



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	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
46776 702	15/07/2019 15:48	<a href="#"><u>2612080 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01</u></a>	Outros documentos
46776 722	15/07/2019 15:48	<a href="#"><u>2612080 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01</u></a>	Outros documentos

Juntada de petição.



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

**Processo:** 08194347820198205001

**PORTE 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**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)

## 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 crânio-faciais, cursando com prejuizos 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
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

### 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** SEQUELAS NEUROLÓGICAS EM GRAU LEVE .  
**médico pericial:**

**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, DEFÍCIT DE MEMÓRIA E DIFÍCULDADE 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
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

### 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

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 19/02/2018

**Titular do CPF:** JOSENILDO JOSE DA CUNHA

**Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-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](http://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](http://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





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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoraalider.com.br](http://www.seguradoraalider.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 inden

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 R\$ 12.500,00 =

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro

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:

Seguradora Lider-DPVA

**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 CEFALÉIA CRÔNICA, DEFÍCIT DE MEMÓRIA E DIFÍCULDADE DA ABERTURA OCULAR DO LADO DIREITO.**

IV. Nexo 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 sequela permanente

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**

*dauri lima do nascimento filho*

Dr. Dauri Filho  
CRM 7547

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



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

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

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL  CPF da Vítima  Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <input type="text"/>	CPF titular da conta <input type="text"/>	Profissão <input type="text"/>
Endereço <input type="text"/>	Número <input type="text"/>	Complemento <input type="text"/>
Bairro <input type="text"/>	Cidade <input type="text"/>	Estado <input type="text"/>
Email <input type="text"/>	CEP <input type="text"/>	
Telefone (DDD) <input type="text"/>		

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"/> RECUZO 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)			
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/>	D/V <input type="text"/>	CONTA NRO. <input type="text"/>	D/V <input type="text"/>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO			
Nome <input type="text"/>			
NRO. <input type="text"/>			
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/>			
D/V <input type="text"/>		CONTA NRO. <input type="text"/>	D/V <input type="text"/>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

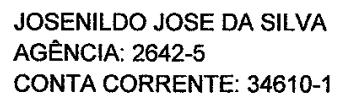
Pernambuco 10 de Outubro de 2018  
Local e Data

PROTOCOLO RECEBIDO  
16 OUT 2018  
TERRITÓRIO ADM.  
E CORRETORA DE SEGS.

X. Fernando 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:	
	095.296.654-04	Josenilda José da Cunha	
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012</b>			
Nome completo:			CPF:
Josenilda José da Cunha			095.296.654-04
Profissão:	Enderéco:	Número:	Complemento:
sementre	Sítio Santa Luzia	7	PR-1
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Zona Rural	Monte Alegre	RN	39182-000
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).

**RENDIMENTO MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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)	Nome do BANCO: _____
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 2642 CONTA: 34610 (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 ao 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 previsão antecipada com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
25/11/2012  
FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES

### 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: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, <u>Pancamirim, 15/10/118</u>
Name:	
CPF:	

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Josenilda José da Cunha

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: JOSENILOO JOSE DA CUNHA

DATA DT.BS HISTORICO	VALOR
Dezembro/2018	
1512 00 Saldo ant.	00000
3112 02 JUROS	00050
DISPONIVEL	00000
VLR. BLOQUEADO	00000
SALDO TOTAL	00000

SALDO POR DATA BASE

02

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 POLICIA 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/Vitima: 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

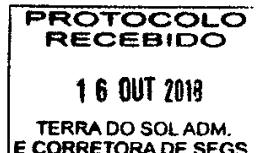
Histórico: O comunicante esteve nesta delegacia de polícia para informar que no dia, local e horário quando conduzia o veículo MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESI ANO 2012, MODELO 2012, COR PRETA, PLACA NNX1683/RN, CHASSI 9C2KC1670CR49601 E RENAVAM 00455359105 (em nome de ISABEL FRANCISCO MATIAS DA CUNHA – 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 fora 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.

ASSINATURA DA VÍTIMA OU INTERESSADO

APC Luciano Gomes dos Santos  
Matr. 168.087-0





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

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

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima <i>José naldo José da cunha</i>	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.

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

*Quintonilho 10 de Setembro de 2018*

Local e Data

*X José naldo José 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 JOSE 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  
Matrícula: 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

05/03/2018

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

## FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: **36730/1**

Data: **19/02/2018**

  
DR ADRIANO

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 ENFERMAGEM

REGULAÇÃO MEDICA	TROTE	INFORMAÇÃO	ENGANO	QUEDA DA LIGAÇÃO	CONTATO COM EQUIPE SAMU	TRANSF./INTERNAÇÃO
------------------	-------	------------	--------	------------------	-------------------------	--------------------

Cidade: NÍSIA FLORESTA

Telefone: (84) 98186-9125

Nome do Solicitante: ABRAÃO

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 WALFREDO 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

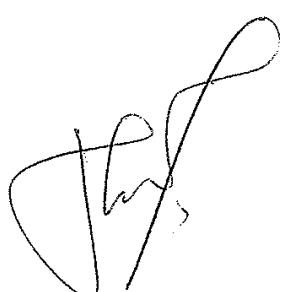
REGULAÇÃO: SOLICITANTE INFORMA QUE PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO ESTAVA SEM CAPACETE, COM SANGRAMENTO ORAL ESTA CONSCIENTE

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: (RÁDIO OPERADOR) LUCIANO FERREIRA BARBALHO

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

### HORÁRIOS DO CHAMADO

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

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 integral e abdome flacido sem fraturas aparentes

REMOÇÃO - TRANSPORTE

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 Zero

Vaga Negada

Motivo da entrada:



Ass:

PROBLEMAS

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:

ACORDO DA REMOÇÃO

Sim    Não

ACEPTEI A REMOÇÃO

Sim    Não

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

2/2

## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DO RIO GRANDE DO NORTE  
RUA MERMOSZ, 150, BALDÓ,  
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-81  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055195-0



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Gráfitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvíndia 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligaçāo Gráfitas de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligaçāo Gráfitas de telefones fixos e móveis

<b>DADOS DO CLIENTE</b>	
MARIADAS GRACAS DE SANTANA	
CPF: 812.947.274-00	
<b>ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b>	
SI SANTA LUZIA 7 -PR 1	
SITIO SANTA LUZIA ZONA RURAL/AREA RURAL 59182-000 MONTE ALEGRE RN	
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br	

<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>11/10/2018</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> <b>04/10/2018</b>	<b>CONTA CONTRATO</b> <b>007002147690</b>
<b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> <b>114,85</b>	<b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> <b>04/10/2018</b>	<b>Nº DO CLIENTE</b> <b>3610226737</b>
	<b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> <b>013131841</b>	<b>Nº DA INSTALAÇÃO</b> <b>0002025318</b>
<b>Série: U</b>		
<b>CLASSIFICAÇÃO</b> <b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b> <b>Monofásico</b>		
<b>RESERVADO AO FISCO</b> <b>F225.BB61.5602.A3D5.E33A.7009.3A36.3543</b>		

## DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	147,00	0,62678920	92,13
Acréscimo Bandeira VERMELHA			9,58
Contrib. Ilum. Pública Municipal			11,70
Multa por atraso-NF 010199381 - 02/08/18			1,93
Juros por atraso-NF 010199381 - 02/08/18			0,90
Atualização IGPM-NF 010199381 - 02/08/18			0,58
Compensação DMIC 08/18			1,97
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>114,85</b>
<b>INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS</b>			
<b>ICMS</b>	<b>PIS</b>	<b>COFINS</b>	
<b>BASE DE CÁLCULO</b>	<b>%</b>	<b>BASE DE CÁLCULO</b>	<b>%</b>
101,71	18,00	101,71	0,94
			0,95
			101,71
			4,35
			4,42

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):

Vencido	Dt Resv	Valor
11/09/18	04/10/18	116,27

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores bem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO	
	KW/h	
Consumo Ativo(kWh)	0,62678920	
OUT	18	147
SET	18	144
AGO	18	136
JUL	18	134
JUN	18	152
MAR	18	151
ABR	18	155
MAY	18	173
FEV	18	175
JAN	18	163
DEZ	17	157
NOV	17	147
OUT	17	142

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000002131009124	CAT	03/09/2018 8.737,00	04/10/2018 8.884,00	31	1,00000	0,00	147,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LETURA: 05/11/2018

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRÍPCAO	CONJUNTO	VALOR APROXIMADO	MÉTRICA MENSAL	MÉTRICA TRIMESTRAL	MÉTRICA ANUAL
ago/2018					
DIC-No.de horas sem Energia	BREJINHO	12,95	11,16	22,32	44,65
FIC-No.de vezes sem Energia		4,00	7,59	15,19	30,39
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		9,06	6,68	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico				Límite DICRI: 16,60	
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 34,85					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios monte das gameleir: avenida joao de paiva, centro / paraíso variedades: rua alfredo xavier, 303, centro lista completa em [www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br).

O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível do tensão de fornecimento.

Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária (Res414/ANEEL).

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo da disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

1-6-OCT-2018

## DESTAQUE AQUI

CONTACONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TERRESTRE SOL ADM. CORRETORA DE SEGS.	TALÃO DE PAGAMENTO
007002147690	10/2018	114,85	11/10/2018		Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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: 59004-520 - Natal/RN  
SAC: 2010.2010-10600  
FAX: 2010.6010 | DPF: AUDITIVO: 0800.884.5961

Nota Fiscal de Serviços de Comunicações

Modelo 21  
Série Unica CFOP 5307  
nº 25903  
Data da emissão: 01-07-2017

Usuário: 1734702 João 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:

# CABOTELECOM

## Discriminação dos Serviços

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

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	10,96	3,69
	1	8,90	1,28

NF  
102,22

Encargos  
0,00

Debito 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](http://www.cabotelecom.com.br).

O relatório detalhado do(s) serviço(s) prestado(s) se encontra disponível na página web da Cabo Telecom podendo, ainda, ser solicitado, por meio impresso.

O período de aumento gratuito de velocidade download de navegação se encerrou em 06-2017.

Valor da Mensalidade

102,22

Os cinco últimos registros de atendimento

1025924  
1026122  
1026187  
10059603  
9432124

Base de Cálculo:	Aliquota:	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 FUNITEL 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

Data do documento: 01-07-2017	Número do documento: 25903	Especie do documento: 17	Ache: S	Data processamento: 01-07-2017	Carteira: 109	Agência Cedente: 9314/32857-7
Instituição:						Nossa Número: 109/11120192-3
Atenção: não receber após 30 dias de vencimento.						Valor do Documento: 102,22
Usuário: 1734702 João Roberto Ferreira NEVES						Valor cobrado: 102,22
Endereço: R SADI MENDES 1022-A						
SANTOS REIS 59141-085						

Advertência Fazenda 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 ciência 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 SUSEP<sup>1</sup> 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 profissão 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<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES**, inscrito no CPF sob o nº 413.039.704-49, na qualidade de Procurador / Intermediário do Beneficiário José nílipo José de Cunha, inscrito (a) no CPF sob o nº 095.296.054.104, do sinistro de DPVAT cobertura Finalidade da Vítima José nílipo José de Cunha, inscrito (a) no CPF sob o nº 095.296.054.104, 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.

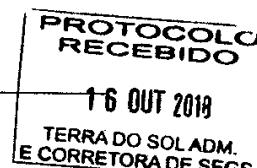
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

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

Parnamirim, 10 de Outubro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo

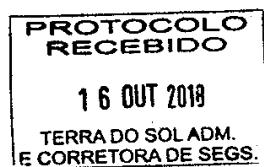
Eu, Isael Francisco Matos da Cunha,  
RG nº 003.434.095 data de expedição 03/08/2012  
Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 703.094.194-64, com  
domicílio na cidade de Monte Alegre, no Estado de  
RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Sítio Santa Luzia / Zona Rural, nº 5/1  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Isenilda José da Cunha o condutor era  
Isenilda José da Cunha

Veículo: MOTO  
Modelo: HONDA CG FAN ESF 150  
Ano: 2012 / 2012  
Placa: NNX 1683/RN  
Chassi: 9L2KC1670CR498601  
Data do Acidente: 19/02/18  
Local e Data: Nizânia Floresta 19/02/2018

Isael Francisco Matos da Cunha  
Assinatura do Declarante

Isenilda José da Cunha

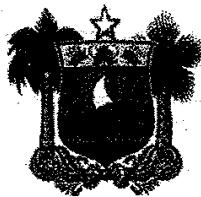
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Isael Francisco Matos  
Isenilda José da Cunha, por autenticação.  
Monte Alegre/RN 25/04/2018  
Fabiana Maria Gomes da Silva  
Escrevente



SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
CENTRO SOCORRO CLOVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 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

Sexo: M Cor: PARD

Mãe: MARIA DAS GRACAS DE SANTANA

Logradouro: VERTENETE, 1

CEP: 59182000 Bairro: ZONA RURAL

Telefone: 84.91080423

Cidade: MONTE ALEGRE

Compl:

Tipo: REFERENCIADO

\*Empresa:

PROTÓCOLO  
RECEBIDO

16 OUT 2018

TERRA DO SOL ADM.  
E CORRETORA DE SEGS.

Fluxograma:

Discriminador:

S:	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

Uma se quebrou de moto.

TCE

Ajuda, não soltou nem o chão

Otorrinolaringologista

Uma vez quebrou a mão.

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL, 02/02/2018  
MAT. N. 151828  
SAME  
ASSINATURA

### EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Umas vias primas. Sem lesões na pele, feridas
- B Exame com os olhos, MV e MFT
- C P. 90 BPM. Pulso tenuis
- D Gaspar = 15
- E Otorrinolaringologista + Injeção de punho

### EXAME COLABORATIVO

Data:	19/02/18	Hora:	4:12
Técnico:	T. GAY		
Exame:	CRANIO/FAC/CERVIC		
Médico:			

### OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdome = Abdominal

Ritmo regular

Ida:

PROTÓCOLO RECEBIDO
TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.

### DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

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

A. GOLITIMO PI SUPPORTO BÁSICO DE VIDA: 1- AVIADE A RESPIRATORIEDADE DA VITIMA 2- PEGA ANDAIA OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAL) 3- ABARA VIA AÉREA  
 B. MASCARAS: 4- AVIADE PULSO DISPOSITIVO BOLSAS  
 C. SENTIR: 5- SE APENAS, ABRE OSEU E VENTILAÇÕES DE RESGATE (ATE A CHEGADA DO DESEMBARQUE) 6- SE DESPONTELAR, A  
 D. RITMO: 9- RITMO 9- RITMO CHOCAVEL APLIQUE 1 CHOQUE (200 J PI DEA BIFASICO) E REINICIE ROR  
 E. RITMO: 10- RITMO 10- RITMO COMPRESSO, 100MM/HORAS, 100MM/HORAS, 100MM/HORAS, 100MM/HORAS  
 F. RITMO: 11- AVIADE RITMO REPPAC 2, 11- AVIADE O RITMO O RITMO RCP 12- PARTE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADO ASSUMIR OU CASO A VITIMA SE MEXA, 13- COLOQUE A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO

## ORIENTAÇÃO TEÓRICA:

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1	
ANAMNESE	
<p>NGL 3.00</p> <p>- Aude de moto sem capacete aps impacto estab atido, no tórax, flancos, flancos, com dafat m abdominal.</p> <p>4-SC CARD</p>	
EXAME FÍSICO	
<p>FEZER FFP (E)</p> <p>MUDA TP A (A)</p>	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
<p>do vento cardíaco</p>	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***	LABORATÓRIO DE ANALISES CLÍNICAS
	<p><i>(Assinatura)</i></p> <p>OUTROS</p>
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	
<p>C. Gravida - 07:15 - 19/02/18</p> <p>Paciente segue bem nula do C.C. não subordina se ao procedimento cirúrgico pela equipe da NCP. Além não realizou exame complementares ao motivo de sua subordinação</p> <p>CO2 O2 Agmoximetry TC se Zetox e abrem</p> <p>US E ROTT</p> <p>Deixa voluntária no pronto-socorro</p> <p><i>André Corsino da Costa CRM/RN 6546</i></p>	
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
<p><i>Costa</i></p> <p><i>CONFERE COM ORIGINAL</i></p> <p><i>MAT. 07100123</i></p> <p><i>MAT. NO. 7100123 SAME</i></p> <p><i>ASSINATURA</i></p>	
Assinatura e Carimbo do Responsável	

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3.)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, onde está, o que é, a data e etc.)	5
Confusa (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas. (Fala aleatória, mas sem troca conversacional e confusão)	3
Bons Intelectivos. (Gemeando sem articular palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MMR)	
Obedece à ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada inespecífica a dor.	4
Padrão Rez à dor (Desconexão).	3
Máximo extensor à dor (Desconexão).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

**ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
13-150	=4
9-120	=3
6-80	=2
4-50	=1
30	=0
19-200	=4
>250	=3
6-90	=2
1-50	=1
00	=0
>900	=4
76-890	=3
50-570	=2
1-490	=1
00	=0

\*Escala de Trauma Revisada (RTS): Bona indicação para priorização de traumas fechados.

Referência: Adams R, Chang JH, Sacco WM, et al. A Review of the Trauma Score. J Trauma 29(5):624, 1990.

### CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)\*

- 03 - 08-grave (necessidade de intubação imediata);
- 09-3 moderado;
- 14-15 leve

\*Referência: TEASDALE G, JENNET B.

Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-84.

\*\*A escala proposta aplica-se a pacientes conscientes e que colaboram com idéias específicas. A Escala Qualitativa de Consciousness classifica a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos:

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

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

- LAUDO PARA  
 SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
- ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

- NOME DO PACIENTE	16 - Nº DO PROTOCOLO				
- CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO	1	FEMININO
0 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO				
2 - ENDEREÇO (RUA, Nº)					

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

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

7 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	TC: per quebra a mola, alcoolismo TC: nervo + nódos.
8 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	Perde a mola.

9 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)	CONFIRME CONCILIACAO HOSPITAL. 07/08/2018 MÁS - SAME X NATURA
---	--

10 - Diagnóstico	11 - CID INICIAL	12 - CID SECUNDÁRIO	13 - FÁUDIOS ASSOCIADOS
------------------	------------------	---------------------	-------------------------

14 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	15 - LEITO / CLÍNICA	16 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	17 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
Nervos			
18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	19 - NLE	20 - Vygote	21 - DT SOLICITACAO
403010020			22 - CNS / CPF

23 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)	24 - CNPJ DA SEGURADORA	25 - Nº DO BILHETE	26 - BÔNUS
27 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	28 - CID PRINCIPAL	29 - CID SECUNDÁRIO	30 - DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL
29 - ACID. TRABALHO TÍPICO			31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
30 - ACID. TRABALHO TRAJETO			

31 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	32 - NOME DO PROFESSOR / PARCEIRO / CONTROLE	33 - N° DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
34 - DT AUTORIZ.	35 - DT AUTORIZ.	36 - RECEBIDO
37 - CNS / CPF	38 - TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.	39 - PROTOCOLO RECEBIDO
40 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	41 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	42 - TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.

Missão: Oferecer ao Sistema Hospitalar assistência à 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

Josévaldo José de Souza

MATRÍCULA

Lendo Médico:

Leitura para os devidos fins  
que o paciente acima citado foi  
vítima de queda de moto no  
dia 19/2/18. Ficou internado  
nesta instituição até o 01/3/18  
para tratamento cirúrgico de TCE.

Necessita 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

MÉDICO - CRM

DATA 7/3/18

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:

PID

DATA:

HORA:

## SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica Á Revelia 

Transferido para:

## ÓBITO:

DATA:

HORA:

Entregue à família

com Atestado S.V.O. I.T.E.P. André Corrêa da Costa  
Neurocirurgia  
CENTRAL FEGAS

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 Á Revelia 

Transferido para:

## ÓBITO:

DATA:

HORA:

Entregue à família

com Atestado S.V.O. I.T.E.P.

ENQUETE DO PACIENTE

A	B	C	D	E
EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)				
<p><b>A (ALERGIAS):</b></p> <p>M (MEDICAGAO EM USO):</p> <p>P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PREVIAS):</p> <p>L (LÍQUIDOS ALIMENTOS INGERIDOS):</p> <p>V (PASSADO VACINAL):</p> <p><b>EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIODIAGNOSTICOS)</b></p> <p><b>CONDUITA PRIMÁRIA: (MEDICAGÕES E PROCEDIMENTOS)</b></p> <p><b>DATA:</b> 19/02/18 <b>HORA:</b> 02:40 <b>ESPECIALISTA 1:</b> M.C.R <b>ESPECIALISTA 2:</b> B.M.C <b>ESPECIALISTA 3:</b> E.S.P.</p>				
<p><b>LABORATÓRIO DE ANAIS CLÍNICAS</b></p> <p><b>M (MEDICAGAO EM USO):</b></p> <p><b>P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PREVIAS):</b></p> <p><b>L (LÍQUIDOS ALIMENTOS INGERIDOS):</b></p> <p><b>V (PASSADO VACINAL):</b></p> <p><b>EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIODIAGNOSTICOS)</b></p> <p><b>CONDUITA PRIMÁRIA: (MEDICAGÕES E PROCEDIMENTOS)</b></p> <p><b>DATA:</b> 19/02/18 <b>HORA:</b> 02:40 <b>ESPECIALISTA 1:</b> M.C.R <b>ESPECIALISTA 2:</b> B.M.C <b>ESPECIALISTA 3:</b> E.S.P.</p>				
<p><b>EXAMENHAMENTO DO PACIENTE</b></p> <p><b>Assinatura e Carmo do Responsável</b></p> <p><b>Assinatura e Carmo do Responsável</b></p>				



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Manoelito Walfrido Gurgel

Pronto Socorro Clovis Sarinho

## REQUISIÇÃO DE EXAMES

## IDENTIFICAÇÃO

NOME: Sorenaldo José de Cunha SEXO: MASC(  ) FEM(  )  
LEITO: 706 REG. N° \_\_\_\_\_ DT NASCIMENTO: 15/03/87

SETOR: PSA (  ) FSI (  ) CC/CCU (  ) ENFERM (  ) UTI (  )  
URGÊNCIA: (  ) ELETIVA (  ) DATA: 19/02/18 HORA: \_\_\_\_\_

## EXAMES

- |  |  |  |
|--|--|--|
| ( <input type="checkbox"/> ) HEMOGRAFIA  | ( <input type="checkbox"/> ) SÓDIO     | ( <input type="checkbox"/> ) D-DIMERO          |
| ( <input type="checkbox"/> ) GLICOSMIA   | ( <input type="checkbox"/> ) POTÁSSIO  | ( <input type="checkbox"/> ) TAP/STP/INR       |
| ( <input type="checkbox"/> ) UREIA   | ( <input type="checkbox"/> ) CÁLCIO    | ( <input type="checkbox"/> ) LÍCERATO          |
| ( <input checked="" type="checkbox"/> ) CREATININA                                   | ( <input type="checkbox"/> ) MAGNÉSIO  | ( <input type="checkbox"/> ) OSF. ALCALINA     |
| ( <input type="checkbox"/> ) TCO   | ( <input type="checkbox"/> ) VSH       | ( <input type="checkbox"/> ) CLASIF ABO/RH     |
| ( <input type="checkbox"/> ) TGF   | ( <input type="checkbox"/> ) PCR       | ( <input type="checkbox"/> ) LHCG              |
| ( <input type="checkbox"/> ) BT/FRAÇÕES  | ( <input type="checkbox"/> ) CKMB      | ( <input type="checkbox"/> ) COLESTEROL E FR * |
| ( <input type="checkbox"/> ) AMYLASE   | ( <input type="checkbox"/> ) TROPONINA | ( <input type="checkbox"/> ) TRIGLICERÍDEOS *  |
| ( <input type="checkbox"/> ) DHL   | ( <input type="checkbox"/> ) GLUCINA   | ( <input type="checkbox"/> ) PROT T/FRAÇÕES *  |
| ( <input type="checkbox"/> ) CAMA GT   |  | ( <input type="checkbox"/> ) SUMÁRIO DE URINA  |
| ( <input type="checkbox"/> ) GASOMETRIA ARTERIAL ( <input type="checkbox"/> ) VENOSA |  |  |

\* = EXAMES NÃO REALIZADOS NA URGÊNCIA.

## OUTROS EXAMES (INCLUIR EXAMES DE IMAGEM)

RX tórax

MOTIVAÇÃO CLÍICA:

5NE

Dr. Diego Costa  
Terapeuta  
CRM/RN-7782

Assinatura e Currículo do solicitante

IDENTIFICAÇÃO

Nome: José Reg. N°

Diagnóstico pré-operatório: HSDA + PLEOS.

Indicação terapêutica: febre Urgência (X) Eletiva ( )

INTERVENÇÃO

Data: 16/02/18 Início: Término: Duração:

Operador: M. André Sorsino CRM/CRO: 6546

1º Auxiliar: M. Juliano José Mely Naz CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista: CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- (1) Sob anestesia gl, histeron fibrell, coloca sobre rosto  
(2) Aspira, aspira e aspira da cavidade nasal  
(3) Rabaz e remoção de massas → (4) + OISSA; desplacamento de massa em penicilum  
(5) Despreza lipo óssea  
(6) Fechado por planos  
(7) Estabiliza e coloca o fio nas em "U" mantendo certa no  
cabeça → (8)  
(9) abertura por planos, remoção hiper, evitando lesão de tecido  
chavado fios, encerrando os bordos da incisão  
(10) fixa o fio (chavado hiper, canamôdos)  
(11) drenos chaves para o NC 3.2  
(12) fechado por planos  
→ VAG

CONFIRMO ORIGEM  
NATAL. DT 106 10/18  
MAT. N. 6546 SAME  
FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES

André Sorsino da Costa  
Neurocirurgião  
CRM/RN 6546

Coleta de material anatomo-patológico: ( ) NÃO ( ) SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: ( ) NÃO ( ) SIM QUAL?

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.



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: CRB Leito: 106 UTI: \_\_\_\_\_ Leito: 241  
Data de admissão: 20/02/2018 Alta: / /  
Nome: Josenvaldo José da Cunha Naturalidade: SJ M Píbiú  
Idade: 29 Sexo:  Masculino  Feminino Data de Nascimento: 15/03/1987  
RG: 002.882.895 Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: Médio in.  
Filiação: Pai: José Joaquim da Cunha.  
Mãe: Marie des Gracos de Santana.  
Endereço: Stro Santa Lúcia 7 - RR 1. Sítio Santa Lúcia Cidade: Monte Alegre  
Telefone: 91466790  Residencial  Trabalho  Recado  
Contato: 94488712 Outros telefones:  
Composição familiar: Mora com mãe, 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  
Internação 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:

#### **Critérios para Acompanhante**

ssui requesitos? ( ) Não ( ) Sim Qual o motivo? \_\_\_\_\_  
Portador de deficiência: ( ) Auditiva ( ) Visual ( ) Física ( ) Mental  
Responsável pelo paciente: Maria das Graças de Souza.  
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, encantamentos, etc.)

*paciente nitime  
moto el freno.*

~~Solicitech Servos 995~~ ~~servos de alta potencia.~~ ~~VIC. Constante Uchoa~~

91466790  
100% ORIGINAL  
nilia na interação, visto e recebido, encaminhado  
~~CONFIRMADO~~  
~~DATA:~~  
~~PROJETO:~~  
~~MAP.~~  
~~SIGNATURAS~~

Safda

óbito: Encaminhamento: ITEP ( ) 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, crônicas, 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.

Identificação

Data: 19/10/18

Nome: Jornilde Gomes da Cunha

Registro: 62065

Leito: 106 Idade: 50 Data de Nasc.: 15/03/84 Sexo: ( )M ( )F Data da Internação Hospitalar: 19/10/18

Diagnóstico(s): TCE

Peso: Kg

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

( ) Enfermaria Qual? ( ) Outra Unidade Qual?

Motivo da Internação na UTI: Reoperatório de DHEA + Crise estomio descompensada

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

APACHE:

História Clínica

Paciente admitida neste hospital procedente do Centro Cirúrgico (realização de DHEA + Crise estomio descompensada) fruto de TCE que ocorreu dentro do mês. Recebeu ventilação, porém, apresentando certo grau de parada motoria.

Avaliação Sist. Neurológico

Abertura Ocular	Espontânea	4	Resposta Verbal	Orientado e conversando	5	Resposta Motora	Obedece comandos	6
		3			4			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 (descerebração)	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): Hiperfáxicas, fixas e ghetas

Descrição de déficit motor:

Obs: \_\_\_\_\_

Sedado? ( ) Não (X) Sim SAS\* PlAsS = -4

RAMSAY = -5

CAM-ICU\*\* posição

\* Sedation-Agitation Scale

Assessment Method for the Intensive Care Unit

NIH admissão (se aplicável):

Hunt Hess (se aplicável):

Fisher (se aplicável):

Natal (se aplicável):

Mat N.º: 1111111111111111

Rigidez de nuca: ( ) Não ( ) Sim

Avaliação Sist. Respiratório

( ) Ar Ambiente ( ) Cat. Nasal O<sub>2</sub> l/min ( ) MV % ( ) VNI SatO<sub>2</sub>: 100 % FIO<sub>2</sub>: 30 %

(X) TOT há 01 dias, nº ( ) TQT há \_\_\_\_\_ dias, nº Freq. Respir.: 102 IRPM

Descrição do Exame Pulmonar: Hiperfáxis restringe o paciente verbalmente, com ruídos coximáticos

Observações: \_\_\_\_\_

Gasometria (antes ou admissional)	pH 7,34	PCO <sub>2</sub> 39,2	BE -2,4	FiO <sub>2</sub> 30%	PaCO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub>	Dist. Ac/base:
-----------------------------------	---------	-----------------------	---------	----------------------	-------------------------------------	----------------

Identificação		Data: 20/02/10
Nome: <i>Josenildo José do Cunha</i>	Registro: 62065	
Leito:	Idade: 15	Data de Nasc: 15/10/87 Sexo: ( )M ( )F Data da Internação Hospitalar: 19/02/10
Diagnóstico(s): HSDA com FTP à exp e dx de FT d J + Craniotomia descompressiva		
Setor/Unidade de Procedência: ( )CC ( )CRO ( )PS Trauma ( )PS Clínico		
( ) Enfermaria Qual?		( ) Outra Unidade Qual?
Motivo da Internação na UTI: TCE + HSDA + Dx de hemorragia + Tran		
Reinternação? ( ) Não ( ) Sim <48h? ( ) Não ( ) Sim APACHE:		

#### História Clínica

Paciente vítima de queda de moto com TCE grave, evoluindo com HSDA + HEDA históricos. Há alcoolismo + agitação + ECGs fez suspeita pelo NCR observados d HSDA e craniotomia descompressiva. Admitido por proveniente do CRO sedado em IOT + VNI. PEEP 6 + FiO<sub>2</sub> 21% + P. de 11. Em diete por SNG + Diurese por SUD.

#### Avaliação Sist. Neurológico

Abertura Ocular	Esportânea	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 (descerebração)	2
							Sem resposta	1

Sedado? ( ) Não ( ) Sim SAS\* -4

CAM-ICU\*\* positivo ( )

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

\*\*Cor

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):

Rigidez de nuca: ( ) Não ( ) Sim

Descrição de déficit motor:

Obs.:

#### Avaliação Sist. Respiratório

( ) Ar Ambiente ( ) Cat. Nasal O<sub>2</sub> \_\_\_\_ l/min ( ) MV \_\_\_\_ % ( ) VNI SatO<sub>2</sub> 98 % FiO<sub>2</sub> 25%  
( ) TOT há \_\_\_\_ dias, nº \_\_\_\_ ( ) TQT há \_\_\_\_ dias, nº \_\_\_\_ Freq. Respir.: \_\_\_\_ IRPV

Descrição do Exame Pulmonar: MV + esse bronco

Observações:

Gasometria (antes ou admissional)	pH	PCO <sub>2</sub>	BE	FiO <sub>2</sub>	Dist. Ac./base:

### Avaliação Sist. Cardiovascular

Eletrocardiograma: 4P: ritmo regular

FC: 116 PA: 130x84

Ausc. Cardíaca: R: R, V1, Rv5, LVF, LVFm, Uv5, Uv6, LVFmEdema de MMII: Sem edema Panturrilhas livres Empastadas

Choque ( ) Drogas Vasoativa (s): \_\_\_\_\_

Dose: \_\_\_\_\_

Sinais de Hipoperfusão: ( ) Lactato elevado ( ) Sat. venosa O<sub>2</sub> < 70% ( ) Má perfusão periférica ( ) Oligúria

Obs: \_\_\_\_\_

### Avaliação Sist. Digestivo

(X) Plano ( ) Flácido ( ) Globoso ( ) Distendido ( ) Timpânico ( ) Ascítico ( ) Maciço ( ) Dor à palpação

Ruídos hidro-aéreos: ( ) + (X) Ø

Eliminação Intestinal: ( ) + (X) Ø

Diarréia? (X) Não ( ) Sim

Observações: \_\_\_\_\_

### Outras Avaliações

( ) Febre \_\_\_\_\_ °C ( ) Distúrbio hidroeletrolítico 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 ( ) Dc Infectocontagiosa. Qual? \_\_\_\_\_

Habitos 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/ SVD/ DVE/ PIC/ PAM/ PVC/ DRENOS) PREVENÇÃO DE DELIRIUM SUSPENDER ATB PROFILÁTICO

Obs.: \_\_\_\_\_

### Piano Terapêutico/Conduta Inicial

Hipótese Diagnóstica Principal: TCE por quebra de nidoPlano Inicial: - Sustento de VTI  
- Uso de óxido nitrogênio  
- Uso de óxido nitrogênio

### Previsão de Internação em UTI

Identificação do Médico: Data: 19/02/18 Hora: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

AVISO: O paciente, no direito hospitalar, autoriza-se à realização de procedimentos e exames para salvamento e melhoria da situação clínica, dirigidos através 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: Sinusal

EC:

PA:

Ausc. Cardíaca:

RCF AT BNF S1S

Edema de MMII:

6

Panturrilhas livres

Empastadas

- Choque ( )

Droga(s) Vasoativa (s):

6

Dose:

Sinais de Hipoperfusão: ( ) Lactato elevado ( ) Sat. venosa O<sub>2</sub> < 70% ( ) Má perfusão periférica

( ) Oligúria

Obs.: Diurese 1400 ml/h.

### Avaliação Sist. Digestivo

( ) Plano ( ) Flácido ( ) Globoso ( ) Distendido ( ) Timpânico ( ) Ascítico ( ) Mafoso ( ) Dor à palpação

Ruidos hidro-aéreos: ( ) + ( ) Ø

Eliminação Intestinal: ( ) + ( ) Ø

Diarréia? ( ) Não ( ) Sim

Observações:

### Outras Avaliações

( ) Febre 37,9 °C

( ) Distúrbio hidroeletrolítico

Descrição:

( ) Dor Descrição:

Insuficiência Renal: ( ) Não ( ) Sim

( ) Coagulopatia/Hemorragia/Trombose

Descrição:

Obs.:

### Antecedentes Pessoais

( ) DM

( ) ICO

( ) Cirrose

( ) IRC tto conservador

( ) Neoplasia:

"status" ( ) Locoregional ( ) Metastática ( ) Ignorado

( ) HAS

( ) IAM

( ) Demência

( ) IRC - Diálise

( ) DPOC

( ) AVC

( ) Convulsões

( ) Dist. Psiquiátrico

( ) Alergias: Qual?

( ) Asma

( ) ICC

( ) Ins Vasc. Perif.

( ) Dg Infectocontagiosa. Qual?

Hábitos de Vida: ( ) Tabagismo ( ) Elísmo ( ) 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. SUPERE. ÓSSEAS

REALIZAR TQT PRECOCE

PREVENÇÃO DE EXTUBAÇÃO ACUTA

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 + Sanguinose de

Plano Inicial:

① Suporte de UTI

② Solutivo ex. Salicálico + eflutimex +

Rx de fórmula

③ VPM

Previsão de Internação em UTI

7 dia

Identificação do Médico:

*Ana Angélica N. Lira*  
Médica  
CRM/RN 8922

Nome:

Data: 20/08/18

Hora:

CRM:

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas extremas, em especial o trauma, de acordo com as n  
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  
CIRURGIA DENTISTA  
CRM 660

Até o final de  
maio de 2018  
TCE, tempo útil com  
pacientes da  
CRM 818

01/06/18

01/06/18

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

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

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

CLINICA HOPE  
LABORATÓRIO H&P

PROTÓCOLO RECEBIDO

16 OUT 2018

TERRA DO SOL ADM.  
E CORRETORA DE SEGS.

LAUDO MÉDICO

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

# Apresenta lesões cranianas à  
esquerda, lesão n. facial com difi-  
culdade para fechar o olho direito  
e rima labial com alterações.

# Invalidade anatômica e funcional de  
estufadas permanentes

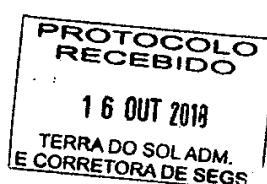
Pernambuco esquina com Praia das Palmeiras - Síde da Esperança - Natal/RN.  
(enfrente ao posto de saúde)  
(84) 3205-7400 / 3205-5042

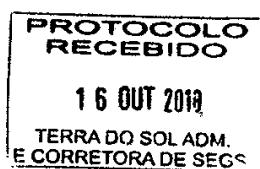
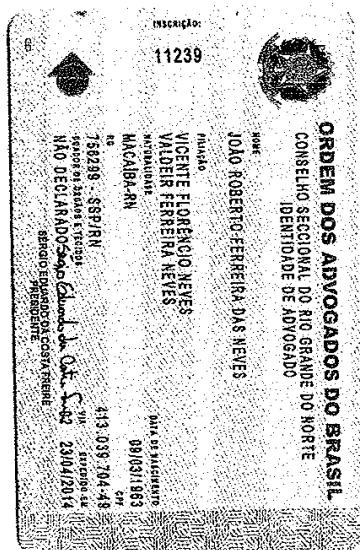
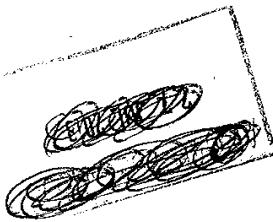
# Até!

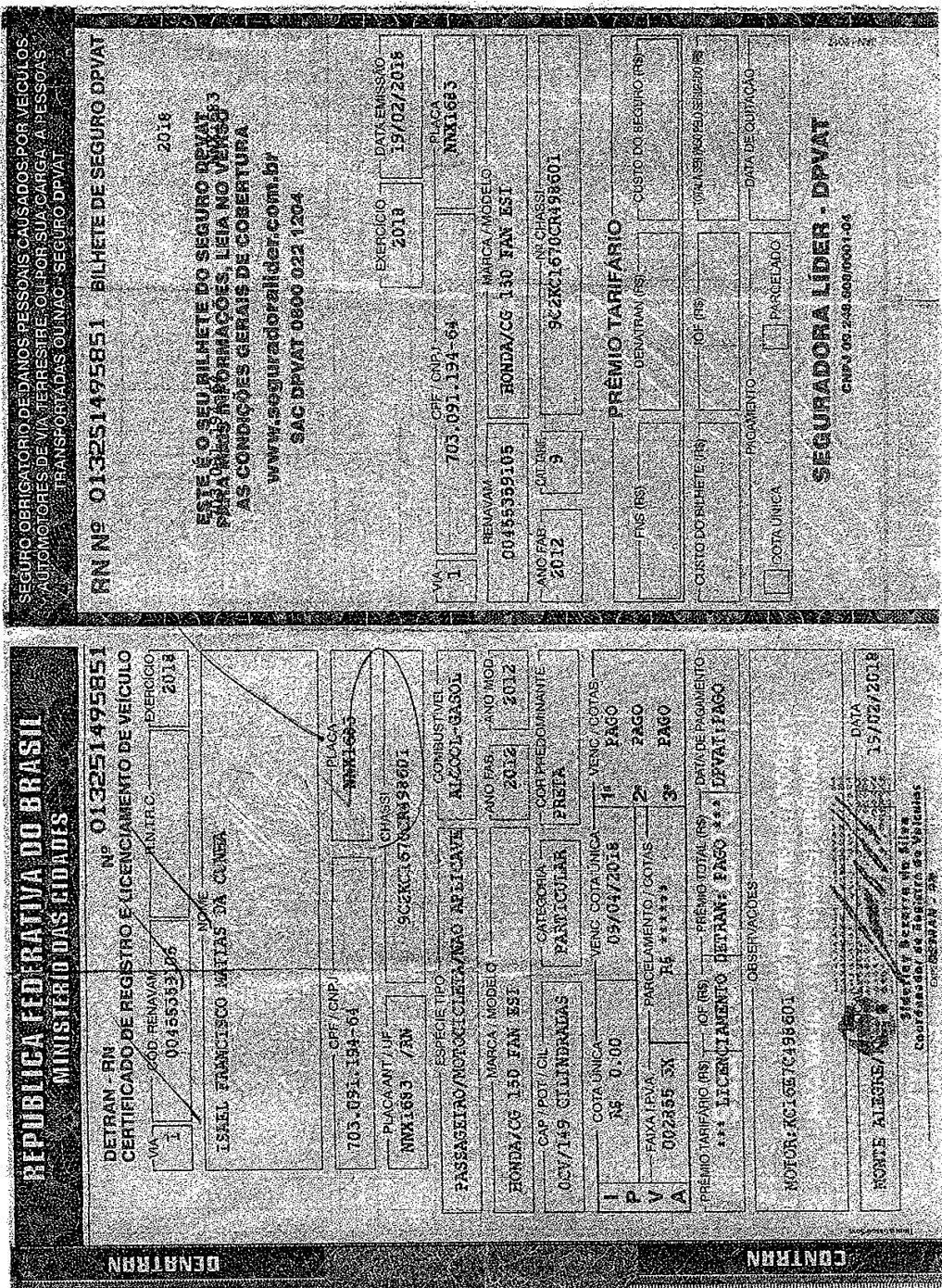
Natal,

02 OUT 2018

*Vitima*







**PROTOCOLO  
RECEBIDO**



## 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:

Josenilda Zona da Rumba

**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012**

Nome completo:

Josenilda Zona da Rumba

CPF:

095.296.054-04

Profissão:

casante

Endereço:

Sítio Santa Beija

Número:

7

Bairro:

Zona Rural

Cidade:

Monte Alegre

Estado:

RN

CEP:

59182-000

E-mail:

frommicasresenho@hotmail.com

Tel.(DDD):

(84)9.9217.1370

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

**DADOS CADASTRAIS****RENDIMENTO MENSAL:** RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 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 (001) Caixa Econômica Federal (104) **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 2642

51

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 Lider 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 atende 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 de prazo.

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 Lider para verificação da existência de eventuais sequelas legais permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de indenização para 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, 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.

Introdução  
deixa de  
até a  
beneficiário  
vivo declarante

Local e Data, 20/11/18

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHAS**

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
 Josenilda Zona da Rumba  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

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

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

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

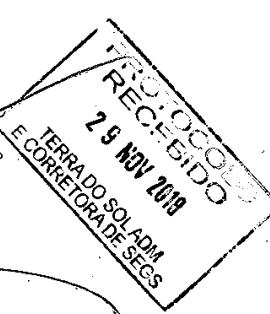
DISPONIVEL	VLR. BLOQUEADO

SALDO TOTAL

SALDO POR DATA-BASE		
02		
13		

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.



## 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 crânio-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
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

## 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** SEQUELAS NEUROLÓGICAS EM GRAU LEVE .  
**médico pericial:**

**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, DEFÍCIT DE MEMÓRIA E DIFÍCULDADE 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
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

### 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:** Josenildo José da Cunha  
brasileiro(a), estado civil Sposo, profissão Sevante  
RG nº 2.882.893, CPF/MF nº 295.296.056-06, 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.



Josenildo José da Cunha

**OUTORGANTE**

**PROTOCOLO RECEBIDO**

16 OUT 2019

TERRA DO SOL ADM.  
E CORRETORA DE SEC



Reconheço a(s) assinatura(s) de  
Josenildo José da Cunha, por autu-  
rizada  
Monte Alegre/RN, 19/09/2019  
Carolina Tibúrcio de Moura  
Assinante Autorizada

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE | Carolina Tibúrcio de Moura  
Assinante 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

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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

THIARA VIRGINIA DA HORA