



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: 0472173443 Nome completo da vítima: JOVIANO WILKER FERNANDES

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

Nome completo: JOVIANO WILKER FERNANDES CPF: 0472173443

Profissão: PEDEIREIRO Endereço: AV. MAR MEDITERRÂNEO 1174 Número: 1174 Complemento: PAJUGARA

Bairro: NOVA REPÚBLICA Cidade: NATAL Estado: RN CEP: 59133-010

E-mail: jovianowilker1982@gmail.com (84) 9-92046040

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

DADOS CADASTRAIS

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

☒ 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: 2030 013 CONTA: 00027881 6

(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 quantificação 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.

MORTE

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 (val nascit)? ☐ 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 do representante legal, assinando o presente formulário

Local e Data: NATAL 24/01/2019

Nome: JOVIANO WILKER FERNANDES

CPF: 0472173443

(*) Assinatura de quem assina A RUGO

Joviano Wilker Fernandes

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | 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.

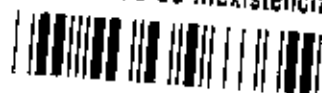


PREFEITURA DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 NATAL



**SAMU
192**

Declaração de Inexistência



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **JOVIANO WILKER FERNANDES**, foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 17/05/2018, aproximadamente às 21h08min, na Avenida Guararapes, Potengi, nesta Cidade. Sob nº de ocorrência 204441/1, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 23 de maio de 2018.


Everton da Silva Rocha
Coordenador Administrativo SAMU 192 Natal
Matrícula nº 64.096-08



16/04/2019
Toda Sociedade de Energia Elétrica Cadea pela Lei 10.438, de 24/04/02
Cosern Neoenergia
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mariz, 150, Bairro Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-41 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSE EDSON ALVES

CPF: 072.361.624-34

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**AV. MAR MEDITERRANEO 1635 CS-1174
LOT NOVA REPUBLICARUA LUCAS ARAUJO LIMA
NATAL RN
59133-010

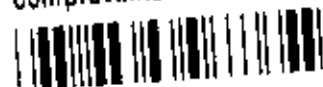
CONTRATO	178140
0850305234	12/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA DE VENCIMENTO
10/01/2019	21/01/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	169,15

DATA DA FATURA	PERÍODO	VALOR
01/01/2019	UNICA	2012/2018
01/01/2019	PERÍODO	2012/2018
2012/2018	2012/2018	2012/2018

DETALHAMENTO DA FATURA

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	240,000000	0,51149415	122,76
Atividade Bandeira AMARELA			0,60
Contribuição para o Sistema de Distribuição			17,64

Comprovante de residência



TOTAL DA FATURA							
169,15							
Nº DO MEDIDOR	Tipo DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE ENCS	CONSTANTE
000000	CAT	2012/2018	2012/2018	2012/2018	2012/2018	21	1,0000
							CONSUMO (kWh)
							240,00

Cobrança do consumo			
Nº DA FATURA	DATA DE VENCIMENTO	VALOR DO PAGAMENTO	DATA DE PAGAMENTO
0850305234	10/01/2019	169,15	10/01/2019



22/05/2018

10.0.0.100/SSONataV_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=204441&Digito=1&ReadOnly=1

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 204441/1

Data: 17/05/2018

CHAMADO

TARM: ALCINEIA MARTINIANO DA SILVA

Médico Regulação: CLÁUDIA MIREYA PAREDES L M DE PAIVA

Rádio Operador: VALTEMBERGUE MENESES DE SOUZA

Médico Cena: CLÁUDIA MIREYA PAREDES L M DE PAIVA

Equipe Enfermagem Cena: COMUNICADOR

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 14 (BASE DESCENTRALIZADA LEIDE MORAIS)

Equipe VTR: JOSE MARIA RODRIGUES JUNIOR - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
SALOMÃO WAGNER MORAIS - TECNICO DE ENFERMAGEM☒ REGULAÇÃO MÉDICA☐ TROTE☐ INFORMAÇÃO☐ ENGANO☐ TRANSP./INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: MARCELO

Telefone: (84) 99831-1912

Nome do Paciente:

JOVIANO VILKER FERNANDES

Idade: *

36 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

☐ Endereço não informado☐ Coordenadas Informadas

Latitude: Longitude:

Endereço: AVENIDA GUARARAPES

Nº:

Bairro: POTENGI

Outro Bairro:

Referência/Complemento: AO LADO DO GINÁSIO NELIO DIAS

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL JOSÉ PEDRO BEZERRA

Queixa Primária: COLISÃO MOTO X BICICLETA

Quem Solicitou: Guarda Municipal

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

17/05/2018 21:11:25 - Dr(a). CLÁUDIA MIREYA PAREDES L M DE PAIVA

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE MOTO X BICICLETA

REGULAÇÃO: COLISÃO MOTO/BICICLETA UMA VÍTIMA, PACIENTE QUE PILOTAVA A MOTO. PACIENTE COM ESCORIAÇÕES EM BRAÇO, MÃO E PERNAS. REFERE DOR. PACIENTE AO SOLO NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, EM USO DE CAPACETE. ORIENTO QUE NO MOMENTO ESTAMOS SEM VTR DISPONÍVEL E PODERIA DEMORAR O ATENDIMENTO. AÇÃO USB EM COD 2

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: AMARELO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 2

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apoio:

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:
17/05/2018
21:08:15Regulação Médica:
17/05/2018
21:11:25Solicitação VTR:
17/05/2018
21:21:53Saída VTR:
17/05/2018
21:22:36Chegada Local:
17/05/2018
21:29:55Saída Local:
17/05/2018
21:55:07Chegada Destino:
17/05/2018
22:30:17Liberação Destino:
17/05/2018
22:30:18Liberação VTR:
17/05/2018
22:30:19

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA ORTOPÉDICA

CARTÃO SUS: 204 0073 2410 9265

Nº 78

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Josiano Wilker Fernandes

RAÇA COR: SEXO: M MASC. () FEM. () D. NASC: 02/03/82 IDADE: 36 ESTADO CÍVIL: -

ENDEREÇO: R. Mon. mediterrâneo, 1174

BAIRRO: Paycaram CIDADE: Natal - RN FONE: 9204-6016

NOME DA MÃE: fcz Pereira Fernandes PROFISSÃO/ESCOLARIDADE: -

RG: - CPF: 011.721.734-4 DATA: 18/05/18 HORA: 18:11

☐ HIPERTENSÃO; ☐ DIABETES; ☐ INSUF. RENAL; ☐ EPILEPSIA; ☐ ALZHEIMER

OUTRAS:

☐ AAS; ☐ DIPIRONA; ☐ DICLOFENACO/AINE; OUTROS:

Aparentemente BEM	☐	Consciente/Orientado	☐	Inconsciente	☐	Agitação	☐
REGULAR	☐	Aparentemente alcoolizado	☐	Hemorragias	☐	Traumatismo Craniano	☐
GRAVE	☐	Respira c/ dificuldade	☐	Convulsão	☐	Desmaio ou Vômito(s)	☐
Poli-traumatizado	☐	Atropelamento	☐	Colisão	☐	Queda	☐

PA	FC	FR	TEMP	SPO2	HGT	PESO	DOR
							LEVE MODERADA INTENSA

AZUL	VERDE	AMARELO	VERMELHO
------	-------	---------	----------

OBSERVAÇÕES:

HOSPITAL MUNICIPAL DE NATAL ENFERMEIRO(A) / COREN

Petrópolis - Natal/RN - CEP 59.012-330

TEL.: 04 3215-9857

CNPJ 24.518.573/0001-70

CNPES: 3700528

Solange Borges

EXAME FÍSICO: CONFERE COM FCZ

DESPACHO

015-550120150

015-550120150

015-550120150

015-550120150

015-550120150

015-550120150

015-550120150

015-550120150

015-550120150

015-550120150

015-550120150

015-550120150

015-550120150

015-550120150

015-550120150

015-550120150

Frederico de O. Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 7574
MÉDICO CRM

R - punho @ AP+P
R - punho @ AP+P
R - punho @ AP+P

Fratura do escafóide E.

- ① Tala luva p/ escafoide
 ② Ao NIR p/ aquecimento cirúrgico
 ③ Voltarem 75 mg IM -

Dr. Flávio Alacón P. de A. Danta
 Ortopedia e Traumatologia
 TEOT: 19037/ICRM-RN: 6725
 CRM-PE 41201

TRATAMENTO DE INTERESSADOR DE FRATURAS F/OM

CINTURA ESCAPULAR (c/ imob)	03.03.09.012-0	()	METACARPO (c/ imob)	03.03.09.016-2	()
de COSTELA(S)	03.03.09.014-6	()	MEMBRO INFERIOR (c/ imob)	03.03.09.020-0	()
PUNHO (c/ luva gessada)	03.03.09.015-4	X	MEMBRO SUPERIOR (c/ imob)	03.03.09.022-7	()
LESÃO LIGAMENTAR (c/ imob)	03.03.09.028-6	()	de LUMBAGO ou DORSALGIA	03.03.09.029-4	()

REDUÇÃO INCURRÊNCIA

LUXAÇÃO ou FRATURA/LUXAÇÃO ESCAPULO-UMERAL (OMBRO)	04.08.01.013-4	()	04.08.02.016-4 (umero prox)	()
LUXAÇÃO ou FRATURA/LUXAÇÃO COTOVELO	04.08.02.022-9	()	04.08.02.015-6 (FISARIA)	()
LUXAÇÃO/ FRATURA LUXAÇÃO do PUNHO	04.08.02.024-5	()	04.08.02.017-2 (FISARIA)	()
FRATURA/LUXAÇÃO MONTEGGIA ou GALEAZZI	04.08.02.018-0	()		()
FRATURA DIAFISE	04.08.02.019-9 (umero)	()	04.08.02.020-2 (antebraço)	()
FRATURA dos METACARPIANOS	04.08.02.021-0	()	04.08.02.023-7 (MTC/PLG)	()
LUXAÇÃO COXO FEMORAL traumática/ pos artroplastia	04.08.04.019-0	()	04.08.04.018-1 (congenita)	()
LUXAÇÃO ou FRATURA/LUXAÇÃO de ANEL PÉLVICO	04.08.04.020-3	()		()
LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO de JOELHO	04.08.05.026-8	()	04.08.05.027-6 (PATELA)	()
LUXAÇÃO ou FRATURA/LUXAÇÃO SUBTALAR E INTRATARSO	04.08.05.028-4	()	04.08.05.029-2 (tarsometat)	()
LUXAÇÃO ou FRATURA-LUXAÇÃO do TORNOZELO	04.08.05.021-7	()	04.08.05.022-5 (FISARIA)	()
FRATURA METATARSO	04.08.05.020-9	()	04.08.05.019-5 (MT/PLG)	()

PROCEDIMENTOS

BLOQUEIO DE NERVO PERIFÉRICO	31403026	()	04.17.01.005-2 (Regional)	()
EXCISAO de LESAO e/ou SUTURA de FERIMENTOS da PELE	04.01.01.005-8	()	04.01.02.005-3 (Retalho ou Z)	()
CANTOPLASTIA UNGUEAL	30101948	()		()
RETIRADA de CORPO ESTRANHO	04.01.01.011-2	()		()
Incisão e DRENAGEM DE ABCESSO	04.01.01.010-4	()		()
CURATIVO grau II C/ OU S/ DESBRIDAMENTO	04.01.01.001-5	()		()
TENOMIOTOMIA	04.08.06.045-0	()	04.08.06.048-4 (tunel osteotom)	()

INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM/CC/EN

RESPONSÁVEL pelo PACIENTE		TELEFONE		SERVIÇO SOCIAL/ CRESS	
GRAU DE PARENTESCO					

INTERNAÇÃO HOSPITALAR	()	leito CIRURGICO		HOSPITAL REGIONAL DE PERNAMBUCO	
	()	leito CLIN MÉDICA		Rua General Joaquim Manoel, 854	
	()	leito PEDIATRIA		Pernambuco - Recife - CEP 50.012-330	
	()	OBSERVAÇÃO		TEL: 84 3215-37	

TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR	HMWG ()	DATA	HORA	CONFERE COM	
	HDML ()			SETER	
	HRP ()			CONFERE COM	
	OUTRO ()			ORIGINAL	

TRANSPORTE	SAMO	USA	USB	UNIDADE:	
	FAMILIA			GRAU PARENTESCO?	
	OUTRO				

RESPONSÁVEL P/ LEVAR

ALTA HOSPITALAR	DECISÃO MÉDICA	()	ÓBITO	()	DATA	
	CURA/MELHORA	()	ENTREGUE A:	()		
	A REVELIA	()	FAMÍLIA	()	HORA	
	A PEDIDO	()	FUNERÁRIA	()		

MÉDICO/CRM



Cirurgia da Mão de Natal

CIMAN

DR. HÉLIO RUBENS POLIDO GARCIA – CRM 5500
CIRURGIA DA MÃO - MICROCIRURGIA - ARTROSCOPIA

RELATÓRIO MÉDICO

Nome: Joviano W Fernandes

Diagnóstico: Pop pseudoartrose do escafoide E

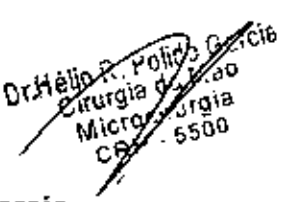
Prognóstico: Moderado. Ainda com dor e limitação. Segue em reabilitação.
Evoluiu com consolidação, mas apresenta grande limitação funcional. Não se espera melhora funcional

Recomendação: Deve afastar-se de suas atividades de carga indefinidamente, a critério do perito

CID: M844 / Z98.8

24.01.19


Dr Hélio R. P. Garcia
CRM 5500


Dr. Hélio R. P. Polido Garcia
Cirurgia da Mão
Microcirurgia
CRM - 5500

Dr Hélio Rubens Polido Garcia
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM 5500



Hospital Municipal de Natal

Dr. Newton Azevedo

LAUDO MÉDICO PARA INTERNAÇÃO CIRÚRGICA

Estabelecimento Solicitante	CNES
Estabelecimento Execulante	CNES

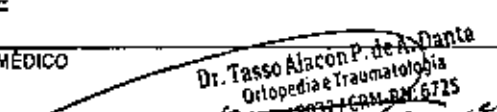
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE JOVIANO WILKER FERNANDES			
Cartão SUS 704 0073 2410 9265	Data de Nascimento 02/03/1982	Sexo ☐ F ☒ M	Idade: 36
RG 213 8030	CPF 011.721.734-43	Telefone(s) 99204 6010	
Responsável Francisca Pereira Fernandes		Tel. 99898 2307	
Endereço Av. Mar Mediterrâneo, nº 1174			
Bairro Poço das Antas	Município Natal	UF RN	

LAUDO TÉCNICA E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente vítima de acidente automobilístico, com fratura em punho E.		
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Necessita cirurgia		
RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS RX = Fratura escápula E.		
DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura escápula E	CID PRINCIPAL	CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO Tratamento cir. fratura escápula	CÓD
CLÍNICA/LEITO	CARÁTER DA INTERNAÇÃO ☐ ELETIVO ☒ URGÊNCIA
MÉDICO SOLICITANTE	CRM
ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO  Dr. Tasso Alacón P. de A. Danta Ortopedia e Traumatologia CRM: 13037 / CON. RN: 6725	DATA 18-05-18

PREENCHER EM CASO DE CAUSA DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ ACID. TRABALHO	☐ VIOLÊNCIA	☐ OUTROS
---	---	------------------------------------	---------------------------------

ESPECIFICAR:

SOLICITAÇÃO DE OPME - Órteses, Próteses e Materiais Especiais.

SOLICITAÇÃO

JUSTIFICATIVA

AUTORIZAÇÃO

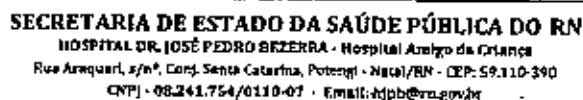
AIH Nº

NOME DO AUDITOR RESPONSÁVEL

CNS/CRM

ASSINATURA E CARIMBO

DATA

**NOME**

J-Vivo M/Koe Fernandes

As HAN/Orthodont

Recite vltima or
Lumen de M. T.

troble e/ per e
humorist e movement
no doubt (C)

HOSPITAL MUNICIPAL DE NATAL
Rua Coronel Joaquim Manoel, 513
Petrópolis - Natal/RN - CEP 59.012-400
TEL: 84 3215-6657
CNPJ 14.516.572/0001-70
FAX: 3700-0220

CNES: 370682

CONFERE COM

O ORIGINAL

21-504-0

Guilherme Tasso de Andrade Alves
Cirurgia Geral
CRM-RN 6393

Natal

17, 25, 18

ASSINATURA E CARIMBO

RECEIVED
U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION
WASHINGTON, D.C. 20535
JAN 10 1964
TELETYPE UNIT
COMMUNICATIONS SECTION
FBI WASH DC

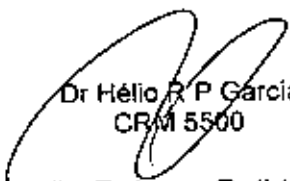
PAGE TWO
JAN 10 1964

RELATÓRIO MÉDICO

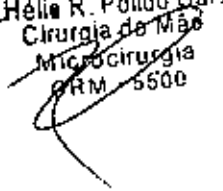
Paciente JOVIANO WILKER FERNANDES apresenta pseudoartrose do polo proximal do escafóide E e será submetido ao tratamento cirúrgico em 17.07.18. Deverá afastar-se de suas atividades por 4 (quatro) meses, a critério do perito

CID: M84

11.06.18


Dr Hélio R. P. Garcia
CRM 5500

Dr Hélio Rubens Polido Garcia
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão


Dr. Hélio R. Polido Garcia
Cirurgia da Mão
Microcirurgia
CRM 5500

Cirurgia da Mão de Natal

CIMAN

Dr. Hélio Rubens Polido Garcia - CRM 5500
cirurgia da mão - microcirurgia - artroscopia

JOVIANO WILKER FERNANDES

Solicito:

1. Hemograma
2. Coagulograma
3. Uréia
4. Creatinina

HD: Pré-operatório

OBS: Não há necessidade de jejum!!!!

Dr. Hélio R. Polido Garcia
Cirurgia da Mão
Microcirurgia
CRM - 5500

Dr. Hélio Garcia
CRM 5500

P/ JOVIANO WILKER FERNANDES

LAUDO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente de nome acima, **36**, foi submetido ao tratamento cirúrgico da pseudoartrose do escafóide E em 17.07.18. Segue em acompanhamento ambulatorial. Ainda não realizou a reabilitação adequada. Ainda com limitação de força e mobilidade. Não se espera recuperação funcional total. Deve afastar-se de suas atividades de por 4 (quatro) meses, a critério do perito

CID - 10: - M84 / Z98.8

Dr. Helio Rubens Polido Garcia
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 5500

Natal, 18/12/2018

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA - 5500

Ortopedia & Traumatologia

Documentos de identificação



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

IDENTIFICADORA

2158030 J. VIA

JOVIANO WILKER FERNANDES

22/10/1999

02/03/1982

CLEIDIO FERNANDES

FRANCISCA PEREIRA FERNANDES

NATAL RN

CERT. NASC. NO. 020230 L. 0252 F. 155

NATAL RN

04 CARTÓRIO

LEI Nº 116 DE 29.09.63

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

PRO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DA DEFESA PÁTRIA

INSTITUTO TECNOLÓGICO DE DEFESA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

JOVIANO WILKER FERNANDES

CARTeira DE IDENTIDADE

JOVIANO WILKER FERNANDES

22/10/1999

02/03/1982

04 CARTÓRIO

MINISTÉRIO DA ECONOMIA

SECRETARIA DE RECEITA FEDERAL

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição

010.721.784-48

Nome

JOVIANO WILKER FERNANDES

Nascimento

22/10/1999

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040484/19

Vítima: JOVIANO WILKER FERNANDES

CPF: 011.721.734-43

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/05/2018

Titular do CPF: JOVIANO WILKER
FERNANDES

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros



JOVIANO WILKER FERNANDES : 011.721.734-43

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 cancela 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: 04/02/2019
Nome: JOVIANO WILKER FERNANDES
CPF: 011.721.734-43

JOVIANO WILKER FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES

Comunicação de Decisão

21/06/2018 21:42:54

NIT: 204.20423.85-6

Número do Benefício: 623.487.544-4

Espécie: 31

Número do Requerimento: 189209610

Ao Sr. (a): JOVIANO WILKER FERNANDES

Endereço: AV MAR MEDITERRANEO CJ PRQ DUNAS , 1174 CS, PAJUCARA

CEP: 59.133-010

Município: NATAL

UF: RN

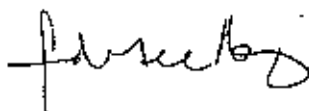
Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 09/06/2018, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho. O benefício foi concedido até 01/12/2018. Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (01/12/2018), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de Solicitação de Prorrogação. A partir de 01/12/2018 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social. O requerimento de Solicitação de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS. A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: NATAL NORTE

Endereço: R MARCILIO DIAS, 265 , IGAPO

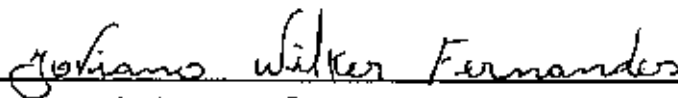
CEP: 59.104-260

Município: NATAL

UF: RN

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente, 21 de Junho de 2018



Assinatura do Requerente / Representante Legal



Você pode conferir a autenticidade do documento em
<https://meu.inss.gov.br/central/autenticidade.html>
com o código 180621GUJGUB41

**PREVIDÊNCIA SOCIAL****REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE**Nome: **JOVIANO WILKER FERNANDES**Data de Nascimento: **02/03/1982**Nacionalidade: **BRASILEIRO**Rua/Av. **AV. MAR MEDITERRANEO**

Complemento

Cidade: **Natal**Bairro: **PAJUÇARA**Estado: **Rio Grande do Norte**Sexo: M: ☒ | F: ☐CEP: **59133-010**DOC. INSCRIÇÃO - (Nº e Série): **5729556/0050**Estado Civil ☒ Solteiro☐ Casado☒ Viúvo☐ Desq/Divor**TEM OUTRA ATIVIDADE COM
VINCULAÇÃO À PREVIDÊNCIA SOCIAL ?**☒ Sim | ☒ Não

ASSINATURA DO REQUERENTE

NOME DO PROCURADOR OU
CURADOR:

ENDEREÇO:

ATESTADO DE AFASTAMENTO DO TRABALHOEMPRESA **CONSTRUTORA A.GASPAR S/**

Nº CNPJ:

RUA/AV. **JUNDIAI**

Nº:

COMPLEMENTO

BAIRRO:

CIDADE **Natal**ESTADO: **Rio Grande do Norte**CEP: **59020-120**CID: **S62.0**ÚLTIMO DIA DE TRABALHO DO SEGURADO: **18/05/2018**AFASTADO POR: ☒ DOENÇA ☒ ACIDENTE DO TRABALHO ☒ FÉRIAS ☒ ACIDENTE DE QUALQUER NATUREZA

DEPENDENTES PARA SALÁRIO FAMÍLIA

PRENOME DOS FILHOS	DATA NASC.	PRENOME DOS FILHOS	DATA NASC.

LOCALIDADE:

Natal

DATA:

14/01/2019

CONSTRUTORA A. GASPAR S/A

Valdineia de S. Silva
Assistente Administrativo I RH
CPF: 421.121.274-68

08.323.347/0001-87

CONSTRUTORA A. GASPAR S/A
CONST. CIVIL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL E CARIMBO DA EMPRESA

Cidade Alta CEP: 59025-140

Natal - RN

INSTRUÇÕES

- 1 - O requerimento deve ser sem rasuras e preenchido de preferência à máquina.
- 2 - No caso de segurado empregado, a empresa é responsável pelo preenchimento Atestado de Afastamento do Trabalho.
- 3 - No mês do afastamento do trabalho a empresa efetuará o pagamento integral do Salário - Família, e o INSS fará o mesmo no mês da cessação do benefício, evitando-se assim, cálculo de valores fracionados.
- 4 - Para agilizar o atendimento, veja aqui os documentos que deverão ser apresentados no dia da perícia médica.

IMPRIMIR

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040484/19

Vítima: JOVIANO WILKER FERNANDES

CPF: 011.721.734-43

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/05/2018

Titular do CPF: JOVIANO WILKER
FERNANDES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOVIANO WILKER FERNANDES : 011.721.734-43

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: 04/02/2019
Nome: JOVIANO WILKER FERNANDES
CPF: 011.721.734-43

JOVIANO WILKER FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190094189

Vítima: JOVIANO WILKER FERNANDES

Data do Acidente: 17/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOVIANO WILKER FERNANDES

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

NR do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 01172173443 Nome completo da vítima: JOVIANO WILKER FERNANDES

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

Nome completo: JOVIANO WILKER FERNANDES CPF: 01172173443

Profissão: PEDEIRO Endereço: R. FAR. MEDITERRÂNGO 1174 Número: 1174 Complemento: PARAGARÁ

Bairro: NOVA REPÚBLICA Cidade: NATAL Estado: RN CEP: 59133-040

E-mail: joviano.wilker1982@gmail.com (84) 9-92046010

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

DADOS CADASTRAIS

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

☒ 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: 2030 013 CONTA: 00027811 6

(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 quantificação 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIVI) ☐ 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 (val 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: NATAL 24/10/2019

Nome: JOVIANO WILKER FERNANDES

CPF: 01172173443

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Jooviano Wilker Fernandes

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) 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.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguredotalider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8389

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

Duvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, * nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.



CAIXA
POUPANÇA

4392 6718 0107 8318

4392

JOVIANO WILKER FERNANDES

2010 013 00027811-6 10/24

Valid only in Brazil - Valid through 10/24

VISA

Electron



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DA GRANDE NATAL - DPGI
DEAV - Delegacia Especializada em Acidentes de Veículos

Boletim de ocorrência



Ref. Ocorrência nº 101610214417001858

BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Boletim versando sobre: **LESÃO ACIDENTAL NO TRÂNSITO**

Data e Hora do Fato: 17/05/2018 às 21:08

Local do Fato: **Rua Avenida Guararapes, Potengi, Natal, estado do(a/e) Rio Grande do Norte**

COMUNICANTE

JOVIANO WILKER FERNANDES, brasileiro, solteiro(a), R.G. nº 2138030 ITEP/RN, CPF: 011.721.734-43, servente-de-obras, com 36 anos e nascido aos 02/03/1982, natural de Natal-RN, filho(a) de Cleido Fernandes e de Francisca Pereira Fernandes, residente e domiciliado(a) à(o) Avenida Mar Mediterrâneo, 1174, Pajuçara, Natal-RN, telefone (84) 9204-6010

HISTÓRICO SEGUNDO O COMUNICANTE

O comunicante compareceu nesta unidade especializada, para informar que na data, horário e local supra, ocasião na qual estava pilotando a motocicleta relacionada, sofreu uma queda ao colidir em um ciclista. Lesionado após o acidente, foi socorrido pelo SAMU para o Hospital Municipal de Natal, conforme BAUO nº 78. Nada mais informou.

VÍTIMA(S)

O COMUNICANTE

TESTEMUNHA(S)

INFRATOR(ES)

EXAMES REQUISITADOS

Nenhum

OBJETOS ENVOLVIDOS

Envolvido: 1 Unidade(s) de Veículos, do tipo MOTOCICLETA, modelo HONDA/CG 125 FAN KS, de cor PRETA, de número de série *****62411, de placa MZC8971, ano 2009/2010, de propriedade do(a) Sr(a). JOVIANO WILKER FERNANDES

Autoridade: Alzira Veiga de Medeiros

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Comunicante:

Joviano Wilker Fernandes

CONCLUSÃO/REMESSA

Registrados os dados possíveis, seja a 1ª Via do Boletim remetido para o conhecimento do(a) delegado(a) Alzira Veiga de Medeiros na DEAV - Delegacia Especializada em Acidentes de Veículos e a 2ª via arquivada, para os devidos fins.

Raymond Rausly da Costa Cabral
Policial Civil
Matrícula: 157.374-8

Natal, 28 de Maio de 2018.