



Número: **0800355-79.2018.8.20.5153**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de São José do Campestre**

Última distribuição : **21/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Processo referência: **AÇÃO DE COBRANÇA SEGURO DPVAT**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE EZEQUIEL FELIX MATIAS (AUTOR)	OTACILIO CASSIANO DO NASCIMENTO NETO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35718 949	21/12/2018 09:01	PROCURAÇÃO E OUTROS DOC. - JOSE EZEQUIEL FELIX MATIAS	Procuração
35718 957	21/12/2018 09:01	DOCUMENTOS DIVERSOS 1 - JOSE EZEQUIEL FELIX MATIAS	Outros documentos
35718 960	21/12/2018 09:01	DOCUMENTOS DIVERSOS 2 - JOSE EZEQUIEL FELIX MATIAS	Outros documentos
35718 972	21/12/2018 09:01	DOCUMENTOS DIVERSOS 3 - JOSE EZEQUIEL FELIX MATIAS	Outros documentos

OTACÍLIO CASSIANO NETO SOCIEDADE INDIVIDUAL DE
ADVOCACIA EIRELE - ME
Cnpj: 24.853.388/0001-31 - Insc. Mun. 4444-2/2016

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: JOSÉ EZEQUIEL FELIX MATIAS, brasileiro, casado, trabalhador rural, inscrito no RG sob o nº 1.253.275 - ITEP/RN, CPF nº 792.065.734-20, sem endereço eletrônico, telefone celular nº (84) 9.8852-6777, residente e domiciliado no Sítio Marianas, nº 10, Zona Rural do Município de Serra de São Bento/RN.

OUTORGADOS: OTACILIO CASSIANO NETO SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA EIRELI - ME, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 24.853.388/0001-31, com sede à Rua Senador Georgino Avelino, nº 620, Centro, São José do Campestre/RN, representada por seu sócio individual, Otacilio Cassiano do Nascimento Neto, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 8.003, com endereço profissional à Rua Senador Georgino Avelino, nº 620, Centro, São José do Campestre/RN.

PODERES: Para o foro em geral, com a cláusula "AD JUDICIA ET EXTRA", em qualquer Juízo, instância ou Tribunal, estando o outorgado autorizado a propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando os recursos legais que se fizerem necessários e oportunos, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, bem como para representar o outorgante perante qualquer Órgão da Administração Pública direta ou indireta da União, dos Estados ou dos Municípios. O outorgado poderá substabelecer aos poderes que lhe foram conferidos por meio do presente instrumento de mandato com ou sem reserva de iguais poderes.

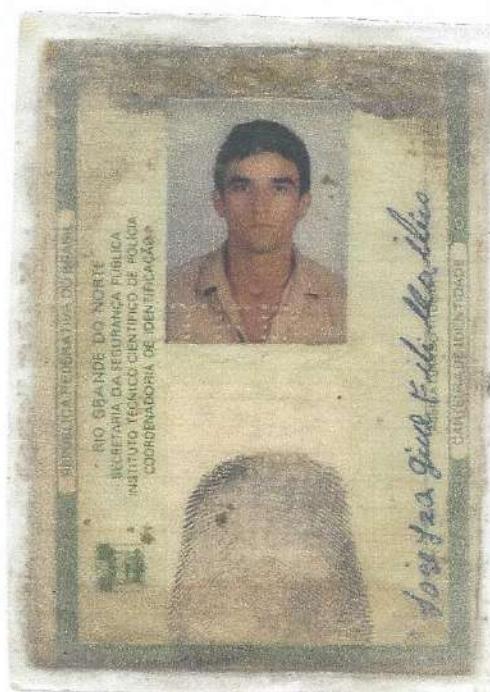
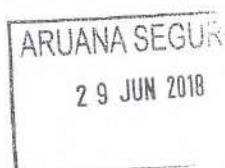
São José do Campestre/RN, 09 de novembro de 2018.

8091231941 Edi na Dr

JOSE EZEQUIEL FELIX MATIAS

Rua Senador Georgino Avelino, nº 620 - Centro
São José do Campestre/RN - CEP: 59.275-000
Telefone Fixo Nº (84) 3294-2487 - Cel Nº (84) 99972-8890
E-mail: dr.otacilioneto_adv@yahoo.com.br

1



Líder
 Seguros | Finanças | Imóveis | Viagens | Táxi | Ribeirão Preto

≡

≡

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Buscar no site

ACESSO A DOCUMENTOS

	Pages + A	/Pages/Acessivelidoc.asp
	Pages	/Pages/
	Arquivos de Documentos de Indenização	/Pages/Arquivos-de-Documentos-de-Indenizacao.asp
	Documentos Despesas Médicas	/Pages/Documentos-Medicas.asp
	Documentos Inválidas Permanente	/Pages/Documentos-Invalidas-Permanente.asp
	Documentos Morte	/Pages/Documentos-Morte.asp
	Diárias Indispensáveis	/Pages/DiaDas-Indispensaveis.asp
	Indenizáveis Para Pedir	/Pages/IndenizaveisParaPedir-Indenizacao.asp

PÁGINA SEGURADO

	Como Falar	/Pages/Como-Falar.asp
	Seguro-Seguro	/Pages/Seguro-Seguro.asp
	Consulta a Pagamentos Efetuados	/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.asp
	Informações Gerais	/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.asp

ACOMPANHE O PROCESSO

	Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.
/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.asp	

Processo	Detalhe do Resultado
/https://www.seguradoralider.com.br/dpvat/acompanhe-o-processo-de-indenizacao.asp	A Seguradora Líder DPVAT (Pages/Quem-Somos.asp)
/https://www.seguradoralider.com.br/dpvat/acompanhe-o-processo-de-indenizacao.asp	Sobre o Seguro DPVAT (Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.asp)
/https://www.seguradoralider.com.br/dpvat/acompanhe-o-processo-de-indenizacao.asp	O Seguro-DPVAT.asp
/https://www.seguradoralider.com.br/dpvat/acompanhe-o-processo-de-indenizacao.asp	Informações Gerais (Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.asp)
/https://www.seguradoralider.com.br/dpvat/acompanhe-o-processo-de-indenizacao.asp	O Pagamento
/https://www.seguradoralider.com.br/dpvat/acompanhe-o-processo-de-indenizacao.asp	Diárias Indispensáveis (Pages/DiaDas-Indispensaveis.asp)
/https://www.seguradoralider.com.br/dpvat/acompanhe-o-processo-de-indenizacao.asp	Pedir Indenização (Pages/Indenizacao.asp)
/https://www.seguradoralider.com.br/dpvat/acompanhe-o-processo-de-indenizacao.asp	O Documento de Seguro DPVAT (Seguro-DPVAT)
/https://www.seguradoralider.com.br/dpvat/acompanhe-o-processo-de-indenizacao.asp	Perguntas Frequentes (Pages/DPVAT/Perguntas/Frequentes.asp)

Detalhe do Resultado	Andamento
/https://www.seguradoralider.com.br/dpvat/acompanhe-o-processo-de-indenizacao.asp	Chat - Atendimento On-line (Contato Chat-e-Atendimento-On-Line)
/https://www.seguradoralider.com.br/dpvat/acompanhe-o-processo-de-indenizacao.asp	DM/Dábas, Reclamações e Sugestões (Contato DmReclamacao)
/https://www.seguradoralider.com.br/dpvat/acompanhe-o-processo-de-indenizacao.asp	Dúvidas (Contato Dvidas)
/https://www.seguradoralider.com.br/dpvat/acompanhe-o-processo-de-indenizacao.asp	Reclamações (Pages/Reclamacoes)
/https://www.seguradoralider.com.br/dpvat/acompanhe-o-processo-de-indenizacao.asp	e-Sugestões (Contato Esugestoes)
/https://www.seguradoralider.com.br/dpvat/acompanhe-o-processo-de-indenizacao.asp	Telefones de Contato (Pages/Telefones)
/https://www.seguradoralider.com.br/dpvat/acompanhe-o-processo-de-indenizacao.asp	Centro de Atendimento (Pages/CentroDeAtendimento)
/https://www.seguradoralider.com.br/dpvat/acompanhe-o-processo-de-indenizacao.asp	Centro de Destridas (Pages/CentroDeDestridas)
/https://www.seguradoralider.com.br/dpvat/acompanhe-o-processo-de-indenizacao.asp	Centro de Diversidades (Pages/CentroDeDiversidades)
/https://www.seguradoralider.com.br/dpvat/acompanhe-o-processo-de-indenizacao.asp	Mapa do Site (Pages/MapaDoSite)



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: 6ª DELEGACIA REGIONAL - NOVA CRUZ

Endereço: RUA PROFº MÁRIO PINOTE, 269, CENTRO, NOVA CRUZ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018076000427

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 17/05/2018 12:16:14

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 15/04/2018 00:00:00

2.2 Autoria: Desconhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.7 Logradouro: ESTRADA CARROÇÁVEL

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.9 CEP:

2.8 Número: SN

2.11 Ponto de Referência: PRÓXIMO A CASA DE ZÉ BALBINO

2.10 Complemento: ESTRADA DE ACESSO A LAGOA D'ANTA

2.13 Cidade: LAGOA D'ANTA

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SITIOS E FAZENDAS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSÉ EZEQUIEL FELIX MATIAS

3.2 Estado civil: Casado(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: NÃO DECLARADO

3.5 Mãe: Parda

3.6 Mãe: MARIA FÉLIX MATIAS

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 79206573420

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 22/08/1965

3.13 Profissão: AGRICULTOR

3.14 RG: 1253275 - ITEP/RN

3.15 Telefone(s): 84 988526777

3.15 Passaporte:

3.17 Número: 10

3.18 Naturalidade: SÃO JOSÉ DE CAMPESTRE/RN

3.19 Bairro: ZONA RURAL

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: SITIO MARIANAS

3.23 Cidade: SERRA DE SÃO BENTO

3.24 CEP: 59214000

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS VÍTIMAS)

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

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: 9C2HB0210BR059183

7.1.4 Renavam: 00977745058

7.1.5 Placa: MZL8495

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: POP109

7.1.9 Ano do Modelo: 2008

7.1.10 Ano de Fabricação: 2008

7.1.11 Cor do veículo: PRETA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: JOSÉ EZEQUIEL FELIX MATIAS

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.18 Observações:

5. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

INFORMA O DECLARANTE QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA ACIMA DESCrita COM SUA ESPOSA NA GARUPA, NO SENTIDO PASSA E FICA/LAGOA D'ANTA, QUANDO AO TENTAR ULTRAPASSAR UMA OUTRA MOTOCICLETA, FOI SURPREENDIDO POR UM CARRO QUE VEIO PR TRAS DELE EM ALTISSIMA VELOCIDADE, O QUAL CHEGOU A TOCAR DE LEVE NA RABETA DA MOTO QUE ELE DECLARANTE CONDUZIA, CAUSANDO A Queda DESDE, QUE O CONDUTOR DO CARRO NÃO PAROU PRA PRESTAR-LHE SOCORRO, QUE POR OCASIÃO DA Queda, COM O IMPACTO NO SOLO, ELE VÍTIMA SOFREU FRATURA NA CLAVÍCULA ESQUERDA, QUE FOI SOCORRIDO POR MORADORES DAS PROXIMIDADES E CONDUZIDO AO HOSPITAL MATERNIDADE NOSSA SENHORA APARECIDA, EM PASSA E FICA/RN, TENDO SIDO POSTERIORMENTE ENCAMINHADO PARA O PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO, NO HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL, EM NATAL/RN; E DE LÁ, FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL MEMORIAL, ONDE FOI SUBMETIDO A UMA CIRURGIA, EM ANEXO ESTÃO AS CÓPIAS DA DOCUMENTAÇÃO PERTINENTE, O REGISTRO DO PRESENTE BOLETIM FOI REALIZADO PARA FINS DE INSTRUÇÃO DE PLEITO RELATIVO AO SEGURO OBRIGATÓRIO. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Provvidências

VIA DESTE ENTREGUE AO DECLARANTE.

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data: 17/05/2018 12:16:14

Policial

Foto: 2018076000427_jeffersoncostadefreitas



Polegar direito

Atendimento: 1945467 - JEFFERSON COSTA DE FREITAS

Impresso por: 1945467 - JEFFERSON COSTA DE FREITAS em 17/05/2018 12:16:25

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Protocolo: J2018076000427 - Código de autenticação: ed9c6fb6ea24a614853904d1b3_56661f0

Página 11

Auto. declaratório

PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSA E FICA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE NOSSA SENHORA APARECIDA
TEL.: (84) 3288-2021 / (84) 988950145

NOME: Domingos Ezequiel Felix Matos N° 159.510
IDADE: 55 HORA DA ENTRADA 08:15 DATA 10/07/18
END.: Serraria de São Benedito
CARTÃO SUS: 100 9039 0619 3290
TELEFONE: _____
PA: _____ mm Hg: _____ TEMPERATURA: _____ C°

Queda de nado
fimura de clavícula
E.
laesp de D. polônio ^{of. 30} _{tm} *janice de*
150618
Ass. Profissional - CARIMBO
SAÚDE E PAZ: A GENTE FAZ.

ARUANA SEGUROS

29 JUN 2018



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima: JOSÉ EZEQUIEL FELIX MATIAS

CPF da Vítima: 792.065.734-20

Data do Acidente:

15/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Serra de São Bento/RN, 5 de maio de 2018

ARUANA SEGUROS

29 JUN 2018


Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSA E FICA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE NOSSA SENHORA APARECIDA
TEL.: (84) 3288-2021 / (84) 988950145

PREFEITURA DE
**PASSA
E FICA**
O PROGRESSO CONTINUA.

Nº 159.849
NOME: José Ezequiel Felix Matos
IDADE: 59 HORA DA ENTRADA 08:15 DATA 10/04/18
END.: Serraria de São Benedito
CARTÃO SUS: 300 9039 0619 3290
TELEFONE: () mm Hg: TEMPERATURA: °C
PA: mm

Queria esse medo
finalina da cloridrato

E.

laerp da D. polônico 08.30 am
tm

150418

Ass. Profissional - CARIMBO

ASS. PROFISSIONAL - CARIMBO
SAÚDE E PAZ: A GENTE FAZ.

ARUANA SEGUROS

29 JUN 2018



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4210 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 26/04/2018 11:22

Dados do Paciente

Paciente: JOSE EZEQUIEL FELIX MATIAS

Registro: 128613

Num. RG:1253275 CPF: 792.065.734-20 Nascimento: 22/08/1965 53 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Casado(a)

Endereço: SI MARIANAS

N. 10

Bairro: ZONA RURAL

Cidade : SERRA DE SAO BENTO

UF: RN

CEP: 59214000 Fone: 84987255591

Profissão: AGRICULTOR FAMILIAR POLIVALENT

Mãe: MARIA FELIX MATIAS

Dados do Internamento

Num. Internamento: 3

Entrada: 26/04/2018 11:19 Previsão saída: 27/04/2018 11:00 Atendente: JAISIAK

Convênio: SUS ESTADUAL

Matrícula/CNS: 700903906123290

Médico : Dr. MARCOS CABRAL FAGUNDES REGO

CRM: 5621

LEITO RESERVA 02

Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

Parentesco:

Termo de Responsabilidade

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial.

Declaro para os fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital Memorial de Natal pela instituição conveniada a qualquer título.

Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo seja acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora está autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

- Assinatura: [] Paciente [] Responsável

X JOSE EZEQUIEL FELIX MATIAS

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tiroz 59214000 RN / RN
Centro São Vicente
E 0596178
Suzete

Observações:
PACIENTE COM 1 RX

MedicWare

Página 1 / 1

ARUANA SEGUROS

29 JUN 2018



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228

hmemorial@uol.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 26/04/2018 11:22

Dados do Paciente

Paciente: JOSE EZEQUIEL FELIX MATIAS

Registro: 128613

Num. RG:1253275 CPF: 792.065.734-20 Nascimento: 22/08/1965 53 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Casado(a)

Endereço: SI MARIANAS

N.: 10

Bairro: ZONA RURAL

Cidade : SERRA DE SAO BENTO

UF: RN

CEP: 59214000

Fone: 84987255591

Profissão: AGRICULTOR FAMILIAR POLIVALENT

Mãe: MARIA FELIX MATIAS

Dados do Internamento

Num. Internamento: 3 Entrada: 26/04/2018 11:19 Previsão saída: 27/04/2018 11:00 Atendente: JAISIAK

Convênio: SUS ESTADUAL

Matrícula/CNS: 700903906123290

Médico : Dr. MARCOS CABRAL FAGUNDES REGO

CRM: 5621

LEITO RESERVA 02

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____

Data da Baixa: _____ No. de dias de hospitalização: _____ No. de US: _____

Doc. Apresentado: _____ Diagnóstico Definitivo: _____

Procedencia: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatório sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratórios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurologico: _____

Ap. Urinário e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____

MedicWare

Página 1 / 1

ARUANA SEGUROS

29 JUN 2018



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENTAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

Data: 26/04/2018 11:22

Dados do Paciente

Paciente: JOSE EZEQUIEL FELIX MATIAS

Registro: 128613

Num. RG:1253275 CPF: 792.065.734-20 Nascimento: 22/08/1965 53 anos Sexo:Masculino Est.Civil: Casado(a)

Endereço: SI MARIANAS

N.: 10

Bairro: ZONA RURAL

Cidade : SERRA DE SAO BENTO

UF: RN

CEP: 59214000

Fone: 84987255591

Profissão: AGRICULTOR FAMILIAR POLIVALENT

Mãe: MARIA FELIX MATIAS

Dados do Internamento

Num. Internamento: 3 Entrada: 26/04/2018 11:19 Previsão saída: 27/04/2018 11:00 Atendente: JAISIAK

Convênio: SUS ESTADUAL

Matrícula/CNS: 700303906123290

Médico : Dr. MARCOS CABRAL FAGUNDES REGO

CRM: 5621

LEITO RESERVA 02

Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

Parentesco:

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

1. - Autorizo o(a) Dr. MARCOS CABRAL FAGUNDES REGO, a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: S7604 TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA / NA
2. - O(A) Dr. MARCOS CABRAL FAGUNDES REGO, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
3. - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

Razão por que o paciente não assinou o presente Termo de Ciência e Consentimento e Responsabilização.
Preenchido pelo responsável do paciente

José Ezequiel Felix Matias
Assinatura: [] Paciente [] Responsável

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Certifico que expliquei detalhadamente a este paciente, ou ao seu responsável, o procedimento, cirurgia, seus benefícios, riscos e suas alternativas, respondi satisfatoriamente todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente / responsável comprehendeu todo o que expliquei.

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. MARCOS CABRAL FAGUNDES REGO - CRM 5621

ARUANA SEGUROS

29 JUN 2018

José Bezquim e filha matua

 <p>GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho</p>		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIH	
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO			
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <i>HW G.</i>	2 - CNES <i>ced = 237614715</i>		
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE <i>José Bezquim e filha matua</i>	6 - Nº DO PROTOCOLO		
7 - CARTÃO NACIONAL SUS <i>700 9039 06 63270</i>	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>22/09/1965</i>	9 - SEXO <i>feminino</i>	10 - MASCULINO 1 - FEMININO 2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Mariazinha matua</i>	11 - TELEFONE DE CONTATO <i>988881989</i>		
12 - ENDEREÇO (RUA, N°) <i>Rua Maria n.º 098725-5541</i>	13 - MUNICÍPIO <i>Serra do Bento</i>	14 - BAIRRO <i>Zona rural</i>	15 - UF <i>RN.</i>
16 - CEP <i>59214-000</i>	17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Febre de Afebre</i>	LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Febre de Afebre</i>	ARUANA SEGUROS		29 JUN 2018
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Sintoma febre</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Febre de Afebre</i>	21 - CID INICIAL <i>0308010019</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Febre de Afebre</i>	25 - LEITO / CLÍNICA <i>0308010019</i>	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>504.18</i></i>	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>504.18</i>
28 - DT SOLICITAÇÃO <i>06/06/2018</i>	29 - CNS / CPF <i>86901071-80</i>	30 - DT SOLICITAÇÃO <i>06/06/2018</i>	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) <i>Assinatura e Carimbo (Nº Reg. Conselho)</i>
32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - N° DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL	DESCRICAÇÃO / CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL		
42 - CID SECUNDÁRIO	43 - ()	44 - () GRAVE	45 - () GRAVÍSSIMA
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	47 - DT AUTORIZ.	48 - CNS / CPF	49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	51 - DT AUTORIZ.	52 -	53 - N° DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

010.019.107.176

tratamento, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde a luz dos valores éticos e humanitários.

Código Solicitação: 237614715

Número AIH: 241810033603-6

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:	CNES:
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL	2653923
Unidade Executante:	CNES:
HOSPITAL MEMORIAL	2408252
Logradouro, Endereço, Nº , Complemento, Bairro	Município Executante
AV JUVENTIN LAMARTINE - 979 - - TIROL	NATAL
Central Reguladora	NATAL
Data de Solicitação	15.04.2018 - 16:14:01
Data de Autorização	26/04/2018 - 17:51:10
Data de Reserva	26.04.2018
Data de Internação	27.04.2018
Data Prevista de Alta	28.04.2018
Data de Alta	27/04/2018 - 12:35:12
Motivo da Alta	1.1 ALTA CURADO

DADOS DO PACIENTE

CNS:	Nome Social/Apelido:
700903906123290	---
Nome do Paciente	Naturalidade:
JOSE EZEQUIEL FELIX MATIAS	SAO JOSE DO CAMPESTRE - RN
Nome da Mãe	Raça:
MARIA FELIX MATIAS	PARDA
Sexo:	Tipo Sanguíneo:
MASCULINO	---
Data de Nascimento:	Logradouro:
22/08/1965 (52 anos)	MARIANA
Tipo Logradouro:	Complemento:
SITIO	CASA
Número:	CEP:
S/N	59214-000
País de Residência:	UF:
BRASIL	RN
Telefone(s):	
(84) 8728-5504 (Exibir Lista Detalhada)	

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:	Nome do Médico Solicitante:	Status da Solicitação:
98230158568	ANTONIO BARBOSA DE ARAUJO FILHO	APROVADA
CPF do Médico Executante:	Nome do Médico Executante:	
01203172494	MARCOS CABRAL FAGUNDES REGO	
Diagnóstico Inicial - CID:	Classificação de Risco	
S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA	Risco: 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível	
Caráter:	Clínica Complementar:	
11 - Urgencia	Nenhuma	
Clínica:	Código:	
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	0408010150	
Procedimento Solicitado:		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA		

ARUANA SEGUROS

29 JUN 2018

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**Principais Sinais e Sintomas Clínicos:**

PACIENTE SOFRERU TRAUMA NO OMBRO CAUSANDO FRATURA DE CLAVÍCULA. REFERE DOR E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS.

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

EXAME FÍSICO E RAIOS X

Condições que Justificam a Internação:

NECESSIDADE DE CIRURGIA

PASSAGEM**Motivo de Impedimento do Regulador:**

--

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)**CRM:****Data de Solicitação:**

15.04.2018 - 16:14:01

Data da Extração dos Dados: 30/04/2018 09:27:26

RELATÓRIO ANESTESIA

I.S.D.A.

Paciente refere ter amassado o membro esquerdo - Rop clot, e tem dor e é muito forte no membro.

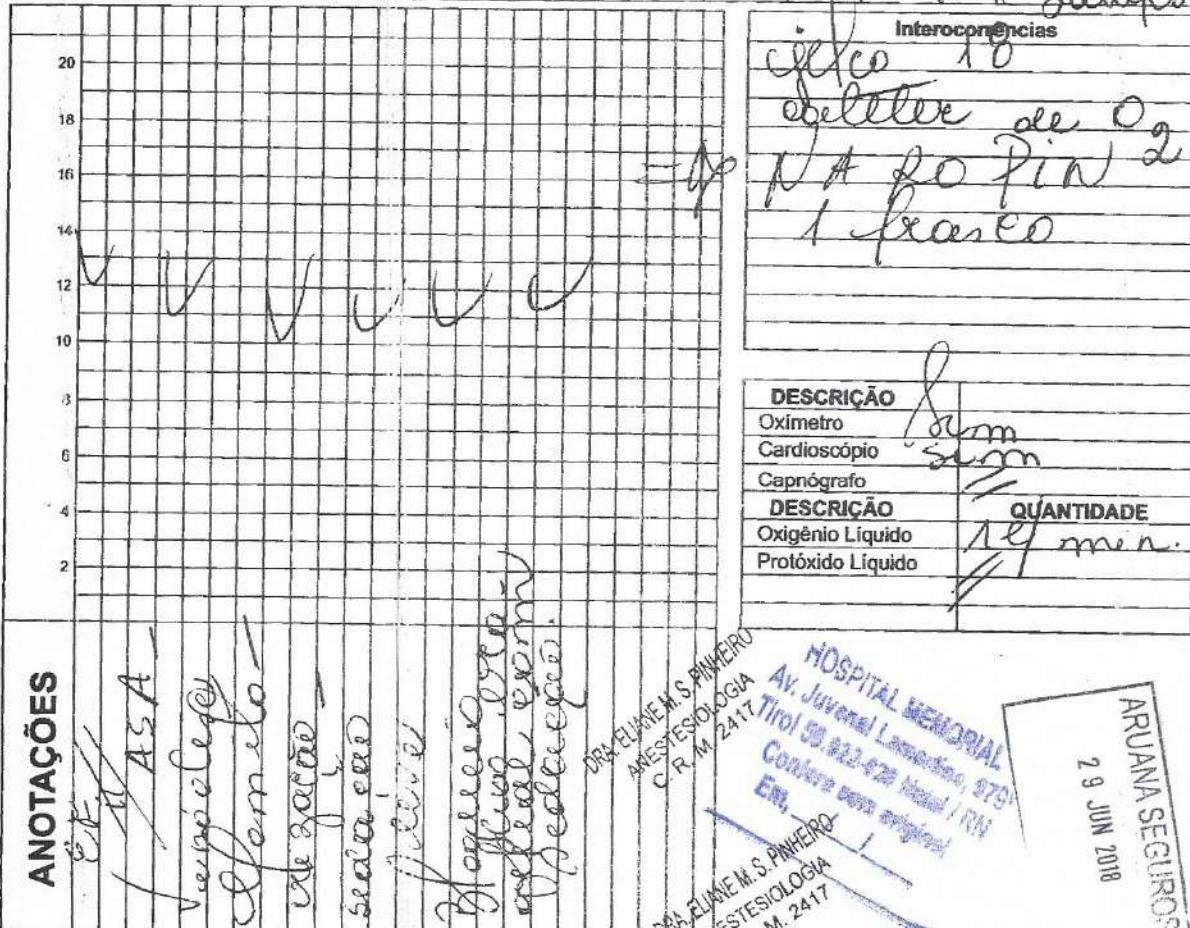
PRÉ-ANESTÉSICO:

Hidazolam 15 mg (ed)

TÉCNICA ANESTÉSICA:

Próprio do plexo traqueial via intubada com gato

DROGAS USADAS NA ANESTESIA												
CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID	QUANT.	MEDICAMENTOS
000150	Adrenalina	AMP		006818	Narcam	AMP						epop
028933	Água Bicarbonatada	AMP		007527	Plasti 10mg	AMP						- refazolinha
000942	Atropina 25	AMP		007558	Prostigmine	AMP						1/2g
002030	Cloreto de Potássio	AMP		005292	Ketalar	AMP						- detomidina
001460	Cloreto de Sódio	AMP		003353	Quetidim 100mg	AMP						- nocaína
016920	Dimort 2mg	AMP		000040	Quetidim 500mg	AMP						- nocaína
002115	Diprivan	AMP		003543	Rapiven	AMP						- propofol
002953	Dolantina	AMP		000974	Sevofane	ML						- etomidato
003060	Dormonid 15mg	AMP		008449	Sol. Ringer Simples	FRS						- nitroglicerina
017075	Dormonid 5mg	AMP		008740	Sol. Fisiológica	FRS						- nocaína
003071	Efotol	AMP		008829	Sol. Ringer Lactado	FRS						- etomidato
003780	Fentanil 2ml	AMP		001002	Theobrominal	FRS						- etomidato
017038	Halcano	ML		003013	Troponium	AMP						- etomidato
004605	Hypnomidate	AMP		008727	Volum	AMP						- etomidato
002487	Inoval	AMP		001475	Xilocaina 1%	AMP						- etomidato
010588	Lanezat	AMP		009995	Xilocaina 2% s/A	AMP						- etomidato
005887	Marcaina 0,5 c/A	AMP		010026	Xilocaina 2% c/A	AMP						- etomidato
005894	Marcaina 0,5 s/A	AMP		010033	Xilocaina Pessada	AMP						- etomidato
010589	Marcaina Pesada	AMP										- etomidato



DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
Oxímetro	1 un
Cardioscópio	1 un
Capnógrafo	1 un
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
Oxigênio Líquido	1 litro min.
Protóxido Líquido	1 litro min.

INÍCIO ANESTESIA	INÍCIO CIRURGIA	DATA:
FINAL CIRURGIA:	FINAL ANESTESIA:	ANESTESEOLÓGISTA: CRM: 2419

DR. ELIANE H. S. PINHEIRO
 ANESTESEOLÓGICA
 C. R. M. 2417
 AV. JUVENTIN LAMARCA, 979
 TEL: 30.822-8260 / RN
 CONCEDE DIREITO DE PAGAR
 EM: 10/06/2018

DR. ELIANE M. S. PINHEIRO
 ANESTESEOLÓGICA
 C. R. M. 2417

ARUANA SEGUROS
 29 JUN 2018

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital Memorial de Natal

Registro-Internamento: 128613 -3
Leito Nº: LEITO RESERVA 02
Médico: CRM - 5621 - MARCOS CABRAL FAGUNDES R

LAUDO MÉDICO PARA SITUAÇÕES ESPECIAIS

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Mudança de Procedimento | <input checked="" type="checkbox"/> Uso de Prótese, Ortese |
| <input type="checkbox"/> Diária de U.T.I. | <input type="checkbox"/> Uso de Fatores de Coagulação |
| <input type="checkbox"/> Diária de Acompanhante | <input type="checkbox"/> Uso de Oxigenadores |
| <input type="checkbox"/> Vacina Anti RH | <input type="checkbox"/> Nutrição Parenteral |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

HOSPITAL
10.867.687/0001-10 Hospital Memorial de Natal

PACIENTE
128613 -3 - JOSE EZEQUIEL FELIX MATIAS

PROCEDIMENTO ANTERIOR	PROCEDIMENTO SOLICITADO	MÉDICO SOLICITANTE	CRM	CPF
		MARCOS CABRAL FAGUNDES R	5621	012.031.724-94

JUSTIFICATIVA

DURANTE O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA (040801015-0) E FASCIECTOMIA (040806014-0); UTILIZADO 01 PLACA DCP E 6 PARAFUSOS

ARUANA SEGURO
29 JUN 2018

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lacerda, 979
Tiroz 55.823-420 Natal / RN
Confira esse original
Em _____

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE	CRM	DATA
	5621	26/04/2018 13:54:38

AUTORIZAÇÃO

AUDITOR	CRM	DATA



Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

PROTÓCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: 128613 IH: 3 Paciente: JOSE EZEQUIEL FELIX MATIAS
Nascimento: 22/08/1965 53 anos Internação: 26/04/2018 11:19:20 Leito: LEITO RESERVA 02

- ANTES DO ATO CIRÚRGICO —————— 26/04/2018 15:29:31 —————— COREN - 981845 - ANDRE LUIZ MIGUEL PEREIRA

Observações:

CLIENTE ADMITIDO NO C.C PARA SUBMETER-SE AO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRAURA DE CLAVICULA O(A)
MESMO(A) NEGA AM+M.DM+HAS, PUNCIONADO EM SALA EM MSD COM JELCO N°20 SEGURO AOS CUIDADOS DA EQUIPE
DE ENFERMAGEM.

Doença pré-existente:

Há reserva sanguínea: NÃO Prótese: NÃO Jóias: NÃO Membro e lado da cirurgia: MSE

Exame Laboratorial: NÃO Risco Cirúrgico: NÃO Raio X: PRÉ: SIM-QTD: 01

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): NÃO

Assinatura Responsável

Outros Exames:

SRPA —————— 26/04/2018 15:29:31 —————— COREN - 981845 - ANDRE LUIZ MIGUEL PEREIRA

Nível consciência: CONSCIENTE ORIENTADO Oxigenoterapia: 02 AMBIENTE

Acesso venoso: SIM Diurese: SIM Acianótico: NÃO Pálido: NÃO Sudorese: NÃO Tremores: NÃO

Hipotensão: NÃO Raio X de Controle: NÃO

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE ENCAMINHADO AO LEITO SEM INTERCORRÊNCIA DE POI DE CLAVICULA NA HVP
EM MSD, DIURESE AUSENTE NO MOMENTO, AGUARDANDO REALIZAR RX DE PÓS SEGURO
AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Assinatura Responsável

ARUANA SEGURA
29 JUN 2018

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tiro/ 53.620-420 Natal / RN
Confere com original
EM,



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

Jol B

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Data: 26/04/2018 15:29

Registro: 128613 IH:3 Paciente: JOSE EZEQUIEL FELIX MATIAS
Nascimento: 22/08/1965 53 anos Internação: 26/04/2018 11:19:20 Leito: LEITO RESERVA 02

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: BLOQ. DE PLEXO BRAQUIAL+ SEDACÃO Anestesiologista: DRº ELIANE

Tipo: FRATURA DE CLAVICULA Cirurgião: DRº MARCOS

Instrumentador: MIGUEL+ ANDRE ARAUJO Circulante: LECIA

Tipo curativo: LIMPO

Tem material para biópsia/cultura: NÃO

Inf.sanguínea: NÃO Monitoração correta: SIM Placa de bisturi: SIM

Antibiótico profilático?: NÃO

Medicação administradas:
CEFAZOLINA 2G

Intercorrências / Observações:

PACIENTE ADMITIDO EM SALA PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA, CONSCIENTE ORIENTADO, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA + DOENÇAS CLINICAS. NA HVP EM MSD COMS F 0,9% JELCO Nº20. SEM INTERCORRÊNCIA CIRURGICA ENCAMINHADO AO SRPA EM Oº AMBIENTE. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Potencial de Contaminação: Limpa

STEPHANNIE BEATRIZ DE SOUZA DANTAS
COREN - 854448

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol - 59.030-020 Natal / RN
Confirma com originais
EM,

ARUANA SE

29 JUN 2018



Prescrição Médica / Evolução Clínica

E

Paciente: JOSE EZEQUIEL FELIX MATIAS
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 128613 Idade: 52 anos
Unidade: CENTRO CIRURGICO Prontuário:
Leito: LEITO RESERVA 02 1018 Peso: 66,0 kg Altura: 1,75m
Admissão: 26/04/18 11:19 0 dia(s) de internação
Diag.: M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com ra

26/04/2018 19:00

	Horários de Aplicação	
1) DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SND	(SND)	5621
2) DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.	22:00, 04:00, 12:00	16:00
3) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 10ML DE ABD.	20:00, 04:00, 12:00	
4) METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas A critério médico.	(ACM)	
5) SORO FISIOLOGICO 0,9% 1000mL Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, Ao dia.	(1000)	500
6) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.	00:00, 08:00, 16:00	
7) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 06 em 06 horas	(V) (V) (V) (V) T	
8) CURATIVO, Ao dia	(ATENCAO)	
9) TIPOIA, Ao dia	(ATENCAO)	

Dr. MARCOS CABRAL FAGUNDES REGO
CRM - 5621

ARUANA SEGUROS
29 JUN 2018

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamego, 678
Tiroz 51.022-422 Niterói / RJ
Cartões com original
EM,



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: JOSE EZEQUIEL FELIX MATIAS Idade: 52 anos
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 128613 Prontuário:
Unidade: UNIDADE I Peso: 66,0 kg Altura: 1,75m
Leito: ENFERMARIA 101-B
Admissão: 26/04/18 11:19 1 dia(s) de internação
Diag.: M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com ra

27/04/2018 13:51

Horários de Aplicação

5621

1) DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SND

2) DIPIRONA 500mg/mL ampola

Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.

3) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola

Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.

DILUIR EM 10ML DE ABD.

4) METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL

Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas A critério médico

5) SORO FISIOLOGICO 0,9% 1000mL

Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, Ao dia.

6) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola

Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.

7) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 06 em 06 horas

8) CURATIVO, Ao dia

9) ALTA HOSPITALAR, Peia manhã

10) TIPOIA, Ao dia

Dr. MARCOS CABRAL FAGUNDES REGO
CRM - 5621

ARUANA SEGUROS

29 JUN 2018

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvêncio Lamego, 570
Tiroz 51.222-020 Natal / RN
Centro este original
En,



Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENTAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DE ENFERMAGEM - ADMISSÃO CENTRO CIRÚRGICO

Dados do Paciente

Paciente: JOSE EZEQUIEL FELIX MATIAS

Registro: 128613 Nº Internação: 3

Nascimento: 22/08/1965 53 anos Data Internação: 26/04/2018 11:19:20

Leito: ENFERMARIA 101-B

ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA Alerta

ASPECTO GERAL

Ac Venoso	Acianótico	Observações:
Pálido	Tremores	
Vômitos	Sudorese	

Diurese: Excretando

FERIDA OPERATÓRIA

Ocluída	Sangramento
Drenos	Fixadores
Tala	Tração
Edema	Hematomas

Queixas do Paciente:

NENHUMA QUEIXA NO MOMENTO

PACIENTE RETORNO DO CENTRO CIRÚRGICO EM POI DE CLAVICULA

RAIO X

Observações/QTD:

Pré: 1 PELE CULHA

Pos: REALIZADO RAIO X

SINAIS VITAIS
Pres.Arterial: 140 X 80
Pulso: 87

Temperatura: 36,5 °C
Respiração: 19

Observações:

Observações Gerais:
PACIENTE EM POI DE FRATURA DE CLAVICULA.
CONSCIENTE E ORIENTADO, EM O2 AMBIENTE.
DIETA VIA ORAL, NA HIDRATAÇÃO VENOSA
PERIFERICA, AFERIDO SSVV, ELIMINAÇÕES
FISSIOLOGICA ESPONTANEA. SEGUE AOS CUIDADOS JOSE MARQUES DA ROCHA JUNIOR

26/04/2018 20:52:54
COREN - 354378

ESTADO GERAL

<u>Alerta</u>	Higiene <u>Com auxílio</u>
<u>Decúbito Dorsal</u>	Respiração <u>O2 Ambiente</u>
<u>Corado</u>	Deambulação
<u>Acianótico</u>	Restrito ao leito

Eliminaç.Vesicais PRESENTE

SINAIS VITAIS

Pres.Arterial: 130 X 80 Pulso: 80 Temperatura: 36,5 °C Respiração: 20

Saturação O2: Glicose no sangue

ACESSO VENOSO

H.V EM MSD
Obs:

DIETA
Oral

Aceita Total

QUEIXAS DO PACIENTE

Observações Gerais:

PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO EM O2 AMBIENTE, EM POS OPERATORIO DE CLAVICULA E.H.V EM MSD, COM ESQUERMA DE ATB/ CEFAZOLINA 01 G DE 8/8H). HIGIENIZADO NO LEITO, REALIZADO TROCA DE ROUPA DE CAMA, VERIFICADO SSVV, SEM ALTERAÇÕES. ADMINIS. MEDICAMENTO DE HORARIO, O MESMO RECEBEU VISITA MÉDICA E ENCONTRA SE DE ALTA HOSPITALAR A ESPERA DE TRANSPORTE

27/04/2018 10:07:17

COREN - 199689
VIVIANE NUNES DA SILVA

ARUANA SEGURO

29 JUN 2018

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvental Lamartine, 979
Tiroz 50.223-920 Natal / RN
Confira com original
EM,



Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

O DE ENFERMAGEM - UNIDADE ENFEI

Dados do Paciente

Paciente: JOSE EZEQUIEL FELIX MATIAS Registro: 128613 Nº Internação: 3
Nascimento: 22/08/1965 53 anos Data Internação: 26/04/2018 11:19:20 Leito: ENFERMARIA 101-B

OBSERVAÇÕES GERAIS

PACIENTE EM POS DE CLAVICULA E SAIU DE ALTA HOSPITALAR, COM ORIENTAÇOES MEDICA
SEM QUEIXAS, ANEXO NO PRONTUARIO 010 IMAGEM DE RX DE PRE,+ POS DE RX DE CONTROLE

27/04/2018
COREN - 199689
VIVIANE NUNES DA SILVA

ARUANA SEGUR
29 JUN 2018

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tiroz 39.622-622 Natal / RN
Centro em artigas
Em, _____

ORIENTAÇÕES:

- USAR TIPOIA ATÉ RETORNO COM O MEDICO, NÃO RETIRAR
- NÃO MEXER O OMBRO
- MOVIMENTAR A MÃO
- COMPRESSA DE GELO 5X/DIA POR 15 MINUTOS
- TROCAR CURATIVO TODO DIA COM ALCOOL 70, GAZE E MICROPORE
- RETORNO SEGUNDA FEIRA: 07/05 12:00H , PARA RETIRAR PONTOS. HOSPITAL MEMORIAL

HOSPITAL MEMORIAL

COMPROVANTE DE AGENDAMENTO

Seu atendimento foi agendado para: 7/5/18
às 12 horas, por ordem de chegada,
Dr Marcos

Tratamento pós-operatório pelo SUS.

Setor de marcação: (84) 3133-4200
hmemorialambulatorio@gmail.com

ARUANA SEGI

29 JUN 2018



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

HOSPITAL MEMORIAL

Av. Juvenal Lamartine, 979 – Tirol – Natal/RN
Fones: (84) 3133-4200
CNPJ:10.867.687/0001-10

1ª Via – Retenção da Farmácia ou Drogaria
2ª Via – Orientação ao Paciente

Dr. MARCOS REGO
CRM 5621

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. Marcos Rego
Ciurgia de Tirol
CRM 5621

Paciente: **JOSE EZEQUIEL FELIX MATIAS**

Endereço: SI MARIANAS;10;ZONA RURAL;SERRA DE SAO BENTO–RN

Prescrição: KEFLEX 500 ----- 01 CX

Tomar 01 cp vo 6/6h por 05 dias

Data, 26/04/ 18

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Ident.: _____ Órgão: _____ Emissor: _____
End.: _____

Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data ____/____/____

ARUANA SEGURÓ

29 JUN 2018



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

HOSPITAL MEMORIAL

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol - Natal/RN
Fones: (84) 3133-4200
CNPJ: 10.867.687/0001-10

1ª Via – Retenção da Farmácia ou Drogaria
2ª Via – Orientação ao Paciente

Dr. MARCOS REGO
CRM 5621

Carimbo e Assinatura do Médico

A handwritten signature in cursive ink that reads "Marcos Rego" and "Cirurgia de Ombro" followed by "CRM 5621".

Paciente: **JOSE EZEQUEIEL FELIX MATIAS**

Endereço: SI MARIANAS;10;ZONA RURAL;SERRA DE SAO BENTO-RN

Prescrição: KEFLEX 500 ----- 01 CX

Tomar 01 cp vo 6/6h por 05 dias

Data, 26/04/ 18

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Ident.: _____ Órgão: _____ Emissor: _____
End.: _____

Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data: ____/____/____

ARUANA SEGUROS

29 JUN 2018



JOSE EZEQUIEL FELIX MATIAS

Uso ORAL:

1. MAXSULID 400 ----- 01 CX
TOMAR 01 COMP. 12/12H POR 05 DIAS.

2. LISADOR ----- 01 CX
TOMAR 01 COMP DE 6/6H EM CASO DE DOR .

Dr. Marcos Diego
Cirurgia de Ombro
TJRN 5821

26/06/18

ARUANA SEGUROS

29 JUN 2018

ORAL:

Dr. Marcos
Cassiano do
Nascimento

260

OR.



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os fins que se fizerem necessários que

Tirol Eugenio Fábio Moraes foi atendido (a)

este serviço médico, tendo sido liberado (a) a seguir. Devendo ficar afastado de suas
atividades do trabalho por Servente (60) dias, a partir desta data.

ID-10: 542.0 Natal (RN), 26 de Abre de 2018

Dr. Marcos Rego
Cirurgião-Dentista
CRM-RN 1021

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Fone: (84) 3133-4200 - CEP 59022-020 - Tirol - Natal/RN

ARUANA SEGURO

29 JUN 2018

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARICA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT

RN Nº 013102023737 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

SAC DPVAT 0800 022 1204

<input type="checkbox"/> EXERCÍCIO	<input type="checkbox"/> DATA EMISSÃO
2016	02/09/2016
<input type="checkbox"/> CPF / CNPJ	<input type="checkbox"/> PLACA
700.969.204-05	NZT18455
<input type="checkbox"/> PLACA ANT / UF	<input type="checkbox"/> CHASSI
NZT18455/RN	SCU180210B059163
<input type="checkbox"/> MARCA / MODELO	<input type="checkbox"/> ANO FAB.
HONDA/POP100	2008
<input type="checkbox"/> CAP / POT / CIL	<input type="checkbox"/> CATEGORIA
0CV/57 CIL INDIVIDUAL	PARTICULAR
<input type="checkbox"/> DOTA UNICA	<input type="checkbox"/> VENC. COTA ÚNICA
I P R\$ 0,00	02/09/2016
V FAIXA IPVA	<input type="checkbox"/> PARCELAMENTO / COTAS
A 002829.3X	1 ^a PAGO
<input type="checkbox"/> PREMIO TARIFARIO (R\$)	<input type="checkbox"/> PREMIO TOTAL (R\$)
*** TAXAS DESTINAS: PAGO	100% PAGO
<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÕES	<input type="checkbox"/> DATA DE PAGAMENTO
<input type="checkbox"/> DATA DE QUITAÇÃO	<input type="checkbox"/> PARCELA
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO

ARUANA SEGURADA

29 JUN 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADÃOS

DETAN - RN 10225/00907

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

VIA: CÓD. RENAVAM: RNF. TR.O: EXERCÍCIO:
1. 0097745058 2016

J. M.ELIE PELIX MATIAS

<input type="checkbox"/> PLACA	<input type="checkbox"/> PLACA
700.969.204-05	NZT18455
<input type="checkbox"/> CHASSI	<input type="checkbox"/> CHASSI
SCU180210B059163	NZT18455
<input type="checkbox"/> MARCA / MODELO	<input type="checkbox"/> ANO MOD.
HONDA/POP100	2008
<input type="checkbox"/> CATEGORIA	<input type="checkbox"/> COR PREDOMINANTE
PARTICULAR	FRETE
<input type="checkbox"/> VENC. COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> VENC. / COTAS
02/09/2016	1 ^a PAGO
<input type="checkbox"/> PARCELAMENTO / COTAS	2 ^a PAGO
100% PAGO	3 ^a PAGO
<input type="checkbox"/> PREMIO TOTAL (R\$)	<input type="checkbox"/> DATA DE PAGAMENTO
100% PAGO	02/09/2016
<input type="checkbox"/> PARCELADO	<input type="checkbox"/> PARCELADO
<input type="checkbox"/> DATA DE QUITAÇÃO	<input type="checkbox"/> DATA DE QUITAÇÃO
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA

CONTRIBU

CPF: 09 246.608.0007-04

MOTOR: H02E18059163

DE PORTA OBIGATÓRIO

NOVAVINHO PARA TRANSPORTE

DATA:

02/09/2016

Local:

SAO JOSE DO CERRITO/PE

Observações:

Assinatura:

Assinatura da Agencia de Seguro

Assinatura do Revisor de Setor

Assinatura

JUSTIFICATIVA DA FALTA DE PRONTUARIO COMPLETO

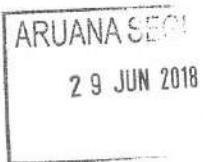
Eu, **JOSÉ EZEQUIEL FELIX MATIAS**, brasileiro, casado, agricultor, inscrito no CPF/MF sob o nº 792.065.734-20, portador da cédula de identidade nº 1.253.275 SSP/RN, residente e domiciliado no Sítio Marianas, nº 10, zona rural, CEP: 59214-000, Serra de São Bento/RN, venho perante a seguradora Líder dos consórcios, afirmar que não tenho nenhum desses documentos exigidos pela seguradora Líder.

1. Relatório de tratamento com indicações das lesões produzidas pelo trauma, datas e locais de tratamento realizados (clínicos, cirúrgicos e fisioterápicos) e data de conclusão do tratamento.

Declaro que não foi possível conseguir os documentos acima mencionados em razão das dificuldades financeiras que enfrento. Outrossim, não tenho condições de pagar médico particular para emissão de laudo. Todavia, fico à disposição da seguradora para que, se possível, possa agendar dia, local e horário para realização de perícia médica através de profissional nomeado pela seguradora.

Espero que os senhores compreendam a minha situação e assim possa dar prosseguimento ao meu processo concluindo com a MARCAÇÃO DE PERICÍA para confirmar minhas sequelas.

Serra de São Bento/RN, 5 de maio de 2018.



Atenciosamente,

José Ezequiel Felix Matias



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima: 792.065.734-20

Nome completo da vítima: JOSÉ EZEQUIEL FELIX MATIAS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: JOSÉ EZEQUIEL FELIX MATIAS	CPF titular da conta: 792.065.734-20	Profissão: agricultor
Endereço: Sítio Marianas	Número: 10	Complemento
Bairro: zona rural	Cidade: Serra de São Bento	Estado: RN
Email: <i>Márcio pomui</i>	Telefone (84) 98705-6203	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

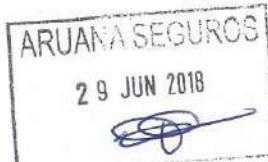
AGÊNCIA NRO. 0762	D/V <input type="text"/>	CONTA NRO. 39737	D/V <input type="text"/>
(Informar dígito se existir)			

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/>	D/V <input type="text"/>	CONTA NRO. <input type="text"/>	D/V <input type="text"/>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

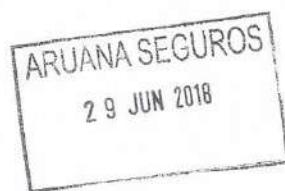
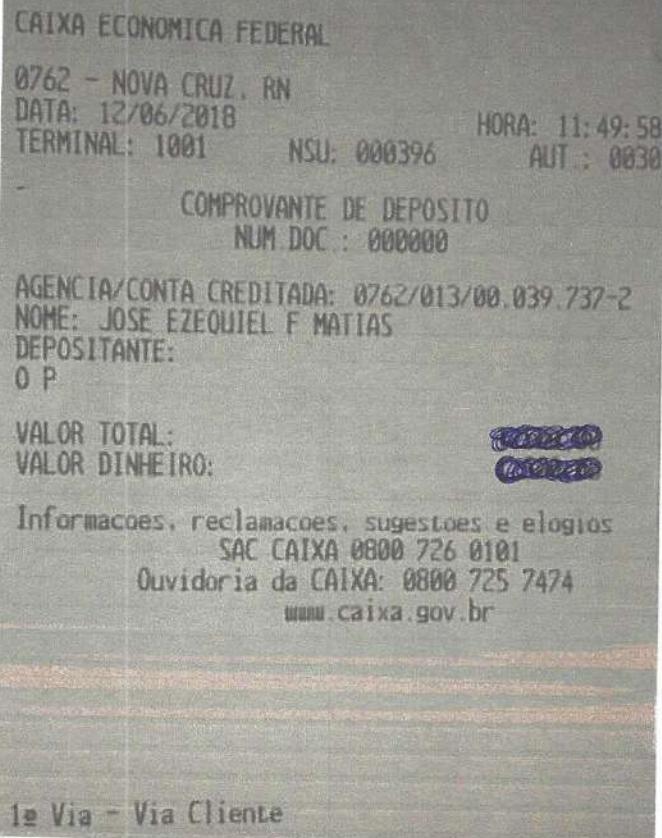
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

Natal/RN, 5 de maio de 2018.



José Ezequiel Felix Matias
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu José Ezequiel Félix Matus,
RG nº 003.303.649, data _____, de _____,
expedição 23.08.2011, Órgão ITP portador(a) do _____
CPF nº 700.989.204-05, com domicílio na cidade
de Serra de São Bento, no Estado RN, onde
resido na _____
(Rua/Avenida/Estrada) Serra de São Bento
Sítio Mariana, nº 10 complemento José Ezequiel Félix Matus, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima José Ezequiel Félix Matus, cujo condutor era José Ezequiel Félix Matus

Veículo: Motocicleta

Modelo: Pop 100

Ano: 2008

Placa: MZL B 495

Chassi: GC2UHB02J07A059383

Data do acidente: 16/04/18

Local e data: 23.07.87. Serra de São Bento

José Ezequiel Félix Matus
Assinatura do Declarante



Francisca Florentino do Nascimento
CPF 053.093.904-56
Escrevente

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

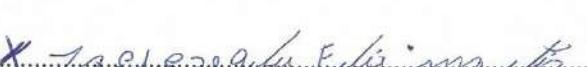
Declaração

Eu declaro que
a vítima
após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre, em/...../.....,
fui socorrido por levado ao hospital:
.....

Declaro não ter recebido nenhum tipo de atendimento médico no local do acidente, tais como SAMU, Corpo de Bombeiro, Ambulância etc, da mesma forma não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado inquérito Policial na delegacia, dessa forma não posso nenhuma outra prova referente ao acidente, além do boletim de ocorrência policial e a documentação médica apresentada.

“Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.
Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, se o documento é particular.”

Local.....UF..... Data:/...../.....

Assinatura: 

[Responder](#) | [Excluir](#) [Lixo eletrônico](#) | ...

PARECER DOS PROCESSOS

MP

Marina Paulino <julienepaulino@bol.com.br>

Hoje, 10:50

Você

[Responder](#) | ...

Caixa de Entrada

Bom dia Toinho,

Consultei o DPVAT de José Ezequiel Felix Matias e o pedido administrativo dele foi negado pela perícia médica, por falta de sequelas do acidente automobilístico. Então só adianta a gente entrar com a ação na Justiça se realmente ele tiver ficado com alguma sequela/dano do acidente, porque ele também vai passar por uma perícia médica pela Justiça.

Quanto a Sra. Maria Aparecida Ferreira Dias, eu consultei o nome dela pelo sistema da Justiça Federal e não achei nada no nome desta pessoa.

Att,

Marina.

GVBhsr a LAVIERS

06/12/2018

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo



(/)



Buscar no site



A COMPANHIA **SEGURO DPVAT** PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS SALA DE IMPRENSA TRABALHE CONOSCO CONTATO

Seguro DPVAT Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180300464 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE EZEQUIEL FELIX MATIAS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO ARUANA SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO JOSE EZEQUIEL FELIX MATIAS

CPF/CNPJ: 79206573420

Posição em 06-12-2018 16:30:41

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
18/07/2018	Negativa Técnica - Sem sequelas	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/zPxL9STbXxWwT5X3aUMkiw== api_key=Y1mS5keYVAdcc4fjeMVfqNh1p+1S8W9wTewtlqkYQvo=)
13/07/2018	Aviso de Sinistro	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/KgFJSOhV1sOGPS4mLQPfdE api_key=Y1mS5keYVAdcc4fjeMVfqNh1p+1S8W9wTewtlqkYQvo=)

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?optconsultasemsinistro=true>

1/2



Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE EZEQUIEL FELIX MATIAS

Nº Sinistro: 3180300464
Vitima: JOSE EZEQUIEL FELIX MATIAS
Data do Acidente: 15/04/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador ERIC TORQUATO NOGUEIRA

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número 3180300464), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em 15/04/2018. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi negado.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site www.seguradoralider.com.br, ou ligue através do telefone 0800 022 12 04 (ligação gratuita) ou 0800 022 12 06 que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13105592



Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE EZEQUIEL FELIX MATIAS

Nº Sinistro: 3180300464
Vitima: JOSE EZEQUIEL FELIX MATIAS
Data do Acidente: 15/04/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ERIC TORQUATO NOGUEIRA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180300464**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13072452