



Número: **0819434-78.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **20ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSENILDO JOSE DA CUNHA (AUTOR)		JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO S/A (RÉU)		DANIELA FERREIRA MENDES DE OLIVEIRA CASTRO (ADVOGADO) DAVID SANTOS DA CRUZ (ADVOGADO) FERNANDA JOSE DA SILVA FREIRE (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
46776 679	15/07/2019 15:48	Petição	Petição
46776 702	15/07/2019 15:48	2612080 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01	Outros documentos
46776 722	15/07/2019 15:48	2612080 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01	Outros documentos

Juntada de petição.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 20ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN

Processo: 08194347820198205001

PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSENILDO JOSE DA CUNHA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

NATAL, 27 de junho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR
5432 - OAB/RN

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180485106 **Cidade:** Nísia Floresta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO JOSE DA CUNHA **Data do acidente:** 19/02/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas cranio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180485106 **Cidade:** Nísia Floresta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO JOSE DA CUNHA **Data do acidente:** 19/02/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBDURAL AGUDO.

Descrição do exame médico pericial: SEQUELAS NEUROLÓGICAS EM GRAU LEVE .

Resultados terapêuticos: VÍTIMA FOI SUBMETIDA A CIRURGIA PARA DRENAGEM DE HEMATOMA E CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA ESQUERDO, SENDO TRATADO COM ANALGÉSICOS E ANTI-FLAMATÓRIOS, RECEBENDO ALTA APÓS 11 DIAS SEM APRESENTAR INFECÇÃO HOSPITALAR.
VÍTIMA ORIENTADA E LÚCIDA, APRESENTANDO CEFALÉIA CRÔNICA, DEFICIT DE MEMÓRIA E DIFICULDADE DA ABERTURA OCULAR DO LADO DIREITO.

Sequelas permanentes: APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 09/11/2018

Conduta mantida:

Observações: * REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E ADEQUOU A VALORAÇÃO AO EXAME MÉDICO DESCRITO PELO EXAMINADOR -

Médico examinador: DAURI LIMA DO NASCIMENTO FILHO

CRM do médico: 7547

UF do CRM do médico: RN

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376080/18

Vítima: JOSENILDO JOSE DA CUNHA

CPF: 095.296.054-04

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 19/02/2018

Titular do CPF: JOSENILDO JOSE DA CUNHA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES : 413.039.704-49

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

JOSENILDO JOSE DA CUNHA : 095.296.054-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/10/2018
Nome: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES
CPF: 413.039.704-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2018
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

GERCIA LOURENCO DA SILVA

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSENILDO JOSE DA CUNHA

Nº Sinistro: 3180485106

Vitima: JOSENILDO JOSE DA CUNHA

Data do Acidente: 19/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180485106**.

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 13481715

Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSENILDO JOSE DA CUNHA

Sinistro: 3180485106
Vítima: JOSENILDO JOSE DA CUNHA
Data do Acidente: 19/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180485106** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Pag. 01049/01044 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13523150

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2018

Carta nº 13641710

A/C: JOSENILDO JOSE DA CUNHA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180485106 ASL-0376080/18
Vítima: JOSENILDO JOSE DA CUNHA
Data Acidente: 19/02/2018
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00555/00556 - carta_25 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180485106

Vítima: JOSENILDO JOSE DA CUNHA

Data do Acidente: 19/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSENILDO JOSE DA CUNHA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00447/00448 - carta_03 - INVALIDEZ

0060224



Carta nº 13846741



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180485106

Vítima: JOSENILDO JOSE DA CUNHA

Data do Acidente: 19/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSENILDO JOSE DA CUNHA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: JOSENILDO JOSE DA CUNHA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 001

Agência: 000002642-5

Conta: 000010034610-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180485106**
Nome do(a) Examinado(a): **JOSENILDO JOSE DA CUNHA**
Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO SANTA LUZIA nº 7 - ZONA RURAL - MONTE ALEGRE/RN**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2882895 - SSP**
Data e local do acidente: **19/02/2018 NISIA FLORESTA/RN**
Data e local do exame: **09/11/2018 SAO GONCALO DO AMARANTE/RN**

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBDURAL AGUDO

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

VÍTIMA FOI SUBMETIDA A CIRURGIA PARA DRENAGEM DE HEMATOMA E CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA ESQUERDO, SENDO TRATADO COM ANALGÉSICOS E ANTI-FLAMATÓRIOS, RECEBENDO ALTA APÓS 11 DIAS SEM APRESENTAR INFECÇÃO HOSPITALAR.

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

VÍTIMA ORIENTADA E LÚCIDA, APRESENTANDO CEFALIA CRÔNICA, DEFICIT DE MEMÓRIA E DIFICULDADE DA ABERTURA OCULAR DO LADO DIREITO.

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

SEQUELAS NEUROLÓGICAS EM GRAU LEVE

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequelas permanentes

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

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

Região Corporal(Sequela): **SISTEMA NERVOSO CENTRAL**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

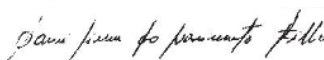
Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E ADEQUOU A VALORAÇÃO AO EXAME MÉDICO DESCRITO PELO EXAMINADOR -

Médico Perito: DAURI LIMA DO NASCIMENTO FILHO CRM:7547/RN



Dr. Dauri Lima
Classe Geral
CRM 7547

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

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

095.296.054-04

Nome completo da vítima

Josénildo José da Cunha

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOSÉNILDO JOSÉ DA CUNHA		CPF titular da conta 095.296.054-04	Problema Não Informado
Endereço Rua Santa Luzia		Número 4	Complemento PR 1
Bairro Zona Rural	Cidade Monte Alegre	Estado RN	CEP 59.182.000
Email m.edu@educacao.org.br		Telefone (DDD) (84) 99227-1370	

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"/> RECURSO 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 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 type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome Banco do Brasil NRO 001	
AGÊNCIA NRO. [] DIV []	CONTA NRO. [] DIV []	AGÊNCIA NRO. 2642 DIV 5	CONTA NRO. 34610 DIV 1
(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 efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.


Josénildo José da Cunha 10 de Outubro de 2018
Local e Data

PROTOCOLO RECEBIDO
16 OUT 2018
TERMO DE SOL. ADM.
E COBRETORA DE SEGS.

Josénildo José da Cunha

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



JOSENILDO JOSE DA SILVA
AGÊNCIA: 2642-5
CONTA CORRENTE: 34610-1

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	095.296.054-04	Josenildo José da Cunha	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Josenildo José da Cunha		095.296.054-04	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
semelhante	Sítio Santa Luzia	7	PR-1
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Zona Rural	Monte Alegre	RN	59182-000
E-mail:	Tel. (DDD):		
	(84) 9.9217.1370		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 2642 5	CONTA: 34610 1	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, <u>Pernambuco, 15/07/18</u>
	Nome: _____
	CPF: _____
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO
<u>Josenildo José da Cunha</u>	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura _____

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
15/01/2019 - Autoatendimento - 11:18:59
483371821 0176

EXTRATO DE POUPANCA PARA SIMPLES CONFERENCIA
EXTRATO DE POUPANCA OURO/POUPEX

AGENCIA: 2642-5
CONTA: 34.610-1
VARIACAO: 51
CLIENTE: JOSENILO JOSE DA CUNHA

DATA	DT.BS	HISTORICO	VALOR
-----Dezembro/2018-----			
1512		Saldo ant.	34.610,10
3112	02	JUROS	0,50

DISPONIVEL	34.610,60
VLR. BLOQUEADO	0,00
SALDO TOTAL	34.610,60

SALDO POR DATA BASE

02 34.610,60

MENSAGENS DIVERSAS

SELIC igual/menor que 8,5% A.A.: TR+70% DA SELIC
SELIC maior que 8,5% A.A.: TR+0,5% A.M.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL

1ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL – 1ª DRP
Delegacia Municipal de Polícia Civil de Nísia Floresta/RN
Rua Nossa Senhora do Ó, nº 117 – Centro – CEP: 59.164-000 – Fone: 3277-3873



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 674/2016

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO (para fins de seguro DPVAT)

Local: RN 063, Rua Olavo de Oliveira, Centro, Nísia Floresta-RN

→ Data do fato: 19 de fevereiro de 2018 por volta das 02 horas.

Comunicante/Vítima: JOSENILDO JOSÉ DA CUNHA

Filho de: José Joaquim de Cunha e Maria das Graças de Santana

Data de Nascimento: 15.03.1987 Naturalidade: São José de Mipibu-RN

Nacionalidade: Brasileiro R.G.: 2.882.895 SSP-RN C.P.F.: 095.296.054-04

Endereço: Rua Santa Luzia, 07, Sítio Santa Luzia, Zona Rural, Monte Alegre-RN

Telefone: 99668-1025

Acusado: PREJUDICADO

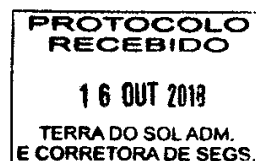
Histórico: O comunicante esteve nesta delegacia de polícia para informar que no dia, local e horário quando conduzia o veículo MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESI ANO 2012, MODELO 2012, COR PRETA, PLACA NNX1683/RN, CHASSI 9C2KC1670CR49601 E RENAVAL 00455359105 (em nome de ISRAEL FRANCISCO MATIAS DA CUNHA – 703), quando na entrada da cidade, próximo ao Restaurante Camarão do Olavo, perdeu o controle do veículo e foi ao chão, sofrendo várias lesões. Que a vítima foi socorrida pela SAMU ao Hospital Mons. Walfredo Gurgel em Natal, onde passou por vários procedimentos médicos. Nada mais disse.

Providências adotadas: Expedida a Guia de Exame de Corpo de Delito do ITEP. Para fins de instrução de pleito relativo ao seguro obrigatório.

Nísia Floresta – RN, 21 de junho de 2018 às 11h20min.

Josenildo José da Cunha
ASSINATURA DA VÍTIMA OU INTERESSADO

APC Luciano Gomes dos Santos
Matr. 168.087-0



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

Josemildo Jose da Cunha

CPF da Vítima

095.296.054-04

Data do Acidente

19.02.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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.

**PROTOCOLO
RECEBIDO**

16 OUT 2018

**TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.**

Paraná, 16 de Outubro de 2018

Local e Data

Josemildo Jose da Cunha

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	21/02/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	3.375,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSENILDO JOSE DA CUNHA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02642-5

CONTA: 000010034610-3

Nr. da Autenticação D4AE3F128CC5C4E2



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 RN

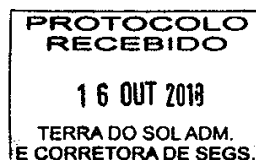


DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fazem necessário,
que foi encontrada a ocorrência de Nº S36730/1 referente a paciente **JOSENILDO JOSÉ DA CUNHA** 31 anos, atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN, no dia 19/02/2018 em Nísia Floresta/RN. Conforme ficha anexa.

Natal, 14 de março de 2018.

Sabrina Cavalcante de Macedo
Coordenadora de Regulação Médica SAMU 192 RN
Matricula: 195.864-0



SAMU 192 RN
END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 - BARRO VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
CEP: 59.022-545
FONE: 84 3209-5321

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 36730/1

Data: 19/02/2018

CHAMADO

TARM: MARCELA NAYARA LEITE COSTA

Médico Regulação: FÁBIO DE SOUZA PEREIRA

Rádio Operador: LUCIANO FERREIRA BARBALHO

Médico Cena: FÁBIO DE SOUZA PEREIRA

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 16 (PARNAMIRIM)

Equipe VTR: URIEL CARDOSO - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
ADALBERTO MACHADO LOPES - TÉCNICO DE ENFERMAGEMREGULAÇÃO
MÉDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

QUEDA DA
LIGAÇÃOCONTATO COM EQUIPE
SAMU

TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: NÍSIA FLORESTA

Nome do Solicitante: ABRAÃO

Telefone: (84) 98186-9125

Nome do Paciente:

JOSENILDO JOSE DA CUNHA

Idade: *

31

ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

Endereço não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: Longitude:

Endereço: BR DA ENTRADA DE NÍSIA

Nº: EM VP

Bairro: CENTRO

Outro Bairro:

Referência/Complemento: DEPOIS DO CPRE

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

Observações Rádio Operador: DR ADRIANO RECEBE O PACIENTE NO QTH DO PS CLÓVIS SARINHO

Queixa Primária: ACIDENTE DE MOTO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

19/02/2018 01:04:11 - Dr(a). FÁBIO DE SOUZA PEREIRA

APH: TRAUMA / HD: QUEDA DE MOTO

REGULAÇÃO: SOLICITANTE INFORMA QUE PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO ESTAVA SEM CAPACETE, COM SANGRAMENTO ORAL ESTA CONSCIENTE

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

Apoio:

OBSERVAÇÕES

Data: 19/02/2018 02:00:51 Usuário: (TARM) MARCELA NAYARA LEITE COSTA

Observação: VAGA REGULADA COM DR ADAILTON DO POLITRAUMA DO CLOVIS

Data: 19/02/2018 02:42:45 Usuário: (RADIO OPERADOR) LUCIANO FERREIRA BARBALHO

Observação: Controle de frota: DR ADRIANO RECEBE O PACIENTE NO QTH DO PS CLÓVIS SARINHO

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:
19/02/2018
01:01:55
Saída Local:
19/02/2018
01:42:00Regulação Médica:
19/02/2018
01:04:11
Chegada Destino:
19/02/2018
02:10:00Solicitação VTR:
19/02/2018
01:04:42
Liberação Destino:
19/02/2018
02:42:24Saída VTR:
19/02/2018
01:04:58
Liberação VTR:
19/02/2018
02:42:26Chegada Local:
19/02/2018
01:20:00

5/03/2018

10.19.91.2/SSORN/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=36730&Digito=1&ReadOnly=1

Remoção

Conduta Médico Regulador:

19/02/2018 01:55:02 - FÁBIO DE SOUZA PEREIRA
paciente vítima de queda de moto, conduzia sem capacete encontrado em ddh apresentou vomito com sangue apresentou tambem sangramento nasal e auricular refere perda momentanea de consciencia torax integro e abdome flacido sem fraturas aparentes

REMOÇÃO - TRANSPERÊNCIA

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL (NP) - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGE ▼

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE -- ▼

H. ligação ao serv prop.:

F:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

Vaga Negada

Vaga Zero

Motivo da entrada:

▼

Ass:

PARTICULARES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

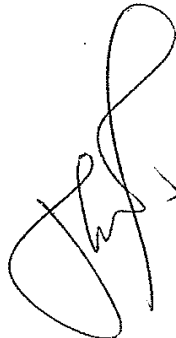
Ass:

DECLARAÇÃO DE PARALISADO

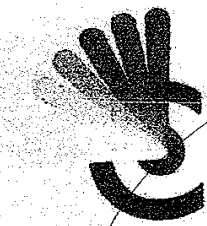
Sim Não

VIOLÊNCIA A VULNERÁVEIS?

Sim Não



3/1



CABOTELECOM

Discriminação dos Serviços

LINK 5 MEGAS - 15 ANOS
Intercabo 5 MEGAS - 15 ANOS
Velocidade Promo navegação 15 Megas
Cabo Fone New 200 F
Chamadas Locais
Chamadas LDB
Serviço Wi-Fi

Cabo Serviços de Telecomunicações Ltda

Insc. Estadual: 20.083.236-0
CNPJ: 02.952.192/0001-61
Rua Senador José Ferreira de Souza, 1916
Candelária - CEP: 59064-520 - Natal/RN
SAC: 2019.2010 - 10600
FAX: 2019.9010 | E-MAIL: AUDI@CABOTELECOM.COM.BR

Nota Fiscal de Serviços de Comunicações

Modelo 21
Série Única CFOP **5307**
nº **25903**
Data de emissão: **01-07-2017**

Usuário: 1734702 Joao Roberto Ferreira NEVES
Endereço: R SADI MENDES 1022-A
Bairro: SANTOS REIS Município: Parnamirim
CNPJ/CPF: 413.039.704-49

CEP: **59141-085**
Insc. Est:

Mês de Referência	Quant.	Valor	Impostos Inclusos
01-06 a 30-06	1	39,07	5,56
01-06 a 30-06	1	30,38	10,22
14-05 a 13-06	1	11,92	3,58
14-05 a 13-06	1	0,99	0,34
14-05 a 13-06	1	10,86	3,69
14-05 a 13-06	1	8,90	1,28

NF	102,22	+
Encargos	0,00	+
Débito Ref. NF	0,00	-
Crédito/Pagamento Ref. NF	0,00	=
TOTAL A PAGAR	102,22	
VENCIMENTO	06-07-2017	

Informações Importantes

Para sua maior comodidade, informamos que as suas contas podem ser pagas através do Sistema de Débito Automático em conta corrente. Para tanto, dirija-se a nossa sede e cadastre-se!
Informamos ainda que a 2ª via das faturas podem ser impressas através do nosso site www.cabotelecom.com.br.
O relatório detalhado dos serviços prestados se encontra disponível na página web da Cabo Telecom podendo, ainda, ser solicitado, por meio impresso.
O período de aumento gratuito da velocidade download de navegação se encerrou em 06-2017.

Valor da Mensalidade
102,22

Os cinco últimos registros de atendimento

10459924
10403662
10266197
10059603
9432124

Base de Cálculo	Alíquota	Valor do ICMS	Reservada ao FISCO
54,25	30%	16,28	de68.ef10.6c2a.e68a.9a25.6b78.a4df.c482

Sem repasse para os nossos assinantes, será destinado ao FUST 1% e ao FUNTEL 0,5% do valor total dos serviços de comunicações, líquido de impostos. Regime Especial nº 630/2004
CAT: Base de cálculo de ICMS dos serviços de TV por assinatura reduzida em 60%, conforme decreto nº 17.615 de 30/06/2004. Telefone gratuito ANATEL-1331.
PROCON/Natal - R. Vigário Bartolomeu, 542, Cidade Alta. Tel. 3232-9050.

Itau		341	34191.09149	12019.239313	43285.770004	1	72120000010222
Local de Pagamento: Pagável na rede bancária. Pague Fácil e Nossa Agência. Após o vencimento somente ao banco portador. Nossa Agência e Pague Fácil							
Cedente: CABO SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES LTDA							Prorrogado para: 06-07-2017
Data do documento: 01-07-2017	Número do documento: 25903	Espécie do documento: 17	Acéte: S	Data processamento: 01-07-2017	Carteira: 109	Agência Emissora: 9314/32857-7	
Instruções: Atenção: não receber após 30 dias de vencimento.						Nosso Número: 109/14120192-3	
						Valor do Documento: 102,22	
						Valor cobrado	
Usuário: 1734702 Joao Roberto Ferreira NEVES		Endereço: R SADI MENDES 1022-A					
SANTOS REIS 59141-085							

Assinatura

Ficha de compensação



PROTOCOLO RECEBIDO Código de Baixa
16 OUT 2018
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **pro fissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu **JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES**, inscrito no CPF sob o nº 413.039.704-49, na qualidade de Procurador / Intermediário do Beneficiário José Nildo José da Cunha, inscrito (a) no CPF sob o nº 095.296.054/04 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima José Nildo José da Cunha, inscrito (a) no CPF sob o nº 095.296.054/04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Advogado Renda: Não Informada e apresento os documentos comprobatórios: Carteira da OAB/RN e Comprovante de endereço profissional.

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

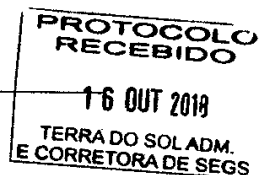
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Rua Dr. Sadi Mendes de Lucena		1022 A	RN ADVOCACIA
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Santos Reis	Parnamirim	RN	59.146-110
E-mail		Telefone comercial	Telefone celular (DDD)
Rn.advocacia01@outlook.com		(84) 2010-4827	(84) 9.92171370

Parnamirim, 10 de Outubro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante



DLDR.L001 V001/2017

Declaração do Proprietário do Veículo

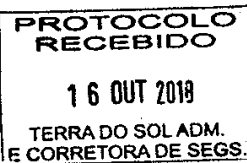
Eu, Israel Francisco Matias da Cunha,
RG nº 003.934095 data de expedição 03/08/2012
Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 70309419464, com
domicílio na cidade de Monte Alegre, no Estado de
RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Santa Luzia Zona Rural, nº 514
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Josemildo José da Cunha cujo o condutor era
Josemildo José da Cunha ✓

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA CG FAN EST 150
Ano: 2012 / 2012
Placa: NX1683/RN ✓
Chassi: 9C2KC1670CR498601
Data do Acidente: 19/02/18
Local e Data: Na Zia Floresta 19/02/2018

Israel Francisco Matias da Cunha
Assinatura do Declarante

Josemildo José da Cunha

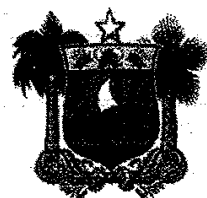
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Inconheço a(s) assinatura(s) de
Israel Francisco Matias da Cunha, Josemildo José da Cunha, por autenticidade.
Monte Alegre/RN, 25/04/2018
Fabiana
Fabiana Maria Gomes da Silva
Escrevente



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 7955 /2018

Admissão: 19/02/2018 02:22:24

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 62065 - JOSENILDO JOSE DA CUNHA (30 a 11 m 4 d)

Nascimento: 15/03/1987 Natural: NATAL.BRASIL

CNS: CPF: 09529605404 Prof:

Mãe: MARIA DAS GRACAS DE SANTANA Pai:

Lugar de nascimento: VERTENETE, 1

CEP: 59182000

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: MONTE ALEGRE

Telefone: 84.91080423

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Origem: AMBUL. SAMU RN

Tipo: REFERENCIADO

*Empresa:

PROTOCOLO
RECEBIDO

16 OUT 2018

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

Fluxograma:

Discriminador:

OS:

Classificação: 19/02/2018 02:18:06

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA DE MOTO COM TCE

Hora: 02:30

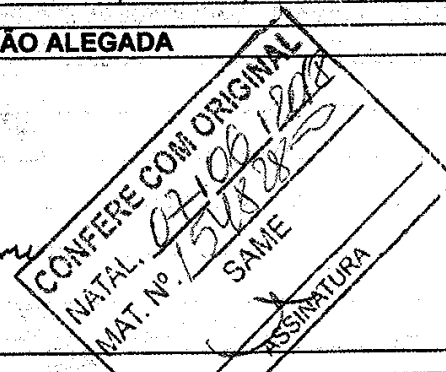
Viagem de queda de moto.

TCE.

Após, não voltou com o carro.

Atendeu

Uso de imobilizantes.



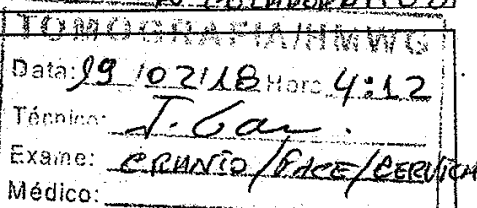
EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Visão: visão normal. Sem lesão na retina normal
- B Ausculta: sem ruídos. MV e RX
- C Pulso: 90 bpm - Pulso: 40
- D Glasgow: 15
- E Abdomen: normal. Trauma de pele

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdomen: normal.

Pulso: 40



DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por SEBASTIÃO FERREIRA DOS SANTOS. Impresso em 19 de Fevereiro de 2018.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE
(ATLS 2005)*

03-08=grave (necessidade de
intubância imediata):
09-3=moderado:
14-15=leve

* Referência: TEASDALE G. JENNET, B. Assesmed of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-84.

* A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com idade superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade de sua dor de acordo com os seguintes adjetivos:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

**ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4
	9-12 = 3
	6-8 = 2
	4-5 = 1
	3 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20 = 4
	21-30 = 3
	6-30 = 2
	1-5 = 1
	0 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	> 90 = 4
	70-90 = 3
	50-70 = 2
	1-90 = 1
	0 = 0

⁴⁴ Escala de Trauma Revisada (RT): Bom índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.L. Copes, et al: A revision of the Trauma score. J. Trauma 29(5) 524, 1989.



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	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <i>JOSEVILDO JOSE DA SILVA</i>	6 - Nº DO PROTOCOLO					
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO	1	FEMININO	2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO					
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)						

13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP
----------------	-------------	---------	----------

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>TC: não + ressonância</i>	18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Pronto socorro</i>		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Exame neurológico +</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>TC normal</i>	21 - CID INICIAL <i>I61.6</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Neu</i>	25 - LEITO / CLÍNICA <i>NH</i>	26 - CARATER DA INTERNAÇÃO <i>Vigil</i>	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Neurocirurgião</i>
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>403010020</i>	29 - DT SOLICITAÇÃO	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		
42 - CID SECUNDÁRIO	43 - () 44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA		

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	47 - NOME DO PROF. RESPONSÁVEL POR CONTROLE	48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
49 - DT AUTORIZ.	50 - DT AUTORIZ.	PROTOCOLO RECEBIDO <i>[Assinatura]</i> TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS.
51 - CNS / CPF	52 -	
53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	54 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

Missão: Oferecer no âmbito hospitalar assistência de saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o



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

RECEITUÁRIO

NOME

Jozeildo Jose de Cunha

MATRÍCULA

Laudos Médicos:

*fecho para os devidos fins
que o paciente acima citado foi
vítima de queda de moto no
dia 19/2/18. Permaneceu inter-
nada neste hospital até 01/03/18
para tratamento cirúrgico de TCE.
Necessite de trinta (30) dias
de afastamento do trabalho
CID: S064/S06.5*

Ramon B Guerreiro
Neurocirurgia
CRM-RN 5107

Ramon B Guerreiro
Neurocirurgia
CRM-RN 5107

DATA

7/3/18

MÉDICO - CRM

**FUMAR FAZ MAL À SAÚDE - USE CINTO DE SEGURANÇA
PILOTE SEMPRE COM CAPACETE - NÃO BEBA AO DIRIGIR
ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU É NOSSO.**

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

MÉDICO (CARIMBO)

ESPECIALISTA 1: <i>NCR</i>	HORA: 02:40	DATA: 19/02/18
ESPECIALISTA 2: <i>BMT</i>	HORA: 02:40	DATA: 19/02/18
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

<p>CONDOTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)</p> <p><i>04:30h - 03:45</i> <i>Medicamentos: 1. Lidar 8g, 1m vial</i> <i>2. Lidar 8g, 1m vial</i> <i>3. Lidar 8g, 1m vial</i> <i>4. Lidar 8g, 1m vial</i> <i>5. Lidar 8g, 1m vial</i> <i>6. Lidar 8g, 1m vial</i> <i>7. Lidar 8g, 1m vial</i> <i>8. Lidar 8g, 1m vial</i> <i>9. Lidar 8g, 1m vial</i> <i>10. Lidar 8g, 1m vial</i></p>		<p>Assinatura e Carimbo do Responsável</p> <p><i>Dr. Anderson de Sousa Costa</i> <i>CRM 51105</i> <i>Neurologia</i></p>
<p>EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)...</p> <p><i>ATC de Análise e Imagem</i> <i>Retorno a atenção</i></p>		<p>Assinatura e Carimbo do Responsável</p> <p><i>Dr. Anderson de Sousa Costa</i> <i>CRM 51105</i> <i>Neurologia</i></p>
<p>LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS</p> <p><i>ATC</i></p>		<p>Assinatura e Carimbo do Responsável</p> <p><i>Dr. Anderson de Sousa Costa</i> <i>CRM 51105</i> <i>Neurologia</i></p>
<p>EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)</p> <p><i>A</i> <i>B</i> <i>C</i> <i>D</i> <i>E</i></p>		<p>Assinatura e Carimbo do Responsável</p> <p><i>Dr. Anderson de Sousa Costa</i> <i>CRM 51105</i> <i>Neurologia</i></p>

O EXAME FÍSICO SECUNDÁRIO E A AVALIAÇÃO DETALHADA CRITERIOSA DO PACIENTE (DA CABEÇA AOS PÉS), VEJA, NÃO APENAS OLHE; OUÇA, NÃO APENAS ESCUTE; SINTA, NÃO APENAS TOQUE.

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

REQUISIÇÃO DE EXAMES

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Josenedo Sora de Cunha SEXO: MAS ☒ FEM ☐
LEITO: 700 REG. Nº: _____ DT NASCIMENTO: 19/03/87
SETOR: PSA ☐ FEB ☐ CCICHO ☒ ENFERM ☐ UTI ☐
URGÊNCIA ☒ ELETIVA ☐ DATA: 19/02/18 HORA: _____

EXAMES

<input type="checkbox"/> HEMOGRAMA	<input type="checkbox"/> SÓDIO	<input type="checkbox"/> D-DÍMERO
<input type="checkbox"/> GLICEMIA	<input type="checkbox"/> POTÁSSIO	<input type="checkbox"/> TAP/STPA/INR
<input type="checkbox"/> UREIA	<input type="checkbox"/> CÁLCIO	<input type="checkbox"/> LACTATO
<input type="checkbox"/> CREATININA	<input type="checkbox"/> MAGNÉSIO	<input type="checkbox"/> FOSF. ALCALINA
<input type="checkbox"/> TGO	<input type="checkbox"/> VSH	<input type="checkbox"/> CLASSIF ABO/RH
<input type="checkbox"/> TGP	<input type="checkbox"/> PCR	<input type="checkbox"/> LDH-HCG
<input type="checkbox"/> BT/FRAÇÕES	<input type="checkbox"/> CK-MB	<input type="checkbox"/> COLESTEROL E FR*
<input type="checkbox"/> AMILASE	<input type="checkbox"/> CKMB	<input type="checkbox"/> TRIGLICERIDEOS*
<input type="checkbox"/> DHL	<input type="checkbox"/> HOPONINA	<input type="checkbox"/> PROT T/FRAÇÕES*
<input type="checkbox"/> GAMA GT	<input type="checkbox"/> HOGLOBINA	<input type="checkbox"/> SUMARIO DE URINA
<input type="checkbox"/> GASOMETR A: ARTERIAL <input type="checkbox"/> VENOSA		

RAIOS-X
Realizado em 22/2/18
Máquina 0910

* EXAMES NÃO REALIZADOS NA URGÊNCIA

OUTROS EXAMES (INCLUIR EXAMES DE IMAGEM)

Rx tórax

INDICAÇÃO CLÍNICA: SNE

Dr. Diego Costa
Terapeuta
CRM/RN 7782

ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE



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

FICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL

Identificação

Enfermaria: CRO Leito: 406 UTI: Leito: 241
Data de admissão: 20/02/2018 Alta: 1/1
Nome: Joséildo José da Cunha Naturalidade: S. M. Bibi
Idade: 29 Sexo: ☒ Masculino () Feminino Data de Nascimento: 15/03/1987
RG: 002.882.895 Estado Civil: solteiro Nível de Instrução: Médio inf.
Filiação: Pai: José Joaquim da Cunha
Mãe: Maria dos Prazeres de Santana
Endereço: Sto. Santa Luzia 7 - de 1. São Santa Luzia
Cidade: Monte Azeite
Telefone: 91466790 () Residencial () Trabalho () Recado
Contato: 94483712 Outros telefones:
Composição familiar: Mãe e pai + 07 irmãos
Outras informações: Faz uso de ☒ Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Trabalho c/ vínculo empregatício () Não () Sim
() Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPs () SAD
Interação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares () Trazido pelo SAMU
() Socorrido em via pública () Outros meios
() Encaminhado: Hospital de origem:

Crterios para Acompanhante

ssui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo?
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: Maria dos Prazeres de Santana
Parentesco: mãe Telefone: 91466790
Endereço do Responsável: o mesmo

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

Paciente vítima
de um acidente de trânsito
solicitado para ser

Saída

óbito: Encaminhamento: ITP () SVO () DO () Obs.
Alta hospitalar () Transferência () Destino:
Orientações/Encaminhamentos:

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



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

ADMISSÃO MÉDICA
UTI

Identificação

Data: 19/02/18

Nome: Jovandio José do Couto

Registro: 62065

Leito: 406 Idade: 30 Data de Nasc.: 15/03/84 Sexo: M () F Data da Internação Hospitalar: 19/02/18

Diagnóstico(s): TCE

Peso: Kg

Sector/Unidade de Procedência: ☒ CC () CRO () PS Trauma () PS Clínico

() Enfermaria Qual? () Outra Unidade Qual?

Motivo da Internação na UTI: Pós-operatório de DHEDA + Craniectomia decompressiva

Reinternação? ☒ Não () Sim <48h? () Não () Sim

APACHE:

História Clínica

Paciente admitido neste setor proveniente do Centro Cirúrgico (realização de DHEDA + Craniectomia decompressiva) vindo de TCE por acidente de moto. Recebido intubado, porém, apresentando certo grau de agitação motora.

Avaliação Sist. Neurológico

Abertura Ocular	Spontânea	4	Resposta Verbal	Orientado e conversando	5	Resposta Motora	Obedece comandos	6
	Ao comando verbal	3		Desorientado e conversando	4		Localização à dor	5
	A dor	2		Palavras inapropriadas	3		Flexão inespecífica (retirada)	4
	Ausente	1		Sons incompreensíveis	2		Flexão hipertônica (decorticação)	3
				Sem resposta	1		Extensão hipertônica (decerebração)	2
							Sem resposta	1

Sedado? () Não ☒ Sim SAS* RASS = -4

RASS = -5 CAM-ICU** (positivo)

* Sedation-Agitation Scale Assessment Method for the Intensive Care Unit

** Confusion

NIH admissão (se aplicável):

Hunt Hess (se aplicável):

Fisher (se aplicável):

ECG = Não se aplica ()

TCE Grave: 3 a 8 () / TCE Moderado: 9 a 12 () / TCE Leve: 13 a 15 ()

Pupilas (descrição): Isotéricas, hiperreflexas

Descrição de déficit motor:

Obs.:

Avaliação Sist. Respiratório

() Ar Ambiente () Cat. Nasal O₂ L/min () MV % () VNI SatO₂: 100 % FIO₂: 30 %

☒ TOT há 01 dias, nº () TQT há dias, nº Freq. Respir.: 12 IRPM

Descrição do Exame Pulmonar: Wheezes rítmicos presentes bilateralmente, com crepitações subcrâneas

Observações:

Gasometria (antes ou admissional)	pH 7,34	PCO ₂ 39,2	BE -2,4	FIO ₂ 30,1	Dist. Ac./base:
	PaO ₂	HCO ₃	pSO	PaO ₂ /FIO ₂	



Identificação

Data: 20/02/16

Nome: Josénildo José da Cunha Registro: 62065

Leito: Idade: Data de Nasc.: 15/03/87 Sexo: () M () F Data da Internação Hospitalar: 19/02/16

Diagnóstico(s): HSDA em FTP à exp. e em FTP à D. Peso:

Sector/Unidade de Procedência: () CC () CRO () PS Trauma () PS Clínico

() Enfermaria Qual? () Outra Unidade Qual?

Motivo da Internação na UTI: TCE + HSDA + Dx de hematomas + tran

Reinternação? () Não () Sim <48h? () Não () Sim Torção APACHE: ~~descompressão~~

História Clínica

Paciente vítima de queda de moto com TCE grave, evoluindo com HSDA + HEDA histórico de alcoolismo + sangramento + ECGI foi submetido pelo NCR à drenagem de HSDA e craniectomia descompressiva. Admitido por proveniente do CRO sedado em IOT + VNI. PEEP 6 + FiO₂ 21% + P de 11. Em dieta por SNE + Diurese por SVD.

Avaliação Sist. Neurológico

Abertura Ocular	Espontânea	4	Resposta Verbal	Orientado e conversando	5	Resposta Motora	Obedece comandos	6	Sedado? () Não () Sim SAS* -4
	Ao comando verbal	3		Desorientado e conversando	4		Localização à dor	5	
	A dor	2		Palavras inapropriadas	3		Flexão inespecífica (retrada)	4	
	Ausente	1		Sons incompreensíveis	2		Flexão hipertônica (decorticação)	3	
				Sem resposta	1		Extensão hipertônica (decerebração)	2	
							Sem resposta	1	

ECG = Não se aplica ()

TCE Grave: 3 a 8 () / TCE Moderado: 9 a 12 () / TCE Leve: 13 a 15 ()

Pupilas (descrição):

Descrição de déficit motor:

Obs.:

Avaliação Sist. Respiratório

() Ar Ambiente () Cat. Nasal O₂ L/min () MV % () VNI SatO₂ 98 % FiO₂ 21%

() TOT há 1 dias, nº () TOT há dias, nº Freq. Respir.: IRPM

Descrição do Exame Pulmonar: MV + com rales

Observações:

Gasometria (antes ou admissional)	pH	PCO ₂	BE	FiO ₂	Dist. Ac./base:
	PaO ₂	HCO ₃	P50	PaO ₂ /FiO ₂	

Avaliação Sist. Cardiovascular

Eletrocardiograma: Ritmo normal FC: 116 PA: 130x84

Ausc. Cardíaca: R.R. 27, BNF, sem wheezes

Edema de MMII: Sem edema ☒ Panturrilhas livres ☐ Empastadas

Choque ☐ Droga(s) Vasoativa (s): _____ Dose: _____

Sinais de Hipoperfusão: ☐ Lactato elevado ☐ Sat. venosa O₂ < 70% ☐ Má perfusão periférica ☐ Oligúria

Obs.: _____

Avaliação Sist. Digestivo

☒ Plano ☐ Flácido ☐ Globoso ☐ Distendido ☐ Timpânico ☐ Ascítico ☐ Maciço ☐ Dor à palpação

Ruidos hidro-aéreos: ☐ + ☒ Eliminação Intestinal: ☐ + ☒ Diarréia? ☒ Não ☐ Sim

Observações: _____

Outras Avaliações

☐ Febre _____ °C ☐ Distúrbio hidroeletrólítico Descrição: _____

☐ Dor Descrição: _____ Insuficiência Renal: ☐ Não ☐ Sim

☐ Coagulopatia/Hemorragia/Trombose Descrição: _____

Obs.: _____

Antecedentes Pessoais

☐ DM ☐ ICO ☐ Cirrose ☐ IRC tto conservador ☐ Neoplasia: _____

☐ HAS ☐ IAM ☐ Demência ☐ IRC - Diálise "Status" ☐ Locorregional ☐ Metastática ☐ Ignorado

☐ DPOC ☐ AVC ☐ Convulsões ☐ Dist. Psiquiátrico ☐ Alergias: Qual? _____

☐ Asma ☐ ICC ☐ Ins Vasc. Perif ☐ Dç Infectocontagiosa. Qual? _____

Hábitos de Vida: ☐ Tabagismo ☐ Etilismo ☐ Uso de Drogas ilícitas Qual? _____

Descrição /Outros: _____

Medicação em Uso: _____

Check list de Profilaxias

☐ ULCERA PÉPTICA ☐ CABECEIRA ELEVADA ☐ DESMAME DA SEDAÇÃO ☐ VMI PROTETORA (4-6mL/Kg) ☐ PRESSÃO DE CUFF (20-30 cm/H2O)

☐ TEV/TEP ☐ RISCO DE QUEDA ☐ UPP-PROT. SUPERF. ÓSSEAS ☐ REALIZAR TQT PRECOCE ☐ PREVENÇÃO DE EXTUBAÇÃO ACIDENTAL

☐ RETIRAR DISPOSIT. INVASIVOS (CVC/ CVP/ SYD/ DVE/ PIC/ PAM/ PVC/ DRENOS) ☐ PREVENÇÃO DE DELIRIUM ☐ SUSPENDER ATB PROFILÁTICO

Obs.: _____

Plano Terapêutico/Conduta Inicial

Hipótese Diagnóstica Principal: TCE por queda de moto

Plano Inicial: Suporte de VTI

Verbalização neurológica

Verbalização neurológica

Previsão de Internação em UTI ☐

Identificação do Médico: _____ Data: 11/02/18 Hora: _____

Nome: _____ CRM: _____

Dr. Diego Costa
Médico Assistente
CRM-MG 1183

ANEXO: OBRIGADO, ao dispor sua assinatura, comprometo-me a atuar para melhorar a saúde em situações de emergência clínica, cirúrgica, trauma de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

Avaliação Sist. Cardiovascular

Eletrocardiograma: sinus FC: 70 PA: 110
 Ausc. Cardíaca: RCR 2^a BNF 1/1
 Edema de MMII: 0 0 0 Panturrilhas livres 0 Empastadas 0
 Choque () Droga(s) Vasoativa(s): 0 Dose: 0
 Sinais de Hipoperfusão: () Lactato elevado () Sat. venosa O₂ < 70% () Má perfusão periférica () Oligúria
 Obs.: Duressa 1400 ml/h

Avaliação Sist. Digestivo

(☒) Plano (☒) Flácido () Globoso () Distendido () Timpânico () Ascítico () Maciço () Dor à palpação
 Ruídos hidro-aéreos: (☒) + () 0 Eliminação Intestinal: (☒) + () 0 Diarréia? (☒) Não () Sim
 Observações:

Outras Avaliações

() Febre 37,9°C () Distúrbio hidroeletrólítico Descrição: 0
 () Dor Descrição: 0 Insuficiência Renal: () Não () Sim
 () Coagulopatia/Hemorragia/Trombose Descrição: 0
 Obs.:

Antecedentes Pessoais

() DM () ICO () Cirrose () IRC tto conservador () Neoplasia: 0
 () HAS () IAM () Demência () IRC - Diálise "Status" () Locorregional () Metastática () Ignorado
 () DPOC () AVC () Convulsões () Dist. Psiquiátrico () Alergias: Qual? 0
 () Asma () ICC () Ins Vasc. Perif () Dç Infectocontagiosa. Qual? 0
 Hábitos de Vida: () Tabagismo () Etilismo () Uso de Drogas ilícitas Qual? 0
 Descrição /Outros: 0
 Medicação em Uso: 0

Check list de Profilaxias

☒ ÚLCERA PÉPTICA ☒ CABECEIRA ELEVADA ☐ DESMAME DA SEDAÇÃO ☐ VMI PROTETORA (4-6ml/Kg) ☐ PRESSÃO DE CUFF (20-30 cm/H2O)
☐ TEV/TEP ☐ RISCO DE QUEDA ☐ UPP-PROT. SUPERF. ÓSSEAS ☐ REALIZAR TQT PRECOCE ☐ PREVENÇÃO DE EXTUBAÇÃO ACINTA
☐ RETIRAR DISPOSIT. INVASIVOS (CVC/ CVP/ SVD/ DVE/ PIC/ PAM/ PVC/ DRENOS) ☐ PREVENÇÃO DE DELIRIUM ☐ SUSPENDER ATB PROFILÁTICO
 Obs.:

Plano Terapêutico/Conduta Inicial

Hipótese Diagnóstica Principal: TCE para HSDA + Brucelose
 Plano Inicial: ① Suporte de UTI
② Solicito exp. laboratorial + culturas +
Rx de febre
③ VPN

Previsão de Internação em UTI 7 dias

Identificação do Médico: Ana Angélica N. Lima Data: 20/02/18 Hora: 08:00
 Nome: [Assinatura] CRM: 0922

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

Clinica José Marinho

Dr. Baltazar Marinho
NEUROLOGIA
CRM 818

Dra. Eulália Marinho
CIRURGIÁ DENTISTA
CRO 680

Atto de fôrça de
de Cúm supra grau
TCE, tendo sido corrigido
Fôrça low de
CARBON 225V1

CD 5 06.7

NID
3005
2018

Baltazar Marinho
CRM 818
CPF 332057877-49
DR. BALTAZAR MARINHO
CRM 818
CPF 332057877-49

Nota
Clínica José Marinho
Rua Seridó, 402 - Petrópolis
Fones: (84) 3221-3488 | 9982-5037 (Claro) | Resid.: 3222-0531
baltazarmarinho@bol.com.br

Calce
Hospital Tiago Dias
Tel: (84) 3417-5299 | 9623-4889
baltazarmarinho@bol.com.br

CLÍNICA HOPE
LABORATÓRIO HAPES

LAUDO MÉDICO

PROTOCOLO
RECEBIDO
16 OUT 2018
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORADE SEGS.

Paciente Josenildo Jox da Cunha, 31a,
sofreu acidente no dia 19/02/2018
e teve HSDA causada por traumatismo
craniano. Foi submetido a craniecto-
mia descompressiva.

Apresenta a fundamento craniano à
esquerda, lesão n. facial com difi-
culdade para fechar o olho direito
e rima labial com alteração.

Invalidez anatômica e funcional de
estruturas cranianas

Pernambuco, esquina com Rua Garibaldi - Cidade da Esperança - Natal/RN.
(em frente ao posto de saúde)
(84) 3205-7400 / 3205-5042

AA.!

Natal,

02 OUT 2018

Vitima

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
AUTORIZAÇÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JOSENILDO JOSE DA CUNHA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
2882895 SSP RN

CPF
095.296.054-04

DATA NASCIMENTO
15/03/1987

FILIAÇÃO
JOSE JOAQUIM DA CUNHA
MARIA DAS GRACAS DE SANTANA

PERMISSÃO
[]

ACC
[]

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
06164198488

VALIDADE
05/11/2022

HABILITAÇÃO
01/09/2014

OBSERVAÇÕES

Josenildo Jose da Cunha

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SAO JOSE DE MIPIBU, RN

DATA EMISSÃO
13/11/2017

Leticia Maria Galvão Gomes
Leticia Maria Galvão Gomes
Coordenador de Registro de Condutores

ASSINATURA DO EMISSOR
53644172440
RN702710626

RIO GRANDE DO NORTE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1484984097

PROIBIDO PLASTIFICAR
1484984097

PROTOCOLO
RECEBIDO
16 OUT 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS

[Handwritten signature]

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.306/94)

TER FE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 11000080

09/03/1983 20 704-43

08/03/1983

08/03/1983

08/03/1983

11239

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DO RIO GRANDE DO NORTE
IDENTIDADE DE ADVOGADO

JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

VICENTE FLORENCIO NEVES
VALDIR FERREIRA NEVES
MACABAL-RN

7582298 - SSP/RN
11/03/2014 15:05:39
NÃO DECLARADO

BRASIL 2014

BRASIL 2014

PROTOCOLO
RECEBIDO

16 OUT 2019

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEC

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES		DETRAN - RN CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO		DETRAN - RN CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO	
Nº 013251495851 EXERCÍCIO 2018 RUA FRANCISCO MARTINS DA CUNHA		Nº 013251495851 EXERCÍCIO 2018 RUA FRANCISCO MARTINS DA CUNHA		Nº 013251495851 EXERCÍCIO 2018 RUA FRANCISCO MARTINS DA CUNHA	
V/A 1 COD RENAVAM 0045539105 RENAVAM 0045539105 PLACA ANT / UF 703.091.194-64 / RN PLACA 703.091.194-64 CHASSI 9C2KC1670CR158601 PLACA 9C2KC1670CR158601		V/A 1 COD RENAVAM 0045539105 RENAVAM 0045539105 PLACA ANT / UF 703.091.194-64 / RN PLACA 703.091.194-64 CHASSI 9C2KC1670CR158601 PLACA 9C2KC1670CR158601		V/A 1 COD RENAVAM 0045539105 RENAVAM 0045539105 PLACA ANT / UF 703.091.194-64 / RN PLACA 703.091.194-64 CHASSI 9C2KC1670CR158601 PLACA 9C2KC1670CR158601	
ESPECÍFICO PASSELEIRO/MOTOCICLETA/OUTRO MARCA/MODELO HONDA/CG 150 FAN EST CAP / POT / QIL 0CV / 149 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR		COMBUSTÍVEL ALCOOL-GASOL ANO FAB. / ANO MOD. 2012 / 2012 CORP. PREDOMINANTE PRETA		VENC. COTA ÚNICA 09/04/2018 1º PAGO 2º PAGO 3º PAGO	
COTA ÚNICA R\$ 0.00 FAIXA IPVA 002355 3X PARCELAMENTO / COTAS R\$ 66 333333		VENC. COTA ÚNICA 09/04/2018 1º PAGO 2º PAGO 3º PAGO		PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 00 (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) *** LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO	
OBSERVAÇÕES		OBSERVAÇÕES		OBSERVAÇÕES	
MOTOR: KC16E/C495601		MOTOR: KC16E/C495601		MOTOR: KC16E/C495601	
ROTEIRO ALEGRE/RS		ROTEIRO ALEGRE/RS		ROTEIRO ALEGRE/RS	
DATA 15/07/2018		DATA 15/07/2018		DATA 15/07/2018	

PROTOCOLO RECEBIDO
16 OUT 2018
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima: 095.296.054-04	Nome completo da vítima: José da Ruela
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: José da Ruela	CPF: 095.296.054-04	
Profissão: Desempregado	Endereço: Lúcio Santa Cruz	Número: 7
Bairro: Lapa Rural	Cidade: Monte Alegre	Estado: RN
E-mail: jromarcelo@outlook.com	CEP: 59182-000	Tel.(DDD): (84) 9.9217.1370

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDAMENTO

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (003) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2642 5 CONTA: 34610 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que assinalo uma das opções:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com a apresentação, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia ou exclusiva, com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, Paranápolis, 20/11/18
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

José da Ruela
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

DE CANCELAMENTO
BOLSA DE CANCELAMENTO

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
20/11/2018 - Autoatendimento - 11:49:39
483372027 0339

EXTRATO DE POUPANCA PARA SIMPLES CONFERENCIA
EXTRATO DE POUPANCA-CURO/POUPEX

AGENCIA: 2642-5
CONTA: 34.610-1
VARIACAO: 51
CLIENTE: JOSENILDO JOSE DA CUNHA

DATA	DT.BS	HISTORICO	VALOR
2010		Outubro/2018 Saldo ant.	42.00
0111	02	Novembro/2018 JUROS	0.00
1211	13	JUROS	0.00

DISPONIVEL	812.00
VLR. BLOQUEADO	0.00
SALDO TOTAL	812.00

SALDO POR DATA BASE

02	03.17.00
13	03.17.00

MENSAGENS DIVERSAS

SELIC igual/menor que 8,5% A.A.: TR+70% DA SELIC
SELIC maior que 8,5% A.A.: TR+0,5% A.M.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

RECIBIDO
29 NOV 2018
TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180485106 **Cidade:** Nísia Floresta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO JOSE DA CUNHA **Data do acidente:** 19/02/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas cranio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180485106 **Cidade:** Nísia Floresta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO JOSE DA CUNHA **Data do acidente:** 19/02/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBDURAL AGUDO.

Descrição do exame médico pericial: SEQUELAS NEUROLÓGICAS EM GRAU LEVE .

Resultados terapêuticos: VÍTIMA FOI SUBMETIDA A CIRURGIA PARA DRENAGEM DE HEMATOMA E CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA ESQUERDO, SENDO TRATADO COM ANALGÉSICOS E ANTI-FLAMATÓRIOS, RECEBENDO ALTA APÓS 11 DIAS SEM APRESENTAR INFECÇÃO HOSPITALAR.
VÍTIMA ORIENTADA E LÚCIDA, APRESENTANDO CEFALÉIA CRÔNICA, DEFICIT DE MEMÓRIA E DIFICULDADE DA ABERTURA OCULAR DO LADO DIREITO.

Sequelas permanentes: APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 09/11/2018

Conduta mantida:

Observações: * REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E ADEQUOU A VALORAÇÃO AO EXAME MÉDICO DESCRITO PELO EXAMINADOR -

Médico examinador: DAURI LIMA DO NASCIMENTO FILHO

CRM do médico: 7547

UF do CRM do médico: RN

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Josénildo José da Cunha
brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Servente
RG nº 2.882.895, CPF/MF nº 095.296.054-04, residente e
domiciliado(a) à Rua Sítio Santa Luzia
nº 7 Bairro Zona Rural
Cidade de Monte Alegre /RN, CEP: 59.182.000

OUTORGADO: JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 11.239, cadastrado no CPF sob o nº 413.039.704-49, com endereço profissional sito à Rua Dr. Sadi Mendes de Lucena, 1022-A, Santos Reis - Parnamirim/RN, CEP: 59.146-110, Telefones: (84) 2010-4827 - 99130-0707 - 99930-2330.

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep.

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

MONTE ALEGRE/RN 19 de setembro de 2018.



Josénildo José da Cunha

Reconheço a(s) assinatura(s) de

Josénildo José da Cunha, por autógrafo

Monte Alegre/RN, 19/09/2018.

OUTORGANTE

PROTOCOLO RECEBIDO

16 OUT 2018

**TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEC.**



VALIDO SOMENTE COM O SELLO DE AUTENTICIDADE

Caroline Tiburino de Moura
Advogada Autorizada

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376080/18

Número do Sinistro: 3180485106

Vítima: JOSENILDO JOSE DA CUNHA

CPF: 095.296.054-04

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 19/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSENILDO JOSE DA CUNHA

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOSENILDO JOSE DA CUNHA : 095.296.054-04

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/01/2019
Nome: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES
CPF: 413.039.704-49

JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/01/2019
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

THIARA VIRGINIA DA HORA