



Número: **0800477-03.2020.8.20.5160**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Upanema**

Última distribuição : **31/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.787,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DANIEL DANILO MENDONCA DA SILVA (AUTOR)		LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60536711	24/09/2020 07:13	2752661_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: 09/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.712,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL DANILO MENDONCA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01021-9

CONTA: 000000024499-6

Nr. da Autenticação 0DA318878F6BA2C1



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200206410 **Cidade:** Upanema **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL DANILO MENDONCA DA SILVA **Data do acidente:** 26/02/2020 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.
TRAUMA CORTO-CONTUSO DE HÁLUX DE PÉ ESQUERDO (AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS-TÍBIA / AMPUTAÇÃO DE HÁLUX DE PÉ ESQUERDO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E DÉFICIT ANATÔMICO DE HÁLUX DE PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E PERDA ANATÔMICA DE HÁLUX DE PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: DOCUMENTO MÉDICO ACOSTADO NA PÁG. 11 NÃO PERTECE A VÍTIMA - DESCONSIDERADA DA ANÁLISE.
PÁG. 7/16_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200206410 **Cidade:** Upanema **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL DANILO MENDONCA DA SILVA **Data do acidente:** 26/02/2020 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.
TRAUMA CORTO-CONTUSO DE HÁLUX DE PÉ ESQUERDO (AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS-TÍBIA / AMPUTAÇÃO DE HÁLUX DE PÉ ESQUERDO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E DÉFICIT ANATÔMICO DE HÁLUX DE PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E PERDA ANATÔMICA DE HÁLUX DE PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: DOCUMENTO MÉDICO ACOSTADO NA PÁG. 11 NÃO PERTECE A VÍTIMA - DESCONSIDERADA DA ANÁLISE.
PÁG. 7/16_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50



Sistema Ministério
SUS único de da
Saúde Saúde

LAUD

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO ERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

2 - CNES
2503689

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXCUTANTE
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

4 - CNES
2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
DANIEL DANILO MENDONCA DA SILVA (8 - 989/2020)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
212198

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
700708948984178

8 - DATA DE NASCIMENTO
28/02/1999

9 - SEXO
Masculino ☒ Feminino ☐

10 - RAÇA/COR
PARDOS

11 - NOME DA MÃE
MARIA SUELY MENDONCA DA SILVA

12 - NOME DO RESPONSÁVEL
DANIEL DANILO MENDONCA DA SILVA

13 - ENDEREÇO (RUA Nº, BAIRRO)
PA PALHEIROS, 10 / - UPA NEMA

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
UPANEMA

15 - CEP
241460

16 - UF
RN

17 - CEP
59670000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

fratura unilateral do antebraço direito - 9 dias de fratura
aberta, fratura do ulna e rádio, no terço médio.
(R) - Fratura da ulna e rádio - Fratura da ulna e rádio.

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

Microscopia da urina

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

RX + exame clínico

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DO ULNAX + fratura do rádio

PROCEDIMENTO SOLICITADO

22 - TIPO DE PROCEDIMENTO SOLICITADO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS PODOACTILOS

23 - NOME DO CIRURGIÃO
CIR 2

24 - NOME DO SOLICITANTE ASSISTENTE
TUPINAMBA CALDAS LEONARDO NOGUEIRA

25 - DATA DA SOLICITAÇÃO
26/02/2020

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
39 - () OUTRO
40 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
41 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
42 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
43 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
44 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
45 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
46 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
47 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
48 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
49 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
50 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
51 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
52 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
53 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
54 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
55 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
56 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
57 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
58 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
59 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
60 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
61 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
62 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
63 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
64 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
65 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
66 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
67 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
68 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
69 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
70 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
71 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
72 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
73 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
74 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
75 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
76 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
77 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
78 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
79 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
80 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
81 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
82 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
83 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
84 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
85 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
86 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
87 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
88 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
89 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
90 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
91 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
92 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
93 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
94 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
95 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
96 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
97 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
98 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
99 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
100 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

AUTORIZAÇÃO

6 - NOME DO CEF/OP AUTORIZADOR
LIGINEY LINO DE OLIVEIRA

7 - DOCUMENTO
CNS 980016001835565

8 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

9 - ASSIN. E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

10 - NOME DO HOSPITAL
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ

SAME / ARQUIVO



Dr. João Carlos de S. P.

Prezante, Vimos de bastante importância, com
grande interesse em obter pareceres e
depoimentos de Vossa Excelência.

Dr. João Carlos de S. P.
Ortopedista
CRM- 4637

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSBRO

SAME / ARQUIVO



Prontuário: 212198



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 **DANIEL DANILO MENDONÇA DA SILVA** (Fia: 989/2020), CPF:71030130477.

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, 26 de Fevereiro de 2020.

Paciente ou responsável

NÚCLEO DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA - HRTM

DATA 10/03/2020

Assinatura

CCIH - HRTM

DATA 11/03/2020

Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ

SAME / ARQUIVO



05/03/2020

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TURBESIO MAIA
EXAMINAÇÃO E PREVENÇÃO MÉDICA

[illegible]

	PARACETOL	HYDRO
1	100MG PARA - TRUCCA	
2	SPR 100 MG EV PARA 24 HORAS	
3	CEFALOTINA 1G - 100 ML ABD - EV 6/6 H	
4	DIURITICA 200 + 8 MG DE ABD - EV 6/6 H, 10	
5	TRAMADOL - 100MG - 100ML SIG - EV 8/8 HORAS EK	
6	ANTI PRIZO CLABE 4000 PELA - MANHA	
7		
8	CORTICOIDE 10	
9	POSD + SALT	

Dr. Papinichas Carlos L. Negrete
Ortopedista
C.A.M. 4017

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO V. PA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
NAME MOSSORÓ 11/12/2009
NAME / ARQUIVO





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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome: Carla de Fátima Henriques da Silva Reg Nº: _____

Diagnóstico pré-operatório: Fratura exposta do fêmur - tibia
Indicação terapêutica: Reposicionamento da fratura + fixação interna
com placa

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____
Operador: Dr. Tuburubus Nogueira
1ª Auxiliar: Dr. Gabriel
2ª Auxiliar: _____
3ª Auxiliar: _____
Instrumentador: _____
Anestesista: Dr. Roberto Roberto

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 (x) Pot. Contaminada () Contaminada () Infectada
Paciente em posição supina - Sob anestesia. Limpa a pele;
Realizada a incisão e a fratura exposta e após a limpeza operatória
Realizada a redução da fratura e a fixação com placa e parafusos
Realizada a fixação da fratura com placa e parafusos
Realizada a sutura da pele e do tendão do músculo
Realizada a sutura da pele e do tendão do músculo

Carla de Fátima Henriques da Silva
Ortopedista
CRM 4017

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EXCOPIA FOTOGRAFADA ORIGINAL
SOMENTE PARA ARQUIVO

PARTE ARQUIVADA





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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Renato Paulo Mendonça de Sousa Reg Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: Infecção urinária aguda, febre, dor na região
Indicação terapêutica: Exatização da infecção - drenagem urinária
gravação

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador: Dr. Tarcísio Maia

1ª Auxiliar: Dr. Augusto

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: Dr. Tarcísio Maia

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 (X) Pot. Contaminada () Contaminada () Infectada
Exatização da infecção urinária - drenagem urinária - limpeza da
região da incisão - drenagem urinária - limpeza da
região da incisão - drenagem urinária - limpeza da
região da incisão - drenagem urinária - limpeza da
região da incisão - drenagem urinária - limpeza da
região da incisão - drenagem urinária - limpeza da
região da incisão - drenagem urinária - limpeza da
região da incisão - drenagem urinária - limpeza da

Tarcísio Maia
Ortopedista
CRM-4017

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
CONFORME O ORIGINAL
S. CARLOS MOSSORÓ
SAME / ARQUIVO



Processo nº 20092407130149000000058082772
Data: 24/09/2020 07:13:01
Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva
Número do documento: 20092407130149000000058082772

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva
Número do documento: 20092407130149000000058082772

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva
Número do documento: 20092407130149000000058082772

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva
Número do documento: 20092407130149000000058082772

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva
Número do documento: 20092407130149000000058082772

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva
Número do documento: 20092407130149000000058082772

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva
Número do documento: 20092407130149000000058082772





PREFEITURA MUNICIPAL DE UPANEMA
SECRETARIA DA SAÚDE

ESF _____



M. Daniel D. M. da Silva
RECEITUÁRIO

ESF _____

As HPTM:

Paciente, 20 anos, vítima de trauma por queda, apresentando fratura exposta de fêmur E. Exame pl/oculário e radiol. ortopédica - pte. valto em 2/2020.

Médico(a)

26/02/2020

M. Daniel D. M. da Silva
Dr. Mario Marcos A. da Silva
MÉDICO
CRM 1076

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME 8033080

SAME / ARQUIVO





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 1830 /2020

Admissão: 26/01/2020 16:01:38



ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: **56591 - JOSE AURELIANO FILHO** (64 a 9 m 27 d)

Nascimento: 30/03/1955

Natural: AUGUSTO SEVERO BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 700000056934208

CPF: 02039049401

Prof:

Mãe: FRANCISCA EMILIA BEZERRA

Pai: JOSE AURELIANO BEZERRA

Esgadouro: PALHEIRO III, O

CEP: 59670000

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: UPANEMA

Telefone: 84 99354474

Compl:

Motivo: (Relatado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

Empresa:

OBS: UPANEMA - REGULADO COM DR IGOR

Classificação:

PESO:

26/01/2020 15:58:26

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: TRAUMA EM MID, APRESENTANDO DOR E EDEMA NO LOCAL

Hora: _____

ANTE VISITA DE CUIDADO DE ACQUILINO

WILLIAM DE C

TR: DOR A PALPAC E EDEMA BRUNO-ROSA

RX: FX FRATILLOLA M MID

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
Foto feita no Tomógrafo			
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ			
SAME / ARQUIVO			

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

CID

Proc.

Data: 26/01/20. Hr:

Médico:

*Gerado via SX por JUREIDE DE BRITO ALMEIDA impresso em 26 de Janeiro de 2020

(Assinar e Carimbar)



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 24/09/2020 07:13:01

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092407130149000000058082772

Número do documento: 20092407130149000000058082772



CARDIOPULMONAR E C.A.
HOSPITAL WILSON ROSADO

PEDRO VELHO, CEO
LAURO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-000
CNPJ: 05.650.304/0001-50

WILSON ROSADO

Agendamento	1226887
Data	03/03/2020
Hora	8:47

BOLETIM DE ADMISSÃO

Nº A/H
CRISTINA

453745 - DANIEL DANILO MENDONÇA DA SILVA

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - 28/02/1999 - 21 A, 5 D CPF: 710.801.804-77 RG: 063816518

CNS: 700730948984178 Convênio: SUS

Leito: 203-01 Enfermaria: 704 - AP 203

Endereço: FALCÃO, Nº 134 - CEP: 59070-000 Bairro: ZONA RURAL

Cidade: Cód. 2414609 - UPA/UF/RN Profissão: Especialidade: ORTOPEDIA CIRURGICA

Rua: JAMAO FAUSTO DA SILVA Mãe: MARIA SUELY MENDONÇA DA SILVA

Naturalidade: L. PANEMA Caracter de Atendimento: ELETIVO

Responsável: DANIEL DANILO MENDONÇA DA SILVA

Procedimento Solicitado: 0403030500-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TIB - 5822 - FRAT DA DIÁFISE DA TIBIA

Diagnóstico Definitivo: Acompanhamento: Médico: 6439 - EDUARDO CORREIA LIMA RODRIGUES MEDEIROS

Cirurgia:
Data: 30/12/1999
Localização:
Sítio:

HOSPITAL WILSON ROSADO
Convênio:
Com 03 Refeições
Sem Refeições
Acompanhamento

Resultado

<input type="checkbox"/>	Curado	<input type="checkbox"/>	Removido	<input type="checkbox"/>	48 Horas
<input type="checkbox"/>	Melhorado	<input type="checkbox"/>	Feito	<input type="checkbox"/>	48 Horas
<input type="checkbox"/>	Inalterado	<input type="checkbox"/>	Evitado	<input type="checkbox"/>	Outro
<input type="checkbox"/>	Piorado	<input type="checkbox"/>	Indeterminado		

Transferido:

História Clínica

Diagnóstico Provável

RESPONSÁVEL

EDUARDO CORREIA LIMA RODRIGUES MEDEIROS



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 24/09/2020 07:13:01

<https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092407130149000000058082772>

Número do documento: 20092407130149000000058082772

Num. 60536711 - Pág. 15



HOSPITAL
WILSON ROSADO

Paciente: Daniel Danilo Machado de S.
Idade: 71 Data: 05/09/20
Convênio: W3

Relatório de Cirurgia

1. Cirurgia Principal: Colostomia Total Trans Verso Retal
2. Cirurgia Secundária: _____
3. Cirurgião: Dr. Valdemir S. Oliveira CRM: 8187
1ª Auxiliar: Dr. Valdemir S. Oliveira CRM: 6931
2ª Auxiliar: _____ CRM: _____
Enfermeira: Valdemir S. Oliveira COREN: Valdemir S. Oliveira
4. Anestesiologista: Dr. Valdemir S. Oliveira CRM: 5000
5. Instrumentador: Dr. Valdemir S. Oliveira COREN: _____

6. Tecido removido: ☒ Não ☐ Sim Especificar: _____

7. Análise Patológica: ☒ Não ☐ Sim

8. Classificação da Cirurgia: ☐ Maligno ☐ Benigno Dr. _____

9. Classificação da Cirurgia: ☒ Limpa ☐ Potencialmente contaminada

☐ Contaminada ☐ Infectada

10. Contaminação intra-operatória: ☐ Não ☐ Sim

11. Triagem: ☐ Eletiva ☒ Urgência ☐ Emergência

12. Triagem: ☐ Não ☒ Sim Data: 05/09/20 Hora: _____

13. Infecção atual em outro Sistema: ☒ Não ☐ Sim Tipo: _____

14. Drenos: ☐ Não ☐ Sim Tipo: _____

15. Prótese(s): ☐ Não ☐ Sim Tipo: _____

16. Descrição do procedimento cirúrgico no verso

Assinatura Cirurgião: _____ CRM: _____
Data: 05/09/20
Para anestesia local informar: _____
Hora do início do procedimento: 13 Hora do término do procedimento: 14





Clínica de Anestesiologia de Mossoró Ltda.

FICHA DE ANESTESIA

NOME						DATA	
SERVIÇO		ANESTESISTA		CIRURGIÃO			
IDADE	SEXO	COR	PR. ART.	PULSO	TEMP.	ESTADO FÍSICO	PRÉ-ANESTÉSICO
DIAGNOSTICO							

OPERAÇÃO REALIZADA

INICIO	TERMINO	DURAÇÃO	ROTINA	EMERGÊNCIA	EXTRA
--------	---------	---------	--------	------------	-------

SpO₂

ETCO₂

HORA	CODIGO	OBSERVAÇÕES
A	ANESTESIA X 220	
G	OPERAÇÃO X 200	
E	INTUBAÇÃO X 180	
N	ENGOTRACUEPL 180	
T	PREC. SISTOL. V 140	
E	PREC. DISTOL. A 120	
S	PULSO. 100	
	80	
	60	
	40	
	20	
	0	
	RESPIR. ASIST. -RA	
	RESPIR. EXPONT. -RE	
	RESPIR. CONTR. -RC	
	POSICÃO	

TÉCNICA ANEST. GERAL: () INALATÓRIA: () ENDOVENOSA: () BALANCEADA: () SEDIAÇÃO: ()
ANEST. REGIONAL: () RAQUIDIANA: () PERIDURAL: () OUTROS: ()

AGENTES EMPREGADOS

ACORDADO	SALA DE RECUPERAÇÃO	CONDIÇÕES	ORBITO
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	





CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
PEDRO VELHO, 250 - SANTO ANTONIO
59611-010, MOSSORO/RN
CNPJ: 35.650.324/0001-50
TELEFONE: (84) 3318-9000

Pág.: 1/1

ACIENTE: 1226087-DANIEL DANILO MENDONCA DA SILVA

IDADE: 21 A, 5 D

SUS

UF: RN

LEITO: 203-01

ADMISSÃO: 05/03/2020

PRESCRIÇÃO MÉDICA

15/03/2020 - 14:23:36

DIETA BRANDA / LEVE

SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500 ML	1,00 FR	IV	06/06H		
DIPIRONA 500MG/ML 2ML	1,00 AMP	IV	06/06H		
FRAMAL 50MG/ML 2ML	1,00 AMP	IV	08/08H	SE DOR	
CEFALOTINA 1 G	1,00 FA	IV	06/06H		
NAUSEDRON 8 MG / 4 ML	1,00 AMP	IV	06/06H	SE NAUSEA OU VÔMITO	

SSVV+CCGG

CUIDADOS GERAIS

SONDA VESICAL DE ALÍVIO SE RETENÇÃO URINÁRIA

Dr. Guilherme Garcia Rigolin
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 8287/TCT 13541

8187 - GUILHERME GARCIA RIGOLIN

PG SOLUÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 24/09/2020 07:13:01

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092407130149000000058082772>

Número do documento: 20092407130149000000058082772

Num. 60536711 - Pág. 18

#FRATURA TIBIA.

1.	DIETA LIVRE	
2.	SF 0,9% 500ML EV DE 12V2H	
3.	DIPIORNA 1G + ABD EV DE 6/6H	08/24/2020
4.	TILATIL 40MG + 100ML SF 0,9% EV 1X/DIA (suspensão)	para pinto
5.	TRAMAL 50MG + 100ML SF 0,9% EV DE 8/8H, SE DOR	SW
6.	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H	08/24/2020
7.	CURATIVO DIÁRIO	de
8.	SSSVV - CCGG	de
09.	ALTA HOSPITALAR	de
10.		
11.		
12.		
13.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		

EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente evolui em BEG, sem queixas.

FO em bom aspecto, neurovascular sem alteração.

Conduta: ALTA HOSPITALAR





Setor: C.C. Médico: Dr. A. L. S. Enferm./Leitor: CC

~~CONFIDENTIAL~~





CARDIOIDIAGNÓSTICO LTDA

HOSPITAL WILSON ROSADO

PEDRO VELHO, 250

SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN 59611-010

CNPJ: 35.650.346/0001-50

INSCRIÇÃO
WILSON ROSADO

CEL: (84) 3318-9000

Page 1 of 1

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1226087 - DANIEL DANILO MENDONÇA DA SILVA

Data da internação: 05/03/2020 - 08:47:00

Sexo: M

Idade: 21 A,5 D

Convenio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRURGICA Leito: 203-01

05/03/2020

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

20:00:00	RECEBEU PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADO, RESPIRANDO O2 AMBIENTE, ACEITA DIFTA POR VOZ, COM APP E MMSD, MAQUIZANDO HV, NO MOMENTO: EUPNEICO, NORMOTENSO, NORMOCARDICO, AFBRL, VIBRALIZANDO SUAS NECESSIDADES, DURESE AUSENTE APÓS PROCEDIMENTO CIRURGICO, COM CIRATIVO MIE (T.BIA) LIMPO E SECO, SEGUE EM REPOUSO E AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.	JOSEANE SALVIANO BATISTA	JOSEANE SALVIANO BATISTA Téc. Enfermagem: CORTEL RN 622553
	ADMINISTRADO CEFALOTRINA 1g - ABD EV; DIPIRONA 500mg/Ml 2 ML + ABD EV; CONFIRME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA:120/70 TAX: 36,40% F.C:93 F.R:0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat O2: 92 FI O2: 0 Ventilação: Decúbito:		
22:00:00	ENCERRADO EM ETAPA SF 0,95 EV; CONFIRME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00% F.C:90 F.R:0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat O2: 0 FI O2: 0 Ventilação: Decúbito:	JOSEANE SALVIANO BATISTA	JOSEANE SALVIANO BATISTA Téc. Enfermagem: CORTEL RN 622553



CARRO DIAGNÓSTICO LTDA

HOSPITAL WILSON ROSADO

PEDRUVELLO, 2003

SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59011-010

CNPJ: 35.650.324/0001-50

TEL: (84) 3318-5700

Página 1 of 1

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1226087 - DANIEL DANILO MENDONÇA DA SILVA

Data da Internação: 05/03/2020 - 08:47:00

Sexo: M

Idade: 21 A.S.D

Convenio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRURGICA Leito: 203-01

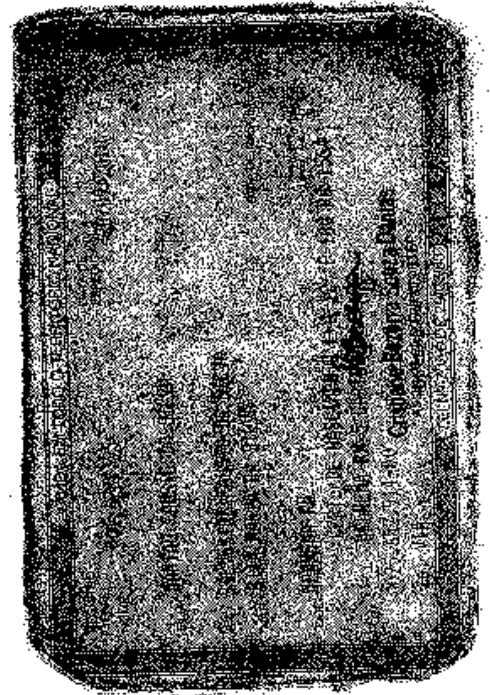
05/03/2020

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

08:00:00	RECEBER PACIENTE SEXO MASCULINO POS DE FRATURA DA DIARSE DA VEIA, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBATAVA SUAS NECESSIDADES, NEGAR HAS E DMA, ACESSO VENOSO PERIFÉRICO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO VIABILIZANDO HIDRATAÇÃO VENOSA + TERAPIA MEDICAMENTOSA, ADETA DIETA BRANDA/LEVE CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA, CURATIVO LIMPO EM FODURISTAS PRESENTES E FUMIGACÕES AUSENTES, AO EXAME: MEMBROS, AFEBRIL, NORMOCÁDICO, EUPNEICO EM OZ AMBIENTE, SEM QUITAS, FICA AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO. ADMINISTRADO 1 AMB DE RIPIRONA 500 MG/M - 2 IV - + ABD. IV, 1 SA DE CEFALOTINA 1G + ABD. IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: 130X70 TAX: 35,60% F.C: 87 F.R.: 21 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat: 0,97 FIO2: 0 Ventilação: Decúbito:	ALINE DAVANNE LOPES DE ALMEIDA HOLANDA	Assinatura
10:00:00	ADMINISTRADO 1 ETAPA DE SF 0,9% 500 ML, IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00% F.C: 80 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat: 0,97 FIO2: 0 Ventilação: Decúbito:	ALINE DAVANNE LOPES DE ALMEIDA HOLANDA	Assinatura



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE

RUA MERMOSZ, 150, BALDO
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 231 0142

-Ouvidoria 0800 034 0404

Agência Reguladora de Serviços do Rio Grande do Norte -

ARSEP 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE DAMIAO FAUSTO DA SILVA	DATA DE VENCIMENTO 20/04/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 13/04/2020	CONTA CONTRATO 0700848019
ENDEREÇO SI PALHEIROS 134 -ZONA RURAL/AREA RURAL -59670-000 UPANEMA RN -	TOTAL A PAGAR R\$ 5,40	DATA DA APRESENTAÇÃO 13/04/2020	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
NÚMERO DA NOTA FISCAL 040435856			

PERÍODO CONSUMO 12/03/2020 a 13/04/2020	CONSUMO 0
---	---------------------

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO
------------------------------	---------------------------

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 0700848019	MÊS/ANO 04/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 5,40	VENCIMENTO 20/04/2020	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
<p>838000000009 054000384002 700848019207 014800550536</p>				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

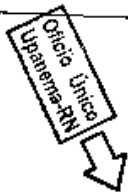
Nome: Daniel Danilo Mendonça da Silva, brasileiro(a),
estado civil: solteiro, Profissão: Agricultor, Data do Acidente 26/02/20
Cobertura Envelhecimento portador(a) do RG 003.618.518, órgão expedidor
SSPRN e do CPF: 710.301.304-77, residente no(a) 134
Sl. Polheiras,
bairro: Zona Rural, município: Uponema, RN.

OUTORGADO:

Nome: Damião Fauto da Silva, brasileiro(a)
estado civil: solteiro, Profissão: Agricultor, portador(a) do RG
001.628.395, órgão expedidor SSPRN do CPF: 025.652.914-00, residente
no(a) Sl. Polheiras, nº 134
bairro: Zona Rural, município: Uponema, RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro DPVAT, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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



Uponema RN 26/05/20
Local e Data

Daniel Danilo Mendonça da Silva
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

Serviço Único Notarial e Registral
Avenida Antonio Vitorino, 99, Centro, CEP nº 59870-000
(84) 3325-0240

Reconhecimento por AUTENTICIDADE a(s) firma(s)

de:
DANIEL DANILO MENDONÇA DA SILVA

Selo Digital: RN202003964710001844APH

Confira a autenticidade em <http://selosdigital.tjrn.jus.br>
Uponema/RN, 26 de Maio de 2020 - 9:22

Elida Marcelle de Oliveira Ribeiro
Secretaria Autorizada





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, 10 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200206410

Vítima: DANIEL DANILO MENDONCA DA SILVA

Data do Acidente: 26/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DAMIAO FAUSTO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANIEL DANILO MENDONCA 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 15846450

Pag. 00471/00472 - carta_01 - INVALIDEZ

00020236





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, 19 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200206410

Vítima: DANIEL DANILO MENDONCA DA SILVA

Data do Acidente: 26/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DAMIAO FAUSTO DA SILVA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), DANIEL DANILO MENDONCA DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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. 00611/00612 - carta_25 - INVALIDEZ





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, 15 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200206410

Vítima: DANIEL DANILO MENDONCA DA SILVA

Data do Acidente: 26/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DAMIAO FAUSTO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIEL DANILO MENDONCA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.712,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau completo 10%

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

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: DANIEL DANILO MENDONCA DA SILVA

Valor: R\$ 3.712,50

Banco: 001

Agência: 000001021-9

Conta: 0000024499-6

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha a(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MONTE

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

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - ORÇUAM SUSPE Nº 045/2012

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

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

☐ CONTA POUPOANÇA (bônus para os bancos abertos. Anote o valor pago)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: 22 - Agência: 23 - Conta:

24 - Agência: 25 - Conta:

26 - Agência: 27 - Conta:

28 - Agência: 29 - Conta:

30 - Agência: 31 - Conta:

32 - Agência: 33 - Conta:

34 - Agência: 35 - Conta:

36 - Agência: 37 - Conta:

38 - Agência: 39 - Conta:

40 - Agência: 41 - Conta:

42 - Agência: 43 - Conta:

44 - Agência: 45 - Conta:

46 - Agência: 47 - Conta:

48 - Agência: 49 - Conta:

50 - Agência: 51 - Conta:

52 - Agência: 53 - Conta:

54 - Agência: 55 - Conta:

56 - Agência: 57 - Conta:

58 - Agência: 59 - Conta:

60 - Agência: 61 - Conta:

62 - Agência: 63 - Conta:

64 - Agência: 65 - Conta:

66 - Agência: 67 - Conta:

68 - Agência: 69 - Conta:

70 - Agência: 71 - Conta:

72 - Agência: 73 - Conta:

74 - Agência: 75 - Conta:

76 - Agência: 77 - Conta:

78 - Agência: 79 - Conta:

80 - Agência: 81 - Conta:

82 - Agência: 83 - Conta:

84 - Agência: 85 - Conta:

86 - Agência: 87 - Conta:

88 - Agência: 89 - Conta:

90 - Agência: 91 - Conta:

92 - Agência: 93 - Conta:

94 - Agência: 95 - Conta:

96 - Agência: 97 - Conta:

98 - Agência: 99 - Conta:

100 - Agência: 101 - Conta:

102 - Agência: 103 - Conta:

104 - Agência: 105 - Conta:

106 - Agência: 107 - Conta:

108 - Agência: 109 - Conta:

110 - Agência: 111 - Conta:

112 - Agência: 113 - Conta:

114 - Agência: 115 - Conta:

116 - Agência: 117 - Conta:

118 - Agência: 119 - Conta:

120 - Agência: 121 - Conta:

122 - Agência: 123 - Conta:

124 - Agência: 125 - Conta:

126 - Agência: 127 - Conta:

128 - Agência: 129 - Conta:

130 - Agência: 131 - Conta:

132 - Agência: 133 - Conta:

134 - Agência: 135 - Conta:

136 - Agência: 137 - Conta:

138 - Agência: 139 - Conta:

140 - Agência: 141 - Conta:

142 - Agência: 143 - Conta:

144 - Agência: 145 - Conta:

146 - Agência: 147 - Conta:

148 - Agência: 149 - Conta:

150 - Agência: 151 - Conta:

152 - Agência: 153 - Conta:

154 - Agência: 155 - Conta:

156 - Agência: 157 - Conta:

158 - Agência: 159 - Conta:

160 - Agência: 161 - Conta:

162 - Agência: 163 - Conta:

164 - Agência: 165 - Conta:

166 - Agência: 167 - Conta:

168 - Agência: 169 - Conta:

170 - Agência: 171 - Conta:

172 - Agência: 173 - Conta:

174 - Agência: 175 - Conta:

176 - Agência: 177 - Conta:

178 - Agência: 179 - Conta:

180 - Agência: 181 - Conta:

182 - Agência: 183 - Conta:

184 - Agência: 185 - Conta:

186 - Agência: 187 - Conta:

188 - Agência: 189 - Conta:

190 - Agência: 191 - Conta:

192 - Agência: 193 - Conta:

194 - Agência: 195 - Conta:

196 - Agência: 197 - Conta:

198 - Agência: 199 - Conta:

200 - Agência: 201 - Conta:

202 - Agência: 203 - Conta:

204 - Agência: 205 - Conta:

206 - Agência: 207 - Conta:

208 - Agência: 209 - Conta:

210 - Agência: 211 - Conta:

212 - Agência: 213 - Conta:

214 - Agência: 215 - Conta:

216 - Agência: 217 - Conta:

218 - Agência: 219 - Conta:

220 - Agência: 221 - Conta:

222 - Agência: 223 - Conta:

224 - Agência: 225 - Conta:

226 - Agência: 227 - Conta:

228 - Agência: 229 - Conta:

230 - Agência: 231 - Conta:

232 - Agência: 233 - Conta:

234 - Agência: 235 - Conta:

236 - Agência: 237 - Conta:

238 - Agência: 239 - Conta:

240 - Agência: 241 - Conta:

242 - Agência: 243 - Conta:

244 - Agência: 245 - Conta:

246 - Agência: 247 - Conta:

248 - Agência: 249 - Conta:

250 - Agência: 251 - Conta:

252 - Agência: 253 - Conta:

254 - Agência: 255 - Conta:

256 - Agência: 257 - Conta:

258 - Agência: 259 - Conta:

260 - Agência: 261 - Conta:

262 - Agência: 263 - Conta:

264 - Agência: 265 - Conta:

266 - Agência: 267 - Conta:

268 - Agência: 269 - Conta:

270 - Agência: 271 - Conta:

272 - Agência: 273 - Conta:

274 - Agência: 275 - Conta:

276 - Agência: 277 - Conta:

278 - Agência: 279 - Conta:

280 - Agência: 281 - Conta:

282 - Agência: 283 - Conta:

284 - Agência: 285 - Conta:

286 - Agência: 287 - Conta:

288 - Agência: 289 - Conta:

290 - Agência: 291 - Conta:

292 - Agência: 293 - Conta:

294 - Agência: 295 - Conta:

296 - Agência: 297 - Conta:

298 - Agência: 299 - Conta:

300 - Agência: 301 - Conta:

302 - Agência: 303 - Conta:

304 - Agência: 305 - Conta:

306 - Agência: 307 - Conta:

308 - Agência: 309 - Conta:

310 - Agência: 311 - Conta:

312 - Agência: 313 - Conta:

314 - Agência: 315 - Conta:

316 - Agência: 317 - Conta:

318 - Agência: 319 - Conta:

320 - Agência: 321 - Conta:

322 - Agência: 323 - Conta:

324 - Agência: 325 - Conta:

326 - Agência: 327 - Conta:

328 - Agência: 329 - Conta:

330 - Agência: 331 - Conta:

332 - Agência: 333 - Conta:

334 - Agência: 335 - Conta:

336 - Agência: 337 - Conta:

338 - Agência: 339 - Conta:

340 - Agência: 341 - Conta:

342 - Agência: 343 - Conta:

344 - Agência: 345 - Conta:

346 - Agência: 347 - Conta:

348 - Agência: 349 - Conta:

350 - Agência: 351 - Conta:

352 - Agência: 353 - Conta:

354 - Agência: 355 - Conta:

356 - Agência: 357 - Conta:

358 - Agência: 359 - Conta:

360 - Agência: 361 - Conta:

362 - Agência: 363 - Conta:

364 - Agência: 365 - Conta:

366 - Agência: 367 - Conta:

368 - Agência: 369 - Conta:

370 - Agência: 371 - Conta:

372 - Agência: 373 - Conta:

374 - Agência: 375 - Conta:

376 - Agência: 377 - Conta:

378 - Agência: 379 - Conta:

380 - Agência: 381 - Conta:

382 - Agência: 383 - Conta:

384 - Agência: 385 - Conta:

386 - Agência: 387 - Conta:

388 - Agência: 389 - Conta:

390 - Agência: 391 - Conta:

392 - Agência: 393 - Conta:

394 - Agência: 395 - Conta:

396 - Agência: 397 - Conta:

398 - Agência: 399 - Conta:

400 - Agência: 401 - Conta:

402 - Agência: 403 - Conta:

404 - Agência: 405 - Conta:

406 - Agência: 407 - Conta:

408 - Agência: 409 - Conta:

410 - Agência: 411 - Conta:

412 - Agência: 413 - Conta:

414 - Agência: 415 - Conta:

416 - Agência: 417 - Conta:

418 - Agência: 419 - Conta:

420 - Agência: 421 - Conta:

422 - Agência: 423 - Conta:

424 - Agência: 425 - Conta:

426 - Agência: 427 - Conta:

428 - Agência: 429 - Conta:

430 - Agência: 431 - Conta:

432 - Agência: 433 - Conta:

434 - Agência: 435 - Conta:

436 - Agência: 437 - Conta:

438 - Agência: 439 - Conta:

440 - Agência: 441 - Conta:

442 - Agência: 443 - Conta:

444 - Agência: 445 - Conta:

446 - Agência: 447 - Conta:

448 - Agência: 449 - Conta:

450 - Agência: 451 - Conta:

452 - Agência: 453 - Conta:

454 - Agência: 455 - Conta:

456 - Agência: 457 - Conta:

458 - Agência: 459 - Conta:

460 - Agência: 461 - Conta:

462 - Agência: 463 - Conta:

464 - Agência: 465 - Conta:

466 - Agência: 467 - Conta:

468 - Agência: 469 - Conta:

470 - Agência: 471 - Conta:

472 - Agência: 473 - Conta:

474 - Agência: 475 - Conta:

476 - Agência: 477 - Conta:

478 - Agência: 479 - Conta:

480 - Agência: 481 - Conta:

482 - Agência: 483 - Conta:

484 - Agência: 485 - Conta:

486 - Agência: 487 - Conta:

488 - Agência: 489 - Conta:

490 - Agência: 491 - Conta:

492 - Agência: 493 - Conta:

494 - Agência: 495 - Conta:

496 - Agência: 497 - Conta:

498 - Agência: 499 - Conta:

500 - Agência: 501 - Conta:

502 - Agência: 503 - Conta:

504 - Agência: 505 - Conta:

506 - Agência: 507 - Conta:

508 - Agência: 509 - Conta:

510 - Agência: 511 - Conta:

512 - Agência: 513 - Conta:

514

SISBR - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
27/05/2020 autotransf.mento 18:04:02
836620052 0023

TRANSFERÊNCIA ENTRE CONTAS CORRENTES

CLIENTE: ~~WAGNER V. RODRIGUES~~
AGÊNCIA: ~~0000~~ CONTA: ~~0000~~

TRANSFERIDO: ~~0000~~ DATA: 24.09.20
AGÊNCIA: 1821-0 CLIENTE: DANIEL D. MENDONÇA SILVA
VALOR: 27/05/2020

14 AGENCIA:
Lê e não ver o como conservar este documento,
entre outras informações.



DECLARAÇÃO

Eu Daniel Danilo Mendonça da Silva RG 003 618 518
e CPF 710.301.204-44 declaro para os devidos fins que
estive no banco Banco para regularizar minha Conta
corrente número 24.122-6 da agência
3001-9 para poder receber o benefício da indenização do
Seguro DPVAT solicitado.

Mossoró RN 06/04/20

Cidade, Data

x Daniel Danilo Mendonça da Silva
Assinatura do titular da conta bancária





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Selecione o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DÁMOS DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE	
2 - Nº do contrato ou ASL	3 - CPF da vítima: 410.301.304-44 Nome completo da vítima: Daniel Donato Mendonça da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSIL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 445/2013	
5 - Nome completo: Daniel Donato Mendonça da Silva	6 - CPF: 410.301.304-44
7 - Profissão: agricultor	8 - Endereço: 31 Palmeiras
9 - Bairro: Zona Rural	10 - Cidade: Upanema
11 - Estado: RN	12 - CEP: 59670-000
13 - Telefone: (84) 99824-0066	14 - E-mail: [blank]
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR	
17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (AUXÍLIO CÓPIA):	
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA COBERTURA: <input checked="" type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.000,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.001,00 A R\$2.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 A R\$2.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$2.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR, TUTOR) <input type="checkbox"/> CONTA POUPEANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anotar uma conta) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (344) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (000) AGÊNCIA: [blank] CONTA: [blank] AGÊNCIA: 4025 (9) CONTA: 24499 (6) (Instituição de crédito selecionada) (Instituição de crédito selecionada) (Instituição de crédito selecionada) (Instituição de crédito selecionada)	
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - TROCENIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE <input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da lei, que não sou impedido(a) de apresentar o laudo de Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 7.154/74), uma vez que: • 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 perícia para fins do Seguro DPVAT; ou • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícia com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, com a submissão à análise técnica pericial, caso necessário, as custas do Segurador, para verificação da existência e da extensão das lesões pessoais e das condições de saúde do (a) segurado(a) por ocasião do sinistro, conforme o disposto na Lei nº 7.154/74. Declaro que esta autenticação não significa nenhuma concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica caso discordar do seu conteúdo.	
DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE	
23 - Estado civil do segurado: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ou civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Causa do falecimento com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tiver filhos, informe o nome e a idade:
30 - Vítima deixou herdeiros? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
32 - Se tiver irmãos, informar o nome e a idade:	33 - Vítima deixou outros parentes? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso aprovado, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquela pessoa física que se apresentar e privar-se esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer emissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a nulidade do resgate e o valor recebido, além da possibilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.	
34 - Assinatura do segurado ou representante legal (se houver):	35 - Nome legível de quem assina o pedido (o segurado)
36 - CPF legível de quem assina o pedido (o segurado)	
37 - Assinatura de quem assina o pedido (o segurado)	
38 - Nome legível de quem assina o pedido (o segurado)	
39 - CPF legível de quem assina o pedido (o segurado)	
40 - Local e Data: Upanema RN 28/05/20	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	43 - Assinatura do Produtor de Seguro

PPS-001 V002/2019

SISEB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
 27/05/2020 Autoatendimento 16:04:10
 83607052 0323

TRANSFERÊNCIA ENTRE CONTAS CORRENTES

CLIENTE: ~~WAGNER JOSE DE OLIVEIRA~~
 AGENCIA: ~~0000~~ CONTA: ~~0000~~

PARABEIRO: 1021-3 CONTA: 24.490-8
 CLIENTE: DANIEL O MENDONÇA SILVA
 VALOR: 27/05/2020
 DATA AGENDADA:

Leia no verso como conservar este documento,
 entre outras informações.





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva.
A aceitação deste documento está condicionada a verificação de sua autenticidade pela Internet na área de acompanhamento e
consulta de registro de Ocorrências da Delegacia Virtual, na endereço: <http://www.defesa.rn.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL
Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001021278

1.2 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LANC

1.3 Data de Expedição: 26/02/2020 00:29:54

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 26/02/2020 14:30:50

2.2 Número: SN

2.3 Complemento:

2.4 Bairro: ZONA RURAL

2.5 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.6 Logradouro: PACHELIROS

2.7 CEP:

2.8 Ponto de Referência:

2.9 Cidade: UPADEMA

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: DANIEL DAMIÃO MENDONÇA DA SILVA

3.2 Estado civil: Solteiro

3.3 Mãe: MARIA SUELY MENDONÇA DA SILVA

3.4 Sexo: MASCULINO

3.5 CPF: 71030150477

3.6 Nacionalidade:

3.7 Profissão: AGRICULTOR

3.8 Telefone(s): 84 980779982

3.9 Número: 334

3.10 Bairro: ZONA RURAL

3.11 Estado civil: Solteiro

3.12 Pai: DAMIÃO FAUSTO DA SILVA

3.13 Data de Nascimento: 20/03/1999

3.14 RG: 063618515 - ITIP RN

3.15 Passaporte:

3.16 Naturalidade: UPADEMA

3.17 E-mail: JACKSONBARRETO25@HOTMAIL.COM

3.18 Logradouro: SINALHEIROS

3.19 CEP: 59670200

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1 1. O DECIARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S)

(NÃO FORAM INCLUIDOS ACUSADOS)

6. DADOS DA OCORRÊNCIA

7. DOS FATOS

7.1 Histórico

EU VINHA DE MOTO DO TRABALHO SENTIDO DE CASA QUANDO COLIDIR DE FRENTE COM UM CARRO. O MESMO SE EVALIO DO LOCAL DO ACIDENTE. E EU FUI SOCORRIDO POR POPULARES E LEVADO PARA O HOSPITAL DAS PROXIMIDADES E DEPOIS ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DE MOSSORO RN

TIPO DE VEICULO: MOTOCICLETA

PLACA: MXN8959

RITMAYAN/24534198

MARCA E MODELO: HONDA/CG 125 HJIAN

NOME DO PROPRIETARIO: FRANCISCO ALVES DE FREITAS

8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

9. DECLARAÇÃO

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

Comunicante: DANIEL DAMIÃO MENDONÇA DA SILVA

Data: 27/02/2020 10:03:59

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.

FOI ORIENTADO A PROCURAR A DELEGACIA DO LOCAL DO FATO PARA AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS. DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE UPADEMA RN OU A 2ª DHP DE MOSSORO-RN.

Atendimento: 1681358 - WELLINGTON ALVES

Processo por: WEB em 27/02/2020 11:55:38

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

