



Número: **0820478-98.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **16/06/2020**

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
<b>JOSIVAN MODESTO DA SILVA (AUTOR)</b>		<b>Felippe de Queiroz Bessa Bandeira Leite (ADVOGADO)</b>
<b>Porto Seguro Cia. de Seguros Gerais (RÉU)</b>		
<b>GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)</b>		
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
60884 847	30/09/2020 13:58	<a href="#"><u>2753639_CONTESTACAO_Anexo_04</u></a>
		Outros documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 13 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190318305** Vítima: JOSIVAN MODESTO DA SILVA

**Data do Acidente:** 03/09/2018      **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: KARLIANE DA SILVA RODRIGUES

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSIVAN MODESTO 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, 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 n° 14299647



Pag. 00305/000306 - carta 01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 30/09/2020 13:58:57  
<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20093013585664800000058412675>  
Número do documento: 20093013585664800000058412675

Nº 60884847 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190318305 Vítima: JOSIVAN MODESTO DA SILVA

**Data do Acidente: 03/09/2018 Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: KARLIANE DA SILVA RODRIGUES**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a). JOSIVAN MODESTO DA SILVA**

Informamos que o pagamento da indeniza

abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%  
Valor a indenizar: 17,50% x 12.500,00 =

Recebedor: **JOSIVAN MODESTO DA SILVA**

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000004883

Conta: 000001853-2

Tipo: **CONTA POUPANCA**

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 Invalidade 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco)

Atenciosamento

Seguradora Líder DPVAT

Estamos aqui para Você







## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

090.201.904-07 Josivam Modesto da Silva

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

Nome completo:

Profissão:

Borburão

Bairro:

Chuítas

E-mail:

Endereço:

Av - Bernardo Vieira

Cidade:

Natal

Estado:

RN

CPF:

090.201.904-07

Número:

1085

Complemento:

CEP:

59051-000

Tel. (DDI):

84

20300623-988171020

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Solicite para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4883

CONTA: 1.853

AGÊNCIA:

CONTA:

(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.

### 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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.794/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/filhos (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/filhos vivos?  Sim  Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário declarante  
Local e Data: Natal RN 08/05/2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

1<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

PROTOCOLO RECEBIDO  
Assinatura: 10 MAI 2013

2<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

TERRA DO SOL ADM.  
E CORRETORA DE SEGUROS

(\*) Assinatura de quem assina o RG  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

\*Korilane da Silva Andrade Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





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



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 46997 /2018  
Admissão: 03/05/2018 09:50:00

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA -

FATURADO  
*ok*

EM \_\_\_\_\_

Paciente: 92368 - JOSIVAN MODESTO DA SILVA (36 a 5 m 4 d)

Nascimento: 09/04/1982 Natural: NATAL BRASIL Sexo: M Cor: PARDA

CNS: CPF: 09020198407 Prof: \_\_\_\_\_

Mãe: LUZINETE MODESTO DA SILVA

Logradouro: BERNARDO VIEIRA, 1085 Pai: \_\_\_\_\_

CEP: 59035015 Bairro: QUINTAS

Cidade: NATAL

Telefone: 84.987396703 Compl: \_\_\_\_\_

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: FAMILIA

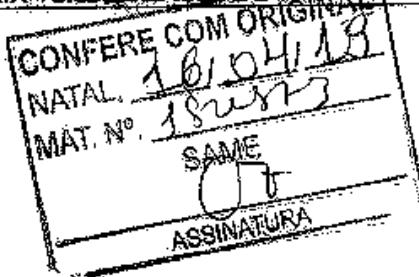
\*Empresa:

Fluxograma:	Discriminador:								
OBS:	Classificação:								
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - Causa referente à lesão alegada

Queixas:

Hora: \_\_\_\_\_



EVALUACAO (PRIMARIO)

A

B

C

D

E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

PROTÓCOLO RECEBIDO

10 MAI 2018

TERRA DO SOL ADM.  
E CORRETORA DE SEGS.

\*Saída: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO INICIAL - CID

\*Gerado via SX por ERIVALDO SIQUEIRA DA COSTA. Impresso em 13 de Setembro de 2018.



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 30/09/2020 13:58:57

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20093013585664800000058412675>

Número do documento: 20093013585664800000058412675

Num. 60884847 - Pág. 5



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSIVAN MODESTO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04883

CONTA: 000000001853-2

---

Nr. da Autenticação A6DCDE685E03828D



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 30/09/2020 13:58:57  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20093013585664800000058412675>  
Número do documento: 20093013585664800000058412675

Num. 60884847 - Pág. 7

## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DO RIO GRANDE DO NORTE  
RUA MERMOS, 150, BALDÓ,  
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 59025-250  
CNPJ 05.324.196/0001-81  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20088199-0



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Grátiás:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvicidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Grátiás de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Grátiás de telefones fixos e móveis

## DADOS DO CLIENTE

IZABEL FREIRE PEREIRA  
CPF: 318.581.564-04

## ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV BERNARDO VIEIRA 1085  
LANCHE DO DINHO  
QUINTAS/ÁREA URBANA  
59051-000 NATAL RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site [www.cosem.com.br](http://www.cosem.com.br)

## DATA DE VENCIMENTO

**10/05/2019**

## TOTAL A PAGAR (R\$)

**80,82**

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

03/05/2019

## DATA DA APRESENTAÇÃO

03/05/2019

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

023563839

Série: U

## CONTA CONTRATO

007004029806

## Nº DO CLIENTE

3010158999

## Nº DA INSTALAÇÃO

0000988999

## CLASSIFICAÇÃO

**B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS**  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

**FF63.F590.7589.654E.A8C5.5C30.63B3.06A1**

## DESCRÍPCAO DA NOTA FISCAL

DESCRÍPCAO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)					
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,22045010	6,61					
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,37791447	26,45					
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	55,00	0,56687174	31,17					
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,13					
Cor.trib. Irid. Pública Municipal			7,19					
ICMS-Parcela Subvençaoada			6,70					
Multa por atraso-NF 02064845D - 07/03/19			1,31					
Juros por atraso-NF 02064845D - 07/03/19			0,89					
Atualização IGP-M-NF 02064845D - 07/03/19			1,22					
Compensação DMIC 03/19			0,85					
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>80,82</b>					
<b>INFORMAÇOES DE TRIBUTOS</b>								
ICMS		PIS	COFINS					
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO			
54,36	18,00	9,80	64,36	1,33	0,85	64,36	6,11	3,93

## EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	DI Revv	Valor
11/04/19	04/05/19	73,07

Este comunicado NÃO substitui afixo de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 59 REN 414/ANEEL. Poderão ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos requisitados de restrições de crédito SPD e SERASA.

## Tarifas Aplicadas

## HISTÓRICO DO CONSUMO

Consumo Ativo até 30 kWh	104236789	kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	023177303	143
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	042645654	150
FEV	19	181
JAN	19	148
DEZ	18	145
NOV	18	154
OUT	18	142
SETE	18	151
AGO	18	138
JUL	18	139
JUN	18	145
MAI	18	151

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

R\$	%
23,12	36,86
2,55	3,98
16,01	24,88
1,33	2,07
16,38	25,42
4,32	6,71
64,36	100

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇOES

DESCRÍPCAO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
mar/2019					
DIC-No de horas sem Energia	NATAL	4,81	5,07	10,16	20,30
FIC-No de vezes sem Energia		1,00	0,91	6,22	12,45
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		4,81	2,86	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Límite DICRI: 12,22
ENSO-Valor da Enegria de Uso = R\$ 22,73					
Todo Consumidor pode solicitar a operação dos Indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer momento.					

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/06/2019

**INFORMAÇOES IMPORTANTES**

Pague no ponto mais perto de você! Jose Francisco da Silva 111667: av miguel castro, 814 s, bnm pastor / paróquia: avenda amântio barros, bnm pastor/leia completa em [www.cosem.com.br](http://www.cosem.com.br)

O pagamento dessa Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.

No dia da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).

A partir de 22/04, tarifa com reajuste médio de 5,48% para Baixa Tensão e 2,61% para Alta Tensão-REH 2.532/19.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento.

Pagto. em atraso gera multa 2%/mês(ANEEL), Juros 1%,m.(Lei 10.428/02) e atualização monetária no prazo. mês.

Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 37,92.

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os pedidos de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007004029806	05/2019	80,82	10/05/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838300000004 808200364070 004029806200 012259435736



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 32 04

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Karilane da Silva Rodrigues

inscrito (a) no CPF/CNPJ 071.923.044/26, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Josivam Moelito da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.201.904/07

do sinistro de DPVAT cobertura Trabalho da Vítima Josivam Moelito da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.201.904/07, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

Endereço:	<u>Rv. Bernardo Vieira</u>	Número:	<u>1083</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Quintas</u>	Cidade:	<u>Natal</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail:				CEP: <u>59051-000</u> Tel.(DDD): <u>(84)</u> <u>20300634-988174020</u>

Local e Data: Natal RN 08/05/2019

Karilane da Silva Rodrigues  
Assinatura do Declarante

PROCESSO	RECEBIDO
10 MAI 2017	
TERRA DO SOL ADM.	
E CORRETORA DE SEGS.	



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Lúcia Patricia Barbosa Pereira,

RG nº 001230532, data de expedição / /,  
Órgão TTEP, portador do CPF nº 751009834-34, com  
domicílio na cidade de Natal, no Estado de RN, com  
residência na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua do Bagéjo, nº 93

complemento Pajuçara Parque das Dunas (6), declaro, sob as  
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na  
data do acidente ocorrido com a vítima

Josivam Modesto da Silva  
era Josivam Modesto da Silva.

Veículo: Honda CG 150

Ano: 2012

Modelo: titán EX 150

Placa: NZX 7071

Chassi: 9C2KCL660CR548110

Data do Acidente: 03/09/2018 Diogo 03/09/2018

Local e Data: 11 ABR 2019

Lúcia Patricia Barbosa Pereira.

Assinatura do Declarante

Josivam Modesto da Silva.

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

PROTÓCOLO  
RECEBIDO

10 MAI 2019

TERRA DO SOL ADM.  
E CORRETORA DE SEGS.



Órgão de Notas  
Instituto de Administração - Logística - Gabinete do Presidente - 1404-08  
Av. Getúlio Vargas, 1000 - Centro - Rio Grande - RN - 59010-000  
Fone: (83) 3222-2222 - Fax: (83) 3222-2223 - E-mail: [logistica@iagrn.rn.gov.br](mailto:logistica@iagrn.rn.gov.br)  
Reconheço as firmas de LUCIANA PATRICIA BARBOSA PEREIRA e JOSIVAM MODESTO DA SILVA por autenticidade  
do que dou fez.  
Em 11/04/2019.  
Em testemunho \_\_\_\_\_  
Cloris Maria de Andrade - Esc. Autorizada

Cloris Maria de Andrade  
Escriturária



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 46997 /2018  
Admissão: 03/05/2018 09:50:00

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

FATURADO

00

EM

Paciente: 92368 - JOSIVAN MODESTO DA SILVA (36 a 5 m 4 d)

Nascimento: 09/04/1982 Natural: NATAL-BRASIL

CNS:

CPF: 09020190407

Sexo: M Cor: PARDA

Mãe: LUZINETE MODESTO DA SILVA

Prof:

Logradouro: BERNARDO VIEIRA, 1085

CEP: 59035015 Bairro: QUINTAS

Telefone: 84.987396703

Pai:

Cidade: NATAL

Centro:

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: FAMILIA

\*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

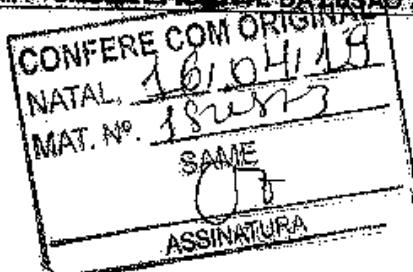
OBS:

Classificação:

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

HISTÓRIA - CÂMERA EPICRÍTICA-DATAS ALEGADA

Queixas:  
Hora: \_\_\_\_\_



EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A

B

C

D

E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

PROTÓCOLO  
RECEBIDO

10 MAI 2018

TERRA DO SOL ADM.  
E CORRETURA DE SEGS.

\*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Gerado via SX por ERIVALDO SIQUEIRA DA COSTA, Impresso em 13 de Setembro de 2018.



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 30/09/2020 13:58:57

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20093013585664800000058412675>

Número do documento: 20093013585664800000058412675

**POLITAVMA**  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
**PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO**

**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA** N° 46992

ATA: 03 109 / 20 HORA: TEL. 987 39 6703

NOME: José Vitor Andrade da Silva

DATA DO Nascimento: 09/04/1982 IDADE:    COR:    SEXO: M ESTADO CIVIL:

CARTÃO SUS RG CPF 099.201-904-07

NATURALIDADE R.N. / Nascido: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ PROCEDÊNCIA: \_\_\_\_\_

NACIONAL DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS Y TECNOLÓGICAS  
PROPIEDAD INTELECTUAL  
PROCEDENCIA

MAE: 0.000000000000000 PAE: 0.000000000000000 LPE: 0.000000000000000

ENDEREÇO: R. UN - Serviços Vicentinos N° 2005

**BARRIO** Barreiros **CIDADE** Natal

#### **COMO DÉS DO PACIENTE AO SER ATENDIDO**

**APARENTEMENTE BEM**  **REGULAR**  **COM DISPNEIA**  **CONFIRA COM O DOUTOR**  **CHOCADO**  **COMATOSO**

COM HEMORRAGIA     EM. CONVULSAO     POLI TRAUMATICO     AGREDIDO     OUTROS

**ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO** SMT  NÃO  SIM

A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)      B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA      C) PRESSÃO ARTERIAL

**ESCORE FINAL (SOBRE TRAFICO MODIFICADO) A+B+C**

TEMP. RE. PIRACAO PULSO T.A

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA) → modo de moto b-

Presente con historias de sucesos en el mundo.

4 Keras. Siege parvula, ex capillis, peritae, ex

conferences on Venetian, No. 100, 1899, pp. 1-10.

*a mao* (D.). Abalone. Flavids - Malabar

A-VAP; Nage Cervicalgia

## B - Eisenkasten

e - Estovet Hemodin.

- Cole

E - Esteria em antíbraco e mao. (R)

### SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T - RTS

**SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T - RTS**



# Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENTIN LAMARTINE, 970 - TIROL - NATAL / RN  
Fone: (84) 3133-4200 - Fax: (84) 3132-1223  
hmemorial@veloxmail.com.br

  
Data: 09/10/2018 11:06

## FICHA DE INTERNAMENTO

Paciente: JOSIVAN MODESTO DA SILVA

Registro: 132069

Cod. RG: 002264611

CPF: 090.201.504-07

Nascimento: 09/04/1983 36 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Solteiro(a)

Endereço: BERNARDO VIEIRA

Nº: 1035

Bairro: QUINTAS

Cidade: NATAL

UF: RN

CEP: 59000008

Fone: 84988372693

Profissão: BARBEIRO

Mãe: LUZINETE MODESTO DA SILVA

### Dados do Internamento

Vaga: Internamento

Entrada: 09/10/2018 11:05 Previsão saída: 10/10/2018 11:06 Atendente: CLAUDIA F.

Centro de Saúde: SUS MUNICIPAL

Matr.: Ala/CNS: 700707466354880

Medico: Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

CRM: 6500

### LEITO RESERVA 07

### Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

### Termo de Responsabilidade

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico hospitalar ou ambulatorial.

Declaro para os fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não for devida ao Hospital Memorial de Natal pela instituição conveniada a qualquer título.

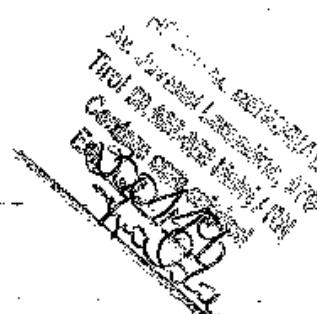
Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas e a liquidação total do débito, que autorizo o acrecimento de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora está autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

Autorizo a liberação da documentação do meu caso médico, através de fotografia, ou de exames gráficos, de imagens, bem como o seu arquivamento por meio digital, datásis, fotografias ou quaisquer meios para os seguintes fins:

- a. Diagnóstico;
- b. Planejamento e Terapêutico;
- c. Ensino e Pesquisa.

Assinatura:  Paciente  Responsável

Observações



DUAS FOLHAS DE RX LAUDO DO SEUS MÉDICO CIENTE

AcmeWare

PROTÓCOLO  
RECEBIDO

Página 1/2

10 MAI 2018  
TERRA DO SOL ADM.  
E CORRETORA DE SEGUROS



# Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN  
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1226  
hmemorial@hmemorial.com.br

## FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 09/10/2018 11:06

### Dados do Paciente

Paciente: JOSIVAN MODESTO DA SILVA

Registro: 132069

Num. RG: 002264611 CPF: 990.201.904-07 Nascimento: 09/04/1982 36 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Solteiro(a)

Endereço: BERNARDO VIEIRA

N.: 1086

Bairro: QUINTAS

Cidade : NATAL

UF: RN

CEP: 59000000

Fone: 84988372693

Profissão: BARBEIRO

Mãe: LUZINETE MODESTO DA SILVA

### Dados do Internamento

Num. Internamento 1

Entrada: 09/10/2018 11:06 Previsão saída: 10/10/2018 11:00 Atendente: CLAUDIAF

Convênio: SUS MUNICIPAL

Métricula/CNS: 700707466354050

Médico : Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

CRM: 5500

**LEITO RESERVA 07**

### Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

Data da Baixa: \_\_\_\_\_ No. de dias de hospitalização: \_\_\_\_\_ No. de US: \_\_\_\_\_

Doc. Apresentado: \_\_\_\_\_ Diagnóstico Definitivo: \_\_\_\_\_

Procedência: \_\_\_\_\_

História da Doença atual: \_\_\_\_\_

Interrogatório sobre diversas aparições: \_\_\_\_\_

Antecedentes pessoais: \_\_\_\_\_

Antecedentes familiares: \_\_\_\_\_

Estado geral: \_\_\_\_\_

Ap. Cardiorespiratório: \_\_\_\_\_

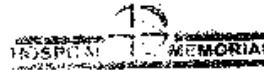
Ap. digestivo: \_\_\_\_\_

Ap. Locomotor e Neurológico: \_\_\_\_\_

Ap. Urinário e Ginecológico: \_\_\_\_\_

Impressão geral: \_\_\_\_\_

Conduta: \_\_\_\_\_



## Hospital Memorial de Natal

AV JUVENAL LAMARTEINE, 979 - TIROL - NATAL/RN  
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228  
hmemorial@veloxmail.com.br

Data: 09/10/2018 11:05

### Dados do Paciente

Paciente: JOSIVAN MODESTO DA SILVA Registro: 132069  
Num. RG 002264611 CPF: 090.201.904-07 Nascimento: 08/04/1942 36 anos Sexo:Masculino Est.Civil: Solteiro(a)  
Endereço: BERNARDO VIEIRA N.: 1035 Bairro: QUINTAS  
Cidade: NATAL UF: RN CEP: 59000-000 Fone: 84988372691  
Profissão: BARBEIRO Mãe: LUZINETE MODESTO DA SILVA

### Dados do Internamento

Num. Internamento 1 Entrada: 09/10/2018 11:05 Previsão Saída: 11/10/2018 11:00 Atendente: CLAUDIAF  
Convênio: SUS MUNICIPAL Matrícula/CNS: 700707466354880  
Médico : Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA CRM: 5500 LEITO RESERVA 07

### Dados do Responsável

Responsável: CPF: RG:  
Parentesco:

### TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

1. - Autorizo o(a) Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA, a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia a: S7926 FRATURA DE RÁDIO.
- 2 - O(A) Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA expôs-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual será submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
3. - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitarem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

Razão por que o paciente não assinou o presente Termo de Ciência e Consentimento e Responsabilização.  
Preenchido pelo responsável do paciente

[Assinatura] | Paciente | Responsável

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Certifico que expliquei detalhadamente a este paciente, ou ao seu responsável, o procedimento, cirurgia, seus benefícios, riscos e suas alternativas, respondendo satisfatoriamente todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente / responsável compreendeu todo o que expliquei.

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA - CRM 5500

Atenciosamente,  
Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA  
CRM 5500  
Data: 09/10/2018



*Maryam Mendes da Silva*

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walneido Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

*Nir*

LAUDO PARA  
SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNACAO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES				
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES				
5 - NOME DO PACIENTE					
<i>Maryam Mendes da Silva</i>					
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO	FEMININO	2
<i>300307466356800</i>	<i>09/04/1982</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>2</i>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO				
<i>Maryam Mendes da Silva</i>	<i>988378693</i>				
12 - ENDERECO (CEP, RM)	13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP	
<i>Rua Bernardo Vieira - 1085</i>	<i>Votol</i>	<i>Vila</i>	<i>RN</i>	<i>59100-000</i>	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS (INDICOS)

*Paciente vira de lado de moto  
c/ dor e febre*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*Trauma crânio*

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVA: DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

*Suspeita de fratura*

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LABORATÓRIOS ASSOCIADOS
<i>Fractura de crânio</i>	<i>F12</i>		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - LESTO / CLIPSETA	26 - CARÁTER DE PARTENARIAÇÃO	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
<i>estriar</i>	<i>Otorrinolaringologista</i>	<i>União</i>	<i>Dr. Geraldo</i>
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	29 - CNPJ / CRM	30 - CEP / ENDERECO	31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (IN REG. CONSELHO)
<i>0309010019</i>			<i>Dr. Geraldo</i>

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

32 - I - ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - N° DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - I - ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CRM	38 -	40 -
39 - I - ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL		42 - CID SECUNDÁRIO	
43 - CID SECUNDÁRIO		44 - I - GRAVE	45 - F - GRAVESSIMA
46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO			
47 - ET AUTORIZ.			
48 - CNS / CPF			
49 - ASSINATURA E CARIMBO (IN REG. CONSELHO)			
50 - NOME DO PROFISSIONAL PARA SER CADASTRADO / AVALIAÇÃO			
51 - ET AUTORIZ.			
52 -			
53 - AGRAFATURA E CARIMBO (IN REG. CONSELHO)			
54 - NOME DA UNIDADE DE ATENÇÃO (UNI. DE SAÚDE) / LOCAL DA INTERNAÇÃO			

Mensagem: Observar, no formulário hospitalar, se é aplicável à saúde ou não doenças e agravos em situações clínicas, crônicas, exclusivas de causas externas, em especial o



08/10/2018

SISREG H - Consulta de Procedimento

Código: 255924416

### IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:  
HOSPITAL MONSENOR WALFREDO GURGEL (2693925)  
Central Reguladora:  
NATAL,

Cr. Solicitante:  
24278530463 ALUZIO  
Unidade Desejada:  
---

Data de Solicitação:  
05.09.2018 - 18:23:51  
Data Desejada:  
---

### DADOS DO PACIENTE

CMS:  
700707466354880  
Nome do Paciente:  
JOSIVAN MODESTO DA SILVA  
Nome da Mãe:  
LUZINÉTE MODESTO DA SILVA  
Sexo:  
MASCULINO  
Data de Nascimento:  
09/04/1982 (36 anos)  
Tipo Logradouro:  
AVENIDA  
Número:  
1085  
País de Residência:  
BRASIL  
Telefone(s):  
(84) 99739-6703 (Exibir Lista Detalhada)

Nome Social/Apelido:

JOSIVAN  
Naturalidade:  
NATAL - RN  
Raça:  
SEM INFORMAÇÃO  
Tipo Sangüíneo:  
---  
Registador:  
RICHARDO VIEIRA 2/1234  
Número:  
QUINTAS  
Município de Residência:  
NATAL

Complemento:  
CEP:  
69051-000  
UF:  
RN

### DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:  
65432193434

Nome do Médico Solicitante:  
ASTRÉS DE ARRUDA JUNIOR Status de Sessão:

PENDENTE

Diagnóstico Inicial - CID:  
5523 - FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO

Caráter:  
11 - Urgência  
Clínica:  
ESPEC - CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA  
Procedimento Solicitado:  
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIÁFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA UMLA

Descrição do Risco:  
Prioridade 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível  
Clínica Complementar:  
Nenhuma  
Códigos:  
6408020431

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sintomas e Sintomas Clínicos:

TRAUMATISMO EM RÁDIO, REFERINDO DOR, EDEMA, DEFORMIDADE E LIMITAÇÃO FUNCIONAL. SEGURO OS CUIDADO DA ORTOPEDIA/RD.

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

LAUDO+RX+EX-LAB.

Condições que Justificam a Internação:

TRATAMENTO CIRÚRGICO

### PARECER

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador):

CRAS: Data de Solicitação:  
05.09.2018 - 18:23:51

Data da Extração dos Dados: 08/10/2018 09:41:03



17/09/2018

SISREG III - Serviços de Produção

Código Solicitação: 255924416

Número AIH: 241810087355-1

**IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE**

Unidade Solicitante:	CNPJ:
HOSPITAL MONSERRAT WALFREDO GUNDEL	2653973
Unidade Executante:	CNPJ:
HOSPITAL MEMORIAL	2408252
Lagradouro, Endereço, Nº , Complemento, Bairro AV JUVENTAL LAMARTINE - 979 -- TIROL	Município Executante NATAL
Central Reguladora	NATAL
Data de Solicitação	05/09/2018 - 18:23:51
Data de Autorização	06/10/2018 - 17:20:20
Data de Reserva	09/10/2018
Data de Internação	09/10/2018
Data Prevista de Alta	10/10/2018
Data de Alta	10/10/2018 - 16:49:39
Motivo da Alta	1.2 ALTA MELHORADO

**DADOS DO PACIENTE**

CNPJ:	Nome Social/Apellido:
780207466354880	JOSIVAN
Nome do Paciente:	Nome da Mãe:
JOSIVAN MODESTO DA SILVA	LUZINETE MODESTO DA SILVA
Nome do Bairro:	Logradouro:
	BERNARDO VIEIRA 2/1234
Sexo:	Bairro:
MASCULINO	QUINTAS
Data de Nascimento:	Município de Residência:
09/04/1982, (36 anos)	NATAL
Tipo Legislador:	Complemento:
AVENIDA	
Número:	CEP:
2085	59051-000
País de Residência:	UF:
BRASIL	RN
Fone(s):	
(84) 98739-6703 (Exibir Lista Detalhada)	

**DADOS DA SOLICITAÇÃO**

CPF do Médico Solicitante:	Nome do Médico Solicitante:	Status da Solicitação:
65432193434	ABREIX DE ARRUDA JUNIOR	APROVADA
CPF do Médico Executante:	Nome do Médico Executante:	
19561917807	HELIOS RUBENS POLÍDIO GARCIA	
Diagnóstico Inicial - CID:		
S523 - FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO		
Codutor:	Classificação de Risco:	
11 - Urgencia	Intensidade 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível	
Clinica:	Clinica Complementar:	
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	Verifica	
Procedimento Solicitado:	Ónus:	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIÁFISARTA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA	0409020431	

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO**

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:  
TRAUMATISMO EM RÁDIO, REFERINDO DOR, EDEMA, DEFORMIDADE E LIMITAÇÃO FUNCIONAL. SEGUO AOS CUIDADO DO ORTOPEDIANO.

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:  
LAUDO+RX+EX+LAB.

Condições que Justificam a Internação:  
TRATAMENTO CIRÚRGICO

**PANSES**

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (executante)

CNPJ:

Data de Solicitação:  
05.09.2018 - 18:23:51





BLOCO CIRÚRGICO  
BOLETIM DE SALA

Reg 11320169 NOME: Jússwan Matheus da Silva

APTO-

Courtesy Realtor®

**DATA:** 09/09/2018 **VISITANTE:** Dr. G. C. M. **TIPO DE CONSULTA:** Consulta de seguimento

DATA:	INICIO:	HS:	MIN:	TERMINO:	HS:	MIN:
EQUIPE	NOME	CIC/CF	CRM	CIRURGIA		
Cirurgião						
1 Auxiliar	Dr Hélio Garcia		5500			
2 Auxiliar						
Anestesiólogo	Victor Dutra P/ages	08.201.12460	6224			
Instrumentador	None					
Aux:						

1. Paciente em ORDEM sob bloqueio M Sup E
2. Assepsia e antisepsia
3. Via de acesso dorsal antebraço E + divulsão romba
4. Tratamento cirúrgico da fratura do antebraço E
5. Osteotomia dos ossos longos
6. Enxerto ósseo
7. RX intra-op
8. Limpeza + sutura + curativo + fala despedida

CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
<b>MEDICAMENTOS</b>											
000001	Água Bactericida 100ml	AMP	1	000008	Vigil 4-0 Flavofosf	ENV	1	000027	Molho Sabor Goma	PGL	
000005	Água Bactericida 100ml	AMP	1	000007	Vigil 5-0 Acetato	ENV	1	000045	Molho Tabasco 10ml	PGL	
000006	Água Bactericida 20ml	AMP	1	000025	Vigil 5-1	ENV	1	000023	Mentona Desodorante	UND	15
000007	Antidiarréico 3g	AMP	1	000013	Vigil 5-2	ENV	1	000036	Perfume 20ml	UND	
000008	Antidiarréico 3g	AMP	1					000046	Produtor Desodorante 100ml	ML	
000012	Glicose 25% 100ml	AMP	1					000070	Perfume 50ml 1ml	ML	
000015	Glicose 50% 100ml	AMP	1					000057	Sabonete Líquido	ML	
000016	Indoleco 50%	ENV	1					000030	Sabonete Desodorante	UND	
000025	Iodopovidone 1%	1-6	1					000023	Sabonete 20ml 10ml de Águas	UND	
000026	Ketofen 100mg 10ml	COD	1					000045	Sabonete 20ml 10ml de Águas	UND	
000067	Neostigmine 1% 5ml	AMP	1					000075	Sabonete 20ml 10ml de Águas	UND	
000493	Proteína 10% 10ml	AMP	1					000026	Sabonete 20ml 10ml de Águas	UND	
000529	Sabutamol 0,05mg 10ml	FPS	1					000020	Sabonete 10ml 10ml	UND	
000648	Sabutamol 0,05mg 10ml	FPS	1					000144	Sabonete 10ml 12	UND	
000125	Soro Fisiológico 100ml	FPS	1	000000	Albuterol 5% Plus N° 10	UND	1	000171	Sabonete 10ml 14	UND	
000719	Soro Fisiológico 5% 500ml	FPS	1	000018	Albuterol 5% Plus N° 10	UND	1	000169	Sabonete 10ml 16	UND	
000748	Soro Glucosado 5% 500	TB	1	000025	Albuterol 5% Plus N° 10	UND	1	000168	Sabonete 10ml 18	UND	
000886	Xylocaine 2% c/v	AMP	1	000002	Albuterol 5% Plus N° 20	UND	1	000015	Sabonete 10ml 20	UND	
010026	Yohimbe Gelée 2%	SSG	1	000002	Agelina Desodorante 13 x 4,5	UND	1				
			03	000002	Agelina Desodorante 25 x 7	UND	1				
			03	000143	Agelina Desodorante 40 x 12	UND	1				
			03	000575	Alcool Isóptico 10%	ML	1				
			03	000552	Aloderm Crema 100ml	ML	1				
			03	000390	Aloderm Crema 120ml	ML	1				
			03	000580	Aloderm Crema 150ml	ML	1				
			03	000590	Aloderm Crema 200ml	ML	1				
			03	000701	Aloderm Crema 200ml	ML	1				
			03	000678	Aloderm Crisscross 120ml	ML	1				
			03	000100	Aloderm Otoprotetor 150ml	ML	1				
			03	000800	Aloderm Otoprotetor 150ml	ML	1				
			03	001570	Aloderm Otoprotetor 150ml	ML	1				
			03	000385	Aloderm Otoprotetor 200ml	ML	1				
<b>FIOS</b>											
000037	Algodoão 0,01 Agulha	ENV	1	000048	Banho de Pintura	UND	1				
000085	Algodoão 2-0 (s/ Agulha)	ENV	1	000526	Banho de Pintura	UND	1	000739	At. Compõentes		
000094	Algodoão 3-0 (s/ Agulha)	ENV	1	000048	Bleachery 1kg	UND	1	002407	Aspirador Vácuo		
000102	Cromase 14	ENV	1	000055	Bulky 21g	UND	1	000324	Brinco de Injetável		
000130	Cromase 2-0	ENV	1	000135	Bulky 23g	UND	1	000021	Cambuciaria		
000123	Cromase 4-0	ENV	1	000142	Bulky 26g	UND	1	000043	Cloramina 100ml		
000258	Kit-Catetera	ENV	1	001205	Campos Desodorável	UND	1	000085	Desinfetador		
000589	Monofibrila 0 PRETO	ENV	1	001244	Compressa Cânica	UND	1	001467	Intensificador de Imagem		
000614	Monofibrila 2,0 PRETO	ENV	1	001093	Elafo-Jo Descartável	UND	1	000489	Microscópio		
000621	Monofibrila 3,0 PRETO	ENV	1	000045	Entrofor 500ml	UND	1	001711	Coagulador Sist Pressão 14		
000838	Monofibrila 4,0 PRETO	ENV	1	001731	Esparadrapo 1x 45	ML	1	001523	Oralímetro		
000545	Monofibrila 5,0 PRETO	ENV	1	000200	Ela-Sulfinco 1ml	ML	1	000385	Óxido Nitroso		
000553	Monofibrila 6,0 PRETO	ENV	1	001465	Elaç 91 x 91	UND	1	000709	Respirador a Pressão		
007882	Monofibrila 8,0 PRETO	ENV	1	000200	Casa Fornecedora	UND	1	000578	Respirador a Pressão 14,4ml		
000542	Monofibrila 10,0 PRETO	ENV	1	002264	Gevo Descartável	UND	1	001656	Torre de Molde		
000202	Prótese 2-0	ENV	1	002403	Inhalador 2,4 M	UND	1	000427	Torre de Fita Oferta		
001463	Prótese 4-0	ENV	1	001073	Infusão Padrão	UND	1				
000448	Prótese 5-0	ENV	1	002241	Infusão Bikit 10' 11	UND	1				
000531	Prótese 6-0	ENV	1	002205	Infusão Bikit 10' 16	UND	1				
000510	Selar 2-0	ENV	1	000149	Infusão Bikit 10' 20	UND	1				
000550	Selar 3-0	ENV	1	002203	Linea Desodorável	UND	1				
000509	Selar 6-0	ENV	1	002840	Linea Desodorável N° 2,5	UND	1				
000194	Singles 3-0 (s/ Agulha)	ENV	1	002401	Linea Desodorável N° 6,0	UND	1				
000930	Vigil 4-0 (injetor)	ENV	1	002411	Medca Tubular 10cm.	UND	1				

ANSWER

100-1100

*Admiral + 1st class*



## RELATÓRIO ANESTESIA

I.S.D.A.

1. Medicamento:

PRÉ-ANESTÉSICO:

Drogas:

TÉCNICA ANESTÉSICA:

Bis + Etácarb

### DROGAS USADAS NA ANESTESIA

CÓD.	DEScriÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DEScriÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DEScriÇÃO	UNID.	QUANT.
020050	Anestesia	AMP	000070	000070	Mercapto	ML					
020055	Aqua Salvia 10%	AMP	000071	000071	Phenol 10%	ML					
020062	Atropina 0,5%	AMP	000072	000072	Promedol	ML					
020063	Cloruro de Potássio	AMP	000073	000073	Safetan	ML					
020067	Clor. de Sódio	AMP	000074	000074	Urofase 100ml	ML					
200080	Clor. de Zinco	AMP	000075	000075	Urofase 500ml	ML					
020095	Urgon	AMP	000076	000076	Vitamina C 1000mg	ML					
020105	Urgon	AMP	000077	000077	Vitamina C 500mg	ML					
200105	Urgonol 10mg	AMP	000078	000078	Zol. Nitro 3,75%	ML					
020125	Urgonol 100mg	AMP	000079	000079	Zol. Nitro 10%	ML					
020131	Urgonol 1000mg	AMP	000080	000080	Zol. Nitro 20%	ML					
020141	Eskat	AMP	000081	000081	Zol. Nitro 50%	ML					
020151	Foligard 250	AMP	000082	000082	Zol. Nitro 100%	ML					
020160	Foligard 500	ML	000083	000083	Zol. Nitro 200%	ML					
020180	Urgonol	ML	000084	000084	Zol. Nitro 400%	ML					
020190	Urgonol 250	ML	000085	000085	Zol. Nitro 500%	ML					
020207	Urgonol	ML	000086	000086	Zol. Nitro 750%	ML					
020248	Urgonol	ML	000087	000087	Zol. Nitro 1000%	ML					
020257	Urgonol 250	ML	000088	000088	Zol. Nitro 1500%	ML					
020267	Urgonol 500	ML	000089	000089	Zol. Nitro 2000%	ML					
020277	Urgonol 1000	ML	000090	000090	Zol. Nitro 2500%	ML					
020287	Urgonol 2500	ML	000091	000091	Zol. Nitro 3000%	ML					
020297	Urgonol 5000	ML	000092	000092	Zol. Nitro 4000%	ML					
020304	Urgonol 10000	ML	000093	000093	Zol. Nitro 5000%	ML					
020325	Urgonol 100000	ML	000094	000094	Zol. Nitro 6000%	ML					

### INTERCORRÊNCIAS

(Vazio)
---------

DESCRÍCÃO	QUANTIDADE
Oxímetro	1,01
Cardioscópio	0,01
Capnógrafo	—
DESCRÍCÃO	QUANTIDADE
Oxigênio Líquido	0,01
Protocolo Líquido	—

### ANOTAÇÕES

INÍCIO ANESTESIA:	INÍCIO CIRURGIA:	DATA:	CRM:
FINAL CIRURGIA:	FINAL ANESTESIA:	ANESTELOGISTA:	1174



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 30/09/2020 13:58:57

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20093013585664800000058412675>

Número do documento: 20093013585664800000058412675

Num. 60884847 - Pág. 20

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS  
PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Hospital Memorial de Natal

Registro-Internamento: 132069-1

Leito Nº LEITO RESERVA 07

Médico CRM - 5500 - HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

### LAUDO MÉDICO PARA SITUAÇÕES ESPECIAIS

#### LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- Mudança de Procedimento
- Diária de U.T.I.
- Diária de Acompanhante
- Vacina Anti RH
- Parecer CCIH
- 

- Uso de Prótese, Ortese
- Uso de Fatores de Coagulação
- Uso de Oxigenadores
- Nutrição Parenteral

#### HOSPITAL

10.867.687/0001-10 Hospital Memorial de Natal

#### PACIENTE

132069-1 - JOSIVAN MODESTO DA SILVA

PROCEDIMENTO ANTERIOR	PROCEDIMENTO SOLICITADO	MÉDICO SOLICITANTE	CRM	CPF
		HELIO RUBENS POLIDO GARCIA	5500	195.619.178-07

#### JUSTIFICATIVA

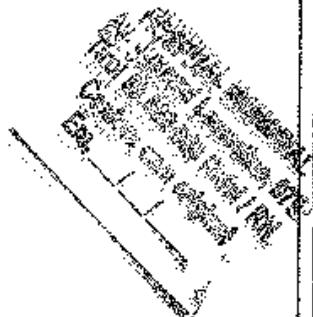
FRATURA DO ANTEBRAÇO E HÁ 5 SEMANAS, JPA CONSOLIDADA, REALIZADOS:

040802042-3 - TTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO ANTEBRAÇO COM SÍNTSESE

040806017-4 - OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ

040804015-7 - ENXERTO OSSEO

2 FIOS STEINMANN



#### ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

CRM	DATA
5500	09/10/2018 16:47:28

#### AUTORIZAÇÃO

#### AUDITOR

CRM	DATA





## Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN  
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hm.memorial@veloxmail.com.br

### PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Data: 09/10/2018 19:45

Dados do Paciente  
Registro: 132069 IH: 1 Paciente: JOSIVAN MODESTO DA SILVA  
Nascimento: 09/04/1982 36 anos Internação: 09/10/2018 11:05:27 Leito: LEITO RESERVA 07

### PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

#### DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: BEER + SEDACÃO Anestesiologista: DR. VICTOR

Tipo: ITQ DE FRATURA DE ENTESBRAÇO E Cirurgião: DR. HELIO

Instrumentador: ANTONIA Circulante: FELIPE + STEPHANIE

Tipo curávulo: TALA GESSADA

Tem material para biópsia/cultura: NÃO

Inf.sanguínea: NÃO Monitoração correta: SIM Pelaço do bisturi: SIM

Antibiótico profilático?: CEFAZOLINA 2G

Medicação administradas:

#### Intercorrências / Observações:

PACIENTE EM POI DE ITQ DE ANTEBRAÇO E, NEGA HAS + DM, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, NA HVP COM SE 0,9% COM JELCO N°20 EM MSD. PROCEDIMENTO REALIZADO SEM INTENÇÕES ENCAMINHADAS AO SRPA EM OF AMBIENTE E SEGURO AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

### FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

#### CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Potencial de Contaminação: Limpa

FEUPE MORAIS DE MOURA  
Técnico(a) COREN - 620340

HOSPITAL MEMORIAL  
Av. Juvenal Lamartine, 979  
Tirol - RN - 59010-000  
Centro de Saúde  
Educação e Pesquisa





## Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENTIN LAMARTINE, 879 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmernatal@veloxmail.com.br

## PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

### Dados do Paciente

Registro: 132069 IH: 1 Paciente: JOSEIVAN MODESTO DA SILVA  
Nascimento 09/04/1982 36 anos Internação: 09/10/2018 11:05:27 Leito: LEITO RESERVA 07

### ANTES DO ATO CIRÚRGICO

09/10/2018 18:45:20 Técnico(a) COREN - 980343 - EDELMAR MARTINS DA SILVA

#### Observações:

CLIENTE ADMITIDO (A) NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DEFATURA DE ANTEBRAÇO, ACOMPANHADO DE SEU FAMILIAR E MAQUEIRO. CONSCIENTE, ORIENTADO (A), RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, FOI FUNCIONARIO(A) COM CATETER VENOSO EM MSD N°20 VIABILIZANDO SF0,8% E SEGURO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

#### Doença pré-existente:

Há reserva sanguínea: **NÃO** Prótese: **NÃO** Jóias: **NÃO** Membro e lado da cirurgia: **MSE**

Exame Laboratorial: **NÃO** Risco Cirúrgico: **NÃO** Raio X: PRE: **SIM-QTD: 1**

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): **NÃO**

### Assinatura Responsável

#### Outros Exames:

SRPA 09/10/2018 18:45:20 Técnico(a) COREN - 980343 - EDELMAR MARTINS DA SILVA

Nível consciência: **ORIENTADO** Oxigênioterapia: **O2 AMBIENTE**

Acesso venoso: **SIM** Diurese: **NÃO** Acidotônico: **NÃO** Pálido: **NÃO** Sudorese: **NÃO** Tremores: **NÃO**

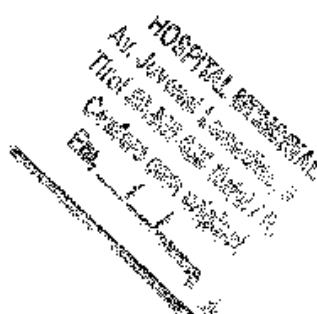
Hipotensão: **NÃO** Raio X de Controle:

#### Medicação administradas:

#### Encaminhamento:

CLIENTE DE ALTA HOSPITALAR SEM INTERCORRÊNCIA DE PÓ OPERATORIO DE ENCaminhado ao RAIO X, ACOMPANHADO PELO MAQUEIRO E POR SEU FAMILIAR.

### Assinatura Responsável





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: JOSEIVAN MODESTO DA SILVA Idade: 36 anos  
Convênio: SUS MUNICIPAL Reg.: 132068 Prontuário:  
Unidade: CENTRO CIRURGICO Peso: 80,0 kg Altura: 1,66m  
Leito: LEITO RESERVA 07  
Admissão: 09/10/18 11:05 1 dia(s) de internação  
Diag.: S523 - Fratura da diáfise do rádio

10/10/2018 07:00

6500

- 1) DIETA LIVRE, Ao dia
- 2) SORO FISIOLOGICO 0,9% 500mL  
Uso: 1 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.
- 3) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola  
Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.  
DILUIR EM 10 ML DE ABD.
- 4) DIPIRONA 500mg/mL ampola  
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.  
DILUIR EM 8 ML DE ABD
- 5) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola  
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.
- 6) DIMENIDRINATO 86 DL 10mL ampola  
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.
- 7) DICLOFENACO SODICO 50mg comprimido  
Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.
- 8) RANITIDINA 150mg comprimido  
Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.
- 9) OBSERVAR PERCUSÃO DISTAL, Ao dia
- 10) ALTA HOSPITALAR, 02 em 02 horas

Dr. HÉLIO RUBENS POLIDO GARCIA  
CRM - 6500

HOSPITAL MEMORIAL  
Av. Juiz de Fora, 123, 670  
Tiradentes - RJ  
Centro para Reabilitação  
Educação e Pesquisa





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN  
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228  
htmemorial@veloxmail.com.br

**EVOLUÇÃO MÉDICA -**

**Dados do Paciente**

Paciente: JOSIVAN MODESTO DA SILVA

Nascimento: 09/04/1982 | 36 anos

Registro: 132058 Num.Internação: 1

Data Internação: 09/10/2018 11:05:27

Evolução: 09/10/2018 16:46:43

Fratura do antebraço E há 5 semanas, jpa consolidada

CD: tto cirúrgico

POf sem intercorrências

HOSPITAL MEMORIAL  
Av. Juvenal Lamartine, 979  
Tiro 14, Bairro do Tirol/RN  
Centro de Saúde  
E-mail:

  
**HELIOTRUBENS POLIDO GARCIA**  
CRM - 6600





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN  
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1223  
hmemorial@veloxmail.com.br

O : CENTRO CIRÚRGICO

Dados do Paciente

Paciente: JOSIVAN MODESTO DA SILVA

Registro: 132069 Nº Internação: 1

Nascimento: 09/04/1982 | 36 anos Data Internação: 09/10/2018 11:05:27

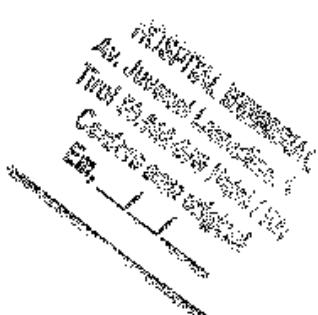
Leito: LEITO RESERVA 07

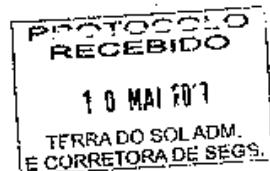
OBSERVAÇÕES GERAIS

20:00H-PACIENTE SAIU DE ALTA HOSPITALAR ACOMPANHADO PELO FAMILIAR.

09/10/2  
CUT - 1199430

ANGELICA CRISTINA SILVA DE SOUZA





Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 30/09/2020 13:58:57  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20093013585664800000058412675>  
Número do documento: 20093013585664800000058412675

Num. 60884847 - Pág. 27

**Ministério da Fazenda**  
**Receita Federal**

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**

Número

**077.923.044-26**

Nome

**KARLIANE DA SILVA RODRIGUES**

Nascimento

**31/12/1987**

CÓDIGO DE CONTROLE

**869D.A81C.CC27.5D71**



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
nº 14-11222 - do dia: 20/04/2019 - (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 80

**VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**

**PROTÓCOLO  
RECEBIDO**  
**10 MAI 2019**  
**TERRA DO SOL ADM.  
E CORRETORA DE SEGS.**



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 30/09/2020 13:58:57  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20093013585664800000058412675>  
Número do documento: 20093013585664800000058412675

Num. 60884847 - Pág. 28



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 30/09/2020 13:58:57  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20093013585664800000058412675>  
Número do documento: 20093013585664800000058412675

Num. 60884847 - Pág. 29

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190318305      **Cidade:** Natal      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSIVAN MODESTO DA SILVA      **Data do acidente:** 03/09/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 17/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA UNICA DO RÁDIO ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. (11)  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Josivam Modesto da Silva, brasileiro(a),  
estado civil: Solteiro, Profissão: Barbeiro, Data do Acidente: 03/09/2019  
Cobertura Inválido, portador(a) do RG 002.264.611, órgão expedidor  
SSP/RN e do CPF: 090.201.904-07 residente no(a)  
Av. Bernardo Vieira, nº 1085,  
bairro: Quintas, município: Natal, RN.

### OUTORGADO:

Nome: Karoline da Silva Rodrigues, brasileiro(a)  
estado civil: Solteira, Profissão: menina, portador(a) do RG  
002.734.830, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 074.923.044-26, residente  
no(a) Av. Bernardo Vieira, nº 1085  
bairro: Quintas, município: Natal, 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, 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.

02 MAI 2019

Local e Data

Josivam Modesto da Silva  
Assinatura do Outorgante  
(Reconhecer firma por autenticidade)

2º Ofício de Notas  
Av. Almirante Tamandaré, 100 - Centro - CEP 59010-000 - Rio Grande do Norte - Brasil  
Fone: (83) 3222-2000 - E-mail: atendimento@sd.com.br

Reconheço a Firma de JOSIVAM MODESTO DA SILVA por  
autenticidade do que dou fe.

Em 02/05/2019  
Em testemunho: Clarice Maria de Andrade

Clarice Maria de Andrade - Esc. Autorizada

Clarice Maria de Andrade  
Esc. Autorizada

PROTÓCOLO  
RECEBIDO

10 MAI 2019

TERRA DO SOL ADM.  
E CORRETORA DE SEGS.



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0158309/19

**Vítima:** JOSIVAN MODESTO DA SILVA

**CPF:** 090.201.904-07

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 03/09/2018

**Titular do CPF:** JOSIVAN MODESTO DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

#### KARLIANE DA SILVA RODRIGUES : 077.923.044-26

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

#### JOSIVAN MODESTO DA SILVA : 090.201.904-07

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/05/2019  
Nome: KARLIANE DA SILVA RODRIGUES  
CPF: 077.923.044-26

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/05/2019  
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA  
CPF: 021.292.004-94

KARLIANE DA SILVA RODRIGUES

GERCIA LOURENCO DA SILVA



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 30/09/2020 13:58:57  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20093013585664800000058412675>  
Número do documento: 20093013585664800000058412675

Num. 60884847 - Pág. 32