



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, Otacílio 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.



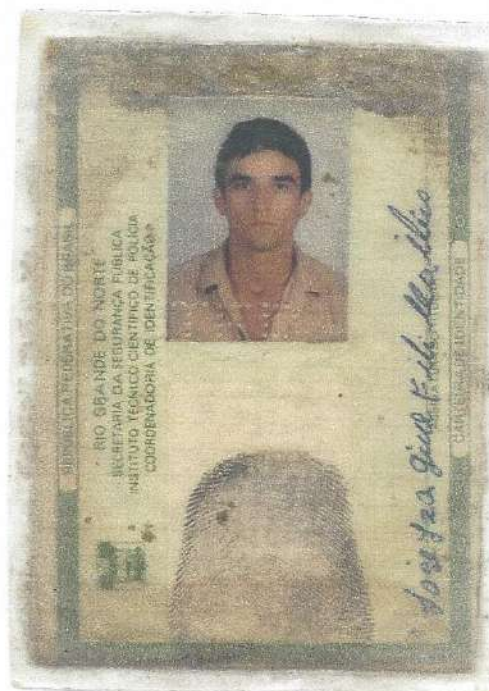
JOSÉ EZEQUIEL FELIX MATIAS

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



ARUANA SEGURA
29 JUN 2018



DADOS DO CLIENTE

JOSÉ EZEQUIEL FELIX MATIAS

CPF: 792.085.734-20

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
003524410	UNICA	14/03/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
14/03/2018	300093803	1430658

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI MARIANAS 10

ZONA RURAL/ÁREA RURAL
SERRA DE SÃO BENTO RN
59214-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
0854442953	03/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE FÉTIMA LECTURA
22/03/2018	13/04/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	70,21

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	127,000000	0,53495884	67,92
Multa por atraso - NF 00058733 - 12/01/18			1,32
Juros por atraso - NF 00058733 - 12/01/18			0,59
Atualização IGP-M NF 00058733 - 12/01/18			0,38
TOTAL DA FATURA			70,21

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	ALÍQUOTA	CONSUMO (KWH)
DATA	LEITURA	DATA	LEITURA			
10/03/2018	14.700,00	14/03/2018	14.636,00	32	1,0000	137,00

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
ICMS	Geração de Energia
PIS	Transmissão
COPINF	Distribuição (Consumo)
	Perdas de Energia
	Encargos Setoriais
	Tributos
	Total
	R\$ 67,92 100%

PERÍODO DE CONSUMO	VALOR DO APOSTO	TAXAS E APLICAÇÕES
CONSUMO ATIVO (KWH)	0,41900000	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagamento desta Nota Fiscal de Energia Elétrica deve ser feito em conformidade com as condições de uso e serviço da rede elétrica, conforme estabelecido no contrato de fornecimento de energia elétrica. O cliente é responsável por manter a instalação elétrica em conformidade com as normas técnicas e de segurança. O cliente é responsável por manter a instalação elétrica em conformidade com as normas técnicas e de segurança. O cliente é responsável por manter a instalação elétrica em conformidade com as normas técnicas e de segurança.



DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
	CONDIÇÃO	VALOR APROXIMADO por 200h	LÍMITE		TENSÃO NOMINAL (V)	LÍMITE DE VARIAÇÃO (V)	
			MENSAL	TRIMESTRAL		inferior	superior
DIO	LAGOADA DANADA	0,00	11,49	22,90	220	202	231
FIO		0,00	7,74	15,49			
OME		0,00	6,29	0,00			

Fonte: DCE: 1.6.2012

Obs: Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 24,78

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
0854442953	03/2018	22/03/2018	70,21
83850000000-8 70210038400-6 85444295320-8 01198554393-6			

ARUANA SEGUROS
29 JUN 2018

BUSCAR NO SITE

Siguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE

- (P)áges - A
- (A)cessibilidade.aspx
- (P)áges
- (A)lhos de
- (I)ndenizaçãO

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é

SINISTRO 3180300464 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE EZEQUEL FELIX MATIAS
COBERTURA Invalides
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO ARLIANA SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO JOSE EZEQUEL FELIX MATIAS
CPF/CNPJ: 79205273420

Pedição em 29-10-2018 08:48:14
Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Cartas
18/07/2018	Negativo Técnica - Sem anexos (https://midprodutos.seguradoralider.com.br/8403/apdf/downloadadownload.php?STBXWVWSXSLIMd9w=IQZWC____IpBz3uWvYwAlpGcznp7WjQkve--IQW____7f03D0ANtCmkaajpgSGYHUC+UktynfW6u3uNvtetSR0M9K6yppQ2CVdenfjgULxtp1q4yzatHnMBGsdZwi)	
12/07/2018	Pelo de Sinistro (https://midprodutos.seguradoralider.com.br/8403/apdf/downloadadownload.php?STBXWVWSXSLIMd9w=IQZWC____IpBz3uWvYwAlpGcznp7WjQkve--IQW____7f03D0ANtCmkaajpgSGYHUC+UktynfW6u3uNvtetSR0M9K6yppQ2CVdenfjgULxtp1q4yzatHnMBGsdZwi)	

PAGAR SIGURO

- Começar Pagar (P)áges
- (P)áges-Siguro.aspx
- Consulta à Pagamentos Efetuados (P)áges
- /Consulta-
- >Pagamentos-Efetuaos.aspx
- Informações Gerais (P)áges-Informacao-Geral-Sobre-o-Pagamento.aspx

acompanhe o processo

- Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (P)áges
- /Acompanhe-o-processo-de-indenizacao.aspx

[illegible]

[Termos de uso e política de privacidade \(Pages/Termos de Uso/Priv\)](#)



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
2.3 Fato: Consumado
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.6 Tipo do local: Via Pública
2.8 Número: SN
2.10 Complemento: ESTRADA DE ACESSO A LAGOA D'ANTA
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida
2.4 Flagrante: Não
2.7 Logradouro: ESTRADA CARROÇÁVEL
2.9 CEP:
2.11 Ponto de Referência: PRÓXIMO A CASA DE ZÉ BALBINO
2.13 Cidade: LAGOA D'ANTA

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSÉ EZEQUIEL FÉLIX MATIAS
3.3 Nome Social:
3.5 Etnia: Parda
3.7 Sexo: MASCULINO
3.9 CPF: 79206573420
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: AGRICULTOR
3.15 Telefone(s): 84 988526777
3.17 Número: 10
3.19 Bairro: ZONA RURAL
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.23 Cidade: SERRA DE SÃO BENTO

3.2 Estado civil: Casado(a)
3.4 Pai: NÃO DECLARADO
3.6 Mãe: MARIA FÉLIX MATIAS
3.8 Orientação Sexual:
3.10 Identidade de Gênero:
3.12 Data de Nascimento: 22/08/1965
3.14 RG: 1253275 - ITEP/RN
3.16 Passaporte:
3.18 Naturalidade: SÃO JOSÉ DE CAMPESTRE/RN
3.20 E-Mail:
3.22 Logradouro: SÍTIO MARIANAS
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
7.1.3 Chassi: 9C2HB0210BR059183
7.1.5 Placa: MZL8495
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.9 Ano do Modelo: 2008
7.1.11 Cor do veículo: PRETA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.15 Nome do proprietário: JAMILLE FELIX MATIAS
7.1.17 Nome do condutor: JOSÉ EZEQUIEL FÉLIX MATIAS
7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:
7.1.4 Renavam: 00977745058
7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
7.1.8 Modelo: POP108
7.1.10 Ano de Fabricação: 2008
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.14 Número do Motor:
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:



8. 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 TRÁS DELE EM ALTÍSSIMA VELOCIDADE, O QUAL CHEGOU A TOCAR DE LEVE NA RABETA DA MOTO QUE ELE DECLARANTE CONDUZIA, CAUSANDO A QUEDA DESTE. 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 MATERINIDADE NOSSA SENHORA APARECIDA, EM PASSA E FICA/RN, TENDO SIDO POSTERIORMENTE ENCAMINHADO PARA O PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO, NO HOSPITAL MONSENHOR WILFREDO 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 OBRIGATORIO. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

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

Interessado



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: e456e86ea24a6148539940b3c9b961f0

Página 1 1

Atto declaratório



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



NOME: Jose Gregorio Felix Martins Nº 189.840
IDADE: 59 HORA DA ENTRADA 08:15 DATA 25/4/18
END.: rua de São Bento
CARTÃO SUS: 100 9039 0619 3290
TELEFONE: () _____
PA: _____ mm Hg: _____ TEMPERATURA: _____ °C

Quarta ele não

finaliza ele clavicula

100p ele D. polonico 08:30
tm ganicele

150418

150418

efeg

Passa e Fica - RN
CEP 59218-000

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

ARJANA SEGUROS
29 JUN 2018

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 interdita 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:

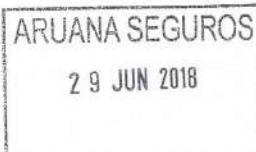
Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ 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



* José Ezequiel Felix Matias

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

NOME: Jose Gregorio Felix Matias Nº 189.849
IDADE: 59 HORA DA ENTRADA 08:15 DATA 15/04/18
END.: rua de São Bento
CARTÃO SUS: 700 9039 0619 3290
TELEFONE: () _____
PA: _____ mm Hg: _____ TEMPERATURA: _____ °C

Quarta ele não

finaliza ele clareia

E.

100p. ele D. polonico

tm

*08:30
ganicele*

150418

Assinatura Profissional

efeg

Passa e Fica - RN
CEP 59218-000

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

Matricula/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 esta autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

Assinatura: [X] Paciente [] Responsável

X Jose Ezequiel Felix Matias

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.220-020 Natal / RN
Contato: 84987255591
E-mail: hmemorial@veloxmail.com.br

Shirley

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@uelvmail.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: _____ Diagnostico Definitivo: _____

Procedencia: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatorio sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratorios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurológico: _____

Ap. Urinario e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.220-20 Natal / RN
Cidade sede original
Em: _____

MedicWare

Página 1 / 1

ARJANA SEGUROS

29 JUN 2018



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL 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: **700903906123290**
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 LOCALIZAÇÃO 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

X *Jose 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 compreendeu todo o que expliquei.

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. Marcos Cabral Fagundes Rego
Dr. MARCOS CABRAL FAGUNDES REGO - CRM 5621

Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.222-020 Natal / RN
Contato com original
Em, ____/____/____

João Ezequiel F. M. M.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <i>HN G.</i>	2 - CNES <i>ced = 2.346.147.15</i>
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <i>João Ezequiel F. M. M.</i>	6 - Nº DO PROTOCOLO
7 - CARTÃO NACIONAL SUS <i>700 9039 06 12 3270</i>	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>22/09/1965</i>
9 - SEXO <i>52a</i>	MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> 1 FEMININO <input type="checkbox"/> 2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Maria F. M. M.</i>	11 - TELEFONE DE CONTATO <i>988881989</i>
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) <i>Av. Manoel de Sá</i>	<i>987006203</i> <i>987280569</i>
13 - MUNICÍPIO <i>Santa Cruz</i>	14 - BAIRRO <i>zona rural</i>
15 - UF <i>RN</i>	16 - CEP <i>59214-000</i>

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>trauma de crânio</i>	18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>trauma</i>
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>fratura de crânio</i>	20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>trauma de crânio</i>
21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO
23 - LAUDOS ASSOCIADOS	

ARUANA SEGUROS
29 JUN 2018

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Tratamento</i>	25 - LEITO / CLÍNICA	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
28 - CODIGO DO PROCEDIMENTO <i>0308010019</i>	29 - DT SOLICITAÇÃO <i>15/04/18</i>	30 - CNS / CPF	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRANSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL	DESCRIÇÃO DA 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 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			

010.019.107.176

trauma, 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:
HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

Unidade Executante:
HOSPITAL MEMORIAL

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL

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

CNES:
2653923

CNES:
2408252

Município Executante
NATAL

Operador 01987736419MARILENE

Operador 16628640434ENILDA

Operador 33391521449FRANCISCA

Operador 33391521449FRANCISCA

DADOS DO PACIENTE

CNS:
700903906123290

Nome do Paciente
JOSE EZEQUIEL FELIX MATIAS

Nome da Mãe
MARIA FELIX MATIAS

Sexo:
MASCULINO

Data de Nascimento:
22/08/1965 (52 anos)

Tipo Logradouro:
SÍTIO

Número:
S/N

País de Residência:
BRASIL

Telefone(s):
(84) 8728-5504 (Exibir Lista Detalhada)

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:
SAO JOSE DO CAMPESTRE - RN

Raça:
PARDA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro: Complemento:
MARIANA CASA

Bairro: CEP:
ZONA RURAL 59214-000

Município de Residência: UF:
SERRA DE SAO BENTO RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:
98230158568

CPF do Médico Executante:
01203172494

Diagnóstico Inicial - CID:
S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

Caráter:
11 - Urgência

Clínica:
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

Nome do Médico Solicitante:
ANTONIO BARBOSA DE ARAUJO FILHO

Nome do Médico Executante:
MARCOS CABRAL FAGUNDES REGO

Status da Solicitação:
APROVADA

Classificação de Risco
Risco 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível

Clínica Complementar:
Nenhuma

Código:
0408010150

ARUANA SEGUROS
29 JUN 2018

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

PACIENTE SOFREU TRAUMA NO OMBRO CAUSANDO FRATURA DE CLAVÍCULA. REFERE DOR E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS/103

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

EXAME FÍSICO E RAIOS X

Condições que Justificam a Internação:

NECESSIDADE DE CIRURGIA

PARTICULAR**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



BLOCO CIRÚRGICO
BOLETIM DE SALA

Reg

1 2 3 6 1 3

Nome

José Ezequiel Faria Martins

APTO:

Cirurgia Realizada:

Oftalmologia + Fisiologia + Fisiologia + Fisiologia

DATA: 26/04/18

INICIO: 13:30

HS:

MIN:

TÉRMINO: 15:30 HS:

MIN:

EQUIPE	NOME	CIC/ME	CRM	CIRURGIA
Cirurgião	Dr. Marcos Rêgo de Matos		5621	Pequena
1 Auxiliar				Média
2 Auxiliar				Grande
Anestesiologista	Elaine M. S. Pinheiro			Múltipla
Instrumentador				

Atos:

1) Parar a cirurgia, devido a falta de material necessário para a realização da cirurgia.

2) Fazer a cirurgia de forma adequada, com a utilização de material adequado para a realização da cirurgia.

CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
MEDICAMENTOS				FIOS				DESCARTÁVEIS			
026956	Água Bactericida 100ml	AMP		051320	Vicryl 4-0 (Violeta)	ENV		069164	Malha Tubular 12cm	ROL	
000326	Água Bactericida 10ml	AMP		050377	Vicryl 5-0 (Incolor)	ENV		060188	Malha Tubular 15cm	ROL	
026968	Água Bactericida 20ml	AMP		051255	Vicryl 6-0	ENV		062783	Máscara Descartável	UND	
000057	Cloranfenicol 1g	AMP		050313	Vicryl 7-0	ENV		060930	Polígrafo 2 vias	UND	
000096	Dexametona 4mg. inj.	AMP						064794	Povidone Iodine / ml.	ML	
000713	Glicose 25% 10ml inj.	AMP						064787	Povidone Iodine / ml.	ML	
004283	Glicose 50% 10ml inj.	AMP						065567	Sabão Líquido	ML	
004703	Hipoclorito 50%	FRS						060733	Sepalona Descartável	UND	
005048	Intral Pomada 1/4	COM						063223	Seringa Desc. 01cc. d'Agulha	UND	
015111	Intral Neuro 1g.	COM						062443	Seringa Desc. 03cc. d'Agulha	UND	
006667	Intralina 2ml inj.	AMP						062475	Seringa Desc. 05cc. d'Agulha	UND	
007493	Profenid 100mg. inj.	AMP						063209	Seringa Desc. 10cc. d'Agulha	UND	
008829	Solução Ringier d' Lactato	FRS						063216	Seringa Desc. 20cc. d'Agulha	UND	
008849	Solução Ringier Simples	FRS						063120	Sonda Uretral 10	UND	
028125	Soro Fisiológico 100ml	FRS		051900	Abbotcath-T Plus Nº 14	UND		063144	Sonda Uretral 12	UND	
008718	Soro Fisiológico 9% 500ml	FRS		051918	Abbotcath-T Plus Nº 16	UND		063151	Sonda Uretral 14	UND	
008740	Soro Glicosado 5% off 500	TB		051925	Abbotcath-T Plus Nº 18	UND		063169	Sonda Uretral 16	UND	
008995	Xilocaína 2% c/v	AMP		051932	Abbotcath-T Plus Nº 20	UND		063183	Sonda Uretral 18	UND	
010026	Xilocaína Gelada 2%	BSG		060962	Agulha Descartável 13 x 4,5	UND		060590	Sonda Uretral 20	UND	
				060392	Agulha Descartável 25 x 7	UND					
				060418	Agulha Descartável 40 x 12	UND					
				060575	Alcôate Indolite 70%	ML					
				060582	Atadura Crepon 10cm	ROL					
				060630	Atadura Crepon 12cm	ROL					
				060680	Atadura Crepon 15cm	ROL					
				060686	Atadura Crepon 20cm	ROL					
				060701	Atadura Gessada 10cm	ROL					
				060679	Atadura Gessada 12cm	ROL					
				060620	Atadura Ortopédica 10cm	ROL					
				060609	Atadura Ortopédica 15cm	ROL					
				061670	Atadura Ortopédica 15cm	ROL					
				060380	Atadura Ortopédica 20cm	ROL					
				060648	Bandeja Pontural	UND					

I.S.D.A. Paciente refere que não tem mais
desaparecido. Não está, ele não é o meu.

PRÉ-ANESTÉSICO:

DROGAS: 0

TÉCNICA ANESTÉSICA:

COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
000150	Adrenalina	AMP		006818	Narcem	AMP	
028936	Água Bidestilada	AMP		007527	Flassi 10mg	AMP	
000942	Atropina 25	AMP		007558	Prosignine	AMP	
002050	Cloruro de Potássio	AMP		005292	Ketalar	AMP	
001460	Cloruro de Sódio	AMP		003353	Quelicim 100mg	AMP	
016920	Dilmorf 2mg	AMP		000040	Quelicim 500mg	AMP	
002115	Diprivan	AMP		003543	Rapitem	AMP	
002953	Dolanina	AMP		000974	Servoran	ML	
003060	Dormonid 15mg	AMP		008449	Sol. Ringer Simples	FRS	
017075	Dormonid 5mg	AMP		008125	Sol. Fiscológica	FRS	
003071	Eforal	AMP		008740	Sol. Glicosado	FRS	
003511	Fontanil 2ml	AMP		008829	Sol. Ringer Lactado	FRS	
003760	Forane	ML		001002	Thionembutal	FRS	
017038	Haliotano	ML		003013	Trocurium	AMP	
004605	Hypnomedate	AMP		008727	Valsum	AMP	
002487	Inoval	AMP		001475	Xilocaina 1%	AMP	
010588	Lanosol	AMP		009995	Xilocaina 2% s/A	AMP	
005887	Marcaina 0,5 c/A	AMP		010026	Xilocaina 2% c/A	AMP	
005694	Marcaina 0,5 s/A	AMP		010033	Xilocaina Pesada	AMP	
010585	Marcaina Pesada	AMP					

Interconexiones

Intercomunicación

10

Detalle de O₂

NA 20 Pin 2

1 frasco

DESCRIÇÃO

Oxímetro

Cardioscópio

Capnógrafo

DESCRICÃO

Oxigênio Líquido

Protóxido Líquido

QUANTIDADE

14 min.

ANOTAÇÕES

INICIO ANESTESIA: 1330	INICIO CIRURGIA: 1400	DATA: 26/04/18
FINAL CIRURGIA: 1530	FINAL ANESTESIA: 1530	ANESTESIOLOGISTA: J. A. M. P. S. CRM: 2419

WEN. M. S. PINHEIRO
VESTESIOLOGIA
C. R. M. 2417

DRA. ELIANE M. S. PINHEIRO
ANESTESIOLOGIA
C.R.M. 2417

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvencio Lamartini, 279
Tiroi 59.822-428 Itaipu / FV
Confere com original
Em,
PNEIRO

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:

☒ Mudança de Procedimento

☐ Diária de U.T.I.

☐ Diária de Acompanhante

☐ Vacina Anti RH

☐

☒ Uso de Prótese, Ortese

☐ Uso de Fatores de Coagulação

☐ Uso de Oxigenadores

☐ Nutrição Parenteral

☐

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 CIRURGICO FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA (040801015-0) E FASCIECTOMIA (040806014-0); UTILIZADO 01 PLACA DCP E 6 PARAFUSOS

ARUANA SEGURO

29 JUN 2018

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lameirão, 979
Tírol 58.822-420 Natal / RN
Contato com o Hospital

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

Dr. Marcos Reg
Cirurgia de Ombro

CRM

5621

DATA

26/04/2018 13:54:38

AUTORIZAÇÃO

AUDITOR

CRM

DATA

PROTOCOLO 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 CIRURGICO DE FRAURA DE CLAVICULA O(A) MESMO(A) NEGA AM+M.DM+HAS. PUNCIONADO EM SALA EM MSD COM JELCO Nº20 SEGUE 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 INTERCORRENCIA DE POI DE CLAVICULA NA HVP EM MSD. DIURESE AUSENTE NO MOMENTO, AGUARDANDO REALIZAR RX DE PÓS. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Assinatura Responsável

ARUANA SEGURA

29 JUN 2018

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol - 53.020-620 Natal / RN
Conferir 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

Job B

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Data: 26/04/2018 15:29

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

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: BLOQ. DE PLEXO BRAQUIAL + SEDAÇÃO Anestesiologista: DRª 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
INTERCORRENCIA CIRURGICA ENCAMINHADO AO SRPA EM 0º AMBIENTE. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Pontencial de Contaminação: Limpa

STEPHANIE BEATRIZ DE SOUZA DANTAS
COREN - 854448

ARUANA S.

29 JUN 2018

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol - 59.088-020 Natal / RN
Controle com original
EM, _____



Prescrição Médica / Evolução Clínica

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

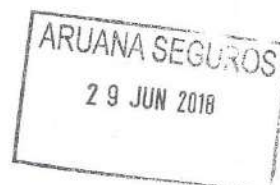
0 dia(s) de internação

Diag.: M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com ra

26/04/2018 19:00

1) DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SND	Horários de Aplicação	5621
	(SND)	
2) DÍPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.	22:00, 04:00, 10:00, 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 FISIOLÓGICO 0,9% 1000mL Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, Ao dia.	(1000)	
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	(N, N, N, T)	
8) CURATIVO, Ao dia	(ATENCAO)	
9) TIPOIA, Ao dia	(ATENCAO)	

Dr. MARCOS CABRAL FAGUNDES REGO
CRM - 5621



leon - 26/04/2018 17:35 (U404/ASSIST.754) / (DWO:69)

Página: 1 / 1



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 FISIOLÓGICO 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, Pela manhã		
10) TIPOIA, Ao dia		

Dr. MARCOS CABRAL FAGUNDES REGO
CRM - 5621





Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL 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
Pálido: Tremores
Vômitos: Sudorese

Diurese: Espontânea

FERIDA OPERATÓRIA

Ocluída: Sangramento
Drenos: Fixadores
Tala: Tração
Edema: Hematomas

Observações:

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: 140 X 80
Pulso: 87

Temperatura: 36,5 °C
Respiração: 19

Observações:

PACIENTE RETORNOU DO CENTRO CIRURGICO EM POI DE CLAVICULA
RAIO X

Observações/QTD:

Pré: 1 PELICULA

Pos: REALIZADO RAIO X

Queixas do Paciente:

SEM QUEIXAS NO MOMENTO

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
FISIOLÓGICA ESPONTANEA, SEGUE AOS CUIDADOS

JOSE MARQUES DA ROCHA JUNIOR

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

ESTADO GERAL

Alerta

Decúbido Dorsal

Corado

Acianótico

Higiene
Com auxílio

Respiração
O2 Ambiente

Deambulação
Restrito ao leito

Eliminaç. Vesicais: PRESENTE

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: 130 X 80

Pulso: 80

Temperatura: 36,5 °C

Eliminaç. Intestinais:

Respiração: 20

Saturação O2:

Glicose no sangue

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Aceita Total

QUEIXAS DO PACIENTE

H.V EM MSD

Obs:

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 MEDICA 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. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 50.820-020 Natal / RN
Conferir 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 SAU DE ALTA HOSPITALAR, COM ORIENTAÇÕES MEDICA

SEM QUEIXAS, ANEXO NO PRONTUÁRIO 010 IMAGEM DE RX DE PRE, + POS DE RX DE CONTROLE

27/04/2018

COREN - 199689

VIVIANE NUNES DA SILVA

ARUANA SEGURO
29 JUN 2018

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979-
Tirol 59.620-620 Natal / RN
Controle com original
Em, ____/____/____

ORIENTAÇÕES:

- USAR TIPOIA ATÉ RETORNO COM O MEDICO, NÃO RETITRAR
- 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: *7:15 11/8*
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 Drograria
2ª Via – Orientação ao Paciente

Dr. MARCOS REGO
CRM 5621

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. Marcos Rego
Cirurgia de Ombro
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 SEGURO

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

Marcos Rego
Cirurgião - Oftalmologista
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 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 Rego
Cirurgia de Ombro
CRM 1621

26104118

ARUANA SEGUROS
29 JUN 2018

Dr. Marcos
Cirurgião de Cabeça e Pescoço
266

ORAL:

OR:



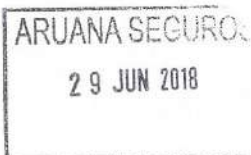
ATESTADO MÉDICO

Atesto para os fins que se fizerem necessários que
Isa Ezequiel Figueiras foi atendido (a)
este serviço médico, tendo sido liberado (a) a seguir. Devendo ficar afastado de suas
atividades do trabalho por seis (60) dias, a partir desta data.

ID-10: 542.9 Natal (RN), 26 de Abri de 2015

Marcos Rego
Cirurgião de Cabeça e Pescoço

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



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 10213/00907 Nº 013102023737

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA- COD. RENAVAM 00977745058 EXERCICIO: 2016
1 *****

NOME JAMILLE FELIX NAYIAS

CPF / CNPJ 700.989.204-05 PLACA MZ18495

PLACA ANT / UF MZ18495/RN CHASSI 9C2HB02108R059183

ESPECIE TIPO PASEAGERO/MONOCICLOTA/NAO APLICAVE COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / POP100 ANO FAB. 2008 ANO MOD. 2008

CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE PRETA

VENC. COTA UNICA 1º PAGO 02/09/2016

PARCELAMENTO / COTAS 2º PAGO 02/09/2016

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0,00 DATA DE PAGAMENTO 02/09/2016

TAXAS DETRAN: PAGO 0,00 DEVAR: PAGO 0,00

OBSERVAÇÕES

MOTOR: H02E18059183 DE PORTE OBRIGATORIO

NÃO VALIDO PARA TRANSEFERENCIA

SAO JOSE DO CARVALHO

02/09/2016

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - 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

EXERCICIO 2016 DATA EMISSÃO 02/09/2016

OPF / CNPJ 700.989.204-05 PLACA MZ18495

RENAVAM 00977745058 MARCA / MODELO HONDA / POP100

ANO FAB. 2008 ANO MOD. 2008 Nº CHASSI 9C2HB02108R059183

PREMIO TARIFARIO R\$ 0,00 CUSTO DO SEGURO (R\$)

DEMATRAN (R\$) 0,00 CUSTO DO BILHETE (R\$) 0,00

ICF (R\$) 0,00 TOTAL SEM INDO SEGURO (R\$) 0,00

PAGAMENTO COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.246.609/0001-04

ARUANA SEGUROS
29 JUN 2018

JUSTIFICATIVA DA FALTA DE PRONTUARIO COMPLETO

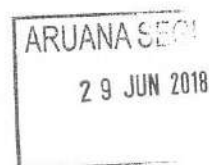
Eu, **JOSÉ EZEQUIEL FELIX MATIAS**, brasileiro, casado, agricultor, inscrito no CPF/MF sob o nº 792.065.734-20, portador da cédula de identidade nº 1.253.275 SSP/RN, residente e domiciliado no Sítio Marianas, nº 10, zona rural, CEP: 59214-000, Serra de São Bento/RN, venho perante a seguradora Líder dos 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 PERICIA para confirmar minhas sequelas.

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



Atenciosamente,

José Ezequiel Felix Matias

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 Sao Bento	Estado: RN	CEP: 59214-000
Email: Não possui			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
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
BANCO Nome: _____ NRO: _____ AGÊNCIA NRO: _____ D/V: _____ (Informar dígito se existir)		BANCO Nome: _____ NRO: _____ AGÊNCIA NRO: _____ D/V: _____ (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 efetivado 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

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0762 - NOVA CRUZ, RN

DATA: 12/06/2018

TERMINAL: 1001

NSU: 000396

HORA: 11:49:58

AUT.: 0030

COMPROVANTE DE DEPOSITO

NUM.DOC.: 000000

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 0762/013/00.039.737-2

NOME: JOSE EZEQUIEL F MATIAS

DEPOSITANTE:

O P

VALOR TOTAL:

VALOR DINHEIRO:

000000

000000

Informacoes, reclamacoes, sugestoes e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

1ª Via - Via Cliente

ARUANA SEGUROS
29 JUN 2018

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Amrile Felix Motuon,
RG nº 003.303.649, data _____ de _____
expedição 23.08.2011, Órgão 1º P 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 Amrile
Felix Motuon, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido
com a vítima Jose Ezequiel Felix Motuon, cujo
condutor era Jose Ezequiel Felix Motuon

Veículo: Motocicleta

Modelo: POP 100

Ano: 2008

Placa: MZL B 495

Chassi: 9C24B02307R059383

Data do acidente: 16/04/18

Local e data: 23.07.18. Serra de São Bento

Amrile Felix Motuon
Assinatura do Declarante

Jose Ezequiel Felix Motuon

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



Francisca Florentino do Nascimento
CPF 053.093.904-56
Escrevente

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 possuo 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 PR Data:/...../.....

Assinatura: X. J. C. E. Z. A. B. F. S. L. I. M. A. S. T. A.

29/10/2018

PARECER DOS PROCESSOS

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.

OLÉ BOM DIA A TAVILLA

06/12/2018

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo



(1)

Buscar no site

A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHO 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 dias 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/KgFJ5OhV1sOGPS4mLQPfdgapi_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

Vítima: 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

Faj. 00/4/000/42 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13105592

Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE EZEQUIEL FELIX MATIAS

Nº Sinistro: 3180300464

Vítima: 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