 20:15
 6. Seda 20:15

Outras Informações

Anestesiologista CRM 131743



CONTROLE E REGISTRO DOS MATERIAIS ESTERILIZADOS E
UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente:	João Paulo Pereira da Silva	Registro:	
Data de nasc.:	26/08/1983	Sexo:	() F (X) M
Nome da Mãe:	Antônia Pereira Moreira		
Data da Cirurgia:	19/04/2019		
Cirurgião:	Limpeza urinária em UT	Cirurgião:	Dr. [Assinatura]
Instrumentador:		Circulante:	[Assinatura]

CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO		
MATERIAL: [Assinatura]		
RESP. PREPARO:	DATA: 19/04/19	
DATA DE ESTERILIZAÇÃO:	Nº DO LOTE: 0445 NA	
ESTERILIZAÇÃO VÁLIDA ENQUANTO A EMBALAGEM PERMANECER ÍNTEGRA, SECA E ARMAZENADA EM CONDIÇÕES ADEQUADAS.		
DATA DO USO:	HORA:	S.O.:
CIRURGIÃO:	CIR:	

INTEGRADOR
(NÃO SEPARAR)

Colar controles aqui

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
EM Mossoró 24/04/2019

CAME / ARQUIVO



DATA: 20/04/2019

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: JOAO PAULO PEREIRA DA SILVA 35 ANOS
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 215-1
DATA DA ADMISSÃO: 19/04/19 MOSSORO-RN CODIGO: 38367

DATA	EVOLUÇÃO
	2 DIH : FX EXPOSTA + AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE 2º E 5º PODODACTILOS ESQUERDO. QP: SEM QUEIXAS EP: BEG, COTR, AAA. NORMOCORADO E HIDRATADO. NEUROVASCULAR PRESERVADO ACV: RCR, 2T. SEM SOPRO. DNF AR: MV + EM AMBOS OS HEMITORAX. SRA ABDOM: ATÍPICO, FLACIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO. RHA. PRE-OP SOLICITO RISCO CIRÚRGICO* SISREG*

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA VO LIVRE	
2	SF 0,9% 1500ML EV PARA 24 HORAS	1º 2º 3º
3	TILATIL 40MG EV 1XDIA	10
4	DIPIRONA 1G + ABD 6/6 HORAS	16-22-04-10
5	OMEPRAZOL 40MG VO EM JEJUM 1XDIA	00
6 DO	CLINDAMICINA 600MG DILUIDO EV 6/6 HORAS	16-22-04-10
7	ALTA MÉDICA	

Dr. Joao Paulo M. de Oliveira
ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 5428

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 24/04/2019
SANE / ARQUIVO

Vítima

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
JOAO PAULO PEREIRA DA SILVA

TÍTULO DE IDENTIDADE / (GR. EMISSOR) UF
2348090- ITEP RN

CPF
012.517.994-97

DATA NASCIMENTO
26/08/1983

FRACÇÃO
NADA CONSTA

ANTONIA PEREIRA MOREIRA

PERMISSÃO
06711807997

VALIDADE
07/12/2020

1ª HABilitação
29/09/2016

OBSERVAÇÕES
A
MAR

ASSINATURA DO PORTADOR
LOCAL: MOSSORÓ, RN DATA EMISSÃO: 09/10/2017

Assinatura
Leticia Maria Galvão Gomes
Coordenadora do Registro de Condutoras
00757515271
RN702712891

REPUBLICA DO NORTE

PROIBIDO PLASTIFICAR
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1484806822

**PROTOCOLO
RECEBIDO
22 MAI 2019
TERRA DO SOL ADM
CORRETORA DE SEC**

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - RN

Nº 013832018734

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA	COD RENAVAM	HNTRC	EXERCICIO
1	01170976589	*****	2018

NOME
MARIA DE FATIMA FERREIRA DIAS

CPE/CNPJ	PLACA
969.581.384-49	QG09079

PLACA ANT/UF	CHASSI
QG09079/RN	9C2KC2500KR005943

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA / NAO APLICAVE	GASOLINA

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/CG 160 START	2018	2019

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
OCV/162 CILINDRADAS	PARTICULAR	VERMELHA

COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC/COTAS
R\$ 0.00	05/12/2018	1º PAGO
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO/COTAS	2º PAGO
002898-3X	R\$ *****	3º PAGO

PRÊMIO TARIFARIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*** TAXAS DETRAN: PAGO ***		DPVAT: PAGO	

OBSERVAÇÕES
ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 03.634.220/0001-65 BANCO HONDA S/A MOTOR: 9C2SE06X005974

PROTOCOLO RECEBIDO
22 MAI 13
TERRA DO SOL ADM CORRETORA DE SEC

MOSSORO/RN	DATA
	08/11/2018

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:		João Paulo Pereira da Silva	
NACIONALIDADE:	ESTADO CIVIL:	BRASILEIRO Solteiro	
PROFISSÃO:	Servente		
IDENTIDADE:	CPF:	002.348.090 032.527.994-97	
ENDEREÇO:			
Av. Rio Motoco Nº 104 Alto São Manoel			

OUTORGADO

NOME:		Bianca Pereira da Silva	
NACIONALIDADE:	ESTADO CIVIL:	BRASILEIRA Solteira	
PROFISSÃO:	Dolce		
IDENTIDADE:	CPF:	003.301.482 110.717.794-43	
ENDEREÇO:			
Av. Rio Motoco Nº 104 Alto São Manoel			

NOME DA VÍTIMA: João Paulo Pereira da Silva

DATA DO ACIDENTE: 19/04/19 COBERTURA: Invalidez

Peio presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

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



Monte - RJ 34/05/19
LOCAL E DATA



ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)





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, 24 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190337448

Vítima: JOAO PAULO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO PAULO PEREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

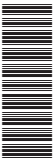
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14355458

Pag. 01555/01556 - carta_01 - INVALIDEZ

00020778





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: 3190337448 **Vítima: JOAO PAULO PEREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: 19/04/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00547/00548 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14391122



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, 16 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190337448

Vítima: JOAO PAULO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO PAULO PEREIRA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau intenso 87.5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (87.5% de 10%) 8,75%

Valor a indenizar: 8,75% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JOAO PAULO PEREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000560

Conta: 0000034682-6

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 032.527.994-97 Nome completo da vítima: João Paulo Pereira da Silva

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

Nome completo: João Paulo Pereira da Silva

Profissão: Servente Endereço: Av Rio Morroto

Bairro: Alto de São Manoel Cidade: Morroto Estado: RW

E-mail: João Paulo Nº do CPF: 032.527.994-97

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

RECEBIMENTO DE RENDAS: ☒ RENDAS RENDAS ☐ SEM RENDAS

FAIXA DE RENDAS: ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPEANCA ☐ CONTA CORRENTE

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 34682

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impedido 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 (assinale 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 a avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

Data do óbito da vítima: _____

Grad. 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha pais/avós vivos, informar quantos: _____

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas aos beneficiários que se apresentarem e proverem responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): João Paulo Pereira da Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS: 1º Nome: _____ 2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

Assinatura do Procurador (se houver): _____

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

Assinatura do Procurador (se houver): _____

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____



AUTO-ATENDIMENTO - AG TERRA DO SAL RN
DATA: 15/05/2019 HORA: 14:29:48
TERMINAL: 30641017 CONTROLE: 306410170527

DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0560 013.00034602-B
NOME: JOAO PAULO PEREIRA SILVA
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 3.000

TELEFONE DEPOSITANTE: 04 89827-0066

NÚMERO DO ENVELOPE: 34920003

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012335/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/05/2019 08:02 Data/Hora Fim: 03/05/2019 08:39
Delegado de Polícia: Valtair Camilo de Paiva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró
Data/Hora do Fato: 19/04/2019 16:30

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)

Bairro: Alto da Conceição

Ponto de Referência: próximo a drogaria Torquato
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOÃO PAULO PEREIRA DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Mossoró Sexo: Masculino Naso: 25/08/1983
Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Antonia Pereira Moreira

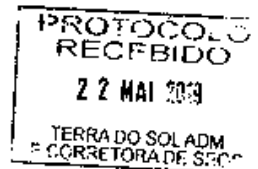
Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 012.527.994-97

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: Avenida Rio Mossoró
Complemento: próximo a Igreja
Bairro: Alto de São Manoel
Telefone: (84) 98891-8802 (Celular)

Nº: 104



Nome Civil: DESCONHECIDO 1, CONDUTOR DO VEICULO CAMINHONETE AMAROK DE COR CINZA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Mossoró - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 969.581.384-49	Placa QG09079
Renavam 01170976589	Número do Motor KC25EDK005974
Número do Chassi 9C2KC2500KR005943	Ano/Modelo Fabricação 2019/2018
Cor VERMELHA	UF Veículo Rio Grande do Norte



Delegado de Polícia Civil: Valtair Camilo de Paiva
Impresso por: Cid Ney Fernandes Catís
Data de Impressão: 03/05/2019 08:45
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

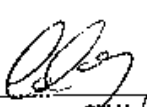
Nº: 012335/2019

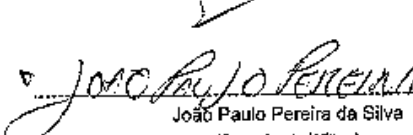
Município Veículo Mossoró	Marca/Modelo HONDA/CG 160 START
Modelo HONDA/CG 160 START	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 08/11/2018	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
João Paulo Pereira da Silva	Exibidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante informa que na data, hora e local supra, conduzia a motocicleta já citada, trafegando no sentido Bairro Alto de São Manoel/Boa Vista, quando ao fazer uma ultrapassagem, veio a colidir em um carro tipo Amaroq que seguia no sentido contrário da via. Que logo após o acidente a vítima foi socorrida por um amigo para o HRTM, apresentando lesões no pé esquerdo. Que o registro do B.O. é para fins de DPVAT.

ASSINATURAS


Cid Ney F. Celis
Agente de Polícia Civil
Mat. 108.172-1
Cid Ney Fernandes Celis
Responsável pelo Atendimento


João Paulo Pereira da Silva
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima assinadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos artigos 309-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa da Crime ou de Contribuição do Código Penal Brasileiro."



Delegado da Polícia Civil: Valtair Camilo da Silva
Impresso por: Cid Ney Fernandes Celis
Data de Impressão: 03/05/2019 08:45
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

IP do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

032.527.994-97

Nome completo da vítima:

João Paulo Pereira da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SISEP Nº 425/2012

Nome completo:

João Paulo Pereira da Silva

Profissão:

Servente

Endereço:

Av. Rio Morro

Bairro:

Alto de São Manoel

Cidade:

Morroio

Estado:

RN

CPF:

032.527.994-97

Número:

304

Complemento:

Casa

E-mail:

Não Possui

CEP:

59625-120

Tel(DDD):

(84) 99827-0066

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

RENDIMENTO:

☒ RECEIO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUANÇA

(Somente para os tipos de conta. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Banco do Brasil (002)

☐ Itaú (343)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todas as opções)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0560

(Informe o dígito de agência)

CONTA:

34682

(Informe o dígito de conta)

AGÊNCIA:

(Informe o dígito de agência)

CONTA:

(Informe o dígito de conta)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, 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 (assinatar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atenda 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 a avaliação médica às costas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

Gráu 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 tenha filhos, informar quantos:

Vítima deixou pais/avós-vivos? ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou pais/avós-vivos, informar o nome completo:

Declaro, em nome da Seguradora Lider, que caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem responsabilidade criminal por infração do artigo 239 do Código Penal.

Local e Data:

Morroio/RN 14/05/19

Nome:

João Paulo Pereira da Silva

CPF:

032.527.994-97

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

PROTOCOLO

RECEBIDO

22 MAI 2019

TERRA DE S. ADM.

SECRETARIA DE S. C.

Assinatura

(*) 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 inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 46529 /2019

Admissão: 19/04/2019 16:51:54

OK

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 38367 - JOAO PAULO PEREIRA DA SILVA (35 a 7 m 25 d)

Nascimento: 25/08/1983

Natural: MOSSORO-BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 708008361836625

CPF: 01252799497

Prof:

Mãe: ANTONIA PEREIRA MOREIRA

Pai: NAO INFORMADO

Logradouro: RIO MOSSORO, 104

CEP: 59625120

Bairro: ALTO DE SAO MANOEL

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.988447394

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: NÃO REGULADO

Origem: FAMILIA

*Empresa:

OBS:

Classificação:

PESO:

19/04/2019 16:44:38

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTORIA - EXAME FISICO

Queixas: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO APRESENTA TRAUMA EM MIE COM AMPUTACAO TRAUMATICA.

Hora: _____

Paciente vítima de queda de moto há cerca de 10 min, conduzido por familiares. Queixa-se do um pé. Nega alérgias, comorbidades, uso de medicamentos. Em jejum há 1h. Relata consumo de álcool e uso de capacet. Sem vômitos e sangue. A: Vias aéreas permeáveis, sem cervicodolgia. B: MW simétrica bilateralmente, sem Ruído AdV. C: Estável hemodinamicamente FC: 90 bpm FR: 16 irpm. D: Pupilas isocóricas e fotoreagentes; ECG: IS. E: 3º pododactilo E com perda de substância óssea (fx exposta) 5º pododactilo: E: ferimento corto-coposo em base e Ciomore.

Diagn. inicial:

PRESCRIÇÃO:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORARIO	ASSINT.
1) Paracetamol 500mg, IM			17:30
2) Clindamicina 600mg + 100ml ST 0,9%, IV			17:30
3) Tilatil 40mg + ADJ, IV			17:30
Avaliação da Artropatia			
Radiografia de pé E AP e perfil obliqua			
4) Oxacilina 500mg, 2FX + 100ml de ST 0,9%, IV agora			17:30
Alta da Cirurgia			
Stc, 9 500 ml			

PROTÓCOLO RECEBIDO
22 MAI 2019
TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE S/C

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preenchido pelo Médico)

CID 892.7 Proc. 0408456970 Data: 19/4/19. Hr: 18:01 Médico:

*Gerado via SX por KLEBER RICARDO DE FRANCA BEZERRA. Impresso em 19 de Abril de 2019. Carimbar

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 19/04/2019
81M
SAME/ARQUIVO

Vipens de acidente do auto anual
 apresenta fe Exports do 2º PD e 5º PD
 do pe @ em 1 perfume do
 5º PD @ aumentando emw.
 fusão pe centia enopis

ESSE-1980
 ORTOPEDIA
 1980-1980

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORÓ 24/07/2019
 SAME / ARQUIVO