



Número: **0814001-35.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **15/09/2020**

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
VANDERLANDIA MARIA DO NASCIMENTO (AUTOR)		KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)
SANYCLAIR COSMO DA SILVA (AUTOR)		KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
60708 401	29/09/2020 12:58	<u>2753996_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: 03/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SANYCLAIR COSMO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02380

CONTA: 000000022972-6

Nr. da Autenticação 6D18228B1CE3D08D



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 12:58:16
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092912581590200000058240874>
Número do documento: 20092912581590200000058240874

Num. 60708401 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200286145 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VANDERLANDIA MARIA DO **Data do acidente:** 10/03/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA
NASCIMENTO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.
ESCORIAÇÕES EM MEMBROS INFERIORES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE OMBRO 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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 sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 092.587.744.83 4 - Nome completo da vítima: Vanderlandia Maria do Nascimento							
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012							
5 - Nome completo: Vanderlandia Maria do Nascimento 6 - CPF: 092.587.744.83							
7 - Profissão: Do lar 8 - Endereço: Rua Olinda 11 - Bairro: Alto São Mansel 12 - Cidade: Mossoró 15 - E-mail:							
9 - Número: 51 10 - Complemento: 55 14 - CEP: 59625 160 16 - Tel.(DDD):							
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR							
17 - Nome completo do Representante Legal: Sany clair Lemos da Silva 18 - CPF do Representante Legal: 012.581.154.83 19 - Profissão do Representante Legal: Autônomo							
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).							
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00</td> <td><input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SEM RENDA</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00</td> <td><input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00</td> </tr> </table>		<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 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
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 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 type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)							
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"><input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) </td> <td style="padding: 5px;"> Nome do BANCO: Bradesco </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> AGÊNCIA: 3226 CONTA: 902173 </td> <td style="padding: 5px;"> (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) </td> </tr> </table>		<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) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: Bradesco	AGÊNCIA: 3226 CONTA: 902173	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
<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) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: Bradesco						
AGÊNCIA: 3226 CONTA: 902173	(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							
<p><input checked="" type="checkbox"/> 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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: <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(s), informar o nome completo:							
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, Informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (velhozinho): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, Informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não pais/avós vivos?							
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.							
NÃO AFETUADO							
34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 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 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha							
39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha							
40 - Local e Data, _____, _____							
x Sany clair Lemos da Silva 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)							
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)							
R\$5.001 V002/2019							
43 - Assinatura do Procurador (se houver)							



FIs: 1
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00043339/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/07/2020 14:03:56 Data/Hora Fim: 27/07/2020 14:03:56

Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: 2º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 10/03/2020 10:00

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)

Bairro: Nova Belânia

Logradouro: avenida joao marcelino

Nº: s/n

Ponto de Referência: em frente a escola abel coelho

✓ Tipo do Local: Zona Periurbana

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: SANYCLAIR COSMO DA SILVA (COMUNICANTE)	Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 21/11/1978	Idade: 41
Profissão: Autônomo				
Estado Civil: Sem Informação			Naturalidade: Mossoró	
Nome da Mãe: ANTONIA ISABEL DA COSTA			Nome do Pai: JOAQUIM COSMO DA SILVA	
Em Serviço: Não				

Documento(s)

RG: 1857235

CPF: 012.581.154-33

Endereço

Município: Mossoró - RN

Nº: 51

Logradouro: R Olinda

CEP: 59.625-160

Bairro: Alto de São Manoel

Telefone: (84) 8885-4564 (Celular)

Vínculo	Envolvido(a)	Tempo da Relação
Cônjugue	Vanderlandia Maria do Nascimento	0 ano(s), 0 mês(es), 0 dia(s)

Nome Civil: VANDERLANDIA MARIA DO NASCIMENTO (VÍTIMA)	Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 20/02/1978	Idade: 42
Profissão: Aposentado				
Estado Civil: Sem Informação				
Nome da Mãe: Francisca Sabino de Souza			Nome do Pai: Antonio Matias do Nascimento	

Documento(s)

CPF: 072.587.744-83

Endereço

Município: Mossoró - RN



Impresso por: José Josué Costa Faustino
Data de Impressão: 27/07/2020 14:23:23

Página 1 de 2
PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 12:58:16
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092912581590200000058240874>
Número do documento: 20092912581590200000058240874

Num. 60708401 - Pág. 5

Fls: 2
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00043339/2020

Logradouro: R Olinda	Nº: 51	
Bairro: Alto de São Manoel	CEP: 59.625-160	
Vínculo Cônjuge	Envolvido(a) SANYCLAIR COSMO DA SILVA	Tempo da Relação 0 ano(s), 0 mês(es), 0 dia(s)
OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)		
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta	
CPF/CNPJ do Proprietário 012.581.154-33	Placa QGF8071	
Renavam 01079134970	Número do Motor JL1P39FMB15T003428	
Número do Chassi 951AXKBE2FB006534	Ano/Modelo Fabricação 2015/2015	
Cor VERMELHA	UF Veículo RN	
Município Veículo Mossoró/RN	Marca/Modelo TRAXX/JL50Q-9	
Veículo Adulterado? Não	Situação Envolvido	
Última Atualização Denatran 22/03/2020	Situação do Veículo RENAINF	
Nome Envolvido SANYCLAIR COSMO DA SILVA	Envolvimentos Proprietário	

RELATO/HISTÓRICO

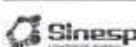
O comunicante informa que estava conduzindo sua motocicleta. Que a vítima estava na garupa. Que ao passar em frente ao colégio Abel coelho a vítima se jogou da moto, pois a mesma sofre de depressão. Que na queda a vítima sofreu lesões; Que foi socorrido pelo SAMU e encaminhado ao Hospital Regional Tarcísio Maia. Nada mais disse.

ASSINATURAS

José Josué Costa Faustino
Agente de Polícia
Matrícula 207.338-2
Responsável pelo Atendimento

SANYCLAIR COSMO DA SILVA
Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e cliente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Impresso por: José Josué Costa Faustino
Data de impressão: 27/07/2020 14:23:23

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 12:58:16
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092912581590200000058240874>
Número do documento: 20092912581590200000058240874

Num. 60708401 - Pág. 6



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

3ª Vara de Família da Comarca de Mossoró

Secretaria Judiciária Unificada das Varas de Família

Alameda das Carnaúbeiras, 355 - Presidente Costa e Silva - Mossoró/RN, 59625-410 - (84) 3315-7100

TERMO DE CURATELA DEFINITIVA

Processo nº 0816999-44.2018.8.20.5106 – AÇÃO DE INTERDIÇÃO

Requerente: SANYCLAIR COSMO DA SILVA

Requerido: VANDERLANDIA MARIA DO NASCIMENTO

Pelo presente termo de compromisso, o(a) Senhor(a) SANYCLAIR COSMO DA SILVA, CPF nº 012.581.154-33, brasileiro(a), a quem foi deferida por sentença, nos autos do processo em epígrafe, a CURATELA DEFINITIVA de VANDERLANDIA MARIA DO NASCIMENTO, CPF nº 072.587.744-83, brasileiro(a), compromete-se a cumprir fielmente o encargo que lhe é conferido, sujeitando-se às penalidades legais, limitando-se a curatela à prática de atos relacionados aos direitos de natureza patrimonial e negocial, não alcançando o direito ao próprio corpo, à sexualidade, ao matrimônio, à privacidade, à educação, à saúde, ao trabalho e ao voto (art. 85, caput e § 1º, da Lei 13.146/2015), fazendo gerar todos os legais efeitos necessários ao recebimento de benefício do(a) curatelado(a) junto a órgãos previdenciários (INSS, I佩RN e outros), bem como assuntos relacionados ao Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Ministério das Comunicações ou quaisquer outras instituições que assim seja necessário para o cumprimento do referido ônus, vedada a venda de bens móveis e imóveis do(a) curatelado(a), devendo o(a) curador(a) nomeado(a) prestar contas em Juiz dos negócios que realizar em nome do(a) curatelado(a). Do que para constar, mandou o(a) MM(a). Juiz(a) lavrar o presente termo, que lido e achado conforme, vai devidamente assinado. Mossoró/RN, 12 de fevereiro de 2019. Digitado por ALCY ALMEIDA EVANGELISTA – Chefe de Secretaria.

Sanyclair cosmo da silva

SANYCLAIR COSMO DA SILVA

Curador(a) Definitivo(a)

BRENO VALERIO FAUSTO DE MEDEIROS

Juiz(a) de Direito

Documento assinado digitalmente na forma da Lei nº 11.419/2006

OBSEVAÇÃO: Considera-se compromissado o curador a partir da intimação do advogado, Defensoria Pública ou advogados da Prática Jurídica para ciência do Termo de Compromisso de Curatela Definitiva disponibilizado no PJe, assumindo o curador, desde de então, a administração dos bens do curatelado. Não é necessário o comparecimento na Secretaria Judiciária.

Assinado eletronicamente por: BRENO VALERIO FAUSTO DE MEDEIROS
<https://pje.tjrn.jus.br:443/pje/grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
ID do documento: 39032851



1902131230285690000037757808

10/04/2019 12:11



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 5107 /2020
Admissão: 10/03/2020 10:19:10

Notificado

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 35387 - VANDERLANDIA MARIA DO NASCIMENTO (42 a 18 d)

Nascimento: 20/02/1978 Natural: ARACAJU, BRASIL

CNS: 700008890865800 CPF: 07258774483

Sexo: F Cor: PARDA

Mãe: FRANCISCA SABINO DE SOUZA

Prof:

Logradouro: OLINDA, 51

Pai: ANTONIO MATIAS DO NASCIMENTO

CEP: 59625160

Bairro: ALTO DE SAO MANOEL

Cidade: MOSSORÓ

Telefone: 84.88854564

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: SAMU - PROTOCOLO

Classificação:
10/03/2020 10:17:28

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS
	130 80		95		22		105		

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: 42 ANOS, QUEDA DE MOTO (TENTATIVA DE SUICÍDIO SIC SAMU). APRESENTA CERVICALGIA, FX DE CLAVICULA ESQUERDA, MULTIPLAS ESCORIAÇÕES EM MMSS E MMII. FAZ USO DE ANTIDEPRESSIVO E ANTICONVULSIVANTE. GLASGOW 15.

Dt e Hora: 10/03/2020 10:19:10 Paciente vítima de queda de moto há aproximadamente 30 minutos. Tentativa de suicídio. Informa uso de capacete. Negó perda de consciência, náuseas e vômitos. Traze de Pelo SAMU, sem protetor. Negó alergia medicamentosa.

- (A) Tensão arterial pulmonar, com cervicalgia
- (B) Sintoma: 95%. M/V bilateralmente em RA. Sem eritema subcutâneo.
- (C) PEC: 95. RCR, JT, BNF, SS, ABD: doloroso, plástico, doloroso à palpação profunda em abd. mi. superior, RHA. Pálpebras e órbitas.
- (D) ECG: 1:5 Pupilas isopteroreagentes.
- (E) Exames: Sinal de pupilas em pele D e pé D e L.

Diagn. Inicial:

Assin:

*L. M. Freire
04/03/2020*

PRESCRIÇÃO:

VIA HORÁRIO ASSINT.

Solventados:

Exames + TC + USG + Rx

HOSPITAL REGIONAL TARCISO
ESTA CONFORME O ORIGINAIS
SAME MOSSORÓ 10/03/2020

*Parecer: Normal - crurite
Ortopedia*

BIN

*1) fiposse ms e
2) curativo op.
3) Sfo, sx 100ml +*

*- Dipirona 16
- tramadol 100mg
- i. lotril 400mg*

*10/03/2020 10:30 horas
Dr. Leandro Freire
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM/RN 7439 FET 16086 RUE 3741*

*10/03/2020 10:30 horas
Exames + Rx + TC amanhã
Sem queixas nem anormalidades no momento*

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

CID _____ Proc. _____ Data: 10/03/2020 Hr: _____ Médico: _____
Gerado via SX por FRANCISCO KLEBER PINHEIRO MEDEIROS. Impresso em 10 de Março de 2020.
Carimbar: *Atta da cirurgia Tá* (Assinar e)

Encaminhar p/ PDI Psiquiátrico

*L. M. Freire
04/03/2020*



NC (IIh)

Cefalea + náuseas

Glos, nem defes

+C visão: nem alterações cranianas

+C colo c: nem puls / deslumbres

→ Alter de NC

André Lima Barreto
Neurocirurgião Endovascular
CRM/RN: 4119

ORTOPED # 10/03/2020 12:28.

Vítima de acidente metacartílio
com traumatisms de ombro esq e
joelhos.

EF: dor em clavícula e
esquerasões em membros inferiores.

RX: fratura incompleta e sem desvio de clavícula.

CD: tipica m/s

cinturas

sida de ortoped

Dr. Leandro Freire
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM/RN 7439 TEOT 16086 RQE 3741

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 20/03/2020
B1/M

SAME / ARQUIVO





SAMU
MOSSORÓ
192

Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 126

Mossoró 22 de Julho de 2020

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário:
VANDERLÂNIA MARIA DO NASCIMENTO, 42 anos.

Natureza da Ocorrência: Acidente Automobilístico: Queda de Moto

Data da Ocorrência: 10/03/2020

Local da ocorrência: Avenida: João Marcelino, Nova Betânia em frente a Escola Abel Coelho

Viatura: BRAVO – Unidade de Suporte Básico de Vida - 02

Hora do Chamado: 10h 04min.

Procedimento no Local: Na cena, vítima consciente, estável, foi submetida a imobilização (prancha, colar, coxim e tirantes), e foi encaminhada para a Unidade de Saúde (HRTM), conforme regulação médica do **SAMU 192 Mossoró**.

Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: **Isabel Cristina Nascimento Cosmo, 18 anos**, portador de RG: **003.120.053**.

- Estamos à disposição para mais informações.

SILVANIA DO MONTE SANTIAGO
DIRETORA ADM / SAMU
MAT. 58682-1

Silvania do Monte Santiago
Matrícula 58682-1
Diretora Administrativa do **SAMU/Mossoró**

Dr. Dixon F. Medeiros Lima
Diretor / SAMU
Mat. 0405418-3
GAM/RN 1999

Dixon Fradik Medeiros Lima
Matrícula 405418-3
Diretor Geral do SAMU/ Mossoró

SAMU – Mossoró
Rua: Seis de Janeiro, 509 – Santo Antônio – CEP: 59611-070 – Mossoró - RN
Tel / FAX: (0xx-84)3315-4915
e-mail: samumossoro@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 12:58:16
<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092912581590200000058240874>
Número do documento: 20092912581590200000058240874

Num. 60708401 - Pág. 10



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

VANDERLINDA MONTA DA MURAMOTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc.

Fem.

10 - RACA/COR

1

3

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fevres a. clavulas, Enf emus de
Exposiç

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Ptos de gravida

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Clinicos a. inflam

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fl clavulas

24 - CID 10 PRINCIPAL

J12.0

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

IP fl clavulas

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

014080110150

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DOCUMENTO

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTONÔMO () DESEMPREGADO

() APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)





Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 12:58:16
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092912581590200000058240874>
Número do documento: 20092912581590200000058240874

Num. 60708401 - Pág. 12



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 12:58:16
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092912581590200000058240874>
Número do documento: 20092912581590200000058240874

Num. 60708401 - Pág. 13



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 12:58:16
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092912581590200000058240874>
Número do documento: 20092912581590200000058240874

Num. 60708401 - Pág. 14

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	01079134970		2019
NOME SANYCLAIR COSMO DA SILVA			
CPF / CNPJ		PLACA	
012.581.154-33		QGF8071	
PLACA ANT / UF		CHASSI	
QGF8071 / RN		951AXKBE2FB006534	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PASSEGETIRO/CICLOMOTOR/NAO 15LTCAVEL		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
TRAXX/JL500Q-9		2015	2015
CAP / POT / CIL		COR PREDOMINANTE	
0CV/49 CILINDRADAS		PARTICULAR VERMELHA	
COTA UNICA R\$ 0.00		VENC. COTA UNICA 12/03/2019	
FAIXA IPVA A 019444-3X		PARCELAMENTO / COTAS R\$ *****	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IDF (R\$)	
*** LICENCIAMENTO DETAN: PAGO ***		PRÉMIO TOTAL (R\$)	
DATA DE PAGAMENTO 26/04/2019			
OBSERVAÇÕES			
MOTOR: JI1P39FMB15T003428 ORTE OBRIGATÓRIO NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
MOSSORÓ/RN		DATA 26/04/2019	
Carlos Silvestre da Silva Coordenador do Registro de Veículos			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 014527588733 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2019 26/04/2019

VIA DPF / CNPJ PLACA
1 012.581.154-33 QGF8071

RENAVAM MARCA / MODELO
01079134970 TRAXX/JL500Q-9

ANO FAB. DAT. TABE. Nº CHASSI
2015 8 951AXKBE2FB006534

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
 COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.608/0001-04

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0224518/20

Vítima: VANDERLANDIA MARIA DO NASCIMENTO

CPF: 072.587.744-83

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/03/2020

Titular do CPF: VANDERLANDIA MARIA DO NASCIMENTO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

SANYCLAIR COSMO DA SILVA : 012.581.154-33

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Curatela
Documentos de identificação

VANDERLANDIA MARIA DO NASCIMENTO : 072.587.744-83

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: 11/08/2020
Nome: SANYCLAIR COSMO DA SILVA
CPF: 012.581.154-33

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/08/2020
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 017.593.304-93

SANYCLAIR COSMO DA SILVA

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 12:58:16
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092912581590200000058240874>
Número do documento: 20092912581590200000058240874

Num. 60708401 - Pág. 16

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0224518/20

Vítima: VANDERLANDIA MARIA DO NASCIMENTO

CPF: 072.587.744-83

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/03/2020

Titular do CPF: VANDERLANDIA MARIA DO NASCIMENTO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

SANYCLAIR COSMO DA SILVA : 012.581.154-33

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Curatela
Documentos de identificação

VANDERLANDIA MARIA DO NASCIMENTO : 072.587.744-83

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: 11/08/2020
Nome: SANYCLAIR COSMO DA SILVA
CPF: 012.581.154-33

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/08/2020
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 017.593.304-93

SANYCLAIR COSMO DA SILVA

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 12:58:16
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092912581590200000058240874>
Número do documento: 20092912581590200000058240874

Num. 60708401 - Pág. 17