



Número: **0813716-42.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **10/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.754,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE IVANILDO DA SILVA FILHO (AUTOR)		KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60686047	29/09/2020 07:20	2753887_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE IVANILDO DA SILVA FILHO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00036-1

CONTA: 000000097026-3

Nr. da Autenticação B041400014F43972



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200227052 **Cidade:** Tibau **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE IVANILDO DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 31/12/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





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, 09 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200227052

Vítima: JOSE IVANILDO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 31/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE IVANILDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE IVANILDO DA SILVA FILHO

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **JOSE IVANILDO DA SILVA FILHO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **00000036-1**

Conta: **0000097026-3**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 701.086.054-85 4 - Nome completo da vítima: Jose Ivanildo da S. Filho

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

5 - Nome completo: Jose Ivanildo da S. Filho 6 - CPF: 701.086.054-85
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Antonio Francisco de Freitas 9 - Número: 753 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Rincão 12 - Cidade: Moxosó 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59600-001
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (84) 9676-0456

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: RECLUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237) Itau (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0036 1 CONTA: 97.026 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente 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? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (filhos)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não assinatário

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Moxosó, 03/06/2020

Jose Ivanildo da S. Filho
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Jose Ivanildo da S. Filho
Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva.
A aceitação deste documento está condicionada a verificação de sua autenticidade pela Internet na área de acompanhamento e consulta de registro de Ocorrências da Delegacia Virtual, no endereço <http://www.defesasocialrn.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL

Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001022520

1.2 Data de Expedição: 01/06/2020 11.57.57

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 31/12/2019 20.10.00

2.3 Número: S/N

2.5 Complemento:

2.7 Bairro: CENTRO

2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Logradouro: CRUZAMENTO DAS RUAS BALEIA E BEJUPIRA

2.4 CEP: 58.678-000

2.6 Ponto de Referência: PRÓXIMO À PADARIA NOLASCO

2.8 Cidade: TIBAU

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSÉ IVANILDO DA SILVA FILHO

3.3 Etnia: PARDO

3.5 Mãe: ANTONIA AMANDA DA SILVA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 70108605485

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: AUTÔNOMO

3.15 Telefone(s):

3.17 Número: 753

3.19 Bairro: RINCÃO

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: JOSÉ IVANILDO DA SILVA

3.6 Data de Nascimento: 15/04/1999

3.8 RG: 003372107 - SSP/RN

3.10 Passaporte:

3.12 Naturalidade: MOSSORÓ/RN

3.14 E-Mail: MOSSOROSEGUROSS@GMAIL.COM

3.16 Logradouro: RUA ANTONIO FRANCISCO DE FREITAS

3.18 CEP: 59600001

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS DA OCORRÊNCIA

7. DOS FATOS

7.1 Histórico

A vítima informa que no dia, local e horário informado, transitava, como condutor, em uma motocicleta Honda XR 250 TORNADO, Chassi 9C2MD34008R034633, Renavam 00142394360, Placa NNJ 3012/RN, 2008/2008, de cor amarela, licenciada em nome de Alessandro Nogueira de Amorim, quando foi surpreendido por um automóvel, o qual adentrou na via de forma repentina, colidindo contra a vítima, que caiu ao solo bruscamente, sendo socorrido por populares e encaminhado até a Unidade de Saúde Mista Santa Teresinha, em Tibau/RN, e após isto foi transferido ao Hospital Regional Dr. Tarcísio de Vasconcelos Maia, em Mossoró/RN.

8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

9. DECLARAÇÃO

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

Comunicante: JOSÉ IVANILDO DA SILVA FILHO

Data: 01/06/2020 15.06.20

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.

Atendimento: 1702742 - RUBENS PAES BEZERRA FILHO

Impresso por: WEB em 02/06/2020 09:08:25

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

X JOSÉ IVANILDO DA S. FILHO





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva.
A aceitação deste documento está condicionada a verificação de sua autenticidade pela internet na área de acompanhamento e consulta de registro de Ocorrências da Delegacia Virtual, no endereço <http://www.defessocial.m.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL
Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001022520

1.2 Data de Expedição: 01/06/2020 11:57:57

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 31/12/2019 20:10:00

2.2 Logradouro: CRUZAMENTO DAS RUAS BALEIA E BEIJIPIRA

2.3 Número: S/N

2.4 CEP: 59.678-000

2.5 Complemento:

2.6 Ponto de Referência: PRÓXIMO À PADARIA NOLASCO

2.7 Bairro: CENTRO

2.8 Cidade: TIBAU

2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSÉ IVANILDO DA SILVA FILHO

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Etnia: PARDO

3.4 Pai: JOSÉ IVANILDO DA SILVA

3.5 Mãe: ANTONIA AMANDA DA SILVA

3.6 Data de Nascimento: 15/04/1999

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 RG: 003372107 - SSP/RN

3.9 CPF: 70108605485

3.10 Passaporte:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Naturalidade: MOSSORÓ/RN

3.13 Profissão: AUTÔNOMO

3.14 E-Mail: MOSSOROSEGUROS8@GMAIL.COM

3.15 Telefone(s):

3.16 Logradouro: RUA ANTONIO FRANCISCO DE FREITAS

3.17 Número: 753

3.18 CEP: 59600001

3.19 Bairro: RINCÃO

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)

6. DADOS DA OCORRÊNCIA

7. DOS FATOS

7.1 Histórico

A vítima informa que no dia, local e horário informado, transitava, como condutor, em uma motocicleta Honda XR 250 TORNADO, Chassi 9C2MD34008R034633, Renavam 00142394360, Placa NNJ 3012/RN, 2008/2008, de cor amarela, licenciada em nome de Alessandro Nogueira de Amorim, quando foi surpreendido por um automóvel, o qual adentrou na via de forma repentina, colidindo contra a vítima, que caiu ao solo bruscamente, sendo socorrido por populares e encaminhado até a Unidade de Saúde Mista Santa Terezinha, em Tibau/RN, e após isto foi transferido ao Hospital Regional Dr. Tarcísio de Vasconcelos Maia, em Mossoró/RN.

8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

9. DECLARAÇÃO

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

Comunicante: JOSÉ IVANILDO DA SILVA FILHO

Data: 01/06/2020 15:06:20

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.



Atendimento: 1702742 - RUBENS PAES BEZERRA FILHO

Impresso por: WEB em 02/06/2020 09:06:25

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

x JOSÉ IVANILDO DA S. FILHO



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 SUSEP¹ 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 COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Ivanildo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 503.271.604 / 97, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Ivanildo da Silva Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 701.086.054 / 85, do sinistro de DPVAT cobertura invalididez da vítima o mesmo, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, 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 LIDER-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua: Antonio Francisco de Freitas</u>		<u>753</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Rincão</u>	<u>Mossoró</u>	<u>RN</u>	<u>59600 001</u>
E-mail		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

Mossoró 03 de Junho de 2020
Local e Data

José Ivanildo da Silva
Assinatura do Declarante





OK

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 55331 - JOSE IVANILDO DA SILVA FILHO (22 a 8 m 16 d)
 Nascimento: 15/04/1997 Natural: MOSSORO.BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
 CNS: 700001220795806 CPF: 70108605485 Prof:
 Mãe: ANTONIA AMANDA DA SILVA Pai: JOSE IVANILDO DA SILVA
 Logradouro: ANTONIO FRANCISCO DE FREITAS, 753 Cidade: MOSSORO
 CEP: 59630512 Bairro: RINCAO
 Telefone: 84.997088235 Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO **Tipo:** REGULADO
Origem: FAMILIA *Empresa:

OBS:						Classificação:			PESO:	
						31/12/2019 21:11:46				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS	

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: colisão moto x carro. ecg: 15, apresenta dor em pulso direito c/ edema e falta de mobilidade local
 Hora: _____

motociclista vítima de acidente de trânsito com fratura de pulso direito.
 EF: Estorricões e cotovelo direito.
 Neurovascular de M.S.D. Integros
 Dor e deformação de pulso direito.
 RX = Fratura cominuta de 1/3 distal do Rádio Dir.

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
2 Dolores de 500mg x 12h - 12/12/19			
Dt de 200mg Paracetamol			
2 curativos			
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ 01/10/2020 BINA SAME / ARQUIVO			

Paciente Responde CURTIEL Paiva
 MÉDICO
 CRM/RN 0766

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

CID _____ Proc. _____ Data: ___/___/19. Hr: _____ Médico: _____ (Assinar e



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADANIAS
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO CIVIL
 PATRIARCADO NACIONAL DE IDENTIFICACAO CIVIL

NOME: JOSE IVANILDO DA SILVA FILHO

DOB. IDENTIDADE / ORG. EMISOR / UF: 903372107 SSP RN

CPF: 702.086.054-85 DATA NASCIMENTO: 15/04/1997

FILIAÇÃO: JOSE IVANILDO DA SILVA
 ANTONIA AMANDA DA SILVA

PERMISSÃO: VALIDACAO: CAT. HAB: AD

N.º REGISTRO: 06752242628 VALOR: 04/07/2021 HABILITACAO: 02/12/2016

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO TITULAR: *Jose Ivanildo da Silva*

LOCAL: MOSSORO, RN DATA EMISSAO: 06/12/2017

ASSINATURA DO EMISOR: *Leticia Maria Galvão Gomes*

Leticia Maria Galvão Gomes
 Coordenadora de Registro de Condutoras
 ASSINATURA DO EMISOR: 14849869673
 RN702738008

RIO GRANDE DO NORTE

VALIDA O TERRITÓRIO NACIONAL 1486777757

ESTIPICAR 1486777757

