



Número: **0818462-74.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **25ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **01/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JANIELDI ANSELMO DE SOUZA (AUTOR)		Rodrigo Cavalcanti Contreras (ADVOGADO)	
Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais (RÉU)			
MICHEL FREIRE DE ARAUJO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63207 721	26/11/2020 14:30	2769066_CONTESTACAO_Anexo_04	Outros documentos



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, 23 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200128164

Vítima: JANIELDI ANSELMO DE SOUZA

Data do Acidente: 26/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATA DA SILVA SANTOS SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JANIELDI ANSELMO DE SOUZA

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 15648978

Pag. 00149/00150 - 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, 10 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200128164

Vítima: JANIELDI ANSELMO DE SOUZA

Data do Acidente: 26/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATA DA SILVA SANTOS SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JANIELDI ANSELMO DE SOUZA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: JANIELDI ANSELMO DE SOUZA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 033

Agência: 000003211

Conta: 000002006488-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: _____ 3 - CPF do vítima: 087-643-644-02 4 - Nome completo da vítima: FAMÉLIA Anselmo de Souza

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

5 - Nome completo: Anselmo Anselmo de Souza 6 - CPF: 087-643-644-02
 7 - Profissão: Peixeiro 8 - Endereço: Rua Angolá 9 - Número: 10-13 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: Vila Nova 12 - Cidade: Torquato 13 - Estado: PA 14 - CEP: 59147-620
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): 0819-9939-7466

DADOS CADASTRAIS

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\$1.000 A R\$1.000,00 R\$2.500,00 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, ELIABO) (TUTOR)
 CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itau (941)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Santander
 AGÊNCIA: 3211 CONTA: 6488

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 da 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 (meninos)? 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 provar em esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha
 39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

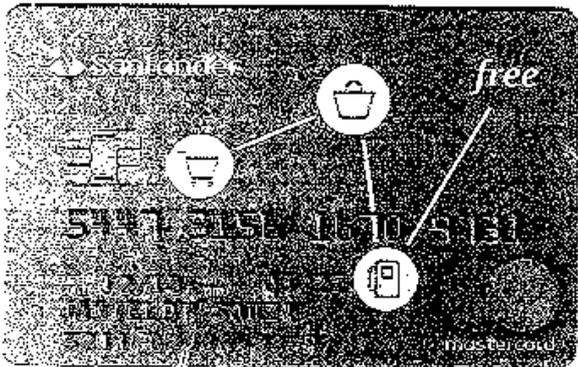
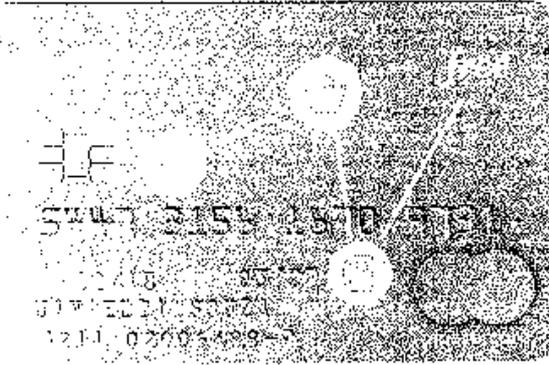
FERNANDA FLOR LINHARES
X FAMÉLIA ANSELMO DE SOUZA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)







GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE MONTE ALEGRE - MONTE ALEGRE - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005937/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 17/01/2020 09:02 Date/Hora Fim: 17/01/2020 09:22
Delegado da Polícia: Ben-Hur Cirino de Medeiros

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afoto: Delegacia Municipal de Monte Alegre

Data/Hora do Fato: 25/12/2019 05:30

Local do Fato

Município: Monte Alegre (RN)
Bairro: SÍTIO CASTANHA
Logradouro: SÍTIO CASTANHA

Tipo do Local: Outro

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JANELDI ANSELMO DE SOUZA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 19/02/1989 Idade: 30 anos
Naturalidade: RN - Serrinha Profissão: Motorboy
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Rosilene Gomes da Silva Nome do Pai: Mariano Anselmo de Souza

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 087.643.844-02
RG - Carteira de Identidade: 2561878

Endereço

Município: Pamamirim - RN
Logradouro: RUA ANGOLA Nº: 10B
Bairro: VIDA NOVA
Telefone: (84) 8880-1889 (Celular)

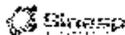
OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 523.475.194-34	Placa QJZ9D02
Renavam 00594631537	Número do Motor JC41E1E109448
Número do Chassi 9C2JC411UER100448	Ano/Modelo Fabricação 2014/2013
Cor PRETA	UF Veículo Rio Grande do Norte
Município Veículo Currais Novos	Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS
Modelo HONDA/CG 125 FAN KS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 01/04/2019	Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
----------------	---------------

Delegado da Polícia Civil: Ben-Hur Cirino de Medeiros
Impressão por: Ricardo Wagner Constantino
Data de Impressão: 17/01/2020 09:22
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE MONTE ALEGRE - MONTE ALEGRE - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005937/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
Janieldi Anselmo de Souza	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O DECLARANTE INFORMA QUE NO DIA E LOCAL SUPRACITADO, PILOTAVA O VEÍCULO DE PLACA OJZ9D02, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA SUPRACITADA AO COCHILAR; QUE FOI AO SOLO; QUE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL LAVOISIER MAIA, EM MONTE ALEGRE/RN, CONFORME BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 80/19 DATADO DO DIA 26/12/2019. NADA MAIS DECLAROU.

ASSINATURAS

Ricardo Wagner Constantino
Servidor Público
Matrícula 928981

Responsável pelo Atendimento

Janieldi Anselmo de Souza
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) (autor) responsável pelas informações acima escritas e eletrônicas, podendo responder civil e criminalmente pelo presente documento que delibei, conforme previsto nos Artigos 249-250-251 do Código de Processo Penal e 210-211-212 do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Ben-Hur Cirino de Medeiros
Impresso por: Ricardo Wagner Constantino
Data de Impressão: 17/01/2020 08:22
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: D&MS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 087-643-644-02 4 - Nome completo da vítima: XAMELDI ANSELMO DE SOUZA

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

5 - Nome completo: Anselmo Anselmo de Souza 6 - CPF: 087-643-644-02
7 - Profissão: baixo 8 - Endereço: Rua Angola 9 - Número: 40-15 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Vila Nova 12 - Cidade: TAMAMUIM 13 - Estado: PA 14 - CEP: 59147-600
15 - E-mail: _____ 15 - Tel (DDD): (081) 9-9939-7466

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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itai (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Santander

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) Divorçado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____
30 - Vítima deixou nascituro (nascituras)? 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 preencherem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Porto Alegre 21/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
XAMELDI ANSELMO DE SOUZA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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: 06/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANIELDI ANSELMO DE SOUZA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 03211

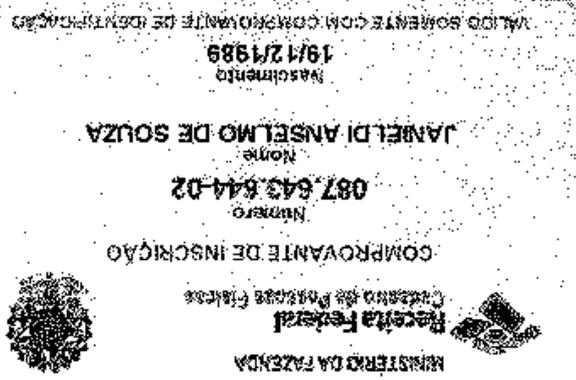
CONTA: 000002006488-9

Nr. da Autenticação 6B52798572B88142





Vítima



CODIGO DE CONTROLE
94AF.2725.1B7F.1BFF

A autenticidade deste comprovante pode ser confirmada na internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria de Receita Federal do Brasil
em 10:53:01 de 10/01/2020 (hora e data de Brasília)
digito verificador: 60

QUANTIDADE	UNIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
1	kg	32,00	32,00
1	kg	1,40	1,40
1	kg	2,10	2,10
1	kg	1,88	1,88
1	kg	1,33	1,33
1	kg	11,24	11,24
1	kg	0,46	0,46
1	kg	1,08	1,08
1	kg	0,95	0,95
1	kg	3,53	3,53
1	kg	1,14	1,14
1	kg	0,31	0,31
			112,27

DATA	VALOR	VALOR (R\$)
12/2019	12/2019	12/2019
10/01/2020	10/01/2020	10/01/2020
10/27	10/27	10/27

QUANTIDADE	UNIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
1	kg	32,00	32,00
1	kg	1,40	1,40
1	kg	2,10	2,10
1	kg	1,88	1,88
1	kg	1,33	1,33
1	kg	11,24	11,24
1	kg	0,46	0,46
1	kg	1,08	1,08
1	kg	0,95	0,95
1	kg	3,53	3,53
1	kg	1,14	1,14
1	kg	0,31	0,31
			112,27

DATA	VALOR	VALOR (R\$)
12/2019	12/2019	12/2019
10/01/2020	10/01/2020	10/01/2020
10/27	10/27	10/27





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BI81JOTECWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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, a determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PROVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Renate da Silva Santos Souza
inscrito (a) no CPF/CNPJ 109.821.074, / 18 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Janeleidi Anselmo de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 087-643.644-02
do sinistro de DPVAT cobertura motocic da Vítima Janeleidi Anselmo de Souza
inscrito (a) no CPF sob o Nº 087-643.644, / 02, 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 Líder-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: <u>Rua Imple</u>	Número: <u>10 B</u>	Complemento:
Bairro: <u>Vila Nova</u>	Cidade: <u>Pernambuco</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>59147-620</u>	Tel.(DDD):

Local e Data: Pernambuco 21-01-2020

Renate da Silva Santos Souza
Assinatura do Declarante

OLDRI.001 V001/2017





PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
HOSPITAL E MATERNIDADE DR. LAVOISIER MAIA
UNIDADE DE EMERGENCIA DE MONTE ALEGRE

Nº 60

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGENCIA

NOME: Yonel de Jesus da Silva SOBRENOME: SILVA
DIA: 25/08/2020 COR: M SEXO: M ESTADO CIVIL: S
NATURALIDADE: Monte Alegre PROFISSÃO: 20/30/40/50/60/70/80/90 CARTÃO SUS: 201306025/200
RESIDÊNCIA: Rua: Dr. G. B. ... BAIRRO: ...
CIDADE: Monte Alegre DATA: 25/08/20 HORA ENTRADA: 05:15
Q.P. ...

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

- () APARENTEMENTE () REGULAR () COM DISPNEIA () CHOCADO () COMATOSO
() COM HEMORRAGIA () EM CONVULSAO () POLITRAUMATIZADO () AGITADO () OUTROS

Alaga Acidente de Trabalho: () SIM () NÃO

História -- Causa Eficiente da Lesão (Alegada):

Samba de morto

Exame Físico -- Lesão Afecções Encontradas:

Entusao em HTD. Possível fratura de
costelas

TA: mmHg: PULSO: RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA:

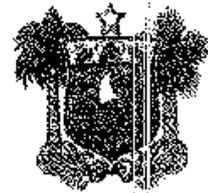
Diagnóstico Provisório:

Trauma





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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 67441 /2019
Admissão: 26/12/2019 10:52:13

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: **157548 - JANIELDI ANSELMO DE SOUZA** (30 a 26 d)
 Nascimento: 19/12/1989 Natural: SERRINHA, BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
 CNS: 201396025120003 CPF: 08764364402 Prof: MOTO BOY
 Mãe: ROSILENE GOMES DA SILVA Pai: MARIANO ANSELMO DE SOUZA
 Logradouro: ANGOLA, 10 Cidade: PARNAMIRIM
 CEP: 59147620 Bairro: VIDA NOVA
 Telefone: 84 987490296 Compt:

Motivo: MOTO - QUEDA Tipo: REFERENCIADO
 Origem: AMBUL. INTERIOR *Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 26/12/2019 10:45:17				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM DEFORMIDADE EM PUNHO DIREITO E DOR EM GUADRIL COSTAL A D, CONSCIENTE ORIENTADO.

Hora: _____

CONFERE COM ORIGINAL
 NATAL. 24/01/20
 MAT. Nº. 1520713
 SAME
 ASSINATURA

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: 26/12/2019 11:47:38 - INTERNADO

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por CLAUDIA FERREIRA DE FREITAS. Impresso em 14 de Janeiro de 2020.





Paciente: 157548 - JANIÉLDI ANSELMO SOUZA
 FIA: 4-12422/2019
 Idade: 30 ano(s) 0 mes(es) e 26 dia(s)
 Prescrição Nº: 5
 Hospital / Unidade: WG - OBS II
 Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 1192335
 Data Internação: 26/12/2019 11:47
 Início Validade: 30/12/2019 19:00 até 31/12/2019 18:59
 Quarto / Leito: 2 - 959
 Médico Resp.: 116-GEAN GUARNIERE RODRIGUES

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

30/12/2019 17:02:48 - FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO ESTÁVEL, DOR LEVE CONTROLADA, EUPNEICO, AFEBRIL E COM BOA PERFUSÃO EM DEDOS AGUARDA TRANSFERÊNCIA PARA CIRURGIA PELA REGULAÇÃO SESAP.

QUEIXA DE CEFALÉIA -> SOLICITADO TC CRANIO E AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA. AGUARDANDO AVALIAÇÃO.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - LIVRE						
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - DÍPIRONA, SODICA (500 MG/ML 20 ML GOTAS)	40	GTS	VO	6h/6h		
3 - TRAMADOL 50MG	1	COM	VO	12h/12h		
4 - RANITIDINA 150 MG	1	COM	VO	12h/12h		
5 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML S/N vômitos/na	1	AMP	IV	8h/8h		
CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
6 - BSVV + CCGG						

FERNANDO SERGIO DE MACEDO CALDAS
 CRM-2779/RN

CONFERE COM ORIGINAL
 NATAL 14/01/20
 MAT. Nº. 1520123
 SAME
 CF
 ASSINATURA



REGISTRO DE INTERNAMENTO

Nº AIH: _____ Nº ATENDIMENTO: 503678 DATA: 22/01/2020
TIPO DE INTERNAMENTO: _____ HORA: _____
ACOMODAÇÃO: ENFERMARIA LEITO: TERREO103 CONVENIO: SUS
MATRÍCULA: 201398025120003 VALIDADE: _____
Criado por Joyce de Lima Soares em 22/01/2020 20:23

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: JANIELDI ANSELMO DE SOUZA SEXO: Masculino
DATA DE NASCIMENTO: 19/12/1989 RG: 002961878 CPF: _____
FILIAÇÃO MÃE: ROSILENE GOMES DA SILVA
FILIAÇÃO PAI: MARIANO ANSELMO DE SOUZA
ENDEREÇO: Rua Angola Nº 10B
BAIRRO: Vida Nova CIDADE: PARNAMIRIM
ESTADO: RN CEP: 59147-620
FONE: (84) 98749-0226 FONE: (84) 98880-1899

SUMÁRIO DE ALTA

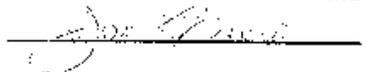
TIPO DE ALTA: () MÉDICA () ADMINISTRATIVA () A PEDIDO () EVASÃO () ÓBITO
DATA: _____ HORA: _____ ASS. RESPONSÁVEL DO SETOR: _____

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA
CNPJ: 09.417.742/0001-91

Confere com o Original

Data: 16/01/2020



CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



REG. DE ENFERMEIRO

PACIENTE: JANIELDI ANSELMO DE SOUZA

CIRURGIA: FRATURA ANTEBRAÇO + ENXERTO + NEUROLISE ÚNICA + TENOPLASTIA

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO : GENTIL FERNANDES 5547
 1ª AUXILIAR:
 2ª AUXILIAR:
 3ª AUXILIAR:
 ANESTESISTA:
 INSTRUMENTADORA:

EQUIPAMENTOS / TEMPO DE USO		GASOMETRIA / TEMPO DE USO		DATA:
BISTURI ELÉTRICO:		GÁS CARBÔNICO:		HORA:
CAPNÓGRAFO:		NITROGÊNIO:		TERMINO:
INTENS. DE IMAGENS:		O ² SOB CATETER:		SANGUE:
MONITOR CARDÍACO:		O ² SOB PRESSÃO:		
OXIM. DE PULSO:		OXÍGENO NITROSO:		
SERRA ELÉTRICA:				
ATRACURIO	SERVOPLORANE	ÁGUA OXIGENADA	CAPA DE VIDRO	
C. PAPAVERINA 50MG/21ML	TRAMAL	ALCOOL 70%	TUBO S/ BALÃO 3.0	
CLOMIDIN	PROPOFOL	ALCOOL IODADO	TUBO C/ BALÃO 3.0	
	SCRO	DETERGENTE ENZIMÁTICO	ARRUELAS	
CLORETO DE SUXAMETÔNIO	ABD 1000ML	DETERGENTE ENZIMÁTICO	ASPIRADOR	
DEXAMETASONA 4MG	ABD 100ML	FORMOL	CIDEX POR ML	
DIPIRONA	FISIOLÓGICO 0.9% 1000ML	PVPi DEGERMANTE	CIMENTO ORTOPÉDICO	
DIPROSPAM	FISIOLÓGICO 0.9% 250ML	PAPA TÓPICO	DRILL ELÉTRICO	
DRAMIN 85DL	FISIOLÓGICO 0.9% 500ML	VASELINA	FIO DE KIRSCHNER	
EFEDRINA	GLICOSADO 5% 250ML	ALGODÃO GRIBOLA	FIO DE LUQUE	
EPINEFRINA	GLICOSADO 5% 500ML	CATETER TIPO OCULO	FIXADOR EXTERNO	
FEINERGAN 50MG 21ML	GLICOSE 50% AMPOLA	COLETOR DE URINA FECHADO	GANCHO	
FUROSEMIDA	RINGER LACTATO 500ML	COMPRESSA CIRÚRGICA	GELOFOAM	
GLICOMATO DE CÁLCIO 10%	RINGER SIMPLES 800ML	ELETRODOS	GRAMPO	
HIDROCORTIZONA 500MG	EPITESAN	EQUIPO MACROC/ INJETOR	MASTER	
IPSILOIN 1G	NEOMICINA	EQUIPO P/ ARTROSCOPIA 4 VIAS	LÂMINA DE SHAVER	
LINDOCAINA 4MG	SULFADIAZINA DE PRATA	ESCOVA DESCARTÁVEL	LIGAMENTO SINTÉTICO	
LINDOCAINA 2% GEL	TROFODERMIN	ESCOVA SECA	PARAF. INTERE. TITANEO	
LINDOCAINA 5% VASO	PÉRURO CORTANTE	ESPARADRAPO	PARAFUSO ANCORA	
NEOCAINA C/ VASO	AGULHA DE STIMUPLEX	GASES 10X10 PCT 20	PARAFUSO CÂMLADO	
NEOCAINA 5% VASO	AGULHA	GORRO DESCARTÁVEL	PARAFUSO CORTICAL	
NOVABUPI 5% VASO	AGULHA P/ RAQUIN	LUVAS DE PROCEDIMENTO	PARAFUSO ESPONJOSO	
NOVABUPI C/ VASO	AGULHAS	LUVAS ESTÉREIS	PARAFUSO TRANSVERSO	
NOVABUPI 5% VASO	JELCO	MASCARA	PINO	
NOVABUPI C/ VASO	LÂMINA DE BISTURI	MÁSCARAS DESCARTÁVEL	PINO DESLIZANTE	
NOVABUPI 5% VASO	SCALPS	MICROPORE	PLACA	
NOVABUPI 5% VASO	ATADURA CREPOM	MICROPORE LARGO	PLAST ANEL 1.4	
NOVABUPI 5% VASO	ATADURA DE ALGODÃO	POLIFIXO 2 VIAS	PROTESE	
NOVABUPI 5% VASO	ATADURA GESSO	PRÓ-PE	SURGICEI	
NOVABUPI 5% VASO	MALHA TUBULAR	SERINGA DE INSULINA	SONDAS	
NOVABUPI 5% VASO	SOLUÇÃO	SERINGA DESC. 10ML	MASO LONGA 04	
NOVABUPI 5% VASO	CLOREXIDINA ALCOOLICA 2%	SERINGA DESC. 20ML	SONDA DE FOLEY	
NOVABUPI 5% VASO	CLOREXIDINA AQUECIDA 2%	SERINGA DESC. 3ML	URETRAL 4	
NOVABUPI 5% VASO	CLOREXIDINA DEGERMANTE 0.2%	SERINGA DESC. 5ML	SONDA CURTA	





RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Saraiva Amalino de Souza Nº REGISTRO _____
Data Nascimento 19/12/89 IDADE 30 Sexo M LEITO: 103 Data de Admissão 24/01/2020
MÉDICO: _____

ADMISSÃO DO CENTRO CIRURGICO

JEJUM COMPLETO INCLUINDO AGUA? () Não () Simx início 22:00 PESO: 73 Kg Altura: 1,70 cm
RETIRADA DE PRÓTESES/ORTESE/ADORNOS: () SIM () NÃO
ALERGIAS: () NÃO () SIM: nega
DOENÇAS PREGRESSAS: () DM () HAS () TABAGISMO () HIV () Hep B () Hep C () Arritmias () DPOC () AVC ()
Marcapasso () Outros: _____ Medicações de uso frequente: nega
Consentimento Cirúrgico Preenchido () Não () Sim
Exames: () Labor () Raio x () USG () TC () RNM () Risco cirúrgico Outros: _____
Encaminhado: () Deambulando () Cadeira de Rodas () Maca () consciente () Inconsciente () Orientado ()
Desorientado

Anotações de Enfermagem: _____

Conferido informação acima por: Liiane Almeida da Silva Admitido na sala: 610 Hora _____
Coordenadora

ETAPA I: PRÉ-INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta Pub. entoracao "b"

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO: () Limpa () Contaminada () Potencialmente Contaminada () Infectada

1. Equipe completa presente () Sim () Não
2. Paciente com identificação e cirurgia confirmada ()
3. Termo de consentimento () Cirúrgico () hemoterapico () não, caso não esteja assinado contatar o médico.
4. Local da intervenção marcado corretamente () sim () não () não aplicável
5. Bisturi elétrico disponível e testado ()
6. Aparelho de Anestesia ()
7. Equipamento de Vídeo ()
8. Monitor Multi-Parâmetro ()



9. Saída de: Oxigênio Ar Comprimido () Vácuo ()
 10. Aspirador cirúrgico disponível e testado
 11. Mesa cirúrgica testada
 12. Hemoderivados solicitados e reservados () sim Não () Não aplicável
 13. Paciente tem alergia conhecida () sim não
 14. Aparelho de anestesia testado sim () não
 15. Esterilizações dos instrumentais com indicadores sim () não

ETAPA II: PRÉ-INCISÃO

16. Confirma nome do paciente, local da intervenção e cirurgia proposta
 17. Confirma preparo da pele com clorexidine Degermante e tópica Sim () não
 18. Confirmar antibiótico profilático administrado sim () não aplicável
 19. Paciente em posição adequada sim () não

EQUIPE DE ENFERMAGEM

20. Confirmar se a disponibilidade dos materiais e equipamentos solicitados para cirurgia
 20. Confirmar com a equipe médica se os exames necessários estão disponível
 21. Confirma bisturi elétrico e placas instalados corretamente

INTRA-OPERATORIO

Posicionamento: Dorsal Lateral direita () Lateral esquerda () Posição Ginecológica ()
 () Decúbito Proclie () Decúbito Ventral

Monitorização cardíaca: sim () não PNI/Manguito em: MID Placa neutra: Local: _____

Passado faixa de smarch: Não sim, em: 15:00 Início 18:00 Término 19:30

Soluções Antissépticas Usadas no Campo Operatório: Clorex degermante () Clorex aquoso
 Clorex Alcólica () PVPI degermante
 () PVPI tintura () _____

Infusões: SF0,9% 200 ml R.Lactato: 500 ml Simples _____ ml SG5% _____ ml

Drenos: () Penrose nº _____ () Porto-vac nº _____ () Tórax nº _____

Sinais vitais: PA: 120/80 mmHg FC: 70 bpm Sat: 98% T: _____ °C Hora: _____

Anestesia: Início 18:00 Término 19:30 () Geral Inalatório () Geral Venosa Sedação () Local
 () Peridural () Raqui Bloqueio: _____

IOT: Não () sim -- Cânula nº _____ IOT aramado: não () sim nº _____

AVP: () não sim 100 ml, Jelco nº 50 por 100 ml hemólise

Cateter O2: () não sim SNG: NÃO () SIM nº _____ SVD NÃO () SIM nº _____

Ferida operatória: Curativo 100%

Cultura: _____ Anát. Patológico: Não () Sim _____ Unid _____

Material Explantado: _____

Conferido por Bianca Intercorrência C/

ETAPA III: ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

Confirmar se a contagem de compressas, instrumentais e agulhas foi realizada sim () não

Caso a cirurgia realizada não tenha sido a proposta, _____
 Medicamentos administrados (anotar horários) ibuprofeno 200mg + acetaminofeno 500mg
diclofenaco 200mg + diclofenaco 200mg



OPME: () NÃO SIM, qual

01 Alaca em Y 4X6
02 PE Nº 20
02 PE Nº 36 / Corb.
03 PE Nº 34

Anotações de Enfermagem e Intercorrências S/

Início da cirurgia: 14:00 Término da cirurgia: 14:30

CIRURGIÃO Dr. Antônio ASSISTENTE: — ANESTESIOLOGISTA Dr. Melo
INSTRUMENTADORA Thelma CIRCULANTE: Bruna ENFERMEIRA: Daniela

URPA (Unidade de Recuperação pós-anestésica)

Condições de admissão do paciente:

Acordado () Sonolento () agitado Ar ambiente () MV 50%

() Cateter de O2 () TQT AVP () AVC

() Hipotensão () Hipertensão () Bradicardia () Taquicardia () Tremor () Dor () Baixa Saturação

() Hemorragias () Desorientação () Agitação () Dispneia () Broncoespasmo () Outros: _____

Medicações Administradas na URPA (anotar horários) _____

Encaminhado para o andar

AVP () AVC () SNG () SVD FECHADA () DRENOS () CURATIVOS LIMPO ()

GESSO EM: MSD () MSE () MID () MIE ()

EXAMES: Labort Ralo x () USG () TC () RNM () RISCO CIRURGICO () OUTROS _____

ENCAMINHADO: () Enfermaria () UTI () Alta Hospitalar () Outros _____

Anotações de Enfermagem: _____

ENCAMINHADO POR: Cristina Regina de Sá HORA: 15:20





Prontoclínica Dr. Paulo Gurgel
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

MÉDICO: Dr. Gentile
LEITO: 103 B

PACIENTE: Luciana Gurgel Souza SETOR: _____ IDADE: 30

DIAGNOSTICO MÉDICO: DM2 DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: Não

PROCEDÊNCIA: DOMICILIAR HOSPITALAR: QUAL: _____
ALERGIAS: Não

ASPECTO GERAL
 CONSCIENTE ORIENTADO ALGO ORIENTADO
 ATIVO REATIVO HIPOATIVO
 HIPERTÔNICO HIPOTÔNICO
 COMATOSO SEDADO ANASARCA EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)
AVP: _____
AVC: _____
Ureco: _____
Scalp: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB
HV: _____
BI: _____
ATB: _____

PELE
 HIDRATADA RESSECADA ICTÉRICA
 NORMOCORADA HIPOCORADA CIANOSE
 EXTREMIDADE FRIAS NORMOTÉRMICA
HIPOTERMIA: _____
HIPERTERMIA: _____
DRENO Local: _____
Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR
 EUPNEICO DISPNEICO TAQUIPNEICO
 BRADIPNEICO TRAGEM: _____
RUIDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
 TAQUICÁRDICO NORMOCÁRDICO BRADICÁRDICO

VENTILAÇÃO
 O2 AMB MV _____ % HOOD: _____
 ENTUBADO TOT Nº _____
OBS: _____

ELIMINAÇÕES
DIURESE
 ESPONTÂNEA SVA A CADA: _____
 HEMATÚRIA OLIGÚRIA ANÚRIA
 POLIÚRIA SVD _____
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO
 ESPONTÂNEA
 ESTÍMULO: _____
 AUSENTE _____ DIAS
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO
ABDOMEN
 AFLACIDO GLOBOSO SEMI GLOBOSO
 DISTENDIDO DOR A PALPAÇÃO
 TIMPÂNICO MACIÇO RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO
 DEAMBULANDO CADEIRA DE RODAS
 SOBRE MACA MULETA

DIETA
 AO SEIO ORAL/COPINHO GJM
 SOG/SNG _____
 RESÍDUO GÁSTRICO: _____
 ZERO VÔMITO _____ vezes

OBSERVAÇÕES: Paciente admitida para avaliação clínica, não há sinais de desidratação, normotérmica, normocorada, normotônica, normocárdica, normopneica, sem ruídos adventícios, sem ruidos hidroaéreos.

Fernanda Cristina Flor Linhares
Enfermeira
COREN/RN. 000.454.807

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

24/07/20 **HORÁRIO:** _____

ASPECTO GERAL
 CONSCIENTE ORIENTADO ALGO ORIENTADO
 ATIVO REATIVO HIPOATIVO
 HIPERTÔNICO HIPOTÔNICO
 COMATOSO SEDADO ANASARCA EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)
AVP: _____
AVC: _____
Ureco: _____
Scalp: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB
HV: _____
BI: _____
ATB: _____

VENTILAÇÃO
 O2 AMB MV _____ % HOOD: _____
 ENTUBADO TOT Nº _____
OBS: _____

ELIMINAÇÕES
DIURESE
 ESPONTÂNEA SVA A CADA: _____
 HEMATÚRIA OLIGÚRIA ANÚRIA
 POLIÚRIA SVD _____
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO
 ESPONTÂNEA



PELE

HIDRATADA RESSECADA ICTÉRICA
 NORMOCORADA HIPOCORADA CIANOSE
 EXTREMIDADE FRIAS NORMOTÉRMICA
 HIPOTERMIA: _____
 HIPERTERMIA: _____
 DRENO Local: _____
Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

EUPNEICO DISPNEICO TAQUIPNEICO
 BRADIPNEICO TIRAGEM: _____
 RUIDOS ADVENTÍCIOS TIPO: _____
 TAQUICÁRDICO NORMOCÁRDICO BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES:

80%
20/10/20

ESTÍMULO: _____
 AUSENTE _____ DIAS
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMEN
 FLACIDO GLOBOSO SEMI GLOBOSO
 DISTENDIDO DOR A PALPAÇÃO
 TÍMPÂNICO MACIÇO RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

DEAMBULANDO CADEIRA DE RODAS
 SOBRE MACA MULETA

DIETA

AO SEIO ORAL/COPINHO GTM
 SOG/SNG _____/_____/_____
 RESÍDUO GÁSTRICO: _____
 ZERO VÔMITO _____ vezes

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO

ASPECTO GERAL

CONSCIENTE ORIENTADO ALGO ORIENTADO
 VIGILANTE REATIVO HIPOATIVO
 HIPERTÔNICO HIPOTÔNICO
 COMATOSO SEDADO ANASARCA EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

AVP: _____
 AVC: _____
 Telco: _____
 Scler: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

IV _____
B _____
ATB _____

PELE

HIDRATADA RESSECADA ICTÉRICA
 NORMOCORADA HIPOCORADA CIANOSE
 EXTREMIDADE FRIAS NORMOTÉRMICA
 HIPOTERMIA: _____
 HIPERTERMIA: _____
 DRENO Local: _____
Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

EUPNEICO DISPNEICO TAQUIPNEICO
 BRADIPNEICO TIRAGEM: _____
 RUIDOS ADVENTÍCIOS TIPO: _____
 TAQUICÁRDICO NORMOCÁRDICO BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES:

VENTILAÇÃO

O2 AMB MV _____ % HMOOD: _____
 ENTUBADO TOT Nº _____
OBS: _____

ELIMINAÇÕES

DIURESE
 ESPONTÂNEA SVA A CADA: _____
 HEMATÚRIA OLIGÚRIA ANÚRIA
 POLIÚRIA SVD _____/_____
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

ESPONTÂNEA
 ESTÍMULO: _____
 AUSENTE _____ DIAS
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMEN
 FLACIDO GLOBOSO SEMI GLOBOSO
 DISTENDIDO DOR A PALPAÇÃO
 TÍMPÂNICO MACIÇO RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

DEAMBULANDO CADEIRA DE RODAS
 SOBRE MACA MULETA

DIETA

AO SEIO ORAL/COPINHO GTM
 SOG/SNG _____/_____/_____
 RESÍDUO GÁSTRICO: _____
 ZERO VÔMITO _____ vezes

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
20/10/20



**PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel**

RELATORIO DE ENFERMAGEM

PACIENTE Jonivaldo Almeida
 APTO.: 104 B Nº REGIST. _____
 CONVEN. _____

USO DE:	DATA / H	USO DE:	DATA
BOMBA DE INF. DIL		ECG	
NEBULIZADOR Nº		OXIG./UMIDIF.	
ASPIRADOR DIL		BERÇO AQUECIDO	
CURATIVO		FOTOTERAPIA	
		INCUBADORA	

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ASSINAT.
27.05.20	13:00	paciente em sala de espera / Paciente em sala de espera / Paciente em sala de espera	Joana Karla Rodrigues COREN-RN 150.823-7
27.05.20		paciente em sala de espera / Paciente em sala de espera / Paciente em sala de espera	Francisca Willemia D. dos Santos COREN-RN 001.049.521-TE
28.05.20	12:00	paciente em sala de espera / Paciente em sala de espera / Paciente em sala de espera	Waldemir Oliveira Vericat COREN-RN 001.049.521-TE
27.05.20	13:20	paciente em sala de espera / Paciente em sala de espera / Paciente em sala de espera	Carla Cristina de Silva COREN-RN 321.616-7
27.05.20	15:30	paciente em sala de espera / Paciente em sala de espera / Paciente em sala de espera	Carla Cristina de Silva COREN-RN 321.616-7
28.05.20	13:00	paciente em sala de espera / Paciente em sala de espera / Paciente em sala de espera	Ingrid Dias Cortez COREN-RN 1.077.816-7
28.05.20	13:00	paciente em sala de espera / Paciente em sala de espera / Paciente em sala de espera	Ingrid Dias Cortez COREN-RN 1.077.816-7
28.05.20	13:00	paciente em sala de espera / Paciente em sala de espera / Paciente em sala de espera	Ingrid Dias Cortez COREN-RN 1.077.816-7
28.05.20	13:15	paciente em sala de espera / Paciente em sala de espera / Paciente em sala de espera	Marta Helena de Oliveira Machado COREN-RN 001.302.972-TE



PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE: JANIELDI ANSELMO DE SOUZA APTO/ENF. 24/01/2020
 REGISTRO: CONVÊNIO: SUS DATA:

PRESCRIÇÃO	HORARIOS
Dieta branda quando bem acordado	
Cefazolina - 1FR + 50ml SF 0,9%, IV, 6/6h	7/7
Tramadol 100mg - 1 amp + 100ml SF 0,9%, IV, 8/8h, SE DOR	7/7
Plasil - 1amp + 100ml SF 0,9%, IV, 8/8h, SE NÁUSEAS OU COM ADMINISTRAL	7/7
TROCA DE CURATIVOS SE NECESSÁRIO	
MANter TIPOIA	
Manter cabeceira elevada	
SSVV e CCGG	
25/01/2020	
ALTA HOSPITALAR	

RECIBO

RC FARMÁCIA

DÉBITOS	
SERINGA 01	
SERINGA 03 cc	
SERINGA 05 cc	
SERINGA 10 cc	
SERINGA 20 cc	
EQUIPO MACROGOTAS	
EQUIPO P/B	
JELCO Nº	
SCALP Nº	
POUFIX	
LUVA PROCEDIMENTO (S/A)	
LUVA ESTER. Nº	
GASES PCT	
ESPARADRAPO	
MICROPORE	
PVP1	
ETER	
ALCOOL 70%ml	
ALGUDÃO BOLA	
AGULHA DESC.	
CREPOM Nº	
ALGODÃO ORTOP.	
CEPAÇOL ml	
POMADA	
SONDA DE FOLEY	
SONDA URETRAL	
SONDA NASO	
COLETOR FECHADO	
COLETOR ABERTO	
LAMINA BISTURI	
ELETRODO	
MASC. DESCAT	
SORO FISIO. 0,9%	
FITA HGT	
300ml de Dextrosa 5%	





CONTROLE HÍDRICO E T.P.R.

APT^o

PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel

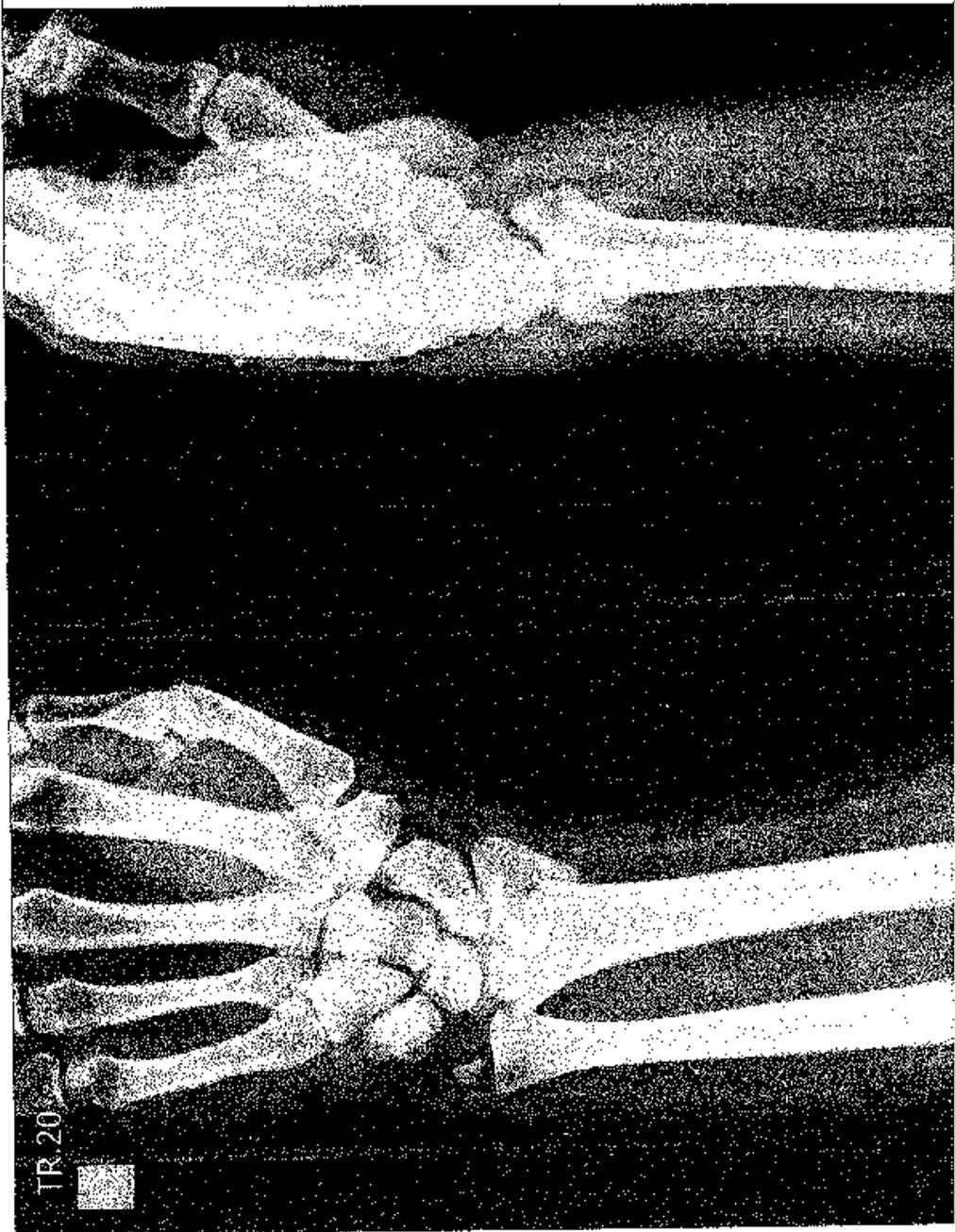
CONVÊNIO: SUS

NOME: *DOMINGOS GIL JARDIM*

REG.: MÉDICO:

DIA	HORAS	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PULSO	DIETA	VÔMITO	DIURESE	EVACUAÇÃO	ASSINATURA
01/11/20	07:00	110/70	18	36,5	87					<i>[Signature]</i>
01/11/20	08:00	110/70	18	36,5	87					<i>[Signature]</i>
01/11/20	09:00	110/70	18	36,5	87					<i>[Signature]</i>
01/11/20	10:00	110/70	18	36,5	87					<i>[Signature]</i>
01/11/20	11:00	110/70	18	36,5	87					<i>[Signature]</i>
01/11/20	12:00	110/70	18	36,5	87					<i>[Signature]</i>
01/11/20	13:00	110/70	18	36,5	87					<i>[Signature]</i>
01/11/20	14:00	110/70	18	36,5	87					<i>[Signature]</i>
01/11/20	15:00	110/70	18	36,5	87					<i>[Signature]</i>
01/11/20	16:00	110/70	18	36,5	87					<i>[Signature]</i>
01/11/20	17:00	110/70	18	36,5	87					<i>[Signature]</i>
01/11/20	18:00	110/70	18	36,5	87					<i>[Signature]</i>
01/11/20	19:00	110/70	18	36,5	87					<i>[Signature]</i>
01/11/20	20:00	110/70	18	36,5	87					<i>[Signature]</i>
01/11/20	21:00	110/70	18	36,5	87					<i>[Signature]</i>
01/11/20	22:00	110/70	18	36,5	87					<i>[Signature]</i>
01/11/20	23:00	110/70	18	36,5	87					<i>[Signature]</i>
02/11/20	00:00	110/70	18	36,5	87					<i>[Signature]</i>
02/11/20	01:00	110/70	18	36,5	87					<i>[Signature]</i>
02/11/20	02:00	110/70	18	36,5	87					<i>[Signature]</i>
02/11/20	03:00	110/70	18	36,5	87					<i>[Signature]</i>
02/11/20	04:00	110/70	18	36,5	87					<i>[Signature]</i>
02/11/20	05:00	110/70	18	36,5	87					<i>[Signature]</i>
02/11/20	06:00	110/70	18	36,5	87					<i>[Signature]</i>





TR 20

FE: F22 (01/06/2019) 01/06/2019
Paciente: JANEIDIANSELMO SOUZA
HOSPITAL: MONSIEUR WILFREDO GURGEL

IDADE: 30 anos(s)
PLUNHO AP
Término



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou _____

CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **157548 JANIELDI ANSELMO SOUZA**

Prontuário: 1192335

CNS: 201396025120003

Nascimento: 19/12/1989

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: ROSILENE GOMES DA SILVA

Pai: MARIANO ANSELMO DE SOUZA

Endereço: RUA ANGOLA, 10 - VIDA NOVA - PARNAMIRIM

Fone: 987490296 /

Município: PARNAMIRIM

Código Municipal IBGE: _____

240325 UF: RN

CEP: 59147-620

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo Nº 38113 / 2019

NIR

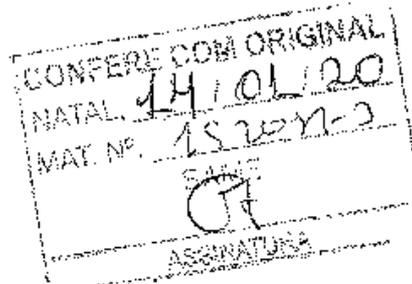
JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM PUNHO DIREITO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX E EXAME FÍSICO

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S52.6 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E DO CUBITO*408020423. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

PUNHO ARTICULAR, FX;1

Informações importantes sobre as condições do paciente:

 Faz Antibioticoterapia Diabetes Hipertensão Obesidade Lesão por pressão Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS

CRM: 4781 / RN

Data da Solicitação 26/12/2019

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.: _____ CBO: _____

() 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: _____



NÚCLEO ESTADUAL
DE ORTOPEDIA
3209 5330

Paranamirim
Lauda para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Execitante: O solicitante ou

CNES: 2653923
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **157548 JANIELDI ANSELMO SOUZA**
CNS: 201396025120003 Nascimento: 19/12/1989 Sexo: Masculino
Mãe: ROSILENE GOMES DA SILVA Pai: MARIANO ANSELMO DE SOUZA
Endereço: RUA ANGOLA, 10 - VIDA NOVA - PARNAMIRIM
Município: PARNAMIRIM Código Municipal IBGE: 240325 UF: RN

Prontuário:
Cor: PARDA
Fone: 987490296 /
CEP: 59147-620
987490296
59147-620

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 38113 / 2019 NIR

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM PUNHO DIREITO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
PROCEDIMENTO CIRURGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RX E EXAME FISICO

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S52.6 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E DO CUBITO*408020423. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

PUNHO ARTICULAR, FX;1

Informações importantes sobre as condições do paciente:

Diabetes Hipertensão Obesidade Faz Antibioticoterapia Lesão por pressão Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS CRM: 4781 / RN Data da Solicitação 26/12/2019
CPF: 703.425.47.1044

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: Orgão Emissor:

Número da Autorização:

Data da Autorização: Assinatura/Carimbo:



CONDUITA MÉDICA:

- Solicitar R.x
- Ceto profeno 50mg/ml 030mp } I.M.
- Dexametasona 0.5mg 08emp } I.M.
- Paracetamol 80gr VO

fs. *apresente*

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	INTERNADO NO SERVIÇO DE _____	REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____ <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho
--	----------------------------------	---

RETIROU-SE POR: DECISÃO A PEDIDO A REVELIA
 DATA: ____/____/____ AS _____ HS

ENTREGUE: A FAMÍLIA INST. MÉDICO LEGAL
 AS _____ HS

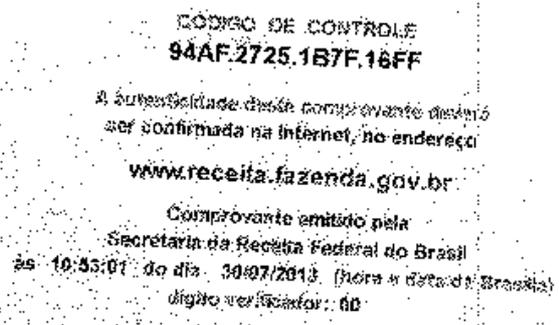
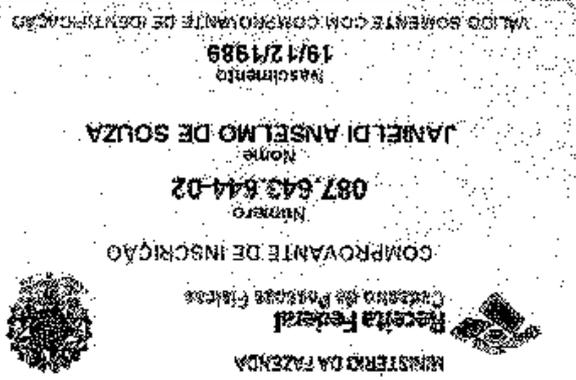
[Handwritten Signature]

 Médico (parivado)





Vítima



QUANTIDADE	UNIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
100,27			32,50
1,40			1,40
2,11			2,11
1,88			1,88
1,23			1,23
11,24			11,24
0,46			0,46
1,03			1,03
0,95			0,95
3,53			3,53
1,14			1,14
0,31			0,31

DATA	VALOR	VALOR	VALOR
12/2019	12/2019	12/2019	12/2019
10/01/2020	10/01/2020	10/01/2020	10/01/2020

DATA	VALOR	VALOR	VALOR
12/2019	12/2019	12/2019	12/2019
10/01/2020	10/01/2020	10/01/2020	10/01/2020



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO



POLÍCIA CIENTÍFICA



Rimata de Silva Santos Souza

CATEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EMISSÃO: 26/11/2013

RENATA DE SILVA SANTOS SOUZA

ADRIELSON ROCHA JUNIOR SANTOS

ARLETE MARQUES DE SILVA SANTOS

SANTO ANTONIO - RN

11/05/1989

CPF: 16.040.888-1

SANTO ANTONIO - RN - 55.80-132

001.021.003-10

26.918

16 DE 20/08/13

Dir. Geral - I.T.C.P.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETРАН RN Nº 014526973200

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS MATERIAIS CAUSADOS POR VEICULOS,
 AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 014526973200 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
 www.seguradavalider.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 12/04/2019

PLACA: 0289002

RENAVAM: 00894631537

VEICULO: HONDA CG 25 PAN XS

ANEXO: 2019

PREMIO TARIFARIO: 2

CUSTO DO BILHETE (R\$): 2

CUSTO DO SEGURO (R\$): 2

DATA DE JURISDIÇÃO: 12/04/2019

RENAVAM: 00894631537

VEICULO: HONDA CG 25 PAN XS

ANEXO: 2019

PREMIO TARIFARIO: 2

CUSTO DO BILHETE (R\$): 2

CUSTO DO SEGURO (R\$): 2

DATA DE JURISDIÇÃO: 12/04/2019

RENAVAM: 00894631537

VEICULO: HONDA CG 25 PAN XS

ANEXO: 2019

PREMIO TARIFARIO: 2

CUSTO DO BILHETE (R\$): 2

CUSTO DO SEGURO (R\$): 2

DATA DE JURISDIÇÃO: 12/04/2019

RENAVAM: 00894631537

VEICULO: HONDA CG 25 PAN XS

ANEXO: 2019

PREMIO TARIFARIO: 2

CUSTO DO BILHETE (R\$): 2

CUSTO DO SEGURO (R\$): 2

DATA DE JURISDIÇÃO: 12/04/2019

RENAVAM: 00894631537

VEICULO: HONDA CG 25 PAN XS

ANEXO: 2019

PREMIO TARIFARIO: 2

CUSTO DO BILHETE (R\$): 2

CUSTO DO SEGURO (R\$): 2

DATA DE JURISDIÇÃO: 12/04/2019

RENAVAM: 00894631537

VEICULO: HONDA CG 25 PAN XS

ANEXO: 2019

PREMIO TARIFARIO: 2

CUSTO DO BILHETE (R\$): 2

CUSTO DO SEGURO (R\$): 2

DATA DE JURISDIÇÃO: 12/04/2019

RENAVAM: 00894631537

VEICULO: HONDA CG 25 PAN XS

ANEXO: 2019

PREMIO TARIFARIO: 2

CUSTO DO BILHETE (R\$): 2

CUSTO DO SEGURO (R\$): 2

DATA DE JURISDIÇÃO: 12/04/2019

GENTRAN

DETРАН RN Nº 014526973200

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

2019

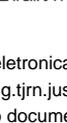
2019

2019

2019

2019

2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200128164 **Cidade:** Monte Alegre **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANIELDI ANSELMO DE SOUZA **Data do acidente:** 26/12/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.5,6)
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR – SEGURO DPVAT

Outorgante (Vítima/Beneficiário não alfabetizado):

Nome: JANIELDI ANSELMO DE SOUZA Data do acidente: 26 12 2019
estado civil: CASADO Profissão: MOTOCY portador(a) do RG 002.961878
órgão expedidor ITCP e do CPF: 087.643.644-02 residente no(a) RUA: ANGOLA
nº 103, bairro: VILA NOVA
município: PARNAMIRIM RN

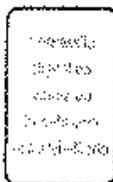
Outorgado (Procurador):

Nome: RENATA DA SILVA SANTOS SOUSA brasileiro(a),
estado civil: CASADA Profissão: PROFESSORA portador(a) do RG 002.809717
órgão expedidor ITCP e do CPF: 101.821.074-16 residente no(a) RUA: ANGOLA
nº 103, bairro: VILA NOVA
município: PARNAMIRIM RN

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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



Local e Data: PARNAMIRIM 26/12/2019

Nome: JANIELDI ANSELMO DE SOUZA

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X JANIELDI ANSELMO DE SOUZA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

ATENÇÃO!!!

TODOS QUE ASSINAM O DOCUMENTO DEVEM RECONHECER A FIRMA EM CARTÓRIO, POR AUTENTICIDADE.



22

SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS

Paiva Amaral



Av. Brigadeiro Saldade, 10 - Boa Fé, Parnamirim - RN - Tel.: (84) 2090-3200 / 3272-2735

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de JANELOJANSELMO DE SOUZA

Parnamirim/RN, 21/01/2020 08:14:21 Em testemunho da

verdade. Emol R\$ 2,97

NAILDO DE PAIVA OLIVEIRA - Substituto

Consulte autenticidade em: <https://seledigital.tjrn.jus.br>

Selo: RN200008822400980964YQ



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0101145/20

Vítima: JANIELDI ANSELMO DE SOUZA

CPF: 087.643.644-02

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 26/12/2019

Titular do CPF: JANIELDI ANSELMO DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RENATA DA SILVA SANTOS SOUZA : 101.821.074-18

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JANIELDI ANSELMO DE SOUZA : 087.643.644-02

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/03/2020
Nome: RENATA DA SILVA SANTOS SOUZA
CPF: 101.821.074-18

RENATA DA SILVA SANTOS SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/03/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA

