



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 | Tipo |
| 60708401 | 29/09/2020 12:58 | 2753996_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: 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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200286145 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VANDERLANDIA MARIA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 10/03/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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 |





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, 11 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200286145

Vítima: VANDERLANDIA MARIA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 10/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SANYCLAIR COSMO DA SILVA

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

| | |
|------------------|------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 843,75 |

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **SANYCLAIR COSMO DA SILVA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000002380**

Conta: **000000022972-6**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

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: 072.587.744.83 4 - Nome completo da vítima: Vanderlândia 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: Vanderlândia Maria do Nascimento 6 - CPF: 072.587.744.83
7 - Profissão: Do lar 8 - Endereço: Rua Olinda 9 - Número: 51 10 - Complemento: CSJ
11 - Bairro: São Manoel 12 - Cidade: Mossoró 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59625-160
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): _____

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

17 - Nome completo do Representante Legal: Sanyclain Carmo 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:

☒ RECUSO 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) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 326 3 CONTA: 902173 6
(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) ☐ Divorçado ☐ 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 (vel nascido)? ☐ 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

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, Mossoró 25 agosto 2020

x Sanyclain Carmo da Silva 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

*PS.001 V0002/2019



Fls: 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 Betânia

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

Logradouro: R Olinda

Nº: 51

Bairro: Alto de São Manoel

CEP: 59.625-160

Telefone: (84) 8885-4564 (Celular)

Vínculo

Cônjuge

Envolvido(a)

Vanderlandia Maria do Nascimento

Tempo da Relação

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 14:23:23Página 1 de 2
PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

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 ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origin, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação 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





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 Carnaubeiras, 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, IPERN 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 Juízo 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

(OBSERVAÇÃO): Considera-se comprometido 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.tjrj.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
ID do documento: 39032851



19021312302856900000037757808





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 5107 /2020
Admissão: 10/03/2020 10:19:10

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Notificado

Paciente: 35387 - VANDERLANDIA MARIA DO NASCIMENTO (42 a 18 d)
Nascimento: 20/02/1978 Natural: ARACAJU, BRASIL Sexo: F Cor: PARDA
CNS: 700008890865800 CPF: 07258774483 Prof: Pai: ANTONIO MATIAS DO NASCIMENTO
Mãe: FRANCISCA SABINO DE SOUZA Logradouro: OLINDA, 51
CEP: 59625160 Bairro: ALTO DE SAO MANOEL Cidade: MOSSORO
Telefone: 84.88854564 Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO
Origem: SAMU RN

Tipo: REGULADO
*Empresa:

OBS: SAMU - PROTOCOLO

| Classificação: | | | | | | PESO: | |
|---------------------|--------|-----|-------|------|------|--------------|-------|
| 10/03/2020 10:17:28 | | | | | | Glasgow | RTS |
| HORA | P.A. | HGT | SatO2 | FIO2 | F.R. | F.C. / Pulso | TEMP. |
| | 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 MMIL. FAZ USO DE ANTIDEPRESSIVO E ANTICONVULSIVANTE. GLASGOW 15.
Dt e Hora: 10/03/2020 Paciente vítima de queda de moto há aproximadamente 30 minutos (tentativa de suicídio) Informa uso de capacet. Nega perda de consciência, náuseas e vômitos. Trazida pelo SAMU, sob protocolo. Nega alergia medicamentosa.

- (A) Vias aéreas permeáveis com cervicalgia
- (B) SatO2: 95% MV (+) bilateralmente sem RA. Sem empizma subcutâneo
- (C) FC: 95. RCR, ST, BVP, SS ABD: globoso, flácido, doloroso à palpação profunda em abdome superior, RHA (+). Pulso estável.
- (D) ECG: 15. Pupilas isocóricas reagentes.
- (E) Exame de fundo de olho D e E.

Diagn. Inicial:

Assin:

[Assinatura]
CRM 1651

PRESCRIÇÃO:

VIA HORÁRIO ASSINT.

Solicitados:

Exames + TC + USG + Rx

*Parceira: Neuro-cirurgia
Ortopedia*

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO
LISTA CONFORME O ORIGEM
SAME MOSSORO 20/03/2020

SAME / ARQUIVO

1) Fupose ms e

2) Curativo op.

3) Sfo, sx 100-1 +

*- Dipirone 16
- tramol 100-8
- clatril 40*

[Assinatura]
CRM 1651

*Dr. Leandro Freire
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião do Joelho
CRM/RN 7439 TEST 16086 RQE-3741*

10/03/20 - 15:30 horas

Exames + Rx + TC anexos

Sem queixas nem anormalidades no momento

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

CID

Proc.

Data: / /20. Hr: :

Médico:

*Gerado via SX por FRANCISCO KLEBER PINHEIRO MEDEIROS. Impresso em 10 de Março de 2020.

Carimbar

(Assinar e

*Alta da cirurgia
Encaminhar p/ Fisioterapia*

[Assinatura]
CRM 1651



NC (4h)

Cefaleia + mal-estar

CG, sem dor

TC crânio: sem alterações transitórias

TC coluna C: sem fraturas / deslocamentos

→ Alta de NC

André Lima Barreto
Neurocirurgião Endovascular
CRM/RN: 4119

#ORTOPEDIA# 10/03/2020 12:28

Vítima de acidente motociclístico
com traumatismo de ombro esquerdo e
joelhos.

EF: Dor em clavícula e

escapulações em membros inferiores.

RX: Fratura incompleta e sem desvio de clavícula e

CD: típica MSE
curativos

alta de ortopedia

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

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO LIMA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 10/03/2020
SANE / 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:
VANDERLANIA 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. 405418-3
CRM/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





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

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Frações de clavícula, entrecostais de
exposição

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Pls de sangria

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

Cólicas e Inchaço

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

fx clavícula

S42.0

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

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 VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO CONTRATO

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - Nº DO CONTRATO

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() 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.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092912581590200000058240874>

Número do documento: 20092912581590200000058240874







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 014527588733
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD. RENAVAM 01079134970 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME
SANYCLAIR COSMO DA SILVA

CPF / CNPJ 012.581.154-33 PLACA QGF8071

PLACA ANT. / UF QGF8071 / RN CHASSI 951AKKBE2FB006634

ESPÉCIE TIPO PASSAGEIRO/CICLOMOTOR/MOTO BILICAVEL COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO TRAXX/JL50Q-9 ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2015

CAP. / POT. / CIL. 0CV/49 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA R\$ 0.00 VENC. COTA ÚNICA 12/03/2019 VENC. / COTAS 1º ISENTO

FAIXA LPVA 019444 3X PARCELAMENTO / COTAS R\$ ***** 2º ISENTO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO *** LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES

MOTOR: JL1P39FMB15T003428 FORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

MOSSORO/RN



Carlos Silvestre da Silva
Coordenador de Registro de Veículos

DATA
26/04/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
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 2019 DATA EMISSÃO 26/04/2019

VIA 1 CPF / CNPJ 012.581.154-33 PLACA QGF8071

RENAVAM 01079134970 MARCA / MODELO TRAXX/JL50Q-9

ANO FAB. 2015 CAT. TARIF. 8 Nº CHASSI 951AKKBE2FB006634

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELA SEGURADORA (R\$)

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.608/0001-04



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

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



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

