



Número: **0816711-28.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **21/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO (AUTOR)	LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)	LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63925 820	17/12/2020 08:47	<u>CONTESTAÇÃO</u>	Petição
63925 828	17/12/2020 08:47	<u>2772893_CONTESTACAO_Anexo_03</u>	Documento de Comprovação
63926 479	17/12/2020 08:47	<u>2772893_CONTESTACAO_Anexo_04</u>	Documento de Comprovação
63926 480	17/12/2020 08:47	<u>2772893_CONTESTACAO_Anexo_05</u>	Documento de Comprovação

PETIÇÃO E COMPROVANTES ANEXOS



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 17/12/2020 08:47:18
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012170847182480000061260617>
Número do documento: 2012170847182480000061260617

Num. 63925820 - Pág. 1



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, 06 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200235453 **Vítima: FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO**

Data do Acidente: 31/03/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: RUCILENE PINHEIRO FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO

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, contados 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 15914957

Pag. 01399/01400 - carta_01 - INVALIDEZ



00020700



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 17/12/2020 08:47:19
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121708471910900000061260625>
Número do documento: 20121708471910900000061260625

Num. 63925828 - Pág. 1



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 Julho de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200235453 Vítima: FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO

Data do Acidente: 31/03/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BUCILENE PINHEIRO FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a) FRANCISCO FRINALDO DE CARVALHO

Informações que o pagamento da indenização

informações abaixo:

Waktu: 00:00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

Recebedor: FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000004391-5

Conta: 0000037210-2

Tipos: **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, retorno 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



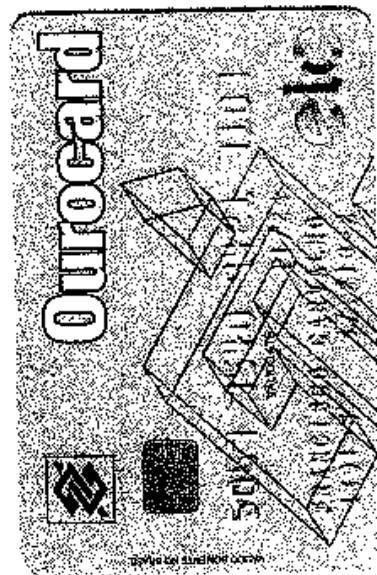
Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 17/12/2020 08:47:19
<https://pje.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012170847191090000061260625>
Número do documento: 2012170847191090000061260625

Num. 63025828 Pág. 2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT





4394-5
25 210-2



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

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva.
A aceitação deste documento está condicionada a verificação da sua autenticidade pela Internet na área de acompanhamento e consulta de registro da Ocorrências da Delegacia Virtual, no endereço <http://www.defesasocial.rn.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL

Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001023356
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 03/06/2020 15:02:05

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 31/03/2020 17:40:00
2.3 Número: SIN
2.5 Complemento:
2.7 Bairro: ALTO SÃO MANOEL
2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Logradouro: RUA FREI DAMIAO

2.4 CEP:

2.6 Ponto de Referência: POR TRAIS DA EMPRESA OSTE TRIGO

2.8 Cidade: MOSSORÓ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO
3.3 Etnia: BRANCO
3.5 Mãe: MARIA DE LOURDES DE CARVALHO
3.7 Sexo: MASCULINO
3.9 CPF: 02334116406
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: MOTORISTA
3.15 Telefone(s): B4 999345197
3.17 Número: 36
3.19 Bairro: ALTO SÃO MANOEL

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: ANTONIO FERNANDES DE CARVALHO

3.6 Data de Nascimento: 10/01/1977

3.8 RG: 001576901 - SSPRN

3.10 Passaporte:

3.12 Naturalidade: BARAÚNA

3.14 E-Mail: JACKSONBARRETO25@HOTMAIL.COM

3.16 Logradouro: RUA EUCLIDES DEODORIANO

3.18 CEP: 59628200

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

6. DADOS DA OCORRÊNCIA

7. DOS FATOS

7.1 Histórico

Eu vinha de moto na principal da rua FREI MIGUELINO. Quando vinha saindo do cruzamento um carro que atravessou na minha frente ~~sem dar tempo de desviar~~ colidiu em mim, cair no chão sofrendo várias lesões. Foi acionado o samu que mim encaminharam para unidade hospitalar (HRTM)

DADOS DO VEÍCULO DO ACIDENTE

TIPO: MOTOCICLETA

PLACA: MYU0468

RENAVAN: 00702778125

MARCA E MÓDULO: HONDA/ CG 125 TITAN

NOME DO PROPRIETÁRIO: MARIA FRANCISCA DE CARVALHO QUEIROZ

8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

9. DECLARAÇÃO

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

Comunicante: FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO

Data: 03/06/2020 15:09:02

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.



Atendimento: 1702742 - RUBENS PAES BEZERRA FILHO

Impresso por: WEB em 03/06/2020 17:41:20

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 17/12/2020 08:47:19

Assinado eletronicamente por LÉVIA RANINA REYES DA SILVA 17/12/2020 08:47:19
<https://pie1a.tirn.ius.br:443/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012170847191090000061260625>

Número do documento: 2012170847191090000061260625

Num. 63025828 Pág. 6



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: 13/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04391-5

CONTA: 000000037210-2

Nr. da Autenticação AB086E913FB59705



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 17/12/2020 08:47:19
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121708471910900000061260625>
Número do documento: 20121708471910900000061260625

Num. 63925828 - Pág. 7

Rebouças Supermercados

Caixa

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

EXPRESSO EM REAIS (R\$) R\$ 58,03

MATRÍCULA: 0027052 MÊS/ANO: 01/2019

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCO ERINANDO DE CARVALHO
RUA EUCLIDES DEOLIVEIRA, N. 36 - ALTO S. MACHADO
MOSSORÓ RN 59628-000

INSCRIÇÃO	ROTA	SEGURO	QUANTIDADE DE PESSOAS
307.025.185-0734-000	2	4987	1 GÊNERICO COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO
HORÔMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	
Y13331/68	1 LIGADO	1 LIGADO	

CONSUMO ÁGUA (m³): 10 DATA: 01/01/2019
LIGADO ATUAL: 103
LIGADO ANTE: 593
MESES CONSUMO: 10

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MÉDIA
12/2019	8	10/2019	10	08/2019	7	8
13/2019	8	09/2019	9	07/2019	7	8

DESCRIÇÃO CONSUMO TOTAL (R\$)

ÁGUA	10,13	43,77
RES. ENTRE SUA ÁGUA 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA		
ESGOTO	30,64	
70,0% DO VALOR DE ÁGUA	1,51	
MÚLTIPLICADOR (TADF) 1/2/2019	0,76	
VALOR DA MORA 11/2019		

TRIBUTOS BASE DE CALCULO PERCENTUAL(%) VALOR DO IMPOSTO

PIS	74,41	1,65	1,23
COFINS	74,41	7,6	5,66

27/01/2020

Parâmetros Turbidez PH Cont. Total Cloro Residual Livre Jardim Convenc.

Valores Recomendados 5,50 mT 6,0 a 9,0 35 mg/l 0,2 a 2,0 mg/l ≤ 10,0 mg/l

Valores Ótimos 0,1 7,6 100,0% 0,83

Rebouças Supermercados

Caixa

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

EXPRESSO EM DIÁRIAS, R\$ 0,00

MATRÍCULA: 0027052 MÊS/ANO: 01/2019

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCO ERINANDO DE CARVALHO
RUA EUCLIDES DEOLIVEIRAS, N. 36 - ALTO S. MACHADO
MOSSORÓ RN 59628-000

INSCRIÇÃO	ROTA	SEGURO	QUANTIDADE DE PESSOAS
307.025.185-0734-000	2	4987	1 GÊNERICO COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO
HORÔMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	
Y13331/68	1 LIGADO	1 LIGADO	

CONSUMO ÁGUA (m³): 100 DATA: 01/01/2019
LIGADO ATUAL: 100
LIGADO ANTE: 500
DIAS CONSUMO: 100

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	DATA	REF	CONSUMO	MÉDIA
12/2019	8	10/2019	10	08/2019	7
13/2019	28	09/2019	9	07/2019	7

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA RES. ENTRE SUA ÁGUA E 1 UNIDADE(S)	10,13	43,77
CONSUMO DE ÁGUA		
ESGOTO		
70,0% DO VALOR DE ÁGUA		30,64
MUÍTA P/IMPORTEÍDAF 1/2/2019		1,51
MUÍTA P/ICMS 1/1/2019		0,76

TRIBUTOS BASE DE CALCULO PERCENTUAL(%) VALOR DO IMPOSTO

PIS	74,41	1,65	1,23
COFINS	74,41	7,6	5,66

27/01/2020

Parâmetros	Turbidez	PH	Cont. Bact.	Cloro Residual Livre	Fluorina Residual
Valores Recomendados	≤ 500 NT	6,0 a 9,0	≤ 50 de Bactérias	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L
Valores Ótimos	0,1	7,6	100,0 %	0,83	-



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.susep.gov.br ou entre em contato através de um dos nossos atendentes:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prazos, de segunda a sexta-feira, das 08h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 020-3212-1104 | Outros regiões: 0800-0222-1104

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-0222-2159 | SAC (para definições administrativas): 0800-0222-2206 | Central Diretoria: 0800-0222-2135

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelecido na Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/avaliacao/00000001/ASPECTOS+ESPECIAIS-37420>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da 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, profissão, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além do respectivo documento de comprovação.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, para determinação da referida Circular, é necessário o gestor da comunicação ao COAF.

1. SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PÚBLICOS - SUSEP, Órgão responsável pelo controle e fiscalização dos serviços de seguro, prevenção, prêmio, abertura, capitalização e resseguro, é 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 Ricálieu Perheino Fernandes
Inscrito (a) no CNP/CPN 023 356 324 / 25 na qualidade de Procurador (a) / intercessário (a) do Beneficiário
Inscrito (a) no CPF sob o N° 023341364 / 08
Inscrito (a) no CPF sob o N° 023341364 / 08
do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima Ricálieu Perheino Fernandes
Declaro Profissão: Revisor Renda: Revisor e apresento os documentos comprobatórios:
 Recuso informar.

Declaro ainda, sob pena de falsidade, para fins de provação, juntar à Seguradora LIDER-DFVAT, constar no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Entendo que a falsidade da presente declaração implicaria na subtração, penas previstas no art. 290 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Euclides De Melo</u>	Número:	<u>36</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Bairro:	<u>Mo de São Paulo</u>	Cidade:	<u>Monteiro</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:	<u>Wálon</u>				
	<u>(81) 99827-0066</u>				

Local e Data:

Monteiro 31/06/2020

* Ricálieu Perheino Fernandes
Assinatura do Declarante

01.01.2021 00:01/2021

SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 6276 /2020

Admissão: 31/03/2020 06:15:23

ok

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 59490 - FRANCISCO ERINALDO CARVALHO (43 a 2 m 21 d)

Nascimento: 10/01/1977 Natural: BARAUNA.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS:

CPF:

Prof:

Mãe: MARIA DE LOURDES DE CARVALHO

Pei: ANTONIO FERNANDO DE CARVALHO

Logradouro: FRANCISCO FERNANDES DE SOUZA, 12

Bairro: AEROPORTO

Cidade: MOSSORÓ

CEP: 59607800

Compl:

Telefone: .

Motivo(allegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO
Origem: SAMU RN

Tipo: REGULADO

*Empresa:

OBS: SAMU MOSSORÓ					Classificação:		PESO:		
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / P脉	TEMP.	Glasgow	RTS
140 90									

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: VITIMA DE COLISAO MOTO X CARRO. TRAUMA EM OMBRO DIREITO. GLASGOW 15

Dt e Hora: _____

Sociente. Vítima de colisão de moto. Dolor no ombro direito.

Diagn. Inicial: Assin:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORARIO	ASSINT.
<i>Voltar para o hospital de m...</i>		06:40	Normal
<i>Aspirina - 400mg - 2x/dia enteral</i>		06:40	11
<i>Alas - 2x ombro direito</i>			
<i>Alívio</i>			
<i>10/03/2020</i>			
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS ESTÁ CONFORME O ORIGINA SAME MOSSORÓ 08/03/2020			
SAME / ARQUIVO			

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

CID 5920 Proc. Data: 31/03/20. Hr: Médico: Assinar o
*Gerado via BX por FRANCISCO KLEBER PINHEIRO MEDEIROS. Impresso em 31 de Março de 2020.
(Carimbar)



01/02/2021

PESSOAS VÍTIMAS DE GOLPE DE 1964, Cuiabá, Mato Grosso

EF. DOA A PACTUAR A CERIMÔNIA DE RECEBIMENTO

VÍTIMA (2), SEM DEFICIÊNCIA MOTO

W: Fx (646) MEDO DE CRIAR (2) com
Pain (2) 0860.

CRIMES - TIPOLOGIA NO MDP

- RECEBIMENTO
- ATENTADO (6) DAS
- FRAUDE AO FUNDAMENTO
- ATAQUE HOSPITALAR

*W. Damião
Organização
Cívica*

“HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO”
ESTÁ CONFORME O ORIGINA
SAME MOSSORÓ 08/06/2020

BRAZ
SAME/ARQUIVO

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 17/12/2020 08:47:19
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121708471910900000061260625
Número do documento: 20121708471910900000061260625



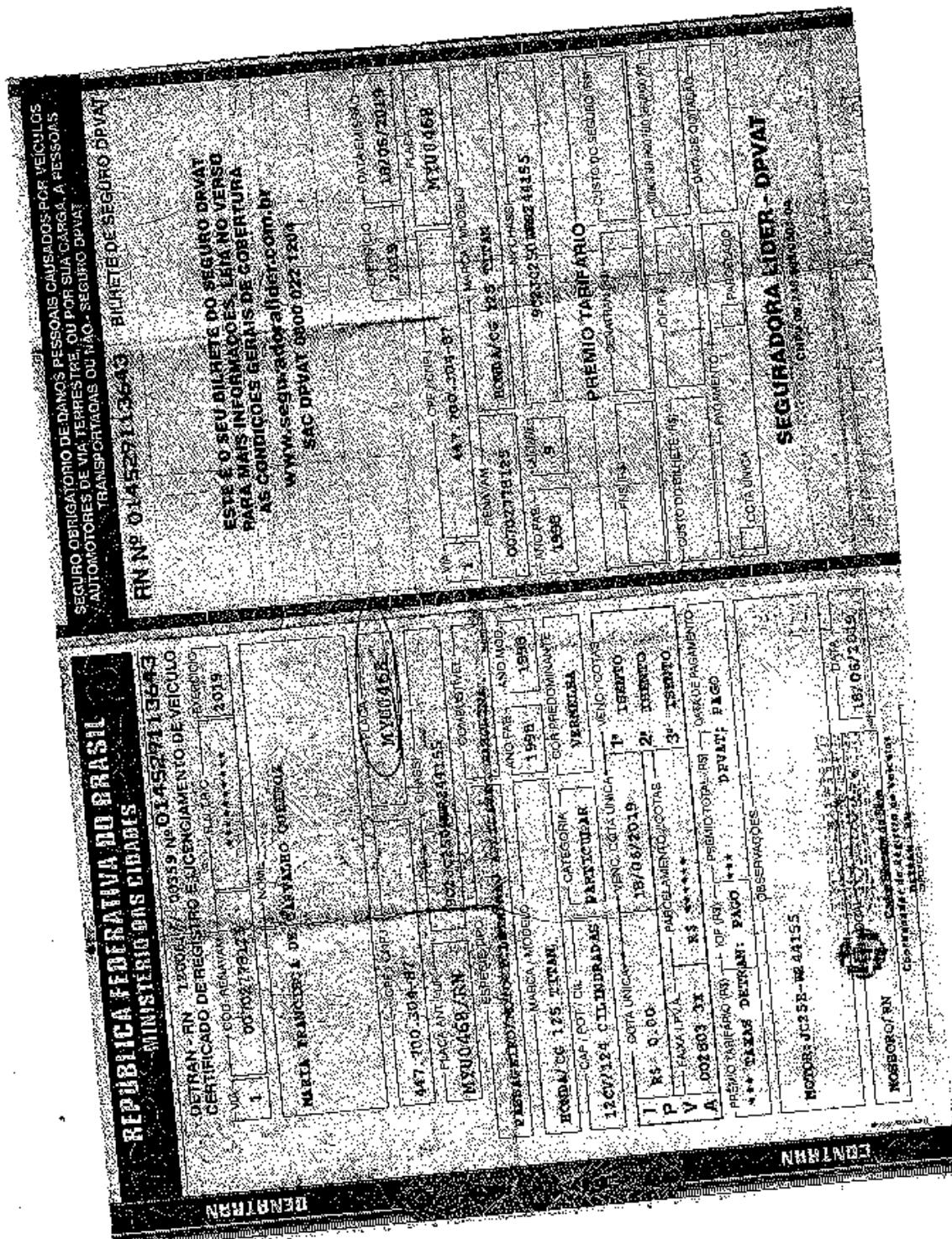
Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 17/12/2020 08:47:19
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121708471910900000061260625>
Número do documento: 20121708471910900000061260625

Num. 63925828 - Pág. 13



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 17/12/2020 08:47:19
<https://pjef1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121708471910900000061260625>
Número do documento: 20121708471910900000061260625

Num. 63925828 - Pág. 14



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200235453 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ERINALDO DE **Data do acidente:** 31/03/2020 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - CARVALHO VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P2

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO 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 ombros	25 %	Em grau médio - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0184223/20

Vítima: FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO

CPF: 023.341.164-08

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/03/2020

Titular do CPF: FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RUCILENE PINHEIRO FERNANDES : 023.356.124-25

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

FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO : 023.341.164-08

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: 02/07/2020
Nome: RUCILENE PINHEIRO FERNANDES
CPF: 023.356.124-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/07/2020
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

RUCILENE PINHEIRO FERNANDES

THIARA VIRGINIA DA HORA



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 17/12/2020 08:47:19
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121708471910900000061260625>
Número do documento: 20121708471910900000061260625

Num. 63925828 - Pág. 17

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/11/2011

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.518,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03226-3

CONTA: 000001006298-5

Nr. Autenticação

BRADESCO1811201105000000000023703226000001006298151875 PAGO



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 17/12/2020 08:47:19
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012170847193470000061260626>
Número do documento: 2012170847193470000061260626

Num. 63926479 - Pág. 1

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2011364396**Cidade:** MOSSORÓ**Natureza:** Invalidez**Vítima:** FRANCISCO ERINALDO **Data do acidente:** 27/09/2008
DE CARVALHO**Emissor do parecer:** Maria Beatriz
Amaral
Marcondes de
Moura Negrini**Seguradora:** FEDERAL DE SEGUROS
S/A**Prestadora:** CNIS - Cadastro Nacional
Informações e Serviços**CRM do médico:** 2999

PARECER

Diagnóstico: PÉ ESQUERDO E OMBRO ESQUERDO**Descrição do exame médico pericial:** DOR E DORMENCIA NO PÉ ESQUERDO E DOR NA OMBRO ESQUERDO. LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE ARTICULAR DO OMBRO ESQUERDO**Resultados terapêuticos:** FRATURA CLAVÍCULA ESQUERDA - TRATAMENTO CONSERVADOR FERIMENTO CORTO-CONTUSO PÉ ESQUERDO - SUTURA**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO. APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.**Sequelas:** Não definido**Data da perícia:** 09/11/2011**Conduta mantida:** Não**Observações:****Valor pleiteado:** 10.125,00**Médico avaliador:** MANOEL FERNANDES DA SILVEIRA**UF do CRM do médico:**

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25	1	25
Perda funcional completa de um dos pés	50	1	10

Valor avaliado: 1.518,75

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: **2011/364396**
Vítima: **FANCISCO ERINALDO DE CARVALHO**
Local: **RN-MOSSORÓ**
Data do Acidente: **27/09/2008**

Avaliação do Medico Perito Legista

I. Há lesão cuja etiologia (origem causa) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

- a) SIM b) NÃO c) PREJ.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região (regiões) corporal (is) encontra (m) – se acometida (s):

PÉ ESQUERDO E OMBRO ESQUERDO

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

FRATURA CLAVÍCULA ESQUERDA - TRATAMENTO CONSERVADOR / FERIMENTO CORTO-CONTUSO PÉ ESQUERDO - SUTURA.

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

- a) SIM b) NÃO

Se SIM descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV. Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) Disfunções apenas temporárias
b) Dano anatômico e/ou funcional definitivo(seqüelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

DOR E DORMENCIA NO PÉ ESQUERDO E DOR NA OMBRO ESQUERDO. LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE ARTICULAR DO OMBRO ESQUERDO

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- a) SIM, em que prazo:
b) NÃO

Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão (ões) permanente(s) que não seja(m) mais suscetível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

- a) Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a integra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).
b) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:
b.1) Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima)
b.2) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido



Segmento Anatômico

1ª Lesão

PÉ ESQUERDO

Marque o percentual

 10% 25% 50% 75%

2ª Lesão

OMBRO ESQUERDO

Marque o percentual

 10% 25% 50% 75%

3ª Lesão

Marque o percentual

 10% 25% 50% 75%

4ª Lesão

Marque o percentual

 10% 25% 50% 75%

Observação: Havendo mais de quatro seqüelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado representados:

Local e data de realização do exame médico legal:

RN - MOSSORÓ, 09/11/2011**Médico Perito: MANOEL FERNANDES DA SILVEIRA CRM: 2999 RN****Médico Revisor: MARIA DE FÁTIMA FURTADO VELOSO DE MELO CRM: 52495155/RJ**

Dra. Fatima Furtado Melo
Médica Perita
CRM-RJ - 52 49515-5
Cadastro Nacional



Assinatura do médico revisor - CRM

Informações Complementares

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 17/12/2020 08:47:19
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121708471934700000061260626>
Número do documento: 20121708471934700000061260626

Num. 63926479 - Pág. 4

SEGUNDO DIBUJO DE CADASTRO DE SEGURO DE VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE USO PESSOAL, COMERCIAL, INDUSTRIAL E PESSOAL
TRANSPORTES DE CARGA E PESSOAS
TRANSPORTES DE CARGA E PESSOAS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULOS
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULOS

EXERCÍCIO

2008

PLACA

MR8952

ANO

2008

EXPIR.

2009

VALOR

R\$ 1.100,00

BILHETE DE SEGURO DPVAT

Nº 6761744907

Nº DE IDENTIF.

07

EXERCÍCIO

2008

PLACA

MR8952

ANO

2008

EXPIR.

2009

VALOR

R\$ 1.100,00

VALOR

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO
1004037



Tel: (88) 9209-6107
(88) 9937-9406
(88) 8801-0529 -
(88) 9282-9834

RECEBIDO

21 SET. 2011

FEDERAL SEGUROS S/A

FEDERAL SEGUROS S/A.

23 SET 2011

9



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 17/12/2020 08:47:19
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121708471934700000061260626>
Número do documento: 20121708471934700000061260626

Num. 63926479 - Pág. 6



FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: Pedro Henrique de Carvalho Idade: 31 DN: 101177
Estado Civil: S() C() V() D() Profissão:
Rua, Av: Ricardo Góes n^o 62 Bairro: Aeroporto
Fone: _____ Cidade: Monteiro UF: _____
Pai: _____ Mãe: _____
Data: 27/09/08 Hora: 4:03 Cartão: _____

• QUEIXA PRINCIPAL: () Acidente de Trânsito () Acidente de Trabalho () Agressão

Acidente de trânsito

• HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (HDA)

Paciente vítima de acidente de trânsito

EXAME FÍSICO:

PA: X mmhg - FC _____ bpm - FP _____ ppm - FR _____ lpm - TEMP _____ °C - Peso _____ Kg

Paciente vítima de acidente de trânsito

FEDERAL SEGUROS S/A.

21 SET. 2011

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MEIRA
ESTÁ CONFORME O OFICIAL

23 SET. 2011

SANIE MOSSA

SANIE AROUCA

• HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (HD)

Paciente vítima de acidente de trânsito

• EXAMES SOLICITADOS:

Revisão clínica e exames APP





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
DIVISÃO SAME

DECLARAÇÃO

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que consta em nossos arquivos o **BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 2.155.938, FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO, 33 anos residente a RUA: RICARDO GUILHERME DE LIMA, 42, BAIRRO: AEROPORTO, CIDADE: MOSSORÓ-RN.**

Consta no referido que o paciente deu entrada nesta Unidade Hospitalar no dia **27/09/2008** às 04h03min com o diagnóstico: **ACIDENTE DE TRÂNSITO.**

Sem mais para o momento.

RECEBIDO

21 SET. 2011

Mossoró – RN, 12 DE AGOSTO DE 2011

Antonia Edna Moraes
CH. da Divisão do SAME/RTM
CPF: 359.204.954-49
CNPJ: 29.133-0

ANTONIA EDNA DE MORAIS

CHEFE DO SAME

FEDERAL SEGUROS S/A.

23 SET 2011

9



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A assinatura deste relatório é equivalente a constatação da invalidade permanente, não sendo exigida a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VITIMA:

FRANCISCO ERIVALDO DE CARVALHO

NÚMERO DO DOCUMENTO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	27/09/2008	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	27/09/2008
NOME COMPLETO E CÓDIGO DO MÉDICO:	CHARLES R.D. MACEDO - 6984		
LEMBRETE PERMANENTE DO ACIDENTE:	Ficou no M16		
DESCRIÇÃO DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):		21.5.11. 7.11 No cingulo bate pe' E	
EXERTE ALGUM DIREITO FEDERATIVO OU BONIFICA PERTINENTE? (SIM / NÃO)		SIM NÃO FEDERAL SEGUROS S/A.	
23 SET 2011			
COM RELADO A INVALIDEZ PODE SE CONCLUIR QUE:			
<input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.			
<input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.			

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL (INVERSAVEL) (especificar o segmento ou órgão atingido)

DESENVOLVIMENTO MÉTÓDICO OU ÓRGÃO AFETADO
<input checked="" type="checkbox"/> Debilidade e limitação de esq. ± 40%
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

AFIRMO QUE ASSIMILOU AVALIA A VITIMA NO PERÍODO DE _____ A _____
QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Assinatura 05/09/11 *Assinatura* Charles Macêdo
DATA SIGNATÁRIO CARMELO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

ASSINATURA DA VITIMA

10



(ANEXO QUATORZE) ESTE EXEMPLO SERIA DE MELHORAS NA AREA DE PRODUCAO DA INDUSTRIA

de: **INDUSTRIAS** para: **INDUSTRIAS**

DATA: 01/01/2010

DATA: 01/01/2010

(ANEXO QUATORZE) ESTE EXEMPLO SERIA DE MELHORAS NA AREA DE PRODUCAO

de: **INDUSTRIAS** para: **INDUSTRIAS**

DATA: 01/01/2010

DATA: 01/01/2010

ESTE EXEMPLO SERIA DE MELHORAS NA AREA DE PRODUCAO DA INDUSTRIA
de: **INDUSTRIAS** para: **INDUSTRIAS**

DATA: 01/01/2010

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

BOLETIM DE OCORRENCIA
1004026



21 SET. 2011

23 SET 2011



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2º DELEGACIA DE POLICIA CIVIL -MOSSORÓ/RN
TELEFONE (84) 3315-5592

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 1.598/2011.

NATUREZA DA OCORRENCIA: ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA LESIONADA.
LOCAL DA OCORRENCIA: rodovia BR-304, próximo ao Café Santa Clara, bairro Santa Júlia, Mossoró/RN.
DATA E HORÁRIO DO FATO: dia 27.09.2008, por volta de 03:00 horas.

COMUNICANTE: FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO
ENSEREÇO: Rua Guilherme Ricardo de Lima, no. 42, bairro Aeroporto, Mossoró/RN
FILIAÇÃO: Antonio Fernandes de Carvalho e Maria de Lourdes de Carvalho.
DATA DE NASCIMENTO: 10/01/1977. ESTADO CIVIL: solteiro.
NATURALIDADE: Baraúna/RN SEXO: masculino.
PROFISSÃO: tratorista. COR: claro.
DOCUMENTO APRES.: RG no. 001.575.901-SSP/RN

VITIMA: O comunicante.

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

O mesmo informa que, no local, data e horas supra mencionados, pilotava sozinho a motocicleta tipo HONDA/CG 125 FAN, de cor preta, ano de fabricação e modelo 2008/2008, placa MYR-8952 de Mossoró/RN, renavam 955502659*, chassi no. 9C2JC30708R530913*, documento em nome de Francisco Erinaldo de Carvalho, pela mencionada via de asfalto, usando equipamento de segurança(capacete), com sentido de deslocamento bairro Abolição III-bairro Santa Júlia, quando de repente, o pneu dianteiro bateu numa pedra existente na mencionada via, perdendo o equilíbrio de direção do mencionado veículo, provocando o acidente; Que uma ambulância da SAMU removeu a vítima para o Hospital regional Tarcisio Maia, desta cidade, onde recebeu os primeiros socorros e foi realizada uma cirurgia; Que a vítima sofreu fratura na clavícula esquerda; Que a motocicleta obteve vários danos. Solicita providências e o B.O. para apresentar quando necessário.

DATA E HORÁRIO DO REGISTRO: Mossoró/RN, 29/08/2011, as 12:50 horas.

Francisco Erinaldo de carvalho
comunicante

APC Avanildo Dantas de Araújo,
APC Avanildo DANTAS de Araújo.
mat. 75.498-6



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE
SINISTRO DPVAT**

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO
1004039



EU, FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO, PORTADOR (A) DO RG Nº: 1.575.901 EXPEDIDO POR SSP/RN EM (DATA) DE ____/____/____ E CPF Nº: 023.341.164-08, PROFISSÃO: TRATORISTA, RENDA MENSAL DE: 545,00 REAIS NA QUALIDADE DE FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA, FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO, AUTORIZO A SEGURADORA FEDERAL SEGURO S/A, A EFETUAR O RESPECTIVO PAGAMENTO / CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BRADESCO

Nº BANCO: 237 Nº AGÊNCIA: 3226-3 Nº C/P: 1006298-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO / CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIPTAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

MOSSORÓ/RN, 29 de Agosto de 2011
LOCAL / DATA

Francisco Erinaldo de carvalho
ASSINATURA DO FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A)

FEDERAL SEGUROS S/A.

RECEBIDO

21 SET. 2011

23 SET 2011

6



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/10/2012

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03226-3

CONTA: 000001006298-5

Nr. Autenticação

BRADESCO2310201205000000000023703226000001006298675000 PAGO



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 17/12/2020 08:47:20
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012170847196520000061260627>
Número do documento: 2012170847196520000061260627

Num. 63926480 - Pág. 1

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2012480632**Cidade:** Mossoró**Natureza:** Invalidez**Vítima:** FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO**Data do acidente:** 16/07/2012**Emissor do parecer:** GALDINO LEONARDO**Seguradora:** FEDERAL DE SEGUROS S/A**Prestadora:** SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.**CRM do médico:** 6299

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA EM REGIÃO ORBITAL E MAXILAR DO LADO ESQUERDO, COM COLOCAÇÃO DE PLATINA**Descrição do exame médico pericial:** REFERE DIMINUIÇÃO DA SENSIBILIDADE LOCAL E CEFALÉIAS ESPORÁDICAS.**Resultados terapêuticos:****Sequelas permanentes:** DEBILIDADE PERMANENTE DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS POR PARESTESIA FACIAL E CEFALÉIA**Sequelas :****Data da perícia:** 15/10/2012**Conduta mantida:** Não**Observações:** PACIENTE JÁ INDENIZADO EM SINISTRO ANTERIOR EM OUTRO SEGMENTO CORPORAL**Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** MATIAS DANTAS JALES JÚNIOR**UF do CRM do médico:** RN

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde 100 que haja comprometimento de função vital	1		50

Valor avaliado: 6.750,00

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

1004037



FEDERAL SEGUROS S/A
27 SET. 2012



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 17/12/2020 08:47:20
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012170847196520000061260627>
 Número do documento: 2012170847196520000061260627

Num. 63926480 - Pág. 3

Avaliação para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: 2012480632

Nome da Vítima: FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO

Local: AVENIDA LESTE-OESTE, MOSSORÓ/RN

Data do Acidente: 16/07/2012

Resultado da avaliação apurada pelo Médico Examinador

I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

()Sim ()Não ()Prejudicado

Em caso de assinalar resposta como "não" ou "prejudicado" apresentar justificativas.

Só prosseguir no laudo em caso de resposta afirmativa no quesito

II. Com base no quadro clínico atual do Examinado, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar.

TRAUMA MAXILO-FACIAL

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

PACIENTE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL DEVIDO À TRAUMA EM REGIÃO ORBITAL E MAXILAR DO LADO ESQUERDO, COM COLOCAÇÃO DE PLATINA.

III. Há indicação da Vítima ainda ter que realizar algum tratamento, incluindo medidas de reabilitação e/ou exames complementares para fins de diagnóstico ou de controle terapêutico?

a) Tratamentos ()Sim ()Não

Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:

b) Exames Complementares ()Sim ()Não

Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:



IV. Com base no exame clinico se pode afirmar que o quadro cursa com:

Disfunções apenas temporárias.

Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação e se há necessidade de uma avaliação complementar.

Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas.

REFERE DIMINUIÇÃO DA SENSIBILIDADE LOCAL E CEFALÉIAS ESPORÁDICAS.

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de seu tratamento, faz-se necessária a realização de algum exame complementar?

Sim Não

Em caso afirmativo informar qual(is) e seus prazos de controle.

Em caso de resposta "disfunções temporárias" do item IV ou de resposta "sim" ao item V, favor NÃO preencher os demais campos assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Com base no exame medico se pode documentar:

Total

(Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a integra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

Parcial

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

Em se tratando de enquadramento como "parcial" informar se o dano é "completo" ou "incompleto":

Parcial Completo

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).

Parcial Incompleto

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento



corporal da vítima).

Segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação modificada pelo artigo 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais compatíveis aos respectivos danos em apurados, em cada segmento corporal acometido, tantas quantas forem as seqüelas definitivas então identificadas.

1º Lesão

Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital.

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve (x) 50% Médio () 75% Grave

Observação: Dependendo do tipo de lesão, da localização corporal, das perdas anatômicas e funcionais correspondentes, o enquadramento da(s) respectiva(s) seqüela(s) poderá ser desmembrado ou não, em um mesmo segmento corporal ou mais de um, sendo a decisão um critério de quem apura o dano com base em registros semiológicos que especifiquem e delimitem a amplitude das limitações físicas e/ou mentais presentes ao exame médico e então documentadas

Informações Complementares Apresentadas pelo médico Examinador ou Revisor

Identificação do médico responsável pela avaliação.

Identificação do Médico Examinador

Nome do Médico: MATIAS DANTAS JALES JÚNIOR

Registro no CRM: 6299/RN

Local e Data do Exame

Clínica Reabilitar (Mossoró/RN), 15/10/2012





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
PRONTO SOCORRO VIGHT- ROSADO NETO

Nº 2.368.773

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: Fernando Henrique Cidade: 35A DN: 11
Estado Civil: S() C() V() D() Profissão _____
Rua, Av: ricardo ouilhorne de lima Bairro: centro
Fone: _____ Cidade: Mossoró UF: RN
Pai: _____ Mãe: _____
Data: 16/07/12 Hora: 01:58

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO

- QUEIXA PRINCIPAL: Acidente de Trânsito Acidente de Trabalho Agressão

*Acidente de trânsito - carro bateu em um poste na avenida Henrique
de Lima - não houve feridos
fiquei ferido na perna*

- HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (HDA)

FEDERAL SEGUROS S/A
27 SET. 2012

EXAME FÍSICO:
PA: 110 x 90 mmhg - FC 80 bpm - FP 11 ppm - FR 1 lpm - TEMP 36,5 °C - Peso 70 Kg

fui bater com o meu carro

Perdeu o meu braço esquerdo

RECEBEMOS EM

- HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (HD)

Acidente de trânsito - FHE

05 25 SET. 2012

FEDERAL SEGUROS S/A

- EXAMES SOLICITADOS:

**HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 19/07/2012**

SARTE / ARQUIVO



• SOLICITAÇÃO DE PARECER ESPECIALIZADO

HORA:

Q BMF

Q ORTOPEDIA

Q FÍSICO CURURU

• PARECER ESPECIALIZADO E CONDUTA:

BMF (04:30h) DPL. VÍTIMA DE PACA. ~~DESENHOS DE MOTOQUEIRO~~ (MOTOQUEIRO)
SILVA, DE 04 ANOS, FÉMOS MULHER, PRESENTE, NEGRINHO, 1,60m
DE ALTURA E VÍTIMA, CONDUZIDA PELA PM, PRESENTE.
ESTAMOS POR 06. 00h (06. 00h) EM MUN. MUN. FORTALEZA, CE. ESTA-
MENTO EM SUPERFÍCIE (F), PAVIMENTADA COM CALÇO
DE IMPERIAL (I), COMPATÍVEL A FERIMENTO FERIDA DE
LITRÍCIO SUTURA SUBCUTÂNEA DE 12MM E SUTURA
DE INFERM. DE CEFALIA COM A TECIDO MUSCULAR
EX. T.C. FERIMENTO CLO (F). Sobre o ferimento, ~~ESTAMOS~~ ~~ESTAMOS~~ ~~ESTAMOS~~
EX. T.C. FERIMENTO CLO (F). Sobre o ferimento, ~~ESTAMOS~~ ~~ESTAMOS~~ ~~ESTAMOS~~

CONDUTA MÉDICA E PRESCRIÇÃO			CONTROLE DE ENFERMAGEM	
DATA	MEDICAMENTO	VIA	HORÁRIO	ASSINATURA
16/09/12	EX-GLICIN 400 AR-TÍSSSEPSIS ANESTESIA S. V. M L. V. CPTV MEGAPLASTA S. F. 0.9% FER. ML / 3400005/MIN-FV S. C. 5% SODIUM	RECEBEMOS EM 25 SET. 2012 FEDERAL SEGUROS S/A	8 FEDERAL SEGUROS S/A 27 SET. 2012	
	CEFALEINA 1g + 10% F.V. HICDOL 400 mg — F.V. D. P. S. V. A. 250 + 800 mg — F.V.		05:35 05:35 05:15	
			500 500 Sardinha	

• DIAGNÓSTICO(S) DEFINITIVO(S)

ORTOPEDIA: Contusão braco (F). Fr. navel. Hematoma
Card: Talo com fratura (F) + AINP + omoplata

Até da Ort
Dr. Rodrigo
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Dr. do Jardim 1122
CRM-RN 4111122

• DESTINO DO PACIENTE:

Alla Hospitalar Transferência Internação Outros

Para:

Em:

Data: 1 1


Carimbo e Assinatura do Médico



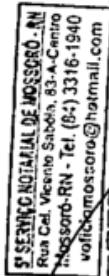
Emerson Mendes de Souza Almeida
Matr.: 170.094-4
P/N

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1004026



2 - DPKL
MOSSORÓ-RN
SEC. DE ESTADO
DO DET. SOC. P/ POL. MILITAR CPE



AUTENTICAÇÃO

Certifico, que a presente fotocópia é a reprodução fiel do original, que me foi apresentado.
O referido é verdade. Dou la, Mossoró, RN

17 SET. 2012

Sérgio Luiz de Paiva - Nocial
Fabiana da Silve Magalhães
Douglas Fontes de Melo Eas
VALIDO SOMENTE COM O Selo CL 2011



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE
ACIDENTE DE TRÂNSITO

Nº 0702812



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
PÓLICIA MILITAR
COMANDO DE PÓLICIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE
SETOR DE TRAFEGO

472/12

1 - LOCAL E DATA

Local Avenida Jerônimo Dix-Neuf Rosado Bairro Costa e Silva
Referência Entrada para a Feira do Bode
Data 16/07/2012 Hora do acidente 01 33 Hora do registro 01 48 Dia/ semana Segunda-feira

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- colisão frontal - colisão lateral - capotamento - atropelamento
 - colisão posterior - colisão transversal - choque - outros

3 - VEÍCULO 01:

Placa NOB 4733	Cidade Mossoró	UF RN
Marca/Mod. Honda/ NXR Bros	Ano 2011	
Proprietário Jomar Ferreira dos Santos	Nº de Ocupantes 01	
Condutor Jomar Ferreira dos Santos	CPF 081.209.524-30	Data de nasc. 02/01/1989
Endereço Avenida Brigadeiro Salema	nº 06	Fone *****
Bairro Alto de São Manoel	Cidade Mossoró	UF RN
CNH nº 04779492940	Validade 25/11/2013	Categoria AB
Local de Trabalho Estudante		

4 - VEÍCULO 02:

Placa MYT 2565	Cidade Mossoró	UF RN
Marca/Mod. Honda/ Bis 125	Ano 2007	
Proprietário Rucilene Pinheiro Fernandes	Nº de Ocupantes 01	
Condutor Francisco Erinaldo de Carvalho	CPF 023.341.164-08	Data de nasc. 10/01/1977
Endereço Rua Guilherme Ricardo de Lima	nº 50	Fone *****
Bairro Aeroporto	Cidade Mossoró	UF RN
CNH nº 03843316916	Validade 08/06/2016	Categoria AB
Local de Trabalho *****		

FEDERAL SEGUROS S/A

RECEBEMOS EM

27 SET. 2012

01

25 SET. 2012

FEDERAL SEGUROS S/A



AUTENTICACÃO

Certifico, que o presente documento é autêntico, e que a sua assinatura é original, que me foi apresentado.
O referido é verdade. Doublé, Mossoró-RN
17 SET. 2012

Sérgio Luiz de Paiva - Notário
Fabiana da Silva Magalhães - Sub-Oficial
Douglas Fuentes de Melo/ Esc. Autônomos

VALIDO SOMENTE COM O SÉLO DE AUTENTICAÇÃO

AJRS 03874

472

5- VERSÕES DOS ENVOLVIDOS NO ACIDENTE DO TRÂNSITO

SOBRE V1: Onde transitava?	Avenida Jerônimo Dix-Neuf Rosado		
Em que sentido?	Centro/ UERN	Em que faixa?	Direita
Versão do condutor do V1:			
<p>"O condutor afirma que seguia conforme sentido e via já citado, que ao se aproximar da entrada da feira do bode que também dava acesso ao Bar das Almas, percebeu que uma motocicletas estava nesta estrada carroçal e que se aproximava da pista (lado oeste) que imaginou que ela iria parar e lhe dar a preferência, contudo ela invadiu a pista e colidiu frontalmente com sua motocicleta, afirma ainda que foi surpreendido e que tentou de todas as formas livrar e evitar o acidente."</p>			
<p>Nome do Condutor V1: Joana Ferreira dos Santos</p>			

SOBRE V2: Onde transitava?	Avenida Jerônimo Dix-Neuf Rosado		
Em que sentido?	UERN Centro	Em que faixa?	*****
Versão do condutor do V2:			
<p>"O condutor afirma que no momento da colisão estava saindo do acesso ao Bar das Almas, parou o veículo, olhou para os lados, então prosseguiu, acontece que o condutor foi surpreendido por V-1, que segundo o mesmo transitava em alta velocidade, não havendo tempo de desviar para evitar a colisão."</p>			
<p>Nome do Condutor V2: Francisco Erinaldo de Carvalho</p>			

6 - CONDIÇÕES DA VIA:						
Luminosidade	Cond./tempo	Tipo de pista	Caract./pista	Cond./pista	Sinalização	
<input checked="" type="checkbox"/> amanhecer <input type="checkbox"/> Pleno dia <input checked="" type="checkbox"/> anoitecer <input checked="" type="checkbox"/> Noite c/ iluminação <input type="checkbox"/> Noite s/ iluminação	<input checked="" type="checkbox"/> bom <input type="checkbox"/> nublado <input type="checkbox"/> chuva <input type="checkbox"/> neblina <input type="checkbox"/> outro _____	<input checked="" type="checkbox"/> asfalto <input type="checkbox"/> paralelepípedo <input type="checkbox"/> concreto <input type="checkbox"/> cascalho <input type="checkbox"/> terra <input type="checkbox"/> outro _____	<input checked="" type="checkbox"/> reta <input type="checkbox"/> curva <input type="checkbox"/> Aclive suave <input type="checkbox"/> Declive suave <input type="checkbox"/> lombada <input type="checkbox"/> cruzamento <input type="checkbox"/> rotatória <input type="checkbox"/> retorno <input type="checkbox"/> entroncamento <input checked="" type="checkbox"/> bifurcação <input type="checkbox"/> Outros	<input checked="" type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> molhada <input type="checkbox"/> inundada <input type="checkbox"/> Poças d'água <input type="checkbox"/> oleosa <input type="checkbox"/> enlameada <input type="checkbox"/> Em obras <input type="checkbox"/> Com defeito <input type="checkbox"/> Com areia <input type="checkbox"/> outro ****	<input type="checkbox"/> Inexistente <input type="checkbox"/> Do PM <input type="checkbox"/> Semaforo <input type="checkbox"/> Faixa de pedestre <input checked="" type="checkbox"/> Linha contínua <input checked="" type="checkbox"/> Linha descontínua <input type="checkbox"/> Placa/advert. <input type="checkbox"/> Placa/regula <input type="checkbox"/> Lombada <input type="checkbox"/> Vel. Máx. perm _____ Km/h <input type="checkbox"/> outra	
RECEBEMOS EM						

02

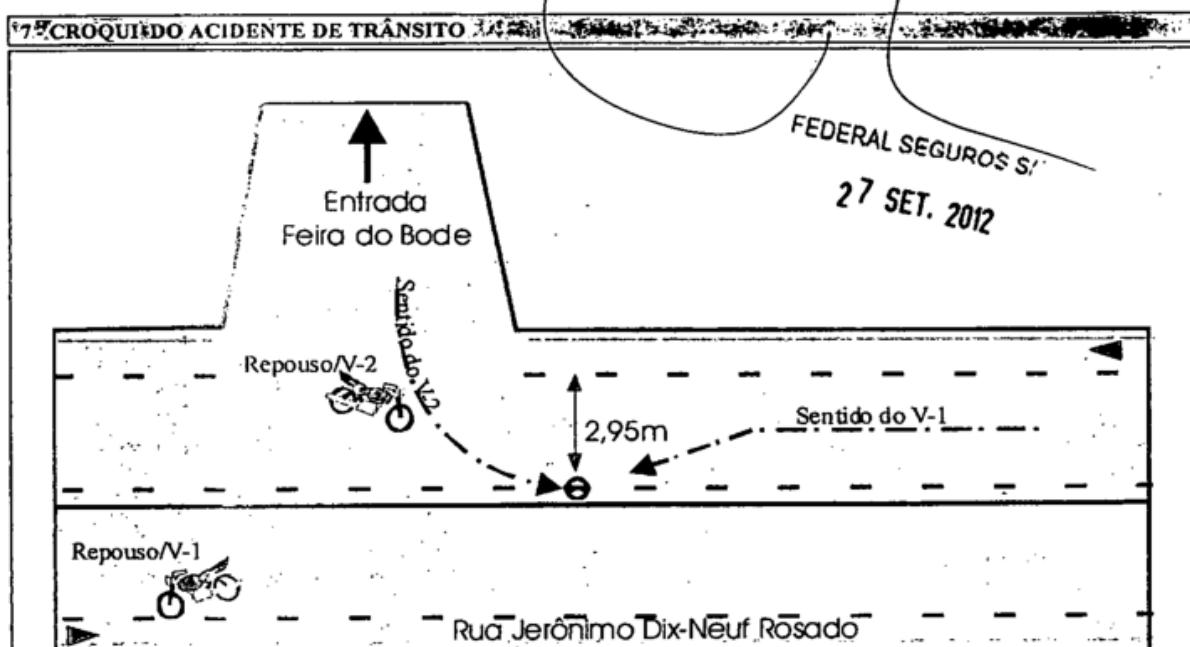
25 SET. 2012

FEDERAL SEGUROS S/A





472



8 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1	AVARIAS DO VEÍCULO 2
<p>Para-lama dianteiro arranhado, carenagem do painel arranhada, carenagem lateral direita, sinaleira traseira direita, alça de apoio direito, protetor do escapamento, estribo e suporte traseiro direito, chassi e telescópios a verificar, roda dianteira amassada, retrovisor direito. *****</p>	<p>Retrovisor direito, roda dianteiro, farol, carenagem do farol, telescópios a verificar, carenagem frontal arranhada. *****</p> <p>03 RECEBEMOS EM</p>

25 SET. 2012

03

FEDERAL SEGUROS S/A



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 17/12/2020 08:47:20

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012170847196520000061260627>

Número do documento: 2012170847196520000061260627

Num. 63926480 - Pág. 11

FEDERAL SEGUROS S/A
27 SET. 2012

AUTENTICAÇÃO

Certifico, que a presente fotocópia é a reprodução fiel do original, que me foi apresentado. O referido é verdade. Sou f. Mossoró-PE
17 SET. 2012

Sérgio Luiz de Paiva - Notário
 Fabiana da Silva Magalhães - Substituta
 Douglas Fuentes de Melo Esc. Auxiliar
VÁLIDO DURANTE 01 (UM) DIA DE AUTENTICAÇÃO

SEGURO DE MOTO
S. E. S. E. G. I. M. S. S. O. R. O. - R. N.
Av. Vicente Sátila, 63-A-Centro
Mossoró-RN - Tel. (84) 3316-1940
mossororj@gmail.com

Autenticação
Ass. RG 0384-3-24

472

9 - VITIMAS TESTEMUNHAS

Nome:	RG nº:	Órgão Expedidor:	Nº	Bairro:	Data de Nascimento:	Fone:
Endereço:						

Versão

PREJUDICADO

Assinatura: Hora:

10 - VITIMAS TESTEMUNHAS

Nome:	RG nº:	Órgão Expedidor:	Nº	Bairro:	Data de Nascimento:	Fone:
Endereço:						

Versão

PREJUDICADO

Assinatura: Hora:

11 - SOCORISTA

Placa	Cidade	UF	Marca/Modelo	Órgão Exp.
Nome		RG		Nº
Endereço				
Fone				

PREJUDICADO

Observação do Agente de Trânsito e outras:

"Ao chegar ao local foi observado que os veículos encontravam-se no local de impacto foi feito a coleta dos dados e feito o teste de alcoolemia no condutor do V1, o V2 foi conduzido para o 2º DPRE e seu condutor foi socorrido pela viatura da SAMU para o hospital, não foi possível colher os dados do condutor do V2 no local". *****

Nome Completo do Agente de Trânsito que registrou o BOAT	Giancarlo Costa dos Santos					
Posto/Graduação	Sd	PM nº	06.358	Viatura	Delta Oscar	Unidade
2º DPRE						

Conclusão do Setor de Trânsito:

Verifica-se que após observarmos todos os instrumentos grafados neste BOAT, conclui-se que de acordo com o Código de Trânsito Brasileiro, o condutor do V-2 infringiu o artigo 28 e 44 das Normas Gerais de Circulação - NGC. Lei 9.503/97.*****

Raimundo CLÉCIO Ferreira da Costa
Mat. 14958-6 - Id. 8788
PMRN
CHEFE DO SETOR DE TRÂNSITO

RECEBEMOS EM

Local e Data: Mossoró/RN. 08 de Agosto de 2012 25 SET. 2012 04

FEDERAL SEGUROS S/A





FEDERAL DE SEGUROS S.A.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO
SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT – Nº DO SINISTRO _____**

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar no recebimento da indenização no banco.

EU, FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO, PORTADOR (A) DO RG Nº:001.575.901, E CPF: 002.341.164-08. PROFISSÃO: TRATOTORISTA, RENDA MENSAL: 622,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO/ REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA: FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO, AUTORIZO A **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT** A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

**Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento.
Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.**

() CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (QUALQUER BANCO)
Nº DO BANCO:

Nº AGÊNCIA: (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
Nº CONTA:

(X) CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA BANCO BRADESCO Nº BANCO 237
Nº AGÊNCIA: 3226 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
Nº CONTA: 1006298-5

RECEBEMOS EM

25 SET. 2012

FEDERAL SEGUROS S/A

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA BANCO ITAÚ Nº BANCO 341
Nº AGÊNCIA: (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
Nº CONTA :

() CRÉDITO EM CONTA CORRENTE BANCO BRASIL Nº BANCO 001
Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
Nº CONTA

() CRÉDITO EM CONTA POUBANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL Nº BANCO 104
Nº AGÊNCIA: (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
Nº CONTA:

LOCAL: MOSSORO / DATA: 05/09/2012

FEDERAL SEGUROS S/A
Francisco Erinaldo de carvalho 27 SET. 2012

FEDERAL SEGUROS S/A
27 SET. 2012

RECEBEMOS EM



Bradesco Dia & Noite

BON - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA POUPANCA
FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO
AGENCIA 3226 CONTA 1006298-5
DISPONIVEL 10,18
+ CONTA POUPANCA FACIL 10,18
SD DEPOS ATE 3/5/12 0,00
SD DEPOS A PARTIR 4/5/12 10,18
= TOTAL DISPONIVEL 10,18
SALDO TOTAL 10,18

MOVIMENTACAO CONTA POUPANCA

DIA HISTORICO N.DOCTO VALOR

SALDO ANTERIOR 10,13

SETEMBRO/2012
03 RENDIMENTOS 0105124 0,05
POUP.FACIL-DEPOSITOS ATE 3/5/12 10,18
SALDO TOTAL 10,18

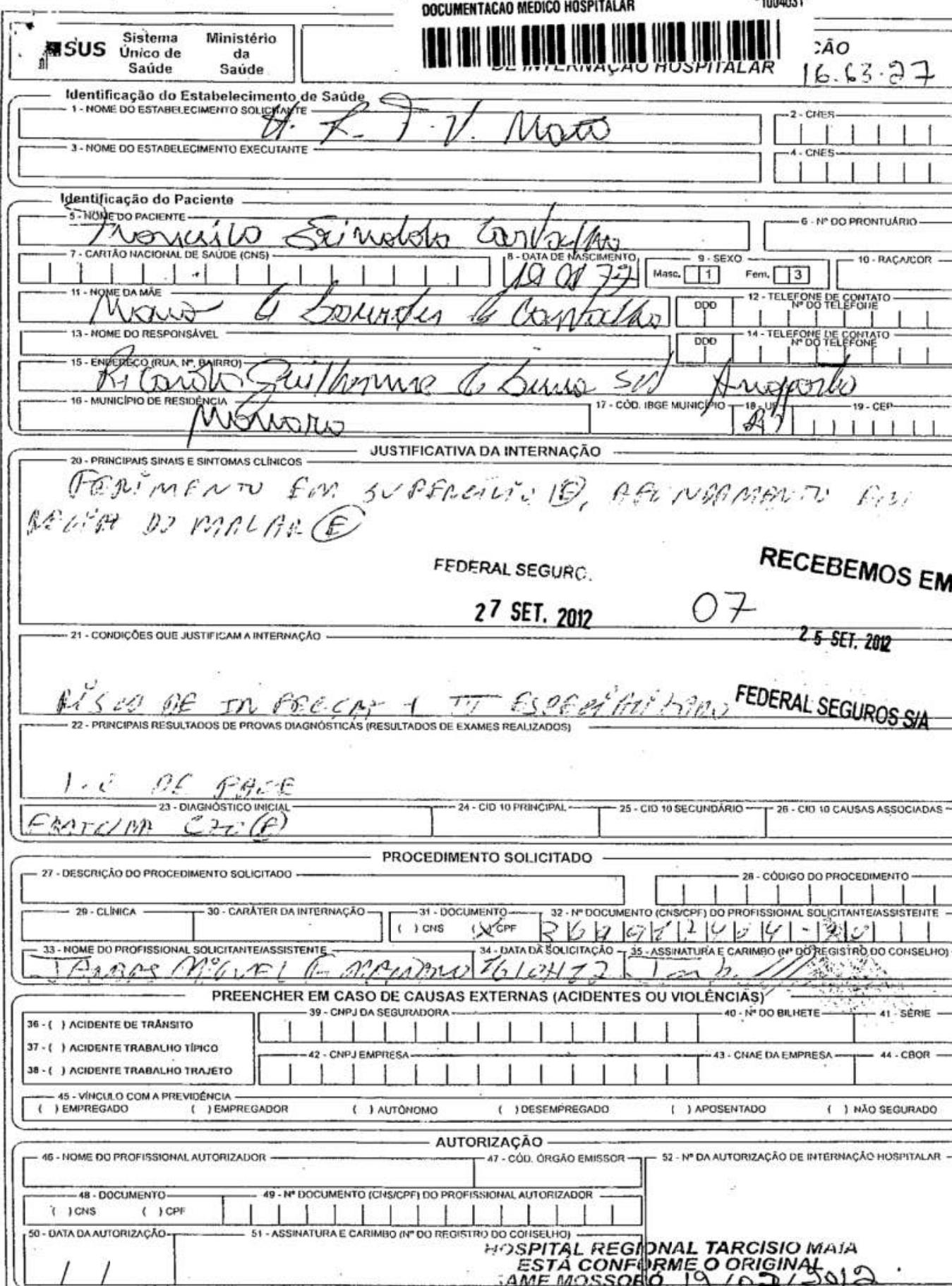
Demonstrativo para simples conferencia.
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
Fone Facil - 4002 0022/0800 570 0022.
SAC Alfa Bradesco - 0800 7048383.
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 7220099.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.

25 SET. 2012

24

FEDERAL SEGUROS S/A







GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

NOME Francisco Eymaldo IDADE N° REG: 16.63.27
SERVIÇO: ENF^a: LEITO

HISTÓRIA CLÍNICA

SPONTÂNEA VITIMA DE ACIDE DE FORMICÁ, NO
ESTADO, PERTENCE A MULHER DE 21 (21) ANOS DE IDADE
D'ALVIM (R. TAMB. 101) ESSA MULHER
RECEBEMOS EM

25 SET. 2012

FEDERAL SEGUROS S/A

08

*FEDERAL SECURITY ACT
27 SET. 2012*

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA - INFORME ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 19/02/2018

NAME / ARQUIVO





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

16.63.27

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Francisco Erivaldo Carvalho. Idade: 65.

Cor

Sexo: M Est. Civil: Prof.: FEDERAL SEGUROS SIA Natural:

Endereço:

Data: 18/10/12 Hora de Entrada: 01:15 Hs

27 SET. 2012

EVOLUÇÃO

Paciente pertence à faixa etária de 60 a 69, sem anamnese significativa.

Classe funcional é 2, com fadiga, limitação de 50% das atividades de vida diária, limitado ao nível exercícios de spina, limitado já ao trabalho em nível de constituição operada, sem sintomas de desordem ou flagrante.

Adelcio Rocha Neto
CRM: 10000

Código	Prescrição	Aprazamento
(1) Metformina 500mg/1000mg		16/10/30
(2) Sf Pirax 1000ml 01		25
(3) Glicofilia 450mg 01/12/2014		10/10/22 04
(4) Tiazolil 40mg 01/12/2014		10/22
(5) Acipregel 400mg 01/04/2015		10/
(6) Antidiáuretic 1000mg 01/04/2015		RECEBEMOS EM
(7) SSVIR 1000		25 SET. 2012

Adelcio Rocha Neto
CRM: 10000

FEDERAL SEGUROS SIA

Bom tempo, 14:10h

Paciente evoluiu bem, seu humor ótimo, seda evitada.
No exame toxicológico, clínico, normal.

Local: Alto Hospital, 11 magnanogas
rua PAM Boa Jardim

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
CONFORME O ORIGINAL
MOSSORÓ 19/10/2012

- Prescrição é a cosa.

Adelcio Rocha Neto
CRM: 10000

JAME/ARQUIVO





CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
RUA DR. JOSÉ MARCELINO N°429
CEP: 59.611-200 - Fone: (84)3318-9000

120009941

25/07/2012 20:50:16

BOLETIM DE ADMISSÃO

AH 25/07/2012 20:50:16

Prontuário 00092221	Paciente FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo M	Nascimento 10/01/1977	35 A 6 M 15 D	CNS 898002377242466	CPF 023.341.164-08
Tipo Escolaridade				Estado Civil Solteiro(a)		Raça / Cor			
Mãe MARIA DE LOURDES DE CARVALHO		Profissão TRATORISTA							
Endereço RUA RUA RICARDO GUILHERME DE LIMA, 50, AEROPORTO - MOSSORÓ - RN, CEP: Plano - 51000-000		Nº Carteira		Pai ANTONIO FERNANDES DE CARVALHO		Contatos Cell: (84) 9918.3232			
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				Validade		Autorização			
Caráter de Agravamento		Procedência NÃO INFORMADO		Especialidade BUCO-MAXILO					
Eletivo		Enfermaria		Leito					
Posto		203		4.3.3					
SUS				OD					
Profissional Relatante JARBAS MIGUEL F MARIANO				S020 - Outras fraturas do crânio e dos ossos da face					

CID Definitivo

EM CASO DE ACIDENTE

Motivo

- | | | |
|-------------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Curado | <input type="checkbox"/> Removido | <input type="checkbox"/> -48 Horas |
| <input type="checkbox"/> Melhorado | <input type="checkbox"/> Pedido | <input type="checkbox"/> +48 Horas |
| <input type="checkbox"/> Inalterado | <input type="checkbox"/> Evasão | <input type="checkbox"/> Óbito |
| <input type="checkbox"/> Piorado | <input type="checkbox"/> Rehospitalização | |

Transferido:

Local

FEDERAL SEGUROS S/A

RECEBEMOS EM
25 SET. 2012

27 SET. 2012

11

FEDERAL SEGUROS S/A

23/07
07hs plto

JARBAS MIGUEL F MARIANO

1 de 1

Impresso por: max wóllen barreto almeida

em: 25/07/2012 20:55:35



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 17/12/2020 08:47:20
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012170847196520000061260627>
 Número do documento: 2012170847196520000061260627

Num. 63926480 - Pág. 18



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA. HOSPITAL WILSON ROSADO

C.N.P.J.: 35.650.324/0001-50
Rua Dr. João Marcelino, 429
Telefax: (84) 3317-3603
Mossoró-RN - CEP: 59.611-200

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Data: 26/07/12

Nome do Paciente: Francisco Crinaldo de Carvalho

Tipo de Cirurgia: Resectiⁿão de paredes orbitárias (040504016-4)

Cirurgião (a): Dr. Gon^zales Rovit. Silveira Gagliardi (040402047-3)

1º Auxiliar: Dr. Rocha

RECEBEMOS EM

2º Auxiliar: _____

Tipo de Anestesia: Geral

Anestesiologista: Dr. Bruno 25 SET. 2012

Enfermeiro (a) do Setor: Mariana

Instrumentadora: Uenilia FEDERAL SEGUROS S/A

Circulante: Briceia / UOMUZI 13

Revisão das Compressas e Instrumentos: _____

Início: 13:25 Fim: 12:30 Duração: FEDERAL SEGUROS S/A

27 SET. 2012

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- ① Período em DAF sob anestesia geral e TNT.
- ② Preparo lobital do campo operatório + descolar com paralaxína.
- ③ Acesso parabatânia lobital E, levantaria, misticina e ócicula ob. olho, órbita subperiosteal, sobrelobras de fôrme paralelo lobital.
- ④ Acesso subbstisíal supra E, levantaria, ócicula, órbitas subperiosteal cônjuges de fôrme paralelo ócicula.
- ⑤ Redução das fraturas sob visão direta.
- ⑥ Fixação das fraturas com suture 1.5mm em titânio.
- ⑦ Toalete das F.O.s com SF 99%.
- ⑧ Revisões de hemostasia.
- ⑨ Sutura das planas profundas com vicryl 3-0.
- ⑩ Sutura de pele com vicryl 5-0.
- ⑪ Aspiração de vias aéreas superiores.
- ⑫ Curativo.

Jardas Miguel F. das Neves
ENDODONTO
CIRURGIA BUCOMAXILAR
IMPLANTES PERIODONTO
CRO - CIRURGIA ORAL

Cirurgião (a)

or





**CARDIODIAGNÓSTICO LTDA.
HOSPITAL WILSON ROSADO**

CNPJ: 35.850.324/0001-50
Rua Dr. João Marcelino, 429
Telefax: (84) 3317-3603
Mossoró/RN - CEP: 59.611-200

FEDERAL SEGUROS S/A
27 SET. 2012

Nome: Francisco Guedes de Oliveira 35

Reg. Geral: 92231 Convênio: SUS Unidade/Leito: 203-4

Clínica: Clínica Bucal Data: 26/7/12

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

NOTA DE SAÍDA

Paciente operado sob anestesia geral para
Ressecção orbitária à E. No andar com
intervenções. Paciente segue à sala de Repara-
ção.

- ① Dieta sem
- ② Sf 0,9% 1000ml EV
- ③ SG 5% 1000ml EV
- ④ Cefotaxima 3g + 4s EV 06h
- ⑤ Decadron 4mg EV 8/8h
- ⑥ Dioralax 200 + 840 EV 06h
- ⑦ Omeprazol 40mg EV ao dia
- ⑧ Derébito elevado 45°
- ⑨ Presbídio Docibitio lateral E!
- ⑩ Compressão de gelo em face 03/03h
- ⑪ Ssnt + cc66.

J.R.B/3192-PN.

EM 17/07/2012

Jarbas Miguel Freitas M.D.D.S.
ENDODONTE
CIRURGIA BUCAL E ORAL
IMPLANTES DENTÁRIOS
CRO-RN 1029

Jarbas Miguel Freitas M.D.D.S.
ENDODONTE
CIRURGIA BUCAL E ORAL
IMPLANTES DENTÁRIOS
CRO-RN 1029

RELATÓRIO ADMINISTRATIVO:



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA. HOSPITAL WILSON ROSADO

CNPJ.: 35.650.324/0001-50
Rua Dr. João Marcelino, 429
Telefax: (84) 3317-3603
Mossoró/RN - CEP: 59.611-200

Nome: Fernando Empíco de Oliveira Idade: 35
Reg. Geral: 92231 Convênio: SVS Unidade/Leito: 203-4
Clinica: Quintal Fácil Data: 23/09/12

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO
<p><u>2º P. P. O.</u> <u>PARA NO 2º P. P. O. DE TII CIRÚRGICO</u> <u>PELE CONDUZIDA DE PREDOMINANTEMENTE</u> <u>EVOLVENDO SE TÍPICAMENTE, S/</u> <u>LESÕES FÍSICAS, AFEZIÓN, EDEMA</u> <u>POSSIBIL COMPROMETIMENTO</u> <u>DE VISION, PRESENÇA DE SÍN-</u> <u>IMIMENTO ATIVO. FUTURA HOSPITALIZA-</u></p> <p><u>R.</u></p> <p><u>ONDE NO CIRURGICO-V.O.</u></p> <p><u>25.5.0, 97.500ML 340055ML-EU</u> <u>S.O 5L 500ML</u></p> <p><u>2) CEFALOTINIC 6/62-EU</u></p> <p><u>3) DECAONAV 8/82-EU</u></p> <p><u>4) D. P. INJET 2ML + 8FD 6/62-EU</u></p> <p><u>5) OMEPRAZOL 40MG - 1X01G-EU</u></p> <p><u>6) DE CÍRCIJO 6/62 45°</u></p> <p><u>7) CERVICOGASSA GELADA EM POCO 03/13-2</u></p> <p><u>8) CX PDS - OPERATÓRIO.</u></p>	<p>RECEBEMOS EM</p> <p>25 SET. 2012</p> <p>FEDERAL SEGUROS SA</p> <p>16</p> <p>FEDERAL SEGUROS</p> <p>27 SET. 2012</p> <p>10 16 62 04 10 18 02 6 6 22 04 01</p> <p>CIRURGICO-V.O.</p>

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA POR:

DR. LIVIA FREITAS DA SILVA 17/12/2020 08:47:20





**CARDIODIAGNÓSTICO LTDA.
HOSPITAL WILSON ROSADO**

C.N.P.J : 35.650.324/0001-50 - Rua Dr. João Marcelino, 429

Telefax: (84) 3317-3603 - Mossoró/RN - CEP: 59.611-200

Paciente: Froneiseo Erinaldo de Carvalho Idade: 35 Registro: 1000099014

Setor: III Médico: Dra. Jorbas Miguel Enferm./Leito: 203-04

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
25/07	22:00h	paciente admitido nstí setor hospitalar procedmís de sua residücia a companhado de amigos e familiares em cadeira de rodas ac exame consciente, orientado, afibril, respirando 09 ampmte. Síc' Nega DM e H.A.S. e a Virgia a medicamentos. Se intena para submetr um procedimento cirúrgico e segue aos cuidados da equipe de enfermagem.	RECEBEMOS EM 25 SET. 2012 18 FEDERAL SEGUROS S/A
27 JUL. 2012			
26/07/12	8:00h	Paciente consciente, orientado, afibril, ou prego, normotensão, em A.R.P, em dicto zero agressão ao cirúrgico, ficado nos os cuidados da equipe de enfermagem.	513119- Ma de Jesus
27 SET. 2012			
26/07	09:44	Paciente transferido para OCC, consciente, orientado, em Giroscópico perfeito.	10634 Starita Resende
John			
26.07.12	11:20	início da anestesia geral - cl 0% Enox, em seguida - acti poi entubado cl. sucessor VOMZ 384000	
26.07.12	11:25	início do ato cirúrgico cl Dr. jorbas e auxiliar Dr. -	

