



Número: **0824614-41.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **20ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **13/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE DA SILVA SOARES (AUTOR)	Rocco Meliande Neto (ADVOGADO)
MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A. (RÉU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
61110 447	05/10/2020 15:54	2755087_CONTESTACAO_Anexo_02

Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE DA SILVA SOARES**

Nº Sinistro: **3180258803**
Vitima: **JOSE DA SILVA SOARES**
Data do Acidente: **07/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180258803**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12930738



Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DA SILVA SOARES
Nº Sinistro: 3180258803
Vitima: JOSE DA SILVA SOARES
Data do Acidente: 07/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180258803**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Pag. 01171/01172 - carta_03 - INVALIDEZ

00060586


A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGUROS S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Carta nº 12948797

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 05/10/2020 15:54:34
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100515543410100000058626071>
Número do documento: 20100515543410100000058626071

Num. 61110447 - Pág. 2

Rio de Janeiro, 06 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DA SILVA SOARES

Sinistro: 3180258803
Vítima: JOSE DA SILVA SOARES
Data do Acidente: 07/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180258803** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Carta nº: 13142602

A/C: JOSE DA SILVA SOARES

Nº Sinistro: 3180258803
Victima: JOSE DA SILVA SOARES
Data do Acidente: 07/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE DA SILVA SOARES

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000002010

Conta: 00000168391-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

016.234.724-26

Nome completo da vítima

JOSÉ DA SILVA SOARES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

JOSÉ DA SILVA SOARES

CPF titular da conta

016.234.724-26

Profissão

funcionário

Endereço

016.234.724-26

Número

3/07

Complemento

Bairro

SERRA DA MATA

Cidade

SAO GONCALO DO AMARAL RN

Estado

CEP 59290-995

Email

None

Telefone (DDD)

(84)98706-5799

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUZO INFORMAR

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

Nº

Nº

D/V

D/V

CONTA

Nº

D/V

D/V

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Matos 06 de julho de 2018
Local e Data

ARUANA SEGUROS
06 JUN 2018

JOSÉ DA SILVA SOARES
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 05/10/2020 15:54:34

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100515543410100000058626071>

Número do documento: 20100515543410100000058626071

Num. 61110447 - Pág. 5

CAIXA FEDERATIVA FEDERAL

1881 sortimos de segunda feira a sábado. Apoio

150 568442396-8

30/MAI/2018

HORA DF 09:51:18

LOT. 17.017801-3

TERM 64088

LOCALIZADE: SAO DOMINGO DO AMARANTE

AG. VINCULADA: 2010

CONTROLE: 150101002

NOME: JOSE DA SILVA SUARES

AGENCIA: 2010

OPERACAO: 013

CONTA-DV: 666.000.168.391-8

DATA DA ABERTURA: 30/05/2018

LOTERIAS CAIXA

150 508442396-8

2a VIA

ARUANA SEGUROS

06 JUN 2018



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 05/10/2020 15:54:34

<https://pje1.g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100515543410100000058626071>

Número do documento: 20100515543410100000058626071

Num. 61110447 - Pág. 6



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

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE

Endereço: AV. CEL. ESTEVÃO MOURA, S/N, CENTRO, SÃO GONÇALO DO AMARANTE

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018027001535 1.2 Data de Expedição: 06/06/2018 10:22:52
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO 1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 07/02/2018 05:30:00 2.2 Autoria: Conhecida
2.3 Fato Consumado 2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo 2.6 Logradouro: ESTRADA CARROÇÁVEL QUE LIGA SERRINHA A OLHO D'AGUA
2.6 Tipo do local: Via Pública 2.9 CEP: 59300-000
2.7 Número: - 2.11 Ponto de Referência:
2.10 Complemento: 2.12 Cidade: SERRINHA
2.13 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 2.14 Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSE DA SILVA, SOARES 3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.3 Nome Social: 3.4 Pai: MAURINO RODRIGUES SOARES
3.5 Étnia: Sem Informação 3.6 Mãe: IRACEMA ALEXANDRE DA SILVA
3.7 Sexo: MASCULINO 3.8 Orientação Sexual:
3.9 CPF: 02629472426 3.10 Identidade de Gênero:
3.11 Nacionalidade: 3.12 Data de Nascimento: 27/09/1974
3.13 Profissão: AUTONÔMO 3.14 RG: 001411708 - ITEP/RN
3.15 Telefone(s): 84 988134051 3.16 Passaporte:
3.17 Número: 34 3.18 Naturalidade: SERRINHA RN
3.19 Bairro: SERRINHA DE CIMA 3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 3.22 Logradouro: R. PRINCIPAL
3.23 Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE 3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUIDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S)

6.1.1 Nome Completo: JOSELITO MARQUES DA SILVA 6.1.3 Estado civil: Casado(a)
6.1.2 Nome Social: 6.1.5 Identidade Gênero:
6.1.4 Étnia: Sem Informação 6.1.7 Orientação Sexual:
6.1.6 Mãe: FRANCISCA ROBERTO MARQUES 6.1.9 Pai: Sem Informação
6.1.8 Sexo: MASCULINO 6.1.11 Data de Nascimento: 24/10/1978
6.1.10 CPF: 6.1.13 RG: 1755334
6.1.12 Nacionalidade: 6.1.15 Profissão: FOTÓGRAFO
6.1.14 Passaporte:
6.1.16 Logradouro: R. PRINCIPAL - SERRINHA DE BAIXO
6.1.17 Número: 06 6.1.18 CEP:
6.1.19 Bairro: SERRINHA DE BAIXO 6.1.20 Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE
6.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não 7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi: *****05749 7.1.4 Renavam:
7.1.5 Placa: OGAB898 7.1.6 Estado:
7.1.7 Marca: HONDA 7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN EX
7.1.9 Ano do Modelo: 2015 7.1.10 Ano de Fabricação: 2014
7.1.11 Cor do veículo: BRANCA 7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.13 Nota Fiscal: 7.1.14 Número do Motor:
7.1.15 Nome do proprietário: JOSELITO MARQUES DA SILVA 7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:
7.1.17 Nome do condutor: JOSELITO MARQUES DA SILVA
7.1.18 Observações:

ARUANA SEGUROS
06 JUN 2018

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE **COMPARECEU** A ESTA DELEGACIA E ALEGOU QUE: ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA ACIMA MENCIONADA, PILOTADA PELA TESTEMUNHA, QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU NA FRENTE E PARA NÃO COLIDIR O PILOTO FREOU A MOTO, VINDO O GARUPA A PASSAR POR CIMA DO PILOTO E CAINDO NO CHÃO. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

FEITO O B.O E ENCAMINHADO AO CARTÓRIO.

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data: 06/06/2018 10:22:52

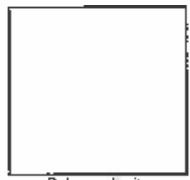


Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 05/10/2020 15:54:34

<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100515543410100000058626071>

Número do documento: 20100515543410100000058626071

Num. 61110447 - Pág. 7



Atendimento: 1682350 - DANILo FIALHO DIAS GARCIA
Impresso por 1682350 - DANILo FIALHO DIAS GARCIA em 06/06/2018 10:22:57
FINAL DO BOLETIM DE OCORRNCIA

SóSÉ PASILVA SOALES

ARUANA SEGUROS

06 JUN 2018



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 05/10/2020 15:54:34
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100515543410100000058626071>
Número do documento: 20100515543410100000058626071

Num. 61110447 - Pág. 8



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <i>JOSÉ DA SILVA SOARES</i>	CPF da Vítima <i>026.294.724-26</i>	Data do Acidente <i>07/02/2018</i>
--	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Name completa da Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Natal 06 de Junho de 2018
Local e Data

ARUANA SEGUROS
06 JUN 2018

JOSÉ DA SILVA SOARES
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL1.001 V001/2017





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

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 6096 /2018

Admissão: 07/02/2018 09:59:28



CIRURGIA GERAL - AMARELO

FATURADO

Ato de atendimento

ok

EM

Paciente: 60523 - JOSE DA SILVA SOARES (43 a 4 m 10 d)

Nascimento: 27/09/1974 Natural: SERRINHA.BRASIL

CNS: 898000754715177

CPF: 02629472426

Sexo: M Cor: PARDA

Mãe: IRACEMA ALEXANDRE DA SILVA

Pai:

Logradouro: MACEDO, 4

CEP: 59298622

Bairro: SERRINHA

Cidade: SAO GONCALO DO
AMARANTE

Telefone:

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: REFERENCIA

Origem: AMBUL. INTERIOR

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OR/AB

Classificação: 07/02/2018 09:49:24

OBS: REGULADO COM DR:GESSICA

Type / Thrap

Dr. Gessica

HORA	P.A.	HGT	SACONFERE COM IRACEMA MATE. N.	FEV/18	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA PRINCIPAL DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA DE MOTO COM TREUMA EM OMBRO DIREITO

Hora:

*Depois acordar de moto, que desceu, caiu
do cinto. D. Sem outra causa, ombro direito*

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)		ARUANA SEGUROS
A		06 JUN 2018
B		
C		
D		
E		

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Medico Responsável: Dr. Sebastião Ferreira dos Santos
08/02/18*

RATOS-X/02

Realizado em: 12/02/2018

Técnico:

*Saída:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Gerado via SX por SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS Impresso em 07 de Fevereiro de 2018



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 05/10/2020 15:54:34

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100515543410100000058626071>

Número do documento: 20100515543410100000058626071

Num. 61110447 - Pág. 10

ALGORTIMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1- AVALE A RESPONSABILIDADE DA VITIMA 2- PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192, QUANDO ESTIVER FORA DO HOSPITAL) 3- ABERTURA DA VÍA AÉREA
 4- AVALIE A RESPIRAÇÃO (VER QNDR. SINTESIS) 5- SEM APNEIA: APLIQUE 1-2 VENTILAÇÕES DE RESSPIRACAO (100% DE AR FÍSICO) E VERIFIQUE RCP 10-15MM Hg
 6- AVALIE E MECHE COMPRESSÕES TORACICAS. TÓCAM PRODUTIVAS DE 100-120MM Hg DE APLICAÇÃO. APLIQUE 30 VENTILAÇÕES DE RESSPIRACAO (100% DE AR FÍSICO) E VERIFIQUE RCP 10-15MM Hg
 10- RETÍMUNDO CHOCAPEL, RETÍMUNDO RCP 2,11 AVALIE O RITMO 12- PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADO ASSUMIR. QUESO A VITIMA SE TIVER, 13- SE QUODE A ESPECIALIDADE DE RECUERDADO

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1: <u># CIR - GEFAS</u>	
ANAMNESE	
<p>Paciente vizinho avenida vila mais no bairro. Encontra-se vila vila em comprovação de morte. Vaga perda de consciência, inconsciência, minutos, vira-se de lado. Sem outras queixas.</p>	
EXAME FÍSICO EGP, VAG, sem concussão, espontâneo em ambiente, sem profundo e sem roncos de instabilidade bronco-márica; Glagow: 15.	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA <u>AP: Glagow</u>	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***	LABORATÓRIO DE ANAIS CLÍNICAS
OUTROS	
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	
<p><u>TOPO DO Glagow</u> <u>menor</u></p> <p><u>Dr. Fábio P. S. Almeida de Andrade</u> <u>Christina Flôr Linhares</u></p>	
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
<p><u>CONFERE COM ORIGINAL</u> <u>NATAL 06/04/18</u> <u>MAT. N°</u> <u>SAME</u> <u>ASSINATURA</u></p> <p><u>ARUANA GFC</u> <u>06 JUN 2018</u></p>	
Assinatura e Carimbo do Responsável	
Assinatura e Carimbo do Responsável	

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (A)	
Outros se abre espontaneamente	4
Outros se abrem ao comando verbal (não comum com o despertar da maioria das pessoas desacordadas, se assim for, é de 4 a 6 segundos)	3
Outros se abrem por estímulo doloroso	2
Outros não se abrem	1
Melhor fórmula verbal (MVR)	
Responde (Responde com intenção e aparenta saber o que perguntam, embora seu rosto esteja inexpressivo, ou responde a uma voz)	5
Confundido (Responde a perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Perdeu intropedidos (Mais amotinado, responde com reações confusas)	3
Sem intropedidos (Ganhou o sono artificialmente)	2
Alucinado	1
Melhor respiração motora (MRM)	
Obstáculo a cada respiro (Faz com que respires quando há obstruções)	5
Locomoção espontânea	5
Responde a estímulos	4
Responde a dor (Dorofagia)	3
Perdeu extensão muscular (Dorsiflexor)	2
Extensor hipofálico	1
Total	

ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	POSSIBILIDADE
13-15	= 4
9-10	= 3
6-8	= 2
4-5	= 1
3	= 0
10-29	= 4
>29	= 3
6-9	= 2
1-5	= 1
0	= 0
>50	= 4
26-50	= 3
50-79	= 2
1-49	= 1
0	= 0

CLASSIFICAÇÃO DO TOE (ATLS 2003)*

03- M-grave (incapacidade de responder com e impulsionar
 09- 2- moderado
 15-1- leve

* Referencial: TEASDALE G, JENNET R. Assessment of coma and impaired consciousness: A practical scale. Lancet 1974;2:844

** A escala revisada (RTS) é a escala classificativa que substituiu a escala revisada a 3 anos, no Estudo Quinze. Selecionou-se o domínio que classificava a intensidade da dor de acordo com as seguintes 3 dimensões:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

*** Escala de Trauma Revisada (RTS) baseada na escala para pacientes de trauma feita por Reference: Adaptado de Champion V.L., Sacco W.J., Copes, et al. A revision of the Trauma score. J. Trauma 25(5): 626, 1985.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:	
ANAMNESE	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADILOGIA E IMAGEM)***	LABORATÓRIO
OUTROS	
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
Assinatura e Carimbo do Responsável	
Assinatura e Carimbo do Responsável	

DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:		
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA:	/	HORA:
SAÍDA:	DATA:	/	HORA:
Decisão Médica <input type="checkbox"/>	À Revelia <input type="checkbox"/>	Transferido para:	
ÓBITO:	DATA:	/	HORA:
Entregue à família	com Atestado	S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
<i>Dr. Alípio Carvalho de Oliveira Ortopedista e Traumatologista CRM 4762 / FOT 1179 Médico (Carimbo)</i>			

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:		
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA:	/	HORA:
SAÍDA:	DATA:	/	HORA:
Decisão Médica <input type="checkbox"/>	À Revelia <input type="checkbox"/>	Transferido para:	
ÓBITO:	DATA:	/	HORA:
Entregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>



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: 18/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DA SILVA SOARES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02010

CONTA: 000000168391-0

Nr. da Autenticação E1F6FD3750DE7721



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 05/10/2020 15:54:34
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100515543410100000058626071>
Número do documento: 20100515543410100000058626071

Num. 61110447 - Pág. 14



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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.

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

²Conselho 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Robinson Luiz Vital Freire inscrito (a) no CPF/CNPJ 402.851.364 / 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José do Silva Soares inscrito (a) no CPF sob o Nº 026.294.724 / 26 do sinistro de DPVAT cobertura invalidade da Vítima José do Silva Soares, inscrito (a) no CPF sob o Nº 026.294.724 / 26, 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>Rue Santa maria</u>		<u>22</u>	<u>casa</u>
<u>Bairro</u>	<u>Cidade</u>	<u>Estado</u>	<u>CEP</u>
<u>Bela Parnamirim</u>	<u>Parnamirim</u>	<u>RN</u>	<u>59242-682</u>
<u>Email</u>		<u>Telefone comercial (DDD)</u>	<u>Telefone celular (DDD)</u>
<u>Não posui</u>			<u>(84)98706-5749</u>

Mata 06 de Junho de 2018
Local e Data

Robinson Luis Vital Freire
Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS
06 JUN 2018

DLDR001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSÉLITO MARQUES DA SILVA

RG nº 1755334 data de expedição 17.12.2006
Órgão DETRAN portador do CPF nº 064.802.874-78 com
domicílio na cidade de São Gonçalo do Amarante no Estado de
RR, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sobrancelha de Baixo, nº 06,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
víctima JOSÉ DA SILVA SOARES, cujo o condutor era
Josélito Marques da Silva.

Veículo: HONDA CG 150

Modelo: HONDA CG 150

Ano: 2014

Placa: 06147398

Chassi: 9C2TC1660FRC005749

Data do Acidente: 07/02/2018

Local e Data: São Gonçalo do A. - 06/06/18

 2º OFICIAL

Josélito Marques da Silva

Assinatura do Declarante

Josélito Marques da Silva

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

2º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Cartório do 2º Ofício de Notariedades de São Gonçalo do Amarante - Rio Grande do Norte
Site: www.cartorio2notarias.com.br - E-mail: cartorio2notarias@gmail.com
Fone/Fax: (84) 3438-0420 / 3438-0421 / 3438-0422 / 3438-0423 / 3438-0424

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE (s) Assinatura(s) da(s) Senhor(a)s:
JOSÉLITO MARQUES DA SILVA

Registro: 0009 101 04475 CPF/ME: 064.802.874-78
São Gonçalo do Amarante/RN, 06 de junho de 2018

Sérgio Luiz da Silva Bráulio Carvalho da Silva Sérgio da Mota
Válido com selo de autenticidade. Encaminhado para o Poder Judiciário (Lei nº 9.619/2012)





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

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 6096 /2018
Admissão: 07/02/2018 09:59:28



CIRURGIA GERAL - AMARELO

FATURADO

EM

Paciente: 60523 - JOSE DA SILVA SOARES (43 a 4 m 10 d)

Nascimento: 27/09/1974 Natural: SERRINHA.BRASIL

CNS: 898000754715177

CPF: 02629472426

Sexo: M Cor: PARDA

Mãe: IRACEMA ALEXANDRE DA SILVA

Pai:

Logradouro: MACEDO, 4

CEP: 59298622

Bairro: SERRINHA

Cidade: SAO GONCALO DO
AMARANTE

Telefone:

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Origem: AMBUL. INTERIOR

Fluxograma:

OBS: REGULADO COM DR: GESSICA

HORA	P.A.	HGT	SAC	CONFIRME COM DR. GESSICA	DATA	FR.	EC.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA PRINCIPAL DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA DE MOTO COM TREUMA EM OMBRO DIREITO

Hora: _____

*Quando caiu da moto, quando, caiu
no chão. Sua cintura quebrou o ombro direito*

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)		ARUANA SEGUROS 06 JUN 2018
A	B	
C	D	
E		

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Edelio Reis - Radiologia
08/02/18*

R A I O S - X / 02	
Realizado em:	12/02/2018 09:40
Técnico:	<i>E</i>

*Saída: _____

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Gerado via SX por SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS Impresso em 07 de Fevereiro de 2018



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 05/10/2020 15:54:34

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100515543410100000058626071>

Número do documento: 20100515543410100000058626071

Num. 61110447 - Pág. 19

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A	
B	
C	
D	
E	

A (ALERGIAS): _____

M (MEDICAÇÃO EM USO): _____

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): _____

L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS): _____

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): _____

V (PASSADO VACINAL): _____

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

Rx onda D 100 ml bolha jgul c/água
Dr. Alípio Camilo M. Reguera
Ortopedista
05/10/2010

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Re Ortoped
Fratura no Esqueleto. O
do ortopedista

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: <i>Ortoped</i>	HORA: <i>10:10</i>	DATA: <i>2/10/10</i>
ESPECIALISTA 2: <i>Ortoped</i>	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3: <i>Dr. Roseli</i>	HORA:	DATA:

MÉDICO (CARIMBO)

O encaminhamento do boleto de atendimento produz uma ação em saúde mais qualificada, um serviço hospitalar com recursos mais fidedignos e protege o profissional de saúde, contribuindo para a melhoria da assistência no SUS.



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 05/10/2020 15:54:34

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100515543410100000058626071>

Número do documento: 20100515543410100000058626071

Num. 61110447 - Pág. 20

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1: # CIR - Gefor	
ANAMNESE	
<p>Paciente aferiu que fez um ataque de histeria. Descreve-se este ataque com surtos de movimento. Negou episódio de consciência, vómitos, náuseas, dor abdominal ou intenso. Sem outras queixas.</p>	
EXAME FÍSICO EGDS, VAP, nem cardiológica, respiração em 02 ambientes; Bem soprofundado e nem roncos de inspiração e expiração; Glacau: 15.	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA AP: hister	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
OUTROS	
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	
<p>1. Dose de cipratro 2. Nada</p> <p>Dr. Rafael Cirurgião-Dentista CRM/SP 10.000</p>	
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
<p>CONFERE COM ORIGINAL NATAL: 06/10/118 MAT. N° SAMM ASSINATURA</p> <p>ARUANA SE 06 JUN 2018</p>	

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura/Ocular (1)	4
Outros se abrem espontaneamente.	4
Outros se acordam ao comando verbal (não contando com o despertar da outra pessoa) 20 (mínima 5, máxima 40 na escala 2)	3
Outros se acordam por estímulo doloroso	2
Outros não se acordam.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Outros (a) Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, data, dia, hora, dia da semana	5
Conforme (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desproporção e confusão)	4
Parlante (responde às perguntas, mas não correto, correto, mas com desordem de conversação)	3
Sons ininteligíveis (Gaguejando com intenção, gaguejando)	2
Asíntoma	1
Menor resposta motora (MRM)	
Outros aconselha-se (Faz com que o paciente responda a sua pergunta)	6
Localiza (localiza partes do corpo)	5
Responde com movimentos a dor	4
Pacientes falam a dor (Descrição da dor)	
Pacientes minimizam a dor (Descrevem dor)	3
São evitados (negados)	1
Total	1

ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	15-156 = 8 9-120 = 3 6-89 = 2 4-53 = 1 30 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-294 = 6 >294 = 1 6-19 = 2 1-50 = 1 40 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓICA	>90 = 4 76-90 = 1 50-75 = 2 1-49 = 1 0 = 0

⁷ Escala de Tratamiento Reivindicado (ERT): Índice de sobrevida para pacientes de leucemia mieloida aguda. Adaptación: Adaptación de Chastanen H.R. Sociedad Argentino-Canadiense de Hematología. 1991. Copied. 18 30. A Review of the Tratamiento Agresivo J. Tratamiento 23(3): 624-1988.

SEM DOR	DEVE	Modelado	Intensa	Pior Pessoal
0	1	2	3	4

**CLASSIFICAÇÃO DO TCE
(ATLAS 2003)**

² Reliability: REASONALE G, JENNIFER S. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet* 1974; 2: 841-4.

"A *legge* é sempre a fonte comum a que todos os países têm em comum, para todos os países, que é sempre a mesma.



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:	
ANAMNESE	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***	LABORATÓRIO
	OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
Assinatura e Carimbo do Responsável	
Assinatura e Carimbo do Responsável	

DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:		
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / / HORA: / / / /		
SAÍDA:	DATA: / / HORA: / / / /		
Decisão Médica <input type="checkbox"/>	À Revelia <input type="checkbox"/>	Transferido para:	
ÓBITO:	DATA: / /	HORA: / / / /	
Entregue à família	com Atestado <u>Dr. Alípio Carvalho</u> CRM 4762/PE 0711179 Cirurgião e Traumatologista	S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
Médico (Carimbo)			

Destacar nessa linha é entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:		
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / / HORA: / / / /		
SAÍDA:	DATA: / / HORA: / / / /		
Decisão Médica <input type="checkbox"/>	À Revelia <input type="checkbox"/>	Transferido para:	
ÓBITO:	DATA: / /	HORA: / / / /	
Entregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walferdo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES		
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES		
5 - NOME DO PACIENTE			
Jon de Júlio Soan			
6 - CARTÃO NACIONAL / SUS	7 - DATA DE NASCIMENTO	8 - SEXO	9 - MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> 2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - N.º DO PROTOCOLO		
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º)	13 - MUNICÍPIO		
ARUANA SEGUROS		14 - BAIRRO	15 - UF
06 JUN 2018		16 - CEP	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Sintoma de gasto de sangue sobre			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
Trombólito			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)			
Anamnese / Exame Físico			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
Interv. ginecol	710		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
	0303010219	NATAL	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
		CONFERE COM ORIGINAL	29 - DT SOLICITAÇÃO
		NATAL, 06/04/18	11/2/18
		MAT. N.º	30 - CNS / CPF
		SAME	030915769-16
			31 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURODORA	34 - N.º DO BILHETE	35 - BONUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL		DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
42 - CID SECUNDÁRIO		43 - ()	44 - () GRAVE
			45 - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	47 - DT AUTORIZ.	48 - CNS / CPF	49 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	51 - DT AUTORIZ.	52 -	53 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º REG. CONSELHO)	54 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
55 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º REG. CONSELHO)								

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde e na defesa dos valores éticos e humanitários.



2010051554341010000058626071

2010051554341010000058626071

2010051554341010000058626071

2010051554341010000058626071



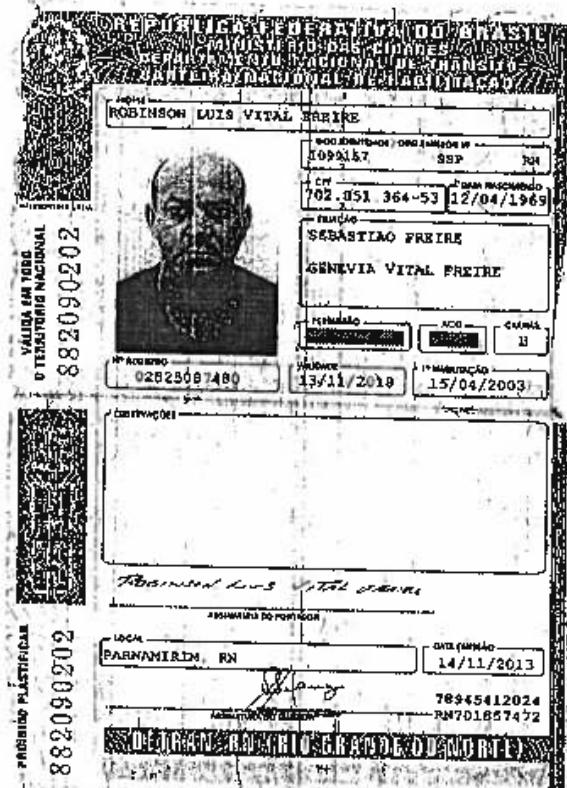
Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 05/10/2020 15:54:34
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010051554341010000058626071>
Número do documento: 2010051554341010000058626071

Num. 61110447 - Pág. 24



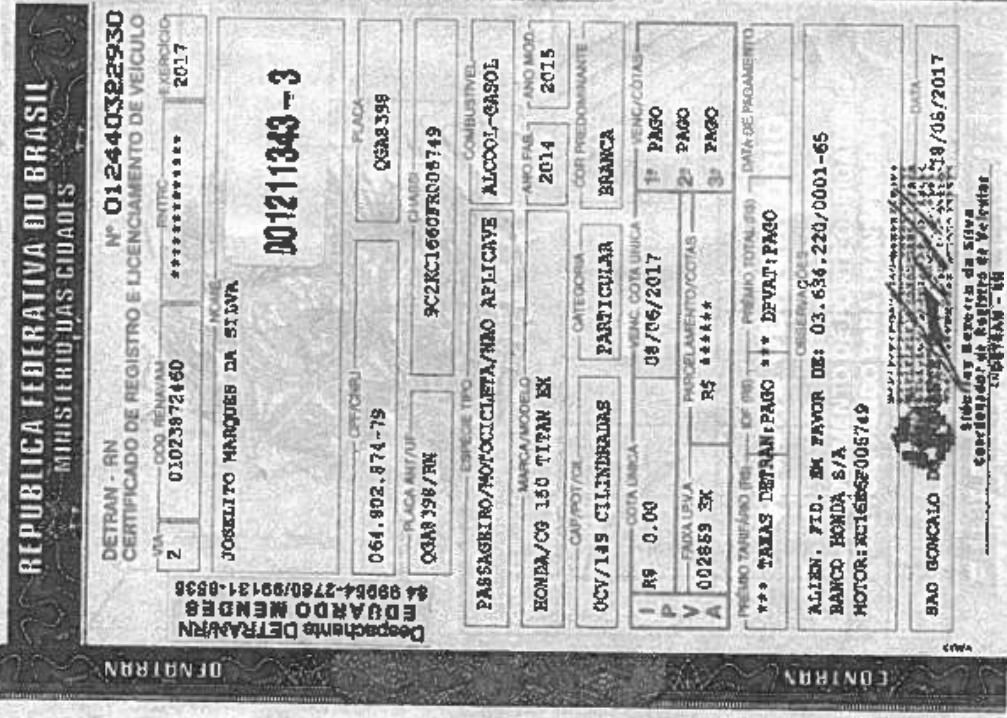
ARUANA SECUROS
06 JUN 2018





Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 05/10/2020 15:54:34
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100515543410100000058626071>
Número do documento: 20100515543410100000058626071

Num. 61110447 - Pág. 26



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 05/10/2020 15:54:34
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100515543410100000058626071>
Número do documento: 20100515543410100000058626071

Núm. 61110447 - Pág. 27

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180258803 **Cidade:** São Gonçalo do Amarante **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DA SILVA SOARES **Data do acidente:** 07/02/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DE E ESCAPULA À DIREITA.

Descrição do exame A VÍTIMA REFERE DOR DE FORTE INTENSIDADE NO OMBRO DIREITO, COM REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS E DA
médico pericial: FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO. AO EXAME, PRESENÇA DE QUEDA DA CINTURA ESCAPULAR À DIREITA, COM
DEFORMIDADE SALIENTE EM FACE ANTERIOR E POSTERIOR DA REGIÃO ESCAPULAR. HIPOTROFIA MUSCULAR DO
BRAÇO DIREITO. ADM DA FLEXÃO DO OMBRO DIREITO DE 0º-70º, EXTENSÃO DE 0º-30º, ADUÇÃO DE 0º-20º,
ABDUÇÃO DE 0º-70º, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA PREJUDICADAS PELA DOR. SEM DÉFICIT NEURO-VASCULAR
DO SEGMENTO ACOMETIDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DA GLENOIDE DA ESCAPULA DIREITA, COM USO DE TIPOIA
ORTOPÉDICA. QUADRO CLÍNICO INDICADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, PORÉM SEGUNDO A VÍTIMA NÃO
CONSEGUIU REALIZAR (SIC).

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/07/2018

Conduta mantida:

Observações: A VÍTIMA PORTAVA RX DA FRATURA DESCrita ACIMA.

Médico examinador: Rosa Maria Vaz dos Santos

CRM do médico: 2109

UF do CRM do médico: RN

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 intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0201485/18

Vítima: JOSE DA SILVA SOARES

CPF: 026.294.724-26

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 07/02/2018

Titular do CPF: JOSE DA SILVA SOARES

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
DUT
Outros

JOSE DA SILVA SOARES : 026.294.724-26

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ROBINSON LUIS VITAL FREIRE : 702.851.364-53

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

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 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: 06/06/2018

Nome: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

CPF/CNPJ: 702.851.364-53

Robinson Luis Vital Freire
ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/06/2018

Nome: PRISCILA FLORENCIO DA SILVA

CPF: 017.192.214-05

Priscila
PRISCILA FLORENCIO DA SILVA



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: JOSE DASILVA SOARES
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 1.411.708
CPF: 026.794.724-26
Profissão: AVÔ/ÔMOMO
Endereço: SERRINHA S. G. AMARANTE
CEP: 59290000
Telefone: 084 3229.4402

OUTORGADO:

Nome: Robinson dos Santos FENEIRE
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: CASADO
Identidade: 1.099.157
CPF: 702.851.364-53
Profissão: AGENTE DE SAÚDE
Endereço: RUA SANTA MARIA N.º 72
CEP: _____
Telefone: 084 9-8706-3749

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandado a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima:



Notar - 16 Abril 2018

Local e data

JOSE DASILVA SOARES

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



12 ABR. 2018

Vanessa Viana
Escrevente

São G. do Amarante-RN

ASSINADO ELETRONICAMENTE NO SISTEMA DE AUTENTIFICAÇÃO

ARUANA SEGUROS

06 JUN 2018



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180258803**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE DA SILVA SOARES**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Principal, 9 -FT - Serrinha - São Gonçalo do Amarante - RN - CEP 59290-005

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ITEP /RN**] **001.411.708**

Data e local do acidente: [**07/02/2018**] **SÃO GONÇALO DO AMARANTE / RN**

Data e local do exame: [**10/07/2018**] **Natal [RN]**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA FECHADA DE E ESCAPULA À DIREITA.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

A VÍTIMA REFERE DOR DE FORTE INTENSIDADE NO OMBRO DIREITO, COM REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS E DA FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO. AO EXAME, PRESENÇA DE QUEDA DA CINTURA ESCAPULAR À DIREITA, COM DEFORMIDADE SALIENTE EM FACE ANTERIOR E POSTERIOR DA REGIÃO ESCAPULAR. HIPOTROFIA MUSCULAR DO BRAÇO DIREITO. ADM DA FLEXÃO DO OMBRO DIREITO DE 0º-70º, EXTENSÃO DE 0º-30º, ADUÇÃO DE 0º-20º, ABDUÇÃO DE 0º-70º, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA PREJUDICADAS PELA DOR. SEM DÉFICIT NEURO-VASCULAR DO SEGMENTO ACOMETIDO.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DA GLENOIDE DA ESCAPULA DIREITA, COM USO DE TIPOIA ORTOPÉDICA. QUADRO CLÍNICO INDICADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, PORÉM SEGUNDO A VÍTIMA NÃO CONSEGUIU REALIZAR (SIC).

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do ombro direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Ombro direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

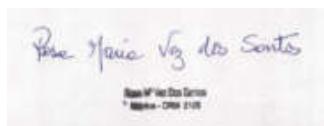
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.

A VÍTIMA PORTAVA RX DA FRATURA DESCrita ACIMA.



Rosa Maria Vaz dos Santos
Rosa M^a Vaz dos Santos
RN - CRM: 2109

Rosa Maria Vaz dos Santos - CRM: 2109 - RN

