



Número: **0800323-79.2020.8.20.5161**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **11/05/2020**

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
EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS (AUTOR)	LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)
SEGURADORA DPVAT (RÉU)	Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60686 052	29/09/2020 07:27	<u>2753204_CONTESTACAO_Anexo_03</u>	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: 16/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02828-2

CONTA: 000000016684-7

Nr. da Autenticação B1C879FE2C3801AF



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571>
Número do documento: 20092907272516000000058220571

Num. 60686052 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190708149 **Cidade:** Mossoró
Vítima: EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS **Data do acidente:** 07/07/2019
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO NA Perna ESQUERDA, COM LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES.

Descrição do exame AO EXAME FÍSICO APRESENTA DOR AOS ESFORÇOS FÍSICOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, COM EXTENSA FÍSICO: ÁREA DE RETRAÇÃO CICATRICIAL E ATROFIA MUSCULAR NA REFERIDA Perna.

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50





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, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190708149 Vítima: EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS

Data do Acidente: 07/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA DAS CHAGAS DA SILVA DIAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS

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\$ 2.362,50

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

Recebedor: EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000002828-2

Conta: 0000016684-7

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, retorno 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

CIRURGIA GERAL - LARANJA

Paciente: 44308 - EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS (45 a 8 m 29 d)

Nascimento: 09/10/1973 Natural: ACU.BRASIL Sexo: F Cor: PARDA

CNS: CPF: 01032982403 Prof:

Mãe: FRANCISCA VELOSO DA SILVA Pai: MANOEL VELOSO DA SILVA

Logradouro: CICERO RIBEIRO, 105

CEP: 59695000 Bairro: CENTRO

Cidade: BARAUNA

Telefone: 84.94784517 Compl:

Motivo (allegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO Tipo: REGULADO

+ Empresa:

Origem: AMBULANCIA OUTRO

OBS:	Classificação:						PESO:			
	HORA	P.A.	HGT	SAT2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICOQueixas: COLISAO MOTO MOTO COM CORTE CONTUSO EM Perna ESQUERDA. CONSCIENTE E ORIENTADA DR VICTOR. BARAUNA.
Hora: 23:50

Paciente vítima de colisão moto-moto, com capacete, trazida pela ambulância sem protocolo. Previously atendida no hospital de Baraúna, onde foram feitos exames. Nega vômitos, amnézia, perdeu consciência, onde foi atendido com suporte de consciente. Refere dor na perna esquerda com movimento profundo (sic).

- A. Vizos acirados, planos + com ceratilite +/às cílios curvados
- B. MV presente em AHT sem PA
- C. Hemodinamicamente estável, FC: 65 bpm, TEC e Sogn
- D. ECG: 15; pupilas isocínicas + fotonegativas
- E. Exame de perna esquerda + queimadura na panturrilha dentro da calça

Diagn. inicial: TRAUMA

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
1. Dextrozina			
2. Dipirona 500mg/ml, 2ml + Enal ABT, IV			
3. Sustane com retromente de planos, curativo			
4. Avaliação da ortopédia			
5. Sobreloja Ralo x de perna			
<p>PROFERIDA: 07/07/2019 23:50:00 Dr. Livia Karina Freitas da Silva - Alegre Cirurgia de Traumas - Alegre Cirurgia de Traumas - Alegre</p>			

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

CID _____ Proc. _____ Data: _____ / _____. Hr: _____ Médico: _____

(Assinar e Carimbar)

*Gerado via SX por SONIA MARIA DA SILVA. Impresso em 07 de Julho de 2019.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORÓ 07/07/2019

SAME / ARQUIVO





PREFEITURA MUNICIPAL DE BARAÚNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Encaminhado

Edileusa Ferro ex. Sra. Dias

45 Anos - Femea Viver de Passe

Homem - Homem - Apresentando

Dores - Dor - Gripe

Soror - Dor - Gripe

Press. Excesso - Fiebre, Correia

R\$ 400,00 ou R\$ 1.580,00

Rua Francisco Bezerra Sobrinho

HOSPITAL FRANCISCO BEZERRA SOBRINHO

Rua Expedito Alves, S/N - Moinho Novo - Baraúna/RN

Fone: (84) 3320.3920

LEIA
LIVRO
MEDICO
JURIDICO
DA
COSTA
1700

07/07/19

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 12/07/2019

BAM / ARQUIVO





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PODER EXECUTIVO
GOVERNO DO MUNICÍPIO DE BARAÚNA
Secretaria Municipal de Saúde Pública
Hospital e Maternidade Francisco Bezerra Sobrinho

CONDUTA
MÉDICA

PACIENTE: EDILEUSA VELOSO DA SILVA DIAS
PAI: MANOEL VELOSO DA SILVA
ENDEREÇO: R.DAVI SERAFIM

EST. CIVIL: CASADO(A) PROFISSÃO: AGRICULTOR(A)
MÃE: FRANCISCA VELOSO DA SILVA CARTÃO SUS: 000 0000 0000 0000
NÚMERO: 177 IDADE: 45 TELEFONE: (84)99206-0035

PRÉ-CONSULTA: PA: 160 x 80mm PESO: 0

TEMPERATURA:

HGT: 0

SpO²: 0

FC: 0

HISTÓRICO CLÍNICO

Pauci Vm. do Cond.
Gastro - fatores - fatores
Lsg Catarras/ Cr. fisi.
No alimento; origem, U. abr.

CONDUTA

Dr. Hora

Dr. Victor Hugo do Nascimento
Médico CRMRN 1178

HORA: 21:44

Nº ATENDIMENTO: 4990867

DATA DO ATENDIMENTO: 07/07/2019



08:00 - Exame com traumas no braço esquerdo;
automóvel rodado no solo.

Dr. Antônio Pinheiro de A. Neto
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-RN 1.161-RN

12:20, 08/03/19

Repetido procedimento de sutura em lesão profunda de aproximadamente 15cm na face anterior e lateral da ferma esquerda.

- Assessoria
- Anestesia
- Unidade
- Sutura na pele com NYLON 3-0

Prescrição: ① SAT, 5000 UI, IM 12:40
② Prescrição para casa de ANTIBIOTERAPIA, ANESTÉSICA e ANTIINFLAMATÓRIO

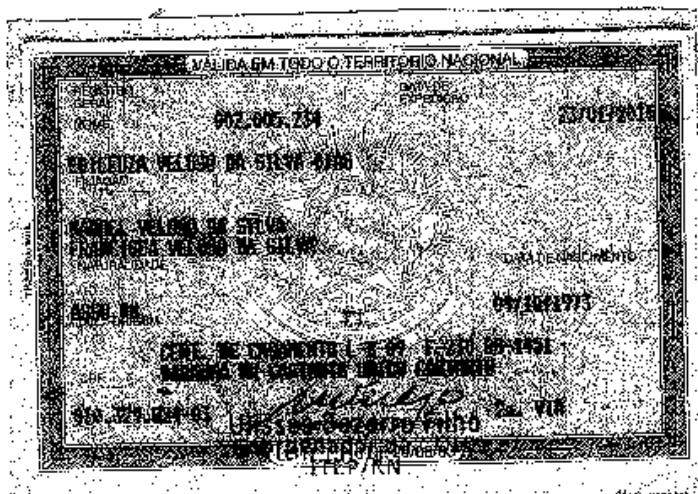
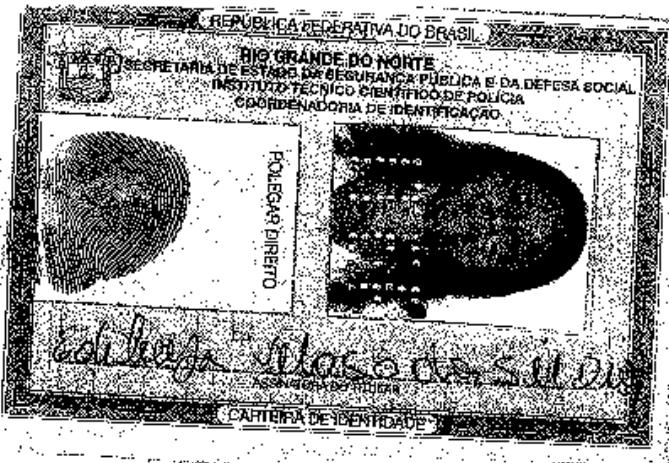
Alta cir
Dan

Ronniell Vieira
Cirurgia da Cabeça e Pescoço
Cirurgia Geral
CRM-RN 6392

HOSPITAL REGIONAL TARSÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAMM MESSORO 12/03/2019
BIM
SAMM / ADQUISIC.

Assinatura: Livia Karina Freitas da Silva

Assinatura: Livia Karina Freitas da Silva



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Edileusa veloso da Silva Dias	
NACIONALIDADE:	Brasileira	
PROFISSÃO:	agricultora	
IDENTIDADE:	002-005-234	CPF:
ENDERECO:	Sonador Dinarte mariz CD-06	

OUTORGADO

NOME:	Francisco dos chagas da Silva Dias	
NACIONALIDADE:	Brasileira	
PROFISSÃO:	agricultura	
IDENTIDADE:	003-033-208	CPF:
ENDERECO:	Sonador Dinarte mariz CD-06	

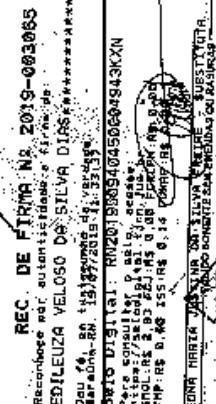
NOME DA VÍTIMA: Edileusa veloso da Silva Dias
DATA DO ACIDENTE: 07/07/2019 COBERTURA: Invalidez

Pelo 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.

Moscou - RN 36/07/2019
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458573/19

Vítima: EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS

CPF: 010.329.824-03

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/07/2019

Titular do CPF: EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

FRANCISCA DAS CHAGAS DA SILVA DIAS : 098.083.984-05

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

EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS : 010.329.824-03

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/12/2019
Nome: FRANCISCA DAS CHAGAS DA SILVA DIAS
CPF: 098.083.984-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

FRANCISCA DAS CHAGAS DA SILVA DIAS

GERCIA LOURENCO DA SILVA



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571>
Número do documento: 20092907272516000000058220571

Num. 60686052 - Pág. 12



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 Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190708149

Vítima: EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS

Data do Acidente: 07/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA DAS CHAGAS DA SILVA DIAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS

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, contados 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 15284235

Pag. 0075500756 - carta_01 - INVALIDEZ



00010378





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, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190708149 Vítima: EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS

Data do Acidente: 07/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA DAS CHAGAS DA SILVA DIAS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT. 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

Pag. 01013/01014 - carta_02 - INVALIDEZ



000660507

Carta nº 15295142



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25
<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571>
Número do documento: 20092907272516000000058220571

Num. 60686052 - Pág. 14



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do Slin (ou ASL):		3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
		030 329 824- 03	Edileusa Veloso da Silva Diaz	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
5 - Nome completo:		6 - CPF:	7 - Profissão:	
Colleusa Veloso da Silva Diaz		030 329 824- 03	Agricultrora	
7 - Endereço:		8 - Complemento:	9 - Número:	10 - Complemento:
Avenida Senador Dimas Mariz			9	Casa
11 - Bairro:		12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Centro		Batayáma	BA	59695-000
15 - E-mail:		16 - Tel. (DDI):		
		(84) 99821-0066		
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:		
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).				
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:				
<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.000,00 ATÉ R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SÉM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00				
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)				
<input type="checkbox"/> CONTA POUPLANÇA (sómente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) Nome do BANCO: Banco do Brasil AGENCIA: 2828 2 CONTA: 16.684 7 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)				
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização e/ou 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.				

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar de seu conteúdo.

MORTE

23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informe o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	30 - Vítima deixou netos (nietos) vivos?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	33 - Vítima deixou pais/vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Não					<input type="checkbox"/> Não

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

NÃO APARECERÁ ZADO

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

38 - 1^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha:

39 - 2^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha:

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.003 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA EM FURTOS E ROUBOS DE MOSSORÓ -
MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039857/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/09/2019 09:57 Data/Hora Fim: 03/09/2019 10:18
Delegado de Polícia: André Gustavo Vidores de Albuquerque

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Baraúna

Data/Hora do Fato: 07/07/2019 21:00

Local do Fato

Município: Baraúna (RN)

Logradouro: NO MOINHO NOVO

Complemento: EM FRENTE AO POSTO DE DENÍLSON

Bairro: CENTRO

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSÉ ERIMAR DE SOUZA (VITIMA , COMUNICANTE)	Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade:RN Baraúna	Sexo: Masculino	Nasc: 20/07/1979
Profissão: Marceneiro				
Estado Civil: Solteiro(a)				
Nome da Mãe: Lúcia Benício Nunes				

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 1982993

Endereço

Município: Baraúna - RN

Logradouro: RUA GERÔNIMO ROSADO

Nº: 338

Bairro: CENTRO

Telefone: (81) 9654-3970 (Celular)

Nome Civil: EDILEUZA VELÓSO DA SILVA DIAS (VITIMA)

Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 09/10/1973
Estado Civil: Solteiro(a)		

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 002006234

Endereço

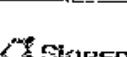
Município: Baraúna - RN

Logradouro: RUA SENADOR DINARTE MARIZ

Nº: 04

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino
---------------------------	-----------------



Delegado de Polícia Civil: André Gustavo Vidores de Albuquerque
Impresso por: Fábio Sterfson Torres de Souza
Data de Impressão: 03/09/2019 10:18
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25
<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571>
Número do documento: 20092907272516000000058220571

Num. 60686052 - Pág. 16



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA EM FURTOS E ROUBOS DE MOSSORÓ -
MOSSORÓ - RN**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039857/2019

Endereço

Município: Mossoró - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupa Velicula

Subject: Copyright/Copyright Test

Veículo Adulterado? Não

Quantidade: 4 Unidades

Situación Ejemplarizada

Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 032.037.814-41	Placa PMJ8422
Renavam 01115525341	Número do Motor KD08E1H429989
Número do Chassi 9C2KD0810HR429969	Ano/Modelo Fabricação 2017/2017
Cor VERMELHA	UF Veículo Ceará
Município Veículo Russas	Marca/Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD
Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 09/05/2018	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos
José Erimar de Souza	Proprietário

RELATO HISTÓRICO

RELATÓRIO HISTÓRICO
O COMUNICANTE INFORMA QUE TRAPALHA COMO MOTOTÁXI E QUE NO DIA E HORA CITADO ACIMA ESTAVA FAZENDO UMA CORRIDA, QUANDO FOI ATINGIDO POR UM CAMINHÃO. O COMUNICANTE INFORMA QUE ESTAVA SEM CAPACETE E QUE SOFREU LESÕES NA PÉRНА ESQUERDA CONFORME EXAME FÍSICO, E QUE A PASSAGEIRA POR NOME DE EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS SOFREU FÉRIMENTOS NA PÉRНА ESQUERDA CONFORME EXAME FÍSICO.

ASSINATURAS



Fábio Sterfson Torres de Souza
Agente de Polícia
Matrícula 169.224-0

José Erímer de Souza

"Declaro para os devidos fins da diretoria que esta (a) afirma(a) irresponsável pelas informações acima assinadas e clône que poderão responder civil e criminalmente pela presente declaração caso o coloquem conforme previsto nos artigos 330, Documentação Criminosa e 360, Documentação, Estatuto do Crime ou do Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Delegado de Polícia Civil: André Gustavo Viçóres de Albuquerque
Impresso por: Fábio Starfson Torres de Souza
Data de impressão: 03/09/2019 10:18
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

 Stamps
www.stamps.com

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25
<https://pjef1.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009290727251600000058220571>
Número do documento: 2009290727251600000058220571

Num. 60686052 - Pág. 17



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do documento ASI:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	030 329 824-03	Edileusa Veloso da Silva Dias	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 015/2012			
5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Edileusa Veloso da Silva Dias	030 329 824-03		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Agricultora	Rua Senador Dimarco Manz	4	Casa
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Centro	Barávua	RJ	59695-000
15 - E-mail:	16 - Tel (DDD):	17 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR	
	(21) 99821-0066	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 (ANEXAR CÓPIA):

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: Banco do Brasil
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	AGÊNCIA: 2828 CONTA: 16.684
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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.

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

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

- Não há IML que atende 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, concorrendo, desde já, em me sujeitar à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §2º, 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.

23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SÓMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima | 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varzeiro)? <input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/vôis vivos? <input type="checkbox"/> Sim
--------------------------	------------------------------	---	---	--------------------------	------------------------------	---	--

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

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
--	--	---	--

38 - 1º Nome: _____	39 - 2º Nome: _____	40 - Local e Data: _____
-----------------------	-----------------------	--------------------------

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	43 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--	---

FPS.001/V002/2019

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571>
Número do documento: 20092907272516000000058220571

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571>
Número do documento: 20092907272516000000058220571

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571>
Número do documento: 20092907272516000000058220571

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571>
Número do documento: 20092907272516000000058220571

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571>
Número do documento: 20092907272516000000058220571

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571>
Número do documento: 20092907272516000000058220571

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571>
Número do documento: 20092907272516000000058220571

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571>
Número do documento: 20092907272516000000058220571

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571>
Número do documento: 20092907272516000000058220571

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571>
Número do documento: 20092907272516000000058220571

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571>
Número do documento: 20092907272516000000058220571

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571>
Número do documento: 20092907272516000000058220571

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571>
Número do documento: 20092907272516000000058220571

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571>
Número do documento: 20092907272516000000058220571

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571>
Número do documento: 20092907272516000000058220571

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571>
Número do documento: 20092907272516000000058220571

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571>
Número do documento: 20092907272516000000058220571

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571>
Número do documento: 20092907272516000000058220571

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571>
Número do documento: 20092907272516000000058220571

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571>
Número do documento: 20092907272516000000058220571

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571>
Número do documento: 20092907272516000000058220571

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571>
Número do documento: 20092907272516000000058220571

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571>
Número do documento: 20092907272516000000058220571

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571>
Número do documento: 20092907272516000000058220571

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571>
Número do documento: 20092907272516000000058220571

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571>
Número do documento: 20092907272516000000058220571

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571>
Número do documento: 20092907272516000000058220571

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571>
Número do documento: 20092907272516000000058220571

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571>
Número do documento: 20092907272516000000058220571

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571>
Número do documento: 20092907272516000000058220571

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571>
Número do documento: 20092907272516000000058220571

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571>
Número do documento: 20092907272516000000058220571

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571>
Número do documento: 20092907272516000000058220571

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25
<a href="https://pje1.g.tjrn.jus.br:443

SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 54499 /2019

Admissão: 07/07/2019 23:08:03

OK

CIRURGIA GERAL - LARANJA

Paciente: 44308 - EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS (45 a 8 m 29 d)

Sexo: F Cor: PARDAS

Nascimento: 09/10/1973

Natural: ACU.BRASIL

CNS:

CPF: 01032982403

Prof:

Mãe: FRANCISCA VELOSO DA SILVA

Pai: MANOEL VELOSO DA SILVA

Logradouro: CICERO RIBEIRO, 105

CEP: 59695000

Bairro: CENTRO

Cidade: BARAUNA

Telefone: 84.94784517

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

*Empresat:

OBS:						Classificação:	PESO:		
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: COLISAO MOTO MOTO COM CORTE CONTUSO EM Perna ESQUERDA. CONSCIENTE E ORIENTADA DR VICTOR BARAUNA.

Hora: 23:50

Paciente vítima de colisão moto-moto, sem capacete, trazida pela ambulância sem protocolo. Inicialmente atendida no hospital de Barauna, onde foram feitos exames. Nega vomitar, ondulação, perda de nível de consciência. Peixe dor na perna esquerda com furorbo profundo (sic).

- A. Vizos áreos pélvicos + sem cernidez + s/ color cerebro
- B. MV presente em AHT sem RIA
- C. Hemodinamicamente estável, FC: 65 bpm, TEC 33gr
- D. ECG = 15; pupilas isocônicas + gotoneigentes
- E. Exame de perna esquerda + queimadura no antebraço direito + queimadura em joelho esquerdo.

Diagn. Inicial: TDAVMA

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
1. Dietoterapia			
2. Dipirona 500mg/ml, 1ml + Sinal ABD, IV			
3. Sutura com entrelacamento de placas, curativo			
4. Avaliação da osteopatia			
5. Sintomas reais x de perna			
anamnese: part 1) ferimento (2), exa perna, dor, desfazendo a rigidez, cintos - pt longos e sintomas.			

*SAÍDA: () Declaração médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

CID _____ Proc. _____ Data: ____/____/19. Hr: ____ Médico: _____

(Assinar e Carimbar)

*Gerado via SX por SONIA MARIA DA SILVA. Impresso em 07 de Julho de 2019.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 07/07/2019

B19a

SAME / ARQUIVO

08:00 - GOLVADAS COM TETRACINHO N° 601136 65x4,0;

AUTORIZADO DIA 16/09/08 AS 08:00:00

Dr. Antonio Pinheiro de A. Neto
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 1.781-RN

12:30 , 08/07/19

Repetido procedimento de sutura em lesão profunda de aproximada feride 15 cm na face anterior e lateral da perna esquerda.

- Anestesia
- Antissepsia
- Linha
- Sutura da pele com NYLON 3-0

Prescrição : ① SFT, 5000 UI, IM C 12:00
 ② Prescrição para casa de ANTIBIOTERAPIA, ANALGÉSICA E ANTIINFLAMATÓRIA

Foto Cjz
Gan

Roximell Vieira
Cirurgia de Cabeça e Pescoço
CRM/RN 3382

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ENTRADA CONFORME O ORIGINAIS
SAMO MESSORO 12/07/2019

BMW / ANGUS/NO

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571

Número do documento: 20092907272516000000058220571

Num. 60686052 - Pág. 20