



Número: **0812707-69.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **04/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 3.050,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SUELIO JUSTINO DA FONSECA (AUTOR)		DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES (ADVOGADO)	
Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais (RÉU)			
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62703823	12/11/2020 13:54	2765889_CONTESTACAO_Anexo_04	Outros documentos

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SUELIO JUSTINO DA FONSECA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02114-8

CONTA: 000000066406-5

Nr. Autenticação

BRADESCO2102202005000000000023702114000000066406506250 PAGO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200044373

Cidade: Natal

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SUELIO JUSTINO DA FONSECA

Data do acidente: 27/10/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE 5º METATARSO DO PÉ ESQUERDO, 5º MTC DA MÃO À DIREITA E FALANGE PROXIMAL DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Descrição do exame físico: 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA APRESENTA LIMITAÇÃO MODERADA PARA FLEXÃO NA IFP, 5º METACARPO E DEDO DA MÃO DIREITA COM DESVIO ROTACIONAL, APRESENTA CICATRIZES OPERATÓRIAS CICATRIZADAS, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DE PRENSÃO COM A MÃO DIREITA, EDEMA NA REGIÃO LATERAL DO PÉ ESQUERDO, FERIDA COM SAÍDA DE SECREÇÃO NA REGIÃO LATERAL DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: RESULTADOS ADEQUADOS COM OS TRATAMENTOS PRECONIZADOS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MÃO DIREITO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 04/02/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50



**Lauda 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: 3200044373
Nome do(a) Examinado(a): Suelio Justino da Fonseca
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Dom Antonio de Almeida Lustosa, S/N
Planalto Natal RN CEP: 59073-110
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 001625945
Data local do acidente: [27/10/2019]
Data local do exame: [04/02/2020] NATAL [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE 5º METATARSO DO PÉ ESQUERDO, 5º MTC DA MÃO À DIREITA E FALANGE PROXIMAL DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: FRATURA DE 5º METATARSO DO PÉ ESQUERDO REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, 5º MTC DA MÃO DIREITA (TRATAMENTO CIRÚRGICO) E FALANGE PROXIMAL DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA (TRATAMENTO CONSERVADOR).
Data da Alta: 15/01/2020
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
5º DEDO DA MÃO ESQUERDA APRESENTA LIMITAÇÃO MODERADA PARA FLEXÃO NA IFP, 5º METACARPO E DEDO DA MÃO DIREITA COM DESVIO ROTACIONAL, APRESENTA CICATRIZES OPERATÓRIAS CICATRIZADAS, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DE PREENSÃO COM A MÃO DIREITA, EDEMA NA REGIÃO LATERAL DO PÉ ESQUERDO, FERIDA COM SAÍDA DE SECREÇÃO NA REGIÃO LATERAL DO PÉ ESQUERDO.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
INVALIDEZ AO NÍVEL DO PÉ ESQUERDO, 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA E MÃO DIREITA COM LIMITAÇÃO DA ADM.
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 o 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" <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i>	() "Sem sequela permanente" <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i>
--	--
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|--|
| Região Corporal (Sequela):
MÃO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
PÉ - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
|--|--|

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


DR. URAÍ DE OLIVEIRA
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-RN 4315



Louco Médico

Suelio Junior do Nascimento 40 anos

Dolo do Acid: 27/10/19

Paciente sofreu acidente motociclistico que resultou em fratura de pé e mão (direita e esquerda). Acidente corrigido.

Absorção refusa dor em mão e pé em função de arco de movimento em 30%.

4792 (T93)

Dr. Thiago André de Rodrigues
Ortopedia e Traumatologia

Data: 16/12/19

MOSSORÓ:	SERRA DO MEL:	ASSU:	PARANAMIRIM	NATAL:
Av. Colares Mendes Lacerda de Castro, 208 Vila Brasil Fone: (54) 9.8728-1582	Av. Senador Raul Clemente, 1384 Centro Fone: (54) 9.9839-0438	Av. Beila Paranamirim, 880 Vila Nova Fone: (54) 9.9624-2021	Av. Presidente Médica, 256 Igarapé - Zona Norte Fone: (54) 9.9839-0260	





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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 55880 /2019
Admissão: 27/10/2019 19:43:40

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **149360 - SUELIO JUSTINO DA FONSECA** (40 a 9 m 26 d)
Nascimento: 01/01/1979 Natural: SANTA CRUZ, BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: CPF: Prof:
Mãe: MARIA GLEIDE JUSTINO DA FONSECA Pai: FELICIANO ALVES
Logradouro: AGRESTINA, 30 Cidade: NATAL
CEP: 59073270 Bairro: PLANALTO
Telefone: 84 88722193 Compl:

Motivo: ATROPELAMENTO POR CARRO
Origem: FAMILIA

Tipo: NÃO REFERENCIADO
*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 27/10/2019 19:41:27				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: ATROPELAMENTO/ TRAUMA EM MMII+ALCOLIZADO

Hora: Paciente deu entrada no serviço por meios próprios relatando atropelamento não sabe a quanto tempo. Nega perda de consciência, vômitos, náuseas, dor torácica e abdominal. Relata dor em MMII. Apresenta-se extremamente agitada. Nega uso de álcool e outros drogas.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A VAP s/ cervicalgia
- B Taquicárdico, agitado, pouco colaborativo ao exame
- C FC: 114
- D ECG: 14, pupilas bem mióticas
- E Escala de Glasgow com MMII

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdome: Plano, flácido, s/ insuflação peritoneal
Pele: s/ alterações

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por GISONILDO PEREIRA. Impresso em 27 de Outubro de 2019.



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)		
A		
B		
C		
D		
E		
A(ALERGIAS) <u>Nega</u>		
M(MEDICAÇÃO EM USO) <u>Nega</u>		
P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)		
L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)		
A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)		
V (PASSADO VACINAL)		
EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM) Rx de tórax AP Rx de pelve AP Rx de joelho E e D Rx de punho E e D LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS Rx de p de E AP e oblíquo Rx de mão de E AP e oblíquo Rx de perfil Rx de Alepfil OUTROS	CONDIÇÃO PRIMÁRIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS 1) SFO, 97 5000ml, EV, aleito 2) Dipirona 500mg - 02amp + AMO, EV, água 3) Voltaren 75mg - 01amp, IM, água Radiografia de tórax e/ou denúncia de hemopneumotórax 4) Realizada antissepsia e assepsia, seguida de anes- tesia com ilócaína sem vaso. feita sutura com fio 3/0, seguida de limpeza e curativo.	
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL <u>[Assinatura]</u>	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL <u>[Assinatura]</u>	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		
ESPECIALISTA 1 <u>ORTOPEDIA</u>	HORA:	DATA: <u>27/10/19</u>
ESPECIALISTA 2	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3	HORA:	DATA:
DESTINO DO PACIENTE:		
INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:	DATA	HORA
SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:		
OBITO: DATA / / HORA		
ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP		



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
missão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 10260 /2019

Prontuário: 1190333

Paciente: 149360 - SUELIO JUSTINO DA FONSECA

Cartão SUS:

CPF:

Dt Naso: 01/01/1979

Idade: 40 anos 9 meses 26 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA GLEIDE JUSTINO DA FONSECA

Nome do pai: FELICIANO ALVES

Rua/Av: AGRESTINA

Nº:30

Bairro: PLANALTO

Complemento:

CEP: 59073270

Cidade: NATAL

Telefone: 84 88722193 84 88722193

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1011

Responsável: SUELIO JUSTINO DA FONSECA -

Usuário: GILBERTO DA SILVA CARLOS

Admissão: 27/10/2019 22:56:49

Alta: 19/11/19

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S92.3 - FRATURA DE OSSOS DO METATARSO
408050462 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 13/11/19
MAT N. 121267

NATAL, 27 de Outubro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

VISADO
Data: 21/11/19
Alanna



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DR. JOÃO MACHADO
CNPJ: 08.241.754/0108-84
Av. Alexandrino de Alencar, 1700, Tirol, Natal/RN - CEP: 59.015-350

FICHA DE EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

NOME: SUELIO JUSTINO DA FONSECA

ENFERMARIA: ANEXO

LEITO: 11

IDADE: 40

DATA	EVOLUÇÃO
06/11/19	* ADMISSÃO HOSPITALAR ADMITO O PACIENTE SUPRACITADO, PROVENIENTE DO HMWU, ONDE FOI INTERNADO EM 24/10/19 POR FRATURA DE 5º METATARSO ESQUERDO, 5º FALANGE PROXIMAL DA MÃO ESQUERDA E 5º METACARPO DIREITO, DECORRENTE DE ATROPELAMENTO POR UM AUTOMÓVEL. NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS NEGA HAS E DM REFERE KILISMO E TABAGISMO EX. FÍSICO: EG B, FUNDOS, COMAO, HIDRATADO, AFEBRIL E ORIENTADO AR: MUC SIMÉTRICO S/RA SAT O₂ = 98% (A.A); FR = 18 IPM AC: RCR EM 2E, BNE, SEM SUPROX FC = 64 BPM; TA = 130x90 ABD: NÃO EXAMINADO MEI: MIF C/ TALAGESSADA MID: EDEMA + EQUIMOSE EM PE DIR MMSS: MOC C/ IMOBILIZAÇÃO HD: FRATURA DE 5º METATARSO ESQ " 5º FALANGE PROXIMAL DA MÃO ESQ. " 5º METACARPO DIR CD: LABORATORIO ANALGESIA AGUARDA X ORTOPEDIA (APTO A PRINCÍPIO) DR. CESAR C. DOS ANJOS Clínica Médica CRM 4458





Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou _____

CNES: 2653923
CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **149360 SUELIO JUSTINO DA FONSECA**

CNS: _____ Nascimento: 01/01/1979

Sexo: Masculino

Prontuário: _____

Cor: PARDA

Mãe: MARIA GLEIDE JUSTINO DA FONSECA

Pai: FELICIANO ALVES

Endereço: RUA AGRESTINA, 30 - PLANALTO - NATAL

Fone: 88722193 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE: _____

240810 UF: RN

CEP: 59073-270

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 30402 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

FRATURA DO PE ESQ (QUINTO METATARSO) E FRATURA DA MÃO DIREITA (QUINTO METACARPO) APÓS ATROPELAMENTO, S.I.C.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
RISCO DE COMPLICAÇÃO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
SEMILOGIA E RAIOS X



Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S92.3 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO*408050462. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS M

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

NÃO SE APLICA;3

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão ☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

RICARDO ARAUJO

CRM: 5001 / RN

Data da Solicitação 27/10/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: _____ Nº do bilhete: _____ Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____





FICHA DE EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

NOME: Guelio Justino da Fonseca IDADE: 40 anos
ENFERMARIA: _____ LEITO: 11

DATA	EVOLUÇÃO
15/11/19	2º DIH por: - Ex. falanges e metatarsos. - Etulismo + Talalgismo. Paciente evoluindo estável. Sem queixas. Apetite preservado. FE+ do Ex.: NDN Conduta: - Aguardar cirurgia ortopédica - Apto
16/11/19	3º DIH - Ex. falanges e metatarsos Etulismo + Talalgismo Paciente segue estável. A queixa de dor em HID, o qual o pt. relatou a imobilizar por conta própria cd: Duro analgético Apto à cirurgia
17/11/19	4º DIH. Paciente evoluindo estável com sang. apito. FE+ preservado na estável apito. Ao exame ffs. e punção de arto h. estável AP. N. 11/14. Sat. 98% AC. 120/80, BNF 110/80. R: 40 bpm Ardor: não sent MMII: sem sinais de TVP Conduta: Apto

Thais Suassuna
Médica
RM/RN 1371

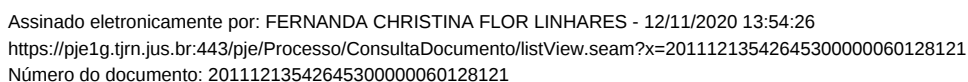
Drª Dailane S. Pereira
Médica
CRM 8868

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL. 17/11/2019
CAME



SUÉLIO JUSTINO DA FONSECA

DATA	EVOLUÇÃO
13/11/19	Enxerto Menor
13:30	S = DTH to Acupuntura Cerebral Paciente chegou com afeite, sono e fadiga Enxerto menor, Acupuntura Cerebral Beb, Glicose, Coração, Hígado, Consumo AC: 51 Anos Mat II: 51 Anos de TUP Consumo: Hígado Acupuntura Cerebral Dra. Emanuelle Tereza das Neves Médica CRM/RN 8007
	CONFERE COM ORIGINAL NATAL 13/12/2019 MAT. Nº. SAME SINATURA



DATA	EVOLUÇÃO
07/11/19	1ª D/H - Admissão walfrado 27/10 -fx 5ª metatarsal (E), 5ª falange proximal (E) e 5ª metacarpo (D) - acidente carro -Etilismo + Tabagismo Paciente sem queixas. PA OK. FE ⊕. ECB, corado, hidratado. ACP sl alt. mmij s/dima ur: apto pl ex. ortopedico. Aguardo exames admissional
08/11/19	2ª D/H - Paciente sem queixas. PA OK. FE ⊕. ECB, corado, hidratado. ACP sl alt. mmij s/dima ur: apto pl ex. ortopedico. Lab. 07/11: Hb: 12,4 Leuc: 7.460 Pla: 293.000 Celiv: 84 U: 5 Cr: 0,8 Na: 105 K: 4,1 CT: 175 TGL: 121 TGO: 35 TAP: 142 TAP: 99%
09/11/19	3ª D/H - Paciente sem queixas. PA OK. FE ⊕. ECB, corado, hidratado. ACP sl alt. mmij s/dima ur: apto pl ex. ortopedico. Lab. 08/11: Na: 142 K: 4,3 TGO: 32 TAP: 91
10/11/19	4ª D/H - Paciente sem queixas. PA OK. FE ⊕. ECB, corado, hidratado. ACP sl alt. mmij s/dima ur: apto pl ex. ortopedico.
11/11/19	5ª D/H - Paciente sem queixas. PA OK. FE ⊕. ECB, corado, hidratado. ACP sl alt. mmij s/dima ur: apto pl ex. ortopedico.
11.11.19	N HUE - RF
12/11/19	6ª D/H - Paciente sem queixas. PA OK. FE ⊕. ECB, corado, hidratado. ACP sl alt. mmij s/dima ur: apto pl ex. ortopedico
13/11/19	Realizado Curativo ureal
13/11/19	7ª D/H - Paciente sem queixas. PA OK. FE ⊕. ECB, corado, hidratado. ACP sl alt. mmij s/dima ur: apto pl ex. ortopedico.
14/11/19	8ª D/H - Paciente sem queixas. PA OK. FE ⊕. ECB, corado, hidratado. ACP sl alt. mmij s/dima ur: apto pl ex. ortopedico

Dra. Sílvia Figueiredo
MEDICA
CRM 6258

Dra. Sílvia Figueiredo
MEDICA
CRM 6258

Dra. Sílvia Figueiredo
MEDICA
CRM 6258

Dra. Sílvia Figueiredo
MEDICA
CRM 6258

Dra. Sílvia Figueiredo
MEDICA
CRM 6258

Dra. Sílvia Figueiredo
MEDICA
CRM 6258

Dra. Sílvia Figueiredo
MEDICA
CRM 6258

Dra. Sílvia Figueiredo
MEDICA
CRM 6258

ORIGINAL
NATAL
MAT. Nº.
ISAME



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUÇÃO 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:

RECEPÇÃO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

DATA:

DATA:

HORA:

Exatidão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

OUTRO:

DATA:

HORA:

Deixe à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

RECEPÇÃO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

DATA:

DATA:

HORA:

Exatidão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

OUTRO:

DATA:

HORA:

Deixe à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- DATA: 20/11/2019 2- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA 3- CNES: 3515168

4- ESTABELECIMENTO EXCUTANTE: HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA 5- CNES: 3515168

Identificação do Paciente
6- PACIENTE: SUELIO JUSTINO DA FONSECA 7- NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 188231

8- CARTÃO NACIONAL SUS: 708 0093 1782 7342 9- DATA DE NASCIMENTO: 18/03/1979 10- SEXO: MASCULINO 11- RAÇA/COR:

12- NOME DA MÃE: MARIA CLEIDE JUSTINA DA FONSECA 13- TELEFONE DE CONTATO: 99921-4216

14- NOME DO RESPONSÁVEL: MARIA CLEIDE MÃE 15- TELEFONE DE CONTATO:

16- ENDEREÇO (RUA, Nº): RUA DOM ANTONIO DE ALMEIDA LUSTOSA 141

17- MUNICÍPIO: NATAL 18- BAIRRO: PLANALTO 19- UF: RN 20- CEP: 59073-110

Justificativa de Internação

21- HISTÓRICO DE DOENÇAS E SINTOMAS CLÍNICOS:
Paciente após trauma na região da cabeça e pescoço.

22- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
Guia interna

23- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS):
Sonolúcia + Rx

24- CID 10 PRINCIPAL: 25- CID 10 SECUND. 26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27- PROCEDIMENTO SOLICITADO: 28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- DATA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: 30- CARACTER DA INTERNAÇÃO: 31- DOCUMENTO: 32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 34- DATA DA SOLICITAÇÃO: 35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

36- () AC. PRÁTIPO 37- () AC. TRABALH. TÍPICO 38- () AC. TRABALHO TRAJETO

39- () EMPREGADO 40- () DESEMPREGADO 41- () APOSENTADO 42- () NÃO SEGURO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 44- COD. ORGÃO EMISOR: 45- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46- DATA DA AUTORIZAÇÃO: 47- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 48- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

HIDRAL / SESAP
CONFERI C/ O ORIGINAL
27/11/2019
Mat 96921-4





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM /RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome: Suelio Justino de Sousa Nº: 77
Data: 19/06/2019 COR: branco SEXO: M ESTADO CIVIL: solteiro
PROFISSÃO: Policial PROCEDÊNCIA: Tramitação
BAIRRO: Barro Preto DATA: 19/11/2019 HORA: 16:55hs

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐
HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

LESÃO ADICIONAL DE TRABALHO ☐ SIM ☐ NÃO ☐
A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW) B) FREQUÊNCIA RESPIRATORIA C) PRESSÃO ARTERIAL

SCORE FINAL (SCORE DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C
TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)
Paciente não trauma no
modo D/E + PC D

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS						
HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

H+DAL / SESAP
CONFÉRMICA ORIGINAL
Parnamirim-RN, 27/11/2019
Mat. 96921-11



MÉDICO (Carimbo)		CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)	
ENTREGUE ☐ A FAMÍLIA ☐ S.V.O. ☐ L.T.E.P. ☐		DATA / /	
OBITO / /		HORA : :	
RETIROU-SE POR ☐ DECISÃO MÉDICA ☐		A REVELIA ☐	
HORA HS		HORA PARA	
☐ FICOU NO LOCAL		☒ INTERNADO NO SERVIÇO DE	
☐ REMOVIDO EM		☐ REMOVIDO EM	
DESTINO DO PACIENTE			
 Dr. J. Lima Carlos de A. Osteodonto-odontólogo 11/11/2020 11/11/2020			
CONDUTA			
☐ HEMATOLOGIA	☐ NEUROLOGIA	☐ NEFROLOGIA	☐ CIR. VASCULAR
☐ CLÍNICA MÉDICA	☐ CIRURGIA GERAL	☐ ORTOPEDIA	☐ BUCCO-FACIAL
☐ NEUROCIRURGIA	☐ OTORRINO	☐ OFTALMOLOGIA	☐ C. PLÁSTICA
☐ UROLOGIA			
☐ ENDOSCOPIA			
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE			
Ass. do Responsável			
EXAMES COMPLEMENTARES			





Hospital

Nº prontuário

Nome do paciente

Data de ocorrência

Operador

2º auxiliar

SUELIO JUSTINO DA POMSCA

Anestesiista

Diagnóstico pré-operatório

Tipo de ocorrência

22/11/19

Diagnóstico pós-operatório DR. GEAN GUARNIERE

DR. HAUSEMANN MORAIS

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

FRATURA (5ª MTC) DIREITO HA MAIS DE 30 DIAS

Acidente durante a operação

TRATAMENTO CIRURGICO DE SEQUELA DE FRATURA (5ª MTC) DIR.

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA.
2. ASSESPIA E ANTISSEPSIA.
3. CAMPOS ESTÉREIS.
4. REDUÇÃO INCRUENTA + FIXAÇÃO COM FIOS DE CERCAGEM, SOB ESCOPIA.
5. TALA LUVA DIR
6. CRO
7. RX CONTROLE

HOMI: SESAP
FABRICIO ORIGINAL
Data de RN. 27/11/19

Mat. 96921-4





Nome do paciente: <u>Juliana Cristiano de Sousa</u>		No. prontuário: _____	
Data operatória: <u>26/11/19</u>	Local: <u>OR</u>		
Operador: <u>Dr. Fernando</u>	Assistente: <u>Fernando</u>		
2º assistente: <u>Rafael</u>	3º assistente: _____		
Artesista: <u>Rafael</u>	Tipo de anestesia: _____		
Diagnóstico pré-operatório: <u>fratura de base do 5º MTT E (revela)</u>			
Tipo de objecto: <u>fratura de base do 5º MTT E (revela)</u>			
Diagnóstico pós-operatório: _____			
Relatório final do patologista: _____			
Exame radiológico no ato: _____			
Acidente durante a operação: _____			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

1. História - 2. Exame físico - 3. Exame de laboratório - 4. Exame de imagem - 5. Diagnóstico - 6. Planejamento - 7. Material empregado - 8. Aspecto - 9. Vóceres

Realizada a cirurgia de fratura de base do 5º MTT E (revela) com o uso de placa e parafusos. A fratura foi reduzida e estabilizada com uma placa de 1,5 metros e 4 parafusos. A fratura foi reduzida e estabilizada com uma placa de 1,5 metros e 4 parafusos. A fratura foi reduzida e estabilizada com uma placa de 1,5 metros e 4 parafusos.

Francisco Cavalcanti Júnior
Ortopedia e Traumatologia
Clínica do Aparelho Vertebral
CRM/RN: 4120

CONFÉRCIO ORTOPEDIA
Painel de RN: 27/11/19

100 - 96921-4





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:
() Hemocentrado _____ Unid. () Plasma _____ Unid. () Plaquetas _____ Unid.
() Albumina _____ Unid. () Expansor plasmático _____ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

h: _____ h: _____ h: _____
b: _____ h: _____ h: _____
h: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Fisiológico: _____ ml () Soro Ringer Simples: _____ ml Quantidade total de volume
() Soro Glicosado: _____ ml () Soro Ringer Lactato: _____ ml administrado: 1000ml

ANATOMO PATOLÓGICO

() Não () Sim Peça: _____ Peça para sepultamento: () Não () Sim
Líquido: _____

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: () Limpo () Exsudato () Contaminada () Aparelho resado () Bandagens () Talas () Outros:

INTERCORRÊNCIAS: (1) Realizada amputação de dedo anelar, (2) Medicamentos
marcados e administrados pelo enfermeiro, (3) Realizada
ligadura de amarra, comunicada ao UCI, (4) Procedimento de
urgência realizada sem intercorrências.

Ass: [Assinatura] Coren: _____

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: (X) Consciente () Inconsciente () Narcoze () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel (X) O₂ ambiente Curativo: () Oclusivo () Compressivo () Boia de
colostomia () Outro: _____
Diurese: () Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: Olo

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO

Hora: 17:30 Data: 26/11/19 Nível de consciência: (X) Acordado () Sonolento () Narcoze (X) Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Cateter O₂ (X) O₂ Ambiente
Mobilização MMII: () Normal (X) Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: (X) Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Vendos: () Não (X) Sim Tipo: Aut Local: VSE Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Súplo () Torácico () Penrose () Kier: Otomites: () Sim () Não Específicas: _____
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos
Curativo: (X) Oclusivo () Descoberto (X) Limpo (X) Solo Monitorização: (X) ECG (X) Oxímetro (X) PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexigoma () Alteração PA () Alteração PC
Relato: _____

SINAIS VITAIS

Líquidos administrados na URPA:

Hora	TC	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão		67			98	Nula
30'		68			98	
60'						
Alte						

Soro glicosado: _____ ml
Soro Fisiológico: _____ ml
Ringer: _____ ml
Irrigação vesical contínua: _____ ml

Verificações administradas URPA:

Eliminações:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da irrigação
Recebido da SO				
Desprezado URPA				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: Paciente admitido no C.R. em 17:30h, em
sem queixas - Encaminhado para o C.R.

Ass: [Assinatura] Coren: _____





Laudo para Solicitação de Autuação de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WILFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: 149360 SUELIO JUSTINO DA FONSECA 40

Prontuário:

DN: 7060093 12827542 Nascimento: 01/01/1979

Sexo: Masculino

Cor: Parda

Mãe: MARIA GLEIDE JUSTINO DA FONSECA

Pai: FELICIANO ALVES

Endereço: RUA AGRESTINA, 30 - PLANALTO - NATAL

Fone: 98722193 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE:

240810 UF: RN

CEP: 59073-270

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEdia Laudo Nº 30402 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

FRATURA DO PE ESQ (QUINTO METATARSO) E FRATURA DA MÃO DIREITA (QUINTO METACARPO) APÓS QTOPELAMENTO, S.I.C.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

RISCO DE COMPLICAÇÃO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

SEMIOLOGIA E RAO X

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S92.3 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO*408050462. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS M

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

☒ SIM SE APLICA;

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão

☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

RICARDO ARAUJO

CRM: 5001 / RN

Data da Solicitação 27/10/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

☐ Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora:

Nº do bilhete:

Série:

☐ Acidente de Trabalho Tráfico

CNPJ da Empresa:

CNAE da Emp.:

CBOR:

☐ Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência: ☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

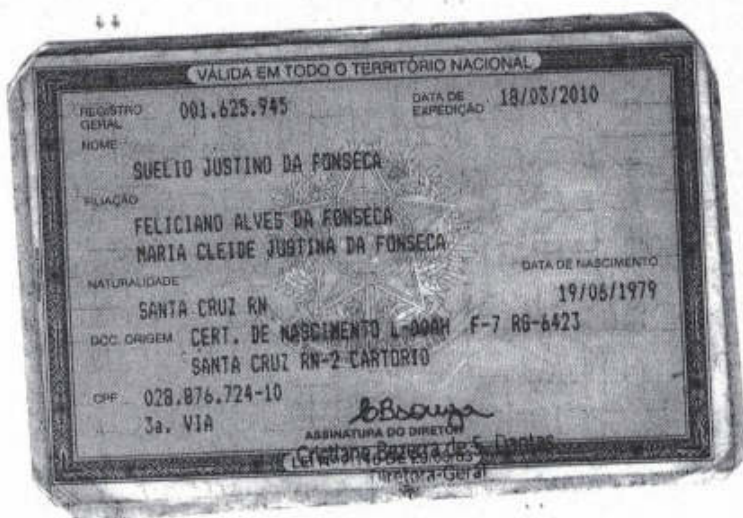
Número da Autorização:

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____

HRDRL / SESAP
CONFERIR C/C ORGÃO
Prestador - RN

27/11/19
969211





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Suelio Justino da Fonseca		
NACIONALIDADE:	Brasileiro	ESTADO CIVIL:	Solteiro
PROFISSÃO:	Eletricista		
IDENTIDADE:	003.623.943	CPF:	028.876.724-10
ENDEREÇO:	Rua Dom Antonio de Almeida Lustosa n° 141 Planalto		

OUTORGADO

NOME:	Marcos Bernardino de Souza		
NACIONALIDADE:	Brasileiro	ESTADO CIVIL:	casado
PROFISSÃO:	Moto Boy		
IDENTIDADE:	3896734	CPF:	061.089.354-80
ENDEREÇO:	Rua Brasilcio Camilo n° 122 Goiassinha		

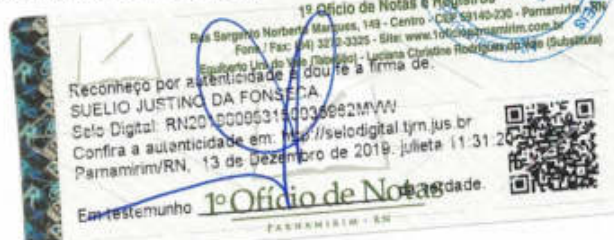
DATA DO ACIDENTE: 27-10-2019 COBERTURA: Invalidez / Danos.

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Observação: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Panamirim/3-12-19
1º Ofício de Notas LOCAL E DATA

Suelio Justino da Fonseca
ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)





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, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200044373

Vítima: SUELIO JUSTINO DA FONSECA

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SUELIO JUSTINO DA FONSECA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15430990

Pag. 01099/01100 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 29 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200044373

Vítima: SUELIO JUSTINO DA FONSECA

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SUELIO JUSTINO DA FONSECA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00655/00656 - carta_02 - INVALIDEZ

00080328



Carta nº 15442248





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, 17 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200044373

Vítima: SUELIO JUSTINO DA FONSECA

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), SUELIO JUSTINO DA FONSECA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00657/00658 - carta_25 - INVALIDEZ





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, 27 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200044373

Vítima: SUELIO JUSTINO DA FONSECA

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SUELIO JUSTINO DA FONSECA

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\$ 5.062,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer
um dentre os outros dedos da mão 10%
Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%
Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: SUELIO JUSTINO DA FONSECA

Valor: R\$ 5.062,50

Banco: 237

Agência: 000002114-8

Conta: 0000066406-5

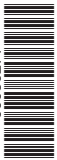
Tipo: CONTA CORRENTE

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.

Pag. 00553/00554 - carta_30 - INVALIDEZ

00030277



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: 028.876.724-10 4 - Nome completo da vítima: Suelio Justino da Fonseca

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

5 - Nome completo: Suelio Justino da Fonseca 6 - CPF: 028.876.724-10
7 - Profissão: Recurso 8 - Endereço: Rua Dom Antonio de Almeida Junior 141 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Planalto 12 - Cidade: Natal 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59073-110
15 - E-mail: (84) 99134-3008 / (84) 99306-1091 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:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ 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: 2044 013 CONTA: 000 886 37 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascit)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, Parangaricutzingo 13 de 27 de novembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





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 DE PLANTÃO ZONA SUL DE NATAL EQUIPE 2
Endereço: AV. INTERVENTOR MARIO CAMARA, 2550, CIDADE DA ESPERANÇA, NATAL, FONE/FAX: (84) 3232-8305/6306

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019108002393
1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL DOLOSA C/ HOMEM

1.2 Data de Expedição: 27/10/2019 23.28.33
1.4 Lígou CIOSP: Sim

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 27/10/2019 19.00.00
2.3 Fato: Consumado
2.5 Melo(s) empregado(s): Outros
2.6 Tipo do local: Via Pública
2.8 Número: S/N
2.10 Complemento:
2.12 Bairro: PLANALTO III
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida
2.4 Flagrante: Não
2.7 Logradouro: RUA PARACATI
2.9 CEP:
2.11 Ponto de Referência:
2.13 Cidade: NATAL

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: MARIA SUELMA DA FONSECA SANTOS
3.3 Nome Social:
3.5 Etnia: Parda
3.7 Sexo: MASCULINO
3.9 CPF:
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: PROFESSORA
3.15 Telefone(s): 84 987537234
3.17 Número: 141
3.19 Bairro: PLANALTO
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.23 Cidade: NATAL

3.2 Estado civil: Casado(a)
3.4 Pai:
3.6 Mãe: MARIA GLEIDE JUSTINO DA FONSECA
3.8 Orientação Sexual:
3.10 Identidade de Gênero:
3.12 Data de Nascimento: 04/09/1975
3.14 RG: 001483193 - SSP/RN
3.16 Passaporte:
3.18 Naturalidade: SANTA CRUZ
3.20 E-Mail:
3.22 Logradouro: RUA DOM ANTONIO DE ALMEIDA LUSTOSA
3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 Nome Completo: SUELIO JUSTINO DA FONSECA
4.1.3 Nome Social:
4.1.5 Mãe:
4.1.7 Orientação Sexual:
4.1.9 Sexo: NÃO IDENTIFICADO / SEM INFORMAÇÃO
4.1.11 CPF:
4.1.13 Nacionalidade:
4.1.15 Logradouro:
4.1.17 Número:
4.1.19 Bairro:
4.1.21 Estado:

4.1.2 Estado civil:
4.1.4 Pai:
4.1.6 Identidade de Gênero:
4.1.8 Etnia:
4.1.10 Data de Nascimento:
4.1.12 RG: Não informado
4.1.14 Profissão:
4.1.16 Passaporte:
4.1.18 E-Mail:
4.1.20 CEP:
4.1.21 Cidade:

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S)

5.1.1 Nome Completo:
5.1.3 Nome Social:
5.1.5 Estado civil:
5.1.7 Etnia:
5.1.9 Data de Nascimento:
5.1.11 RG: Não informado
5.1.13 Profissão:
5.1.15 Passaporte:
5.1.17 Características:
5.1.18 Logradouro: RUA DOM ANTONIO DE ALMEIDA LUSTOSA
5.1.19 Número:
5.1.21 Bairro: PLANALTO - MERCADINHO RANIEL
5.1.23 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

5.1.2 Alcunha: JUNIOR
5.1.4 Pai:
5.1.6 Mãe:
5.1.8 Identidade de Gênero:
5.1.10 Orientação Sexual:
5.1.12 Sexo: NÃO IDENTIFICADO / SEM INFORMAÇÃO
5.1.14 CPF:
5.1.16 Nacionalidade:
5.1.20 CEP:
5.1.22 Cidade: NATAL

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)
7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS VEÍCULOS)

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

A COMUNICANTE COMPARECEU A ESTA UNIDADE POLICIAL DE PLANTÃO PARA RELATAR QUE SEU IRMÃO (VÍTIMA), NA DATA DE HOJE (27/10/2019), FOI ATROPELADO PELO CUNHADO (JUNIOR) QUE É IRMÃO DE SUA ESPOSA E QUANDO AO CHÃO FOI AGREDIDO COM UMA BARRA DE FERRO POR DIVERSAS VEZES NAS PERNAS E NOS BRAÇOS; QUE JÁ EXISTIA RIXA ENTRE A VÍTIMA E O ACUSADO, EM RAZÃO DE UMA SUSPEITA DE QUE A VÍTIMA TERIA ROUBADO O MERCADINHO DO PAI DO ACUSADO; QUE A VÍTIMA SE ENCONTRA HOSPITALIZADO AGUARDANDO UMA CIRURGIA, TENDO O ACUSADO SE EVADIDO DO LOCAL DA OCORRÊNCIA. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

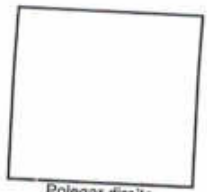
10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data: 27/10/2019 23.28.33

Policial

Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1539000 - VANUSA CRUZ BRANDÃO
Impresso por: 1539000 - VANUSA CRUZ BRANDÃO em 27/10/2019 23:28:48

FINAL DO BOLETIM DE OCORRNCIA

1002393 - Grupo de Atendimento: 15880645620246co82a7081c2313/0

