



Número: **0800334-80.2021.8.20.5159**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Umarizal**

Última distribuição : **15/06/2021**

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

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JADSON ALVES DA SILVA (AUTOR)		JOSE CANDIDO NETO (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (REU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
98677063	14/04/2023 15:19	Petição	Petição
98677065	14/04/2023 15:19	2830465_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_Anexo_02	Documento de Comprovação



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE UMARIZAL/RN

Processo: 08003348020218205159

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JADSON ALVES DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

UMARIZAL, 12 de abril de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA
11929 - OAB/RN



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 14/04/2023 15:19:40
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041415194060200000093184491>
Número do documento: 23041415194060200000093184491

Num. 98677063 - Pág. 2
Pág. Total - 2

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 14/04/2023 15:19:40
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041415194060200000093184491>
Número do documento: 23041415194060200000093184491

Num. 98677063 - Pág. 3
Pág. Total - 3



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, 24 de Maio de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210132993

Vítima: JADSON ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 29/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPTÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JADSON ALVES DA SILVA

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

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

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

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

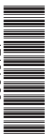
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01453/01454 - carta_02 - INVALIDEZ

00040727



Carta nº 16855715



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 14/04/2023 15:19:40

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041415194074400000093184493>

Número do documento: 23041415194074400000093184493

Num. 98677065 - Pág. 1

Pág. Total - 4



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, 20 de Junho de 2021

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3210132993**

Vítima: JADSON ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 29/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JADSON ALVES DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 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: **JADSON ALVES DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000000892-3**

Conta: **0000037382-6**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



BANCO DO BRASIL S.A.

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:	15/06/2021
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JADSON ALVES DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00892-3

CONTA: 000000037382-6

Nr. da Autenticação FE52B0760A6B7DCB



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210132993

Cidade: Olho-D'Água do Borges

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JADSON ALVES DA SILVA

Data do acidente: 29/12/2020

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: fratura do rádio distal direito

Descrição do exame físico: Ao exame físico do punho direito apresenta flexão aos 40°, extensão aos 40°, desvio ulnar aos 25°, desvio radial aos 20°, pronação aos 60°, supinação aos 40°, ausência de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho direito.

Resultados terapêuticos: osteossíntese . fisioterapia.

Sequelas permanentes: limitação funcional moderada do punho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/06/2021

Conduta mantida:

Observações:

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



Autorização de pagamento



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 706.573.734-94 4 - Nome completo da vítima: JADSON ALVES DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: JADSON ALVES DA SILVA 6 - CPF: 706.573.734-94
7 - Profissão: DESEMPREGADO 8 - Endereço: RUA EREI DAMIAO 9 - Número: 08 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: OLHO D'ÁGUA DO BORGES RN 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59730-000
15 - E-mail: MAO.TENHO 16 - Tel.(DDD): (342) 98833-8278

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
AGÊNCIA: 0692 3 CONTA: 77382 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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 (ou Civ) ☐ Casado ☐ 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 (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data: OLHO D'ÁGUA DO BORGES, 27 DE ABRIL DE 2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

MAIO ÚNICO DE OLHO D'ÁGUA DO BORGES - RN
MARCA DE AUTORIZAÇÃO - Titular
Freitas Carlos Costa - Titular



CARTÓRIO ÚNICO OLHO D'ÁGUA DO BORGES
Rua João André, 49 - Centro, CEP 59730-000
(84)99918-3223

Reconheço por SEMELHANÇA a(s) firma(s)
de:

JADSON ALVES DA SILVA

Selo Digital: RN202100944660001042AJH

Confira e autentique em: <http://selodigital.tjrn.jus.br/selo>
Olho D'Água do Borges em 27 de Abril de 2023 às 6:56



AB035026

Carmila Joazele Marques de Silva
Tabela Substituta de Assinatura



INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.

É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01 a 16	Registro de Informações cadastrais	Preencher corretamente de acordo com a documentação.
---------	------------------------------------	--

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menor de 18 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.
----	--	--

IMORTE

23 a 33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.
---------	------------------------------------	---

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo).
36	CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).
37	Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos sobre o Seguro DPVAT, acesse o site www.seguradoralider.com.br e, para informações sobre o tratamento dos seus dados pessoais, acesse a Diretiva de Privacidade da Seguradora Líder no link www.seguradoralider.com.br/diretiva-de-privacidade ou entre em contato, por telefone, em um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 0202-1536 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h;

SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias do semana, 24h: 0800 022 81 89;

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06;

Chamadas 0800 022 81 89

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 14/04/2023 15:19:40

<https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041415194074400000093184493>

Número do documento: 23041415194074400000093184493

Num. 98677065 - Pág. 7

Pág. Total - 10



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR – CPI – CPR I – 7º BPM – 2ª CPM
DESTACAMENTO DE POLÍCIA MILITAR DE OLHO D'ÁGUA DO BORGES/RN
Rua Agostinho Francisco 001, centro - Olho D'Água do Borges/RN

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA

I – DADOS REFERENTES À OCORRÊNCIA:

Boletim de ocorrência

DESCRIÇÃO: OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO.

DATA/HORA: 29/12/2020, por volta de 09: 30 horas

LOCAL: Rua Imaculada Da Conceição: Olho D'Água do Borges/RN.



II – PESSOA ENVOLVIDAS NA OCORRÊNCIA:

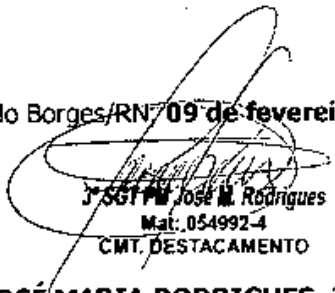
a) **VÍTIMA:** **Jadson Alves Da Silva**, brasileiro, casado, com 24 anos de idade, agricultor, , natural de Olho D'Água Do Borges/RN, residente na Rua: Sítio Olho D'água nº 27, , Centro, Olho D'Água Do Borges/RN, portador dos seguintes documentos RG 002.016.850 ITEP/RN, do CPF706.573.734-94, filho de Antônio Alves dos Santos e Inácia Adenilson Da Silva.

III - OBJETOS CUSTODIADOS/RECOLHIDOS:

Não houve

IV - HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA: QUE na data, hora e local acima citado, a pessoa da vítima, condutor do veículo, motocicleta Honda CG FAN 160 , Ano e Mod. 2020, de cor preta, Placa-RGG 9F15, código de renavan Nº 01234812166 , estava saindo do seu trabalho com destino a sua residência, na avenida principal, quando avistou que vinha um veículo Tipo: Gol de cor preta, de um Beco, o mesmo ficou assustado, tentou desviar o veículo chegando a perder o controle da sua motocicleta e chegando a cair e sofrer lesões, em seguida foi socorrido por uma pessoa que chegou no local no momento, para o Hospital local.

Olho D. do Borges/RN 09 de fevereiro de 2021.


3º SGT PM José M. Rodrigues
Mat. 054992-4
CMT. DESTACAMENTO

JOSÉ MARIA RODRIGUES, 3º Sgt PM
Comandante de Destacamento.





Canal Receptor Ster Correios

Cadastrado sem o documento sinalizado.

Declaração de Inexistência de IML



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, **JADSON ALVES DA SILVA**, RG nº **002.916.850**, data de expedição **10/12/2019**, Órgão **SSP/RN**, CPF nº **706.573.734-94**, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA FREI DAMIÃO
Número	09
Apto / Complemento	CASA
Bairro	CENTRO
Cidade	OLHO D'ÁGUA DO BORGES
Estado	RN
CEP	59.730-000
Telefone de Contato	(84) 99893-8278
E-mail	NÃO TENHO

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: **OLHO D'ÁGUA DO BORGES/RN, 20 DE ABRIL DE 2021**

Assinatura do Declarante:  _____



CARTÓRIO ÚNICO OLHO D'ÁGUA DO BORGES
Rua João André, 49 - Centro, CEP 59730-000
(84) 99919-3223

Reconheço por SEMELHANÇA a(s) firma(s)
de:
JADSON ALVES DA SILVA

Selo Digital: RN202100944680001042AJH

Confira a autenticidade em <http://selodigital.tjrn.jus.br>
Olho d'Água do Borges/RN, 20 de Abril de 2021 - 3:04

Camila Joáquina Marques de F. vs
Tabela Substituta **2021-04-20**



7003551762 03/2021
17/03/2021 09/04/2021
27.04

05/01/1977	UNCA	10/03/2021
30/03/2021	30/03/2021	30/03/2021

	Quantidade	Preço unit	Valor unit
Consumo-TUSD ate 30 kWh	33,0306300	6,11288026	3,33
Consumo-TUSD superior a 30 ate 100 kWh	34,0000000	6,18281255	8,40
Consumo-TE ate 50 kWh	20,0000000	6,11075999	6,34
Consumo-TE superior a 50 ate 100 kWh	30,0000000	6,18500470	8,43
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,53
Contrib. Ium. Publica Municipal			7,31
Adicional de Subvençao			4,22
IMTA por Abastecimento			0,47
Juros por atraso NF 055443758 - 05/07/91			0,08
Acrescimo ICMS NF 055443258 - 05/07/91			0,11
Compensação ICMS 01/21			0,27

27.04

PR DO	TEM DA	ANTERIOR		ATUAL		PR DO	CONSTANTE	ADJUSTE	REAJUSTO COM
MODIFICAD	RACAO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DIAS			
0070080	CA1	06-07-2021	30.000,00	15-07-2021	30.000,00	30	1.0000		04,00

Number of Species

Species Group	Number of Species	Number of Species
Group 1	100	100
Group 2	200	200
Group 3	300	300
Group 4	400	400
Group 5	500	500
Group 6	600	600
Group 7	700	700
Group 8	800	800
Group 9	900	900
Group 10	1000	1000

Number of Species

Species Group	Number of Species	Number of Species
Group 1	100	100
Group 2	200	200
Group 3	300	300
Group 4	400	400
Group 5	500	500
Group 6	600	600
Group 7	700	700
Group 8	800	800
Group 9	900	900
Group 10	1000	1000

El programa prevé la creación de 200 plazas de trabajo en el sector de la construcción, el mantenimiento y la explotación de las obras de infraestructura. El programa también prevé la creación de 200 plazas de trabajo en el sector de la construcción, el mantenimiento y la explotación de las obras de infraestructura. El programa también prevé la creación de 200 plazas de trabajo en el sector de la construcción, el mantenimiento y la explotación de las obras de infraestructura.

APPROXIMATELY 10:00 PM ON JANUARY 1978, THE FOLLOWING INFORMATION WAS OBTAINED FROM THE NEW YORK CITY POLICE DEPARTMENT:					
VINCE 1/19/78	D. J. [unclear] 01/19/78	NAME [unclear]	WIFE'S [unclear]	DATE [unclear]	NOTE [unclear]
The following information was obtained from the New York City Police Department on January 19, 1978:					
[The following text is heavily obscured by redaction marks and appears to contain names and dates.]					

LIMITES TRIMESTRAIS	LIMITES SEMESTRAIS	LIMITES ANUAIS	TEMPO DE RECEBIMENTO (D)	LIMITES DE VALORACAO (R)
1	2	3	4	5
10,36	20,77	33,20	330	302
9,47	17,95	26,92		231
9,00	18,00	27,00		

TOTAL A. PAGER (20) 27.04

REDE BANCÁRIA





HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 405, Km 03, Bairro Arizono, Pau dos Ferros RN, Telefone (84) 3351 - 9840

BOLETIM DE URGÊNCIA

Nome: JADSON ALVES DA SILVA				TEL:		Nº REG: 447855	
Nas 24/05/1996	1-Masculino	Casado	AGRICULTOR	Cert.nasc. ☐	Título ☐	CPF ☒	RG ☐ Nº 706.573.734-94
Pai: ANTONIO ALVES DOS SANTOS				Mãe: INACIA ADENILSA DA SILVA			
Endereço: FREI DAMIAO		9 CENTRO		OLHO D'AGUA DOS BORGES		RN	
Responsável: CNS 708.0063.3762.1727						TEL:	
Endereço do Responsável: CPF 706.573.734-94							

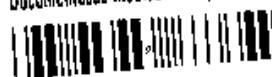
Serviço: Urgência / emergência		Enfermaria:		Leito:	
Admissão: 11/01/2021	Hora admissão: 11:01	Data da Alta:		Hora da Alta:	
Dados Clínicos: PA: mmHg Pulso: Bpm Temp: FR:					
Alega Acidente de Trabalho		Sim ☐		Não ☐	

História - Causa eficiente da Lesão (alegada):

VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOR, HOJE 13 DIAS DE
ATENÇÃO NESTA UNIDADE COM ROTA DE RADIO DISTORÇÃO
COM SURTELO.

Lesões ou afecções encontradas

Documentação médica - hospitalar



DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Hora: 09:09

Dr. Tury Cordeiro
CRM 11.807 PB
Ortopedia e Traumatologia

CRM

11.01.2021



BOLETIM DE URGÊNCIA

EXAMES COMPLEMENTARES:

CONDUTA:

Médico / Carimbo: _____

DESTINO DO PACIENTE :

Data: ____ / ____ / ____ hora: ____

Destino: Cl. Médica: ☐ Cl. Cirúrgica ☐ Cl. Obstétrica: ☐ UTI Adulto: ☐ Pediatria: ☐

Alta Médica: ☐ Alta a pedido: ☐ Alta a revelia: ☐ Transferência: ☐ Óbito: ☐

Médico / Carimbo: _____





Taka Alves Patima
HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE
BR 465 Km 63, Bairro Arizoad, Pau dos Ferros RN, Telefone (084) 3351-9840

24 **BOLETIM DE URGÊNCIA** *030 309 02 27*

Nome: JADSON ALVES DA SILVA				TEL:		Nº REG: 447855	
Nas: 24/05/1996	1-Masculino	Casado	AGRICULTOR	Cert.nasc. ☐ Título ☐ CPF ☐ RG ☒ Nº	002.916.850		
Pai: ANTONIO ALVES DOS SANTOS				Mãe: INACIA ADENILSA DA SILVA			
Endereço: FRIEDMIAU			9	CENTRO	OLHO D'ÁGUA DOS BORGES RN		
Responsável: CNS 203 2686 4401 0005					TEL:		
Endereço do Responsável: CPF 706.573.734-94							

Serviço: Urgência / emergência		Enfermaria:		Leito:	
Admissão: 29/12/2020	Hora admissão: 11:01	Data da Alta:		Hora da Alta:	
Dados Clínicos: PA:..... mmHg Pulso:..... Bpm Temp:..... FR:.....					
Alega Acidente de Trabalho Sim ☐ Não ☐					

História - Causa eficiente da Lesão (alegada):

trauma no pulso
do

Lesões ou afecções encontradas

do *edema*
deformidade

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO: *fratura pulso do*

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Hora: 11:05

CRM

01/01
11/01/2021



BOLETIM DE URGÊNCIA

EXAMES COMPLEMENTARES:

Pr do autismo D. MIP

Dra. Márcia de Oliveira Ferreira
Médica
CRM/RN 5834

CONDUTA:

① Talia asado - palmeira
② A cirurgia

Dr. Ivansio Queiroz da Silva
Médico Especialista em Pediatria
CRM/RN 5834

Médico / Carimbo:

Data: 29/12/2020 hora: 15:00

Destino: CI. Médica: ☐ CI. Cirúrgica: ☐ CI. Obstétrica: ☐ UTI Adulto: ☐ Pediatria: ☐

Médico / Carimbo:

Dr. Ivansio Queiroz da Silva
Médico Especialista em Pediatria
CRM/RN 5834





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Identificação do Estabelecimento Solicitante

3 - Identificação do Estabelecimento Executante

Hospital Dr. Cleodson Carlos de Andrade

2 - CNES

4 - CNES

2 4 0 9 2 7 5

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente

JADSON ALVES DA SILVA

Cert. nasc.

☐ Título

☐ CPF

☒ RG

Nº

706.573.734-94

6 - Nº do prontuário:

103083

7 - Cartão Nacional de Saúde

0

Raça/cor

B

8 - Data de Nascimento

24/05/1996

9 - Sexo

1-Masculino

10 - Nome da Mãe ou Responsável

INACIA ADENILSA DA SILVA

11 - Telefone de Contato

9-9893 8278

12 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)

FREI DAMIAO

9

CENTRO

13 - Município de Residência

OLHO D'AGUA DOS BORGES

14 - Código IBGE Município

15 - UF

RN

16 - CEP

59730000

Justificativa da Internação

17 - Principais Sinais e Sintomas

Paciente do monitor de pressão no monitor
distal @

18 - Condições que Justificam a Internação

ATO CIRURGICA

19 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados)

20 - Diagnóstico Inicial

18. HIPOTENSAO DISTAL @

21 - CID 10 Principal

S525

22 - CID 10 Secundário

V848

23 - CID 10 Causa Associadas

Procedimento Solicitado

24 - Descrição do Procedimento Solicitado

OSTEOMITIGSE

25 - Código do Procedimento

0408020245

26 - Clínica

1-C. Cirúrgica

05

27 - Caráter Internação

CNS

☐ CPF

28 - Nº do Documento (CNS / CPF) do Profissional Solicitante / Assistente

0

30 - Nome do Profissional Solicitante / Assistente

DR. YURI CORDEIRO

31 - Data Solicitação

18/01/2021

32 - Assinatura e Carimbo (Nº do Registro no Conselho)

Dr. Yuri Cordeiro

CRP 11.507/PA

Preencher em Caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

33 - () Acidente de trânsito

34 - () Acidente Trabalho Típico

35 - () Acidente Trabalho Trajeto

36 - CNPJ da Seguradora

37 - Nº do Bilhete

38 - Série

39 - CNPJ da Empresa

40 - CNAE Empresa

41 - CBOR

42 - Vínculo com a Previdência

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Assegurado

Autorização

43 - Nome do Profissional Autorizador

44 - Cód Orgão Emissor

M 240940704

Número da Autorização

45 - Documento

CNS

☐ CPF

46 - Nº do Documento (CNS / CPF) do Profissional Solicitante / Assistente

47 - Data Solicitação

48 - Assinatura e Carimbo (Nº do Registro do Conselho)

18/01/2021



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 14/04/2023 15:19:40

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041415194074400000093184493

Número do documento: 23041415194074400000093184493

Num. 98677065 - Pág. 16

Pág. Total - 19

HOSP. DR. GLEDDON CARLOS DE MOURA DE
 ADVERTENCIA
 COMPARE COM O ORIGINAL
 PMU DOS FISCOS - RM 08.02.2011


 J. Edgar Hoover
 Director, Federal Bureau of Investigation
 Washington, D.C.





HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 405, Km 03, Bairro Arizano, Pou das Ferros RN, Telefax (84) 3330 - 9840

PRONTUÁRIO MÉDICO PARA INTERNAÇÃO

Nome	JADSON ALVES DA SILVA				PRONT:	103083
Nas	24/05/1996	1-Masculino	Casado	AGRICULTOR	Cert.nasc. ☐ Título ☐ CPF ☒ RG ☐ Nº	706.573.734-94
Pai:	ANTONIO ALVES DOS SANTOS			Mãe:	INACIA ADENILSA DA SILVA	
Endereço:	FREI DAMIAO			9	CENTRO	
Cidade:	OLHO D'AGUA DOS BORGES			UF:	RN	Responsável: CNS 708.0083.3762.1727
Endereço do Responsável CPF 706.573.734-94						
Serviço:	1 - C. Cirúrgica			Enfermaria	03	Leito: 1
Admissão:	18/01/2021			Data da Alta:	30/01/21	Dias de Permanência: 02 dias
Diag Inicial:						
Diag Principal:						

Sumário de história Clínica, exame e tratamento

APLICAR CO - PA - DE NADIO OUTRA
VE - PI REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Complicações:

Complicações de alta:

Causa imediata do óbito:

Hora: 14:57

DR. YURI CORDEIRO
Médico: CRM
CPF 0



HOSP. DR. CLEODIR CARLOS REZENDE
AUTENTICAÇÃO
CONFERE COM O ORIGINAL
PAU DOS FERROS - RN 02.02.0001


LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA
Assinada eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 14/04/2023 15:19:40
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041415194074400000093184493
Número do documento: 23041415194074400000093184493



HOSP. DR. CLEODON CARLOS DE ANDRADE

AUTENTICAÇÃO

CONFERE COM O ORIGINAL

PAU DOS FERROS - IN/CE, 02, 2021


Livia Karina Freitas da Silva
Diretora de Saúde da Família
Data: 14/04/2023





HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 405, Km 03, Bairro Arizona, Pau dos Ferros RN, Telefax (84) 3351-9840

BOLETIM OPERATÓRIO

Paciente: JASON ALVES DA SILVA

Reg:

Diagnóstico Pré-operatório: FX RADIO DISTAL

Tipo de Operação: OSTEOSINTESE

Diagnóstico Pós-operatório: O.M.F.M.O.

Relatório Imediato da Patologia:

Acidente durante a operação: NÃO

Exame radiológico no ato: SIM

INTERVENÇÃO

Início:

Término:

Duração:

Cirurgião: DR EMANUEL

1º Auxiliar: DR YURY CORDEIRO

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista: DANILLO GOMES

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Paciente em ORH SOB ANESTESIA

ASSESSIA + A-ASSESSIA

APÓSILIO CAMPO ESTERIL

INCISÃO LONGITUDINAL AO LONG DO PLANO

REALIZAR MANOBRAS DE REDUÇÃO SOB ESCORVA

APLICAÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS

IMPLANTAR COM SFO, 99%

SUTURA POR PLANO

CURATIVO

RX CO-MOLTE

TALA AOILLO POR MANO

Dr. Yury Cordeiro
CRM 11.507-7
Ortopedia e Traumatologia

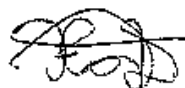


HOSP. DR. CLEODON CARLOS DE ANDRADE

AUTENTICAÇÃO

CONFERE COM O ORIGINAL

PAU DOS FERROS - RN 02/02/2021



Francisco Lúcio Ferreira
Chefe da Seção de Planejamento -
Pneumologia - PRONÓ





**OLHO D'ÁGUA
DO BORGES**
PREFEITURA
Trabalho pela esperança

PREFEITURA MUNICIPAL DE OLHO D'ÁGUA DO BORGES

CNPJ Nº 08.349.029/0001-95

Tel.: (84) 3364-0306

Rua Erelvino Sales, SN - Centro - CEP: 59730-000

www.olhodaguadoborges.rn.gov.com.br



Relatório Fisioterapêutico

Declaro que o Sr. Jackson Alves da Silva, inscrito no CPF: 06.573.734-94, submetido para tratamento fisioterapêutico no dia 1 de março de 2021; início do tratamento, com diagnósticos médicos e: fratura de rádio distal, sendo submetido a abordagem fisioterapêutica onde foi evidenciado uma diminuição da ADM da articulação de punho e mão D em flexão do punho, extensão do punho, desvio ulnar e desvio radial, e com dificuldade em realizar os movimentos de rotação de antebraço.

Os objetivos propostos foram: Alongamentos para ganho de ADM de punho e mão, fortalecimento muscular, diminuição de edema e dor das AVDs.

O plano de tratamento proposto foi: exercícios com carga para força e extensão de punho, exercícios com faixa elástica amarrada em desvio ulnar e radial, exercícios de flexão de dedos, punço em dedos, drenagem linfática e analgesia com gelo.

É importante citar a necessidade de continuidade no tratamento.

Dr. Kelvin Viana Teixeira
Fisioterapeuta
CREFITO 705901-6

08 de Abril de 2021.

Olho D'Água Do Borges/RN.



RECEITUÁRIO

CLÍNICA
Complexo da Saúde
Dr. TIAGO ANTUNES

Joelson Alves da Silva

Atesta para os Devizolus
fun; pre a região pariente
Pomau por Avulso e mênica;
estudo ingamileitudo de
Religios suas pum e volar
Aclar An xim 20 (Nascent)

Dr

CIO: 552.5

Dr. Enéas P. Bessa Neto
CRM 11.851 PB 18.459 PB
Cirurgião de

22.02.21

Rua Alcebíades de Souza 06 | Centro | Umarizal/RN
Em frente ao Centro de Saúde Municipal
(84)3397.2479 | 99667.2929



RECEITUÁRIO

~~Complexo~~ Saúde
Dr. TIAGO ANTUNES

João Alves de Silva

Paciente vítima de acidente
de trânsito (colisão com
poste) apresentando fratura da
6ª vértebra dorsal da coluna.

Paciente foi submetido a
cirurgia com sucesso.
Atualmente com boa evolução.
Fina.

Dr. Eneás P. Bessa Neto
CRM 11.852 PS / 8.458 RN
Eneás P. Bessa Neto

02.02.2021

Rua Alcebades de Souza 1001 Centro, Limoeiro/PA
Em frente ao Centro de Saúde Municipal.
(84) 3397-2479 / 99667-1929





Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte - SESAP
Hospital Dr. Cleodon Carlos de Andrade
R. 405 - 30115 - PAU DOS FERROS/RN - (04) 3851-9840
CNPJ: 09.341.754/0001-01 - E-mail: hospitaldrcl@sem.gov.br

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que o Sr. (a) JARSON AVEL
DA SILVA
foi submetido(a) à consulta médica nesta data, no horário das _____,
sendo portador de afecção CID S52.4, em decorrência deverá
permanecer afastado de suas atividades laborais por período de
60 dias, a partir desta data.

Pau dos Ferros, RN 11 de 01 de 2023

Dr. Yure C. G. Seiro
CRM 11.167 PB
Odontologia Traumatologia

Autorizo o registro de diagnóstico (codificado - CID - ou por extenso) neste atestado médico

Paciente





Estado do Rio-Grande do Norte
Prefeitura Municipal de Olho D'Água do Borges – RN
Palácio Mário Solano de Moura
CNPJ Nº 08.349.029/0001-95
Rua Etelvino Sales, SN – Centro – CEP: 59730-000
Tel: 3364-0305 – Fax (84) 3364 -0282
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE E SANEAMENTO
www.olhodaguadoborges.rn.gov.br



DECLARAÇÃO

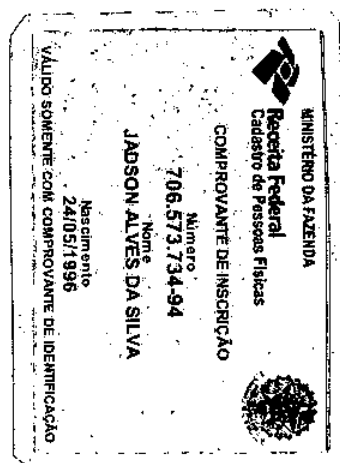
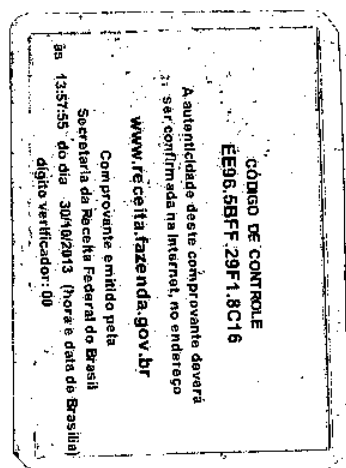
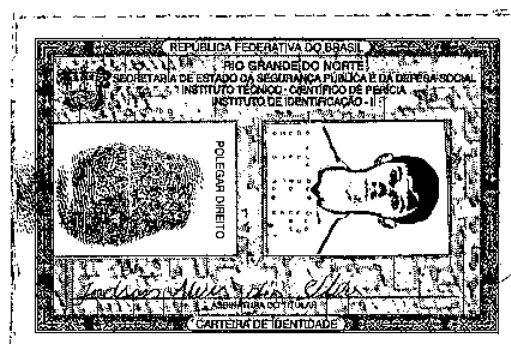
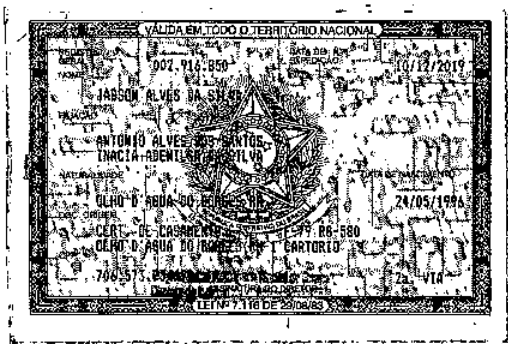
Declaramos para os fins que se fizerem necessários que O Sr. Jadson Alves da Silva, casado, portador do C.I. de nº002.916.850, deu entrada no Hospital Maternidade Rita Elvira da Silva por volta das 09:20 de 28 de dezembro de 2020, vítima de acidente automobilístico, orientado, com várias escoriações pelo corpo, com fratura no punho direito encaminhada para outro atendimento mais avançado.

Do que para constar passo e assino o seguinte documento.

Olho D'Água do Borges – RN, em 04 de janeiro de 2021.

Ana Laila Dias de Sales
~~Diretora do Hospital~~
Diretora
CPF: 061.226.954-08





LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: [3210132993](#)

Nome do(a) Examinado(a): [JADSON ALVES DA SILVA](#)

Endereço do(a) Examinado(a): [RUA FREI DAMIAO, 9, , Olho-d'Água do Borges/RN](#)

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: [Não Informado / 002916850](#)

Data e local do acidente: [29/12/2020 - /](#)

Data e local do exame: [08/06/2021 - Mossoró/RN](#)

Coordenadas Geográficas: [latitude: -5.18355 , longitude: -37.34783](#)

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

[Punho D- fratura radio distal.](#)

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

[Osteossíntese. Fisioterapia.](#)

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

[Ao exame físico do punho direito apresenta flexão aos 40°, extensão aos 40°, desvio ulnar aos 25°, desvio radial aos 20°, pronação aos 60°, supinação aos 40°, ausência de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho direito.](#)

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

[Sim](#)

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

[Sim](#)

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

[Punho D- Média. Vide avatar.](#)

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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

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

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

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



Punho Direito - Médio - 50%

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

Elizabeth F. Tonello
Dra. Elizabeth F. Tonello
Médica do Trabalho
CRM/RN 9707



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0108888/21

Vítima: JADSON ALVES DA SILVA

Data do acidente: 29/12/2020

CPF: 706.573.734-94

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JADSON ALVES DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JADSON ALVES DA SILVA : 706.573.734-94

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.

