



Número: **0800462-12.2020.8.20.5135**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Almino Afonso**

Última distribuição : **03/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.907,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FERNANDO GOMES DE MORAIS (AUTOR)		ABRAAO DIOGENES TAVARES DE OLIVEIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57113738	27/06/2020 10:54	2729312_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação

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:	09/03/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FERNANDO GOMES DE MORAIS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00879-6

CONTA: 000010021441-X

Nr. da Autenticação FE4CBABDD4C0264D



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200087342 **Cidade:** Luís Gomes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDO GOMES DE MORAIS **Data do acidente:** 10/11/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º, 3º, 4º E 5º METACARPO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





União Social da Energia (União) criada pela Lei 10.438 de 26/04/02
União Social da Energia - UNISUL - Associação de Municípios do Sul
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua General, 185, Lagoa, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 55025-550
CNPJ 08.924.100/0001-81 | Ins. Est. 00030199-0 | www.unisul.org.br

FERNANDO GOMES DE MORAIS

AV. LUIZ DE MORAIS, 201

CPF: 379.332.104-00

CENTROVIA URBANA
LUCRECIA RN
55605-000

31 RESIDENCIAL
MUNICÍPIO

7011537337 06/2018

27/08/2018 20/09/2018

INSCRIÇÃO FISCAL
01122853

SERIE
UNICA

NUMERO
20097010

APPROVAÇÃO
30/09/2010

INSCRIÇÃO FISCAL
3011538910

INSCRIÇÃO FISCAL
3011538910

TOTAL A PAGAR (R\$)

47,57

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	47,57		
TOTAL A PAGAR	47,57		

Comprovante de residência



DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	47,57		
TOTAL A PAGAR	47,57		

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	47,57		
TOTAL A PAGAR	47,57		

Este comprovante é emitido automaticamente pelo sistema de cobrança da Unisul. O valor total a pagar é de R\$ 47,57. O valor devido é de R\$ 47,57. O valor devido é de R\$ 47,57.

Este comprovante é emitido automaticamente pelo sistema de cobrança da Unisul. O valor total a pagar é de R\$ 47,57. O valor devido é de R\$ 47,57. O valor devido é de R\$ 47,57.

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	47,57		
TOTAL A PAGAR	47,57		

Este comprovante é emitido automaticamente pelo sistema de cobrança da Unisul. O valor total a pagar é de R\$ 47,57. O valor devido é de R\$ 47,57. O valor devido é de R\$ 47,57.

Este comprovante é emitido automaticamente pelo sistema de cobrança da Unisul. O valor total a pagar é de R\$ 47,57. O valor devido é de R\$ 47,57. O valor devido é de R\$ 47,57.



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCRÉCIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Unidade Mista de Lucrécia

Documentação médica - hospitalar



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome: Leonardo Gomes de Moraes Idade: 59
End: Av. Brasil Bairro: Centro
Cidade: Lucrécia Sexo: ☒ M ☐ F
Hora: 15:45 Lucrécia/RN, 30 de Novembro de 2019

História Paciente vítima de acidente motociclistico apresenta ferida contante retroauricular direita e lóbulo inferior, epistaxe, ecchimo e edema e escoriações na mão direita.

Exame Físico Paciente com BEB, consciente, AAO, A. C. C. de 120 x 70 mmHg, S. MV + 2m AM, S. O. 96% ao ar ambiente, S. B. com auscultações pulmonares regulares e S. C. com auscultações cardíacas regulares e S. A. com auscultações abdominais regulares.

T.A. 120 x 90 mmHg Pulso: 68 Respiração Temp:

Diagnóstico Provisório Trauma mão D.

Conduta
Volante 75mg 12h
Sedação com 4mg 12h 12h
Sintetização
Suturas

Observação de Enfermagem

☐ Retirou-se por decisão Médica
☐ A pedido
☐ A revelia
☐ Óbito Data: ____/____/____ às ____ hs.

TRANSFERIDO
Do Hospital e Maternidade Maria Laila da Costa

Para: Hospital
Região de
Paulo dos Reis

Chefe de plantão

Médico Carimbo

Dra. Rafaelly de Moraes
Médica
CRM/RN 8680

Responsável



HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

R. 405, Km 03, Br. Argo, Pou. dos Ferros RJ, Tel: (24) 3331-9848

BOLETIM DE URGÊNCIA

Nome:	FERNANDO GOMES DE MORAIS			TEL:	Nº REG: 440803	
Nas:	21/09/1960	1-Masculino	Solteiro	AGRICULTOR	Cert.nasc. ☐ Título ☐ CPF ☐ RG ☒ Nº	689 590
Pai:	LUCAS MORAIS			Mãe:	RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO	
Endereço:	EDIGIO DIAS			0 CENTRO	LUCRECIA	RN
Responsável:						TEL:
Endereço do Responsável:	84 99625 2874					
Serviço:	Urgência / emergência			Enfermaria:	Leito:	
Admissão:	10/11/2019	Hora admissão:	18:33	Data da Alta:	Hora da Alta:	
Dados Clínicos:	PA:	mmHg	Pulso:	Bpm	Temp:	FR:
Alega Acidente de Trabalho	Sim ☐	Não ☐				

História - Causa eficiente da Lesão (alegada):

Lesões ou afecções encontradas

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Hora: 18:36

CRM

UNIC. DO LITORAL DO PARANÁ
Centro de Saúde do SAMES - HRCOA
Mat. 98.103-0
Roi. Av. 6300 - 09/04/2019

HOSP. DR. CLEODON CARLOS DE ANDRADE
AUTENTICAÇÃO
CONFERE COM O ORIGINAL
Lúcia Ferreira



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 27/06/2020 10:54:35

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062710543536100000054885807>

Número do documento: 20062710543536100000054885807

Num. 57113738 - Pág. 5

BOLETIM DE URGÊNCIA

EXAMES COMPLEMENTARES:

RX de MTA D AP / 06 horas
RX de DUN / 15 seg AP / 06 horas

CONDUTA:

ORTOPEDIA

Rotete rutina de trauma com dor em mão ⑤ e pulso ⑤.
Ao exame físico: ferida perfurante em 3ª falange ⑤.
No RX: fratura 2/3/4/5 e pulso ⑤ em dor.
cd: Imobilização + sutura + imobilização USD/MSE.
Tala splint em mão ⑤ + tala leve no antebraço.
Recibe alta com curativo + analgésico + Alastado

medico:

1) Cefotaxima 1g - 02 omp. IV dil.

Dr. José Ferrari de Oliveira
MEDICO
CRM-RN 2760-CPS 322.728-RM 34

Médico / Carimbo:

DESTINO DO PACIENTE:

Data: / / - hora: -

Destino: Cl. Médica: ☐ Cl. Cirúrgica: ☐ Cl. Obstétrica: ☐ UTI Adulto: ☐ Pediatria: ☐
Alta Médica: ☐ Alta a pedido: ☐ Alta a revelia: ☒ Transfereência: ☐ Óbito: ☐

Médico / Carimbo:

Unidade de Pronto Atendimento
Mód. 122.701-0
Rua: ...

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
AUTENTICAÇÃO
CONFERE COM O ORIGINAL
11/11/19



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

DDD

DDD

DDD

DDD

DDD

DDD

DDD

DDD

DDD

DDD

DDD

DDD

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

DDD

DDD

DDD

DDD

DDD

DDD

DDD

DDD

DDD

DDD

DDD

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

18 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

19 - CID 10 - CID 10 PRINCIPAL

20 - CID 10 SECUNDÁRIO

21 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

22 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCÍPIOS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Última de trauma com fratura
2/13/14 15: metacarpo ②

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade fixação cirúrgica.

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

2X + exame fix

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura de metacarpo ②

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOE

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)



HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

R. 405, Km 03, Bairro Sereia, Pau dos Ferros RN, Telefone (64) 3351-9849

BOLETIM DE URGÊNCIA

59

Nome: FERNANDO GOMES DE MORAIS	TEL:	Nº REG: 440803
Nas: 21/09/1960	Sexo: Masculino	Estado Civil: Solteiro
Ocupação: AGRICULTOR	Cert. nasc. ☐	Título ☐
CPF ☐	RG ☒	Nº 689 590
Pai: LUCAS MORAIS	Mãe: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO	
Endereço: EGIGIO DIAS	0 CENTRO	LUCRECIA RN
Responsável:	TEL:	
Endereço do Responsável:	84 99625 2874	
Serviço: Urgência / emergência	Enfermaria:	Leito:
Admissão: 10/11/2019	Hora admissão: 18:33	Data da Alta:
Hora da Alta:		
Dados Clínicos: PA: mmHg	Pulso: Bpm	Temp: FR
Alega Acidente de Trabalho	Sim ☐	Não ☐

História - Causa eficiente da Lesão (alegada):

*Def. vítima de acidente de
trabalho com fratura de punho esquerdo
e mão direita*

Lesões ou afecções encontradas

*fratura de punho esquerdo + fratura
do 2º, 3º e 4º dedos da mão direita*

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

FRATURA DE PUNHO ESQ + FRATURA DE

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

MÃO DIREITA

Hora: 18:36

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 27/06/2020 10:54:35

27/12/19

[Assinatura]

CRM 270

Dr. José Fari de Oliveira
MEDICO
CRM-RN 17160 CPF 372.778.124-24



BOLETIM DE URGÊNCIA:

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx de punho D. AP / oblique
Rx de punho E. AP / lateral

CONDUTA:

ORDEMIA

Requer rotina de trauma com dor em mão D e
punho E.
Ao exame físico: ferida perfurante em 3ª falange D
Ao Rx: fratura 2-3-14-15 e punho E sem deslo
ad: Imobilização + sutura + imobilização. HSD/MSE.
Faca splint em mão D + tala leve nos E
Recibe alta com redução + ortótese + Alastor
médico.

1) Cefalotina 1g - 02 omp. IV dit.

Dr. José Ferrari de Oliveira
MÉDICO
CRM-RN 2760-CPE 27718-RM 34

Médico / Carimbo:

DESTINO DO PACIENTE:

Data: ____/____/____ hora: ____

Destino: Cl. Médica: ☐ Cl. Cirúrgica: ☐ Cl. Obstétrica: ☐ UTI Adulto: ☐ Pediatria: ☐

Alta Médica: ☐ Alta a pedido: ☐ Alta a revelia: ☐ Transferência: ☐ Óbito: ☐

Médico / Carimbo:

Assinatura do Médico
Cl. de Urgência - PRCA
Méd. de Urgência
Dr. Adriano

27/12/19

[Assinatura]

Assinatura do Médico
Cl. de Urgência - PRCA
Méd. de Urgência
Dr. Adriano

27/12/19



Código: 314909604

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL REGIONAL DR. CLEUDON CARLOS DE ANDRADE (2409275)
Central Reguladora:
NATAL

DADOS DO PACIENTE

CNS:
702000350397582
Nome do Paciente:
FERNANDO GOMES DE MORAIS
Nome da Mãe:
RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO
Sexo:
MASCULINO
Data de Nascimento:
21/09/1960 (59 anos)
Tipo Logradouro:
AVENIDA
Número:
201
País de Residência:
BRASIL
Telefone(s):
(84) 9617-9422 (Exibir Lista de Contatos)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

Diagnóstico Inicial - CID:
S622 - FRATURA DO PRIMEIRO METACARPIANO
Caráter:

11 - Urgência
Clínica:
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPANOS

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
VÍTIMA DE TRAUMA COM FRATURA 2/3/4/5 METACARPO DIREITO/CD
Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
RX MAIS EXAME FÍSICO
Condições que Justificam a Internação:
NECESSIDADE DE FIXAÇÃO CIRÚRGICA

PARECER

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

Op. Solicitante:
EDILZA
Unidade Desejada:
-- (---)

Data de Solicitação:
11.11.2019 - 10:42:32
Data Desejada:

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:
MARTINS - RN

Raça:
PARDA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:
LAURO MAIA

Bairro:
CENTRO

Município de Residência:
LUCRECIA

Complemento:

CEP:
59805-000

UF:
RN

Nome do Médico Solicitante:
dra nayera s. souza

Status da Solicitação:
PENDENTE

Classificação de Risco

Urgência, atendimento o mais rápido possível

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:
0408020377

CRM:

Data de Solicitação:
11.11.2019 - 10:42:32

Data da Extração dos Dados: 15/01/2020 09:38:07

15/01/2020





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Saúde Pública
Hospital Estadual Dr. Ruy Pereira dos Santos



LAUDO MÉDICO

O (a) Sr (a) Flamando Gomes de Moraes
apresenta potência de mão D
Necessita, a critério do médico perito do INSS, afastar-se de suas atividades
laborais.

CID10: S62

16/01/2020

*Autorizo informar o diagnóstico





RUA MONTE SINAI, 1948 C.D. JARDIM
FONE: (84) 4008-5000

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que Fernando
James de Moura
necessita se ausentar do trabalho por 60
dias dias, por motivo de
doença.

C.I.D. M25.5

Natal, 22 de 01 de 2020
Dr. Paulo Gurdel
CRM/RN 10.101
Osteopata

Assinatura do médico





Hospital Dr. Cleodon Carlos de Andrade

BR 405 - KM 03 - PAU DOS FERROS/RN - (84) 3351-9840/41

Nome:

ATLÉTICO MEDIC

RECEITUÁRIO

Atesto que o paciente
FERNANDO GOMES DE
MORAIS, Foi atendido
Neste Hospital com
FRATURA DE PUNHO ESQ
E FRATURA DE MÃO DIREITA
2º, 3º, 4º E 5º DEDOS. NO DIA
10/11/2017.

08
01
2020

Data:

Dr. José Ferrari de Oliveira
MÉDICO
CRM-RN 27400 / CPF 322.728.534-36





Prefeitura Municipal do Natal
Secretaria Municipal de Tributação
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e
Nota Natalense

Nº da Nota: 0000036031
Competência: JAN/2020
Data Prestação Serviço: 30/01/2020
Nº da Nota Substituída:

Data/Hora de Emissão: 30/01/2020 às 11:17:21

Código de Verificação: 599042039

Prestador de Serviços

CPF/CNPJ: 02.561.150/0001-08 Inscrição Municipal: 132.895-6
Razão Social: TRAUMACENTER - SERVICOS MEDICO-HOSPITALARES LTDA
Endereço: AV LIMA E SILVA, 1337, Lagoa Nova, 59075-710
Município: NATAL UF: RN
Telefone: E-mail:

Trauma Center

Tomador de Serviços

Nome/Razão Social: FERNANDO GOMES DE MORAIS
CPF/CNPJ: 378.282.404-06 Inscrição Municipal:
Endereço: AVENIDA LAURO MAIA, 201, CENTRO, 59805-000
Município: LUCRECIA UF: RN
Telefone: E-mail:

Serviços

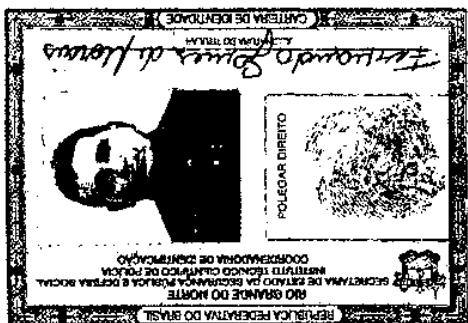
4.03 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÓMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS

Item	Descrição	Quant.	Vir. Unitário	Valor Total
1	CONSULTA COM O MEDICO ORTOPEDISTA DR HELIO RUBENS	1,0000	100,00	100,00
Valor Total da NFS-e R\$:				100,00
Deduções (R\$)	Base Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Outras Retenções (R\$)
INSS (R\$)	IRPJ (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)

Outras Informações

PROCON/NATAL Instituto Municipal de ProL e Defesa do Consumidor Rua Saridó, 355, Petropolis, Natal/RN, CEP: 59020-010 Telefones: (84)3232-9050; 3232-9052 Carga tributária aproximada dos impostos 18,45% FONTE: IBPT





Documentos de identificação

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
IDENTIFICADORA	689.590
DATA DE EMISSÃO	19/09/2016
NOME	FERNANDO GOMES DE MORAES
PAIS	BRASIL
LOCAL DE NASCIMENTO	RAIMUNDA MARIA DA CONCEIÇÃO
NATURALIDADE	MARTINS RN
DATA DE NASCIMENTO	21/07/1960
CPF	378.282.404-06
ASSINATURA DO DETENTOR	2a. VIA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN - 11/02/2015 Nº 014244245904
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 378.281-404-06
RNM: 0103269151

PROPRIETÁRIO: FERNANDO LOPES DE MOURA

VEÍCULO: 378.281-404-06

PLACA: 378.281-404-06

VEÍCULO: 378.281-404-06

VEÍCULO: 378.281-404-06

VEÍCULO: 378.281-404-06

VEÍCULO: 378.281-404-06

VEÍCULO: 378.281-404-06

VEÍCULO: 378.281-404-06

VEÍCULO: 378.281-404-06

VEÍCULO: 378.281-404-06

VEÍCULO: 378.281-404-06

VEÍCULO: 378.281-404-06

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, À PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

RNN Nº 014244245904 - BILHETE DE SEGURO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT. PARA MAIS INFORMAÇÕES, VEJA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VEÍCULO: 378.281-404-06

VEÍCULO: 378.281-404-06

VEÍCULO: 378.281-404-06

VEÍCULO: 378.281-404-06

VEÍCULO: 378.281-404-06

VEÍCULO: 378.281-404-06

VEÍCULO: 378.281-404-06

VEÍCULO: 378.281-404-06

VEÍCULO: 378.281-404-06

VEÍCULO: 378.281-404-06

VEÍCULO: 378.281-404-06

SEGURODPVAT

014244245904



Ocorrência Plantão 10.11.19 das 7:00 as 19:00
 Recebemos o setor c/ O1 Pte & Jairo Neto de medei-
 reira TTT clínico apresenta malhas aguçadas nasal
 tado de exame RM. As 15:45 deu entrada neste
 setor hospitalar o senhor & Fernando Gomes de mor-
 tória de acidente motociclístico conciente, apresenta
 corte dentro da boca lábio inferior, orelha E suspiro
 de fratura nos pontos D e E foi suturado e medi-
 cado transtorno P/ Paulo dos Feres P/ Avaliação
 especializada Tec de enf. que acompanhava...
 Ivance. As 17:00 hs deu entrada neste setor o Sr.
 & Manoel Cleiton da Silva apresentando dor intensa
 no olho E, lacrimação e déficit de visão como
 do por uma pancada interna no mesmo olho inferior
 P/ TTT clínico. O mais ou menos atendimento ambulatorial

Motorista - Vanderli

Equipe de Plantão
Médico - Rafaelly

Vigia - José Dantas

Tec de enf - M^{te} Ivance

ASD - Rito de Cassio

Tec de enf - M^{te} Francisca

Ocorrência Motorman do Plantão 10.11.19

Pte Jairo Neto de Medeiros refere forte dor na
 bacia foi medicado conforme prescrição médica Manoel
 Cleiton da Silva refere dor e lacrimação no olho
 esquerdo continuo foi encaminhado P/ consulta oftalmol-
 ógica. O mais ou menos atendimento ambulatorial.

Motorista - Vanderli

Equipe de Plantão
Médico - Rafaelly

Vigia - José Dantas

Tec - M^{te} Francisca

ASD - Rito de Cassio

Tec - M^{te} Ivance



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0070186/20

Vítima: FERNANDO GOMES DE MORAIS

CPF: 378.282.404-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/11/2019

Títular do CPF: FERNANDO GOMES DE
MORAIS

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

Outros



FERNANDO GOMES DE MORAIS : 378.282.404-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/02/2020
Nome: FERNANDO GOMES DE MORAIS
CPF: 378.282.404-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2020
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

FERNANDO GOMES DE MORAIS

Paulo Victor Soares Sant'Ana



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200087342 **Cidade:** Luís Gomes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDO GOMES DE MORAIS **Data do acidente:** 10/11/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º, 3º, 4º E 5º METACARPO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





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

Rio de Janeiro, 02 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200087342

Vítima: FERNANDO GOMES DE MORAIS

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FERNANDO GOMES DE MORAIS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

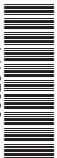
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15563789

Pag. 00947/00948 - carta_01 - INVALIDEZ

00020474





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

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200087342

Vítima: FERNANDO GOMES DE MORAIS

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FERNANDO GOMES DE MORAIS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: FERNANDO GOMES DE MORAIS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000000879-6

Conta: 000010021441-X

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

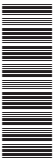
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01445/01446 - carta_30 - INVALIDEZ

00030723



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 27/06/2020 10:54:35

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062710543536100000054885807>

Número do documento: 20062710543536100000054885807

Num. 57113738 - Pág. 21

Boletim de ocorrência



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

I



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE PATU

Endereço: RUA LUCAS MATIAS, 51, COSTA E SILVA, PATU

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J202010000009

1.2 Data de Expedição: 17/01/2020 16:14:19

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.4 Ligou CLOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 16/11/2018 15:00:00

2.2 Autoria: Desconhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Em Veículo

2.7 Logradouro: RN-072, MUNICÍPIO DE LUCRÉCIA, PRÓXIMO AO SÍTIO CABOIRÉ.

2.8 Número: SN

2.9 CEP:

2.10 Complemento:

2.11 Ponto de Referência:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS

2.13 Cidade: LUIS GOMES

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FERNANDO GOMES DE MORAIS

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: LUCAS MORAIS

3.5 Estado: Paró

3.6 Mãe: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 37828240405

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 21/09/1960

3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)

3.14 RG: 688500 - ITEP/RN

3.15 Telefone(s): 84 995660535

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 201

3.18 Nacionalidade: MARTINS RN

3.18 Bairro: CENTRO

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: AV. LAURO MAIA

3.23 Cidade: LUCRÉCIA

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VITIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VITIMA

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Seguro(s): Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: 16307

7.1.4 Renavam:

7.1.5 Placa: OGB3220

7.1.6 Estado:

7.1.7 Marca: YAMAHA

7.1.8 Modelo: XTZ150 CROSSER ED

7.1.8 Ano do Modelo: 2015

7.1.10 Ano de Fabricação: 2014

7.1.11 Cor do veículo: BRANCA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: FERNANDO GOMES DE MORAIS

7.1.16 Veículo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor:

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE DECLAROU QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA CITADOS, ESTAVA PILOTANDO SUA MOTOCICLETA, JÁ DESCRITA, QUANDO CAIU EM UM BURACO NA PISTA DE ROLAMENTO, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO E CAIU; QUE DEVIDO AO ACIDENTE TEVE VÁRIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO E FRATUROU A MÃO DIREITA E O PUNHO ESQUERDO; QUE SEU PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO FOI NO HOSPITAL PÚBLICO DA CIDADE DE LUCRÉCIA/RN, PELO MÉDICO DR.(*) RAFAELLY DE MORAES, CRM/RN Nº 8650; QUE O PRESENTE EXPEDIENTE É PARA FINS DE INDENIZAÇÃO JUNTO AO SEGURO DPVAT.

9.2 Informações do CLOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data: 17/01/2020 16:14:19

Policial
Alcimar Carlos Ferreira da Silva
3º Sgt. PM
Mat. 163633-2

Fernando Gomes de Moraes
Interessado



Folha nº 01

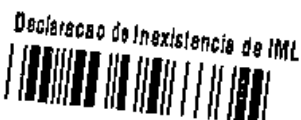
Assinatura: 1636332 - ALCIMAR CARLOS FERREIRA DA SILVA

Impresso por: 1636332 - ALCIMAR CARLOS FERREIRA DA SILVA em: 17/01/2020 16:14:25

FIM DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A.
Tel 21 3861-4600 www.seguradorelider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.



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: 09/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FERNANDO GOMES DE MORAIS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00879-6

CONTA: 000010021441-X

Nr. da Autenticação FE4CBABDD4C0264D





União Social da Energia (União) criada pela Lei 10.438 de 26/04/02
União Social da Energia - UNISUL
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua General, 185, Lado, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 55025-550
CNPJ 08.924.100/0001-81 | Ins. Est. 00030199-0 | www.unisul.com.br

FERNANDO GOMES DE MORAIS

AV. LUIZ DE MORAIS, 201

CPF: 379.392.104-00

CENTROVIA URBANA
LUCRECIA RN
55605-000

31 RESIDENCIAL
MUNICÍPIO

7011537337 06/2018

27/08/2018 20/09/2018

INSCRIÇÃO FISCAL
01122853

SERIE
UNICA

NUMERO
20097010

APPROVAÇÃO
0009/2010

TIPO CLIENTE
301138810

NR DA INSTALAÇÃO
350123

TOTAL A PAGAR (R\$)

47,57

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	47,57		
TOTAL A PAGAR	47,57		

Comprovante de residência



DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
TOTAL A PAGAR	47,57		

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
TOTAL A PAGAR	47,57		

Este comprovante é emitido automaticamente pelo sistema de cobrança da Unisul. Ele contém informações sobre o consumo de energia elétrica e o valor a pagar. O cliente deve manter este comprovante em seu arquivo pessoal para apresentar em caso de necessidade.

União Social da Energia (União) criada pela Lei 10.438 de 26/04/02. A Unisul é uma empresa de capital aberto, listada na B3 sob o ticker UNISUL3. O comprovante de residência é emitido automaticamente pelo sistema de cobrança da Unisul. Ele contém informações sobre o consumo de energia elétrica e o valor a pagar. O cliente deve manter este comprovante em seu arquivo pessoal para apresentar em caso de necessidade.

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
TOTAL A PAGAR	47,57		

União Social da Energia (União) criada pela Lei 10.438 de 26/04/02. A Unisul é uma empresa de capital aberto, listada na B3 sob o ticker UNISUL3. O comprovante de residência é emitido automaticamente pelo sistema de cobrança da Unisul. Ele contém informações sobre o consumo de energia elétrica e o valor a pagar. O cliente deve manter este comprovante em seu arquivo pessoal para apresentar em caso de necessidade.

União Social da Energia (União) criada pela Lei 10.438 de 26/04/02. A Unisul é uma empresa de capital aberto, listada na B3 sob o ticker UNISUL3. O comprovante de residência é emitido automaticamente pelo sistema de cobrança da Unisul. Ele contém informações sobre o consumo de energia elétrica e o valor a pagar. O cliente deve manter este comprovante em seu arquivo pessoal para apresentar em caso de necessidade.

União Social da Energia (União) criada pela Lei 10.438 de 26/04/02. A Unisul é uma empresa de capital aberto, listada na B3 sob o ticker UNISUL3. O comprovante de residência é emitido automaticamente pelo sistema de cobrança da Unisul. Ele contém informações sobre o consumo de energia elétrica e o valor a pagar. O cliente deve manter este comprovante em seu arquivo pessoal para apresentar em caso de necessidade.

União Social da Energia (União) criada pela Lei 10.438 de 26/04/02. A Unisul é uma empresa de capital aberto, listada na B3 sob o ticker UNISUL3. O comprovante de residência é emitido automaticamente pelo sistema de cobrança da Unisul. Ele contém informações sobre o consumo de energia elétrica e o valor a pagar. O cliente deve manter este comprovante em seu arquivo pessoal para apresentar em caso de necessidade.



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 27/06/2020 10:54:35

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062710543536100000054885807

Número do documento: 20062710543536100000054885807



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCRÉCIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Unidade Mista de Lucrécia

Documentação médica - hospitalar



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome: Leonardo Gomes de Moraes Idade: 59
End: Av. Azeiteiro Bairro: Centro
Cidade: Lucrécia Sexo: ☒ M ☐ F
Hora: 15:45 Lucrécia/RN, 30 de Novembro de 2019

História Pc. vítima de acidente motociclistico apresenta ferida contante retroauricular direita e lóbulo inferior, epistaxe, ecchimo e edema e amputação no mão direita.

Exame Físico Pc. com BEB, consciente, AAO.
A. c. c. d. r. e. p. r. e. a.
A. M. V. + 2 m. A. H. T. 96% de O₂ ambiente.
C. b. e. h. a. s. c. a. d. i. c. a. s. x. i. m. i. o. e. x. e. g. u. a. r. i. o. e. m. e. t.
D. g. e. o. g. r. a. f. i. c. a. s. p. u. l. s. i. l. o. s. i. t. e. r. i. o. s. e. f. a. l. s. e. g. u. e. n. d. o.
E. s. i. m. i. l. a. d. e. f. i. s. t. u. r. a. m. o. d. o.

T.A. 130 x 90 MMHG Pulso: 68 Respiração Temp:
Diagnóstico Provisório Trauma mão D.

Conduta
Volante 75mg 12h
Suco metoclopramida 10mg 12h 12h
Imobilização
securar

Observação de Enfermagem

☐ Retirou-se por decisão Médica
☐ A pedido
☐ A revelia
☐ Óbito Data: ____/____/____ às ____ hs.

TRANSFERIDO
Do Hospital e Maternidade Maria Laila da Costa
Para: Hospital
Região de
Pole dos Deuses

Chefe de plantão

Médico Carimbo

Responsável

Dra. Rafaelly de Moraes
Médica
CRM/RN 8680





HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

R. 405, Km 03, Brás de Pires, Pouso Alegre, Minas Gerais, CEP 32400-000, Fone: (51) 3331-9848

BOLETIM DE URGÊNCIA

Nome: FERNANDO GOMES DE MORAIS		TEL:		Nº REG: 440803	
Nas: 21/09/1960	1-Masculino	Solteiro	AGRICULTOR	Cert.nasc. ☐ Título ☐ CPF ☐ RG ☒ Nº	689 590
Pai: LUCAS MORAIS		Mãe: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO			
Endereço: EDIGIO DIAS		0	CENTRO	LUCRECIA	RN
Responsável:		TEL:			
Endereço do Responsável:		84 99625 2874			
Serviço: Urgência / emergência		Enfermaria:		Leito:	
Admissão: 10/11/2019	Hora admissão: 18:33	Data da Alta:		Hora da Alta:	
Dados Clínicos: PA: mmHg		Pulso:	Bpm	Temp: FR	
Alega Acidente de Trabalho		Sim ☐	Não ☐		

História - Causa eficiente da Lesão (alegada):

Lesões ou afecções encontradas

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Hora: 18:36

CRM

UNIDADE DE REGISTRO DO SUS
Chefe de Seção do SAMU - HRCOA
Mat. 98.103-0
Rót. 440803-00/04/2019

HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE
AUTENTICAÇÃO
CONFERE COM O ORIGINAL
Assinatura: 11/11/19



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 27/06/2020 10:54:35

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062710543536100000054885807>

Número do documento: 20062710543536100000054885807

Num. 57113738 - Pág. 27

BOLETIM DE URGÊNCIA

EXAMES COMPLEMENTARES:

RX de MTA D AP / 06 horas
RX de DUN / 15 seg AP / 06 horas

CONDUTA:

ORTOPEDIA

Rotete rutina de trauma com dor em mão ⑤ e pulso ⑤.
Ao exame físico: ferida perfurante em 3ª falange ⑤.
No RX: fratura 2/3/4/5 e pulso ⑤ sem dor.
cd: Imobilização + sutura + imobilização USD/MSE.
Tala splint em mão ⑤ + tala leve no ④.
Recibe alta com curativo + analgésico + Alastado

medico:

1) Cefotaxima 1g - 02 omp. IV dil.

Dr. José Ferrari de Oliveira
MEDICO
CRM-RN 2760-CPS 322.728-RM 34

Médico / Carimbo:

DESTINO DO PACIENTE:

Data: / / - hora: -

Destino: ☐ Cl. Médica: ☐ Cl. Cirúrgica: ☐ Cl. Obstétrica: ☐ UTI Adulto: ☐ Pediatria: ☐
Alta Médica: ☐ Alta a pedido: ☐ Alta a revelia: ☒ Transfereência: ☐ Óbito: ☐

Médico / Carimbo:

Unidade de Pronto Atendimento
Mét. 122.701-0
Rua: Rua: 122.701-0

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
AUTENTICAÇÃO
CONFERE COM O ORIGINAL
11/11/19



HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

R. 405, Km 03, Bairro Sereia, Pau dos Ferros RN, Telefone (64) 3351 - 9849

BOLETIM DE URGÊNCIA

59

Nome: FERNANDO GOMES DE MORAIS	TEL:	Nº REG: 440803
Nas 21/09/1960	1-Masculino	Solteiro
AGRICULTOR	Cert.nasc. ☐	Título ☐
CPF ☐	RG ☒	Nº 689 590
Pai: LUCAS MORAIS	Mãe: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO	
Endereço: EGIGIO DIAS	0 CENTRO	LUCRECIA RN
Responsável:	Endereço do Responsável:	84 99625 2874
Serviço: Urgência / emergência	Enfermaria:	Leito:
Admissão: 10/11/2019	Hora admissão: 18:33	Data da Alta:
Hora da Alta:		
Dados Clínicos: PA: mmHg	Pulso:	Bpm
Temp:	FR:	
Alega Acidente de Trabalho	Sim ☐	Não ☐

História - Causa eficiente da Lesão (alegada):

*Def. vítima de acidente de
trabalho com fratura de punho esquerdo
e mão direita*

Lesões ou afecções encontradas

*fratura de punho esquerdo + fratura
do 2º, 3º e 4º dedos da mão direita*

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

FRATURA DE PUNHO ESQ + FRATURA DE

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

MÃO DIREITA

Hora: 18:36

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 27/06/2020 10:54:35

27/12/19

[Assinatura]

CRM 270

Dr. José Fari de Oliveira
MEDICO
CRM-RN 17160 CPF 372.778.124-24



BOLETIM DE URGÊNCIA:

EXAMES COMPLEMENTARES:

RX de punho D. AP / oblique
RX de punho E. AP / lateral

CONDUTA:

ORDEMIA

Recebe rotina de trauma com dor em mão D e
punho E.
Ao exame físico: ferida perfurante em 3ª falange D
Do RX: fratura 2-3-14-15 e punho E sem dor
ad: Imagem + sutura + imobilização. HSD/MSE.
Faca splint em mão D + tala leve nos E
Recebe alta com redução + ortótese + Alastor
médico.

1) Cefalotina 1g - 02 omp. IV dit.

Dr. José Ferrari de Oliveira
MÉDICO
CRM-RN 2760-CPE 27718-RM 34

Médico / Carimbo:

DESTINO DO PACIENTE:

Data: ____/____/____ hora: ____

Destino: Cl. Médica: ☐ Cl. Cirúrgica: ☐ Cl. Obstétrica: ☐ UTI Adulto: ☐ Pediatria: ☐

Alta Médica: ☐ Alta a pedido: ☐ Alta a revelia: ☐ Transferência: ☐ Óbito: ☐

Médico / Carimbo:

Assinatura do médico
Data de emissão do documento
27/12/19

Assinatura do médico
Data de emissão do documento
27/12/19



Código: 314909604

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL REGIONAL DR. CLEUDON CARLOS DE ANDRADE (2409275)
Central Reguladora:
NATAL

DADOS DO PACIENTE

CNS:
702000350397582
Nome do Paciente:
FERNANDO COMES DE MORAIS
Nome da Mãe:
RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO
Sexo:
MASCULINO
Data de Nascimento:
21/09/1960 (59 anos)
Tipo Logradouro:
AVENIDA
Número:
201
País de Residência:
BRASIL
Telefone(s):
(84) 9617-9422 (Exibir Lista de Contatos)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

Diagnóstico Inicial - CID:
S622 - FRATURA DO PRIMEIRO METACARPIANO
Caráter:

11 - Urgência
Clínica:
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPANOS

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
VÍTIMA DE TRAUMA COM FRATURA 2/3/4/5 METACARPO DIREITO/CD
Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
RX MAIS EXAME FÍSICO
Condições que Justificam a Internação:
NECESSIDADE DE FIXAÇÃO CIRURGICA

PARECER

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

Op. Solicitante:
EDILZA
Unidade Desejada:
-- (...)

Data de Solicitação:
11.11.2019 - 10:42:32
Data Desejada:

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:
MARTINS - RN

Raça:
PARDA
Tipo Sanguíneo:

Logradouro:
LAURO MAIA
Bairro:
CENTRO
Município de Residência:
LUCRECIA

Complemento:

CEP:
59805-000
UF:
RN

Nome do Médico Solicitante:
dra nayera s. souza

Status da Solicitação:
PENDENTE

Classificação de Risco

Urgência, atendimento o mais rápido possível

Clínica Complementar:

Nenhuma
Código:
0408020377

CRM:

Data de Solicitação:
11.11.2019 - 10:42:32

Data da Extração dos Dados: 15/01/2020 09:38:07

15/01/2020





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Saúde Pública
Hospital Estadual Dr. Ruy Pereira dos Santos



LAUDO MÉDICO

O (a) Sr (a) Flamando Gomes de Moraes
apresenta potência de mão D
Necessita, a critério do médico perito do INSS, afastar-se de suas atividades
laborais.

CID10: S62

16/01/2020

*Autorizo informar o diagnóstico





RUA MONTE SINAI, 1948 C.D. JARDIM
FONE: (84) 4008-5000

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que Fernando
James de Moura
necessita se ausentar do trabalho por 60
dias dias, por motivo de
doença.

C.I.D. M25.5

Natal, 22 de 01 de 2020
Dr. Paulo Gurdel
CRM/RN 10.101
Ortopedia

Assinatura do médico





Hospital Dr. Cleodon Carlos de Andrade

BR 405 - KM 03 - PAU DOS FERROS/RN - (84) 3351-9840/41

Nome:

ATLÉTICO MEDIC

RECEITUÁRIO

Atesto que o paciente
FERNANDO GOMES DE
MORAIS, foi atendido
neste Hospital com
FRATURA DE PUNHO ESQ
E FRATURA DE MÃO DIREITA
2º, 3º, 4º E 5º DEDOS. NO DIA
10/11/2017.

08
01
2020

Data:

Dr. José Ferrari de Oliveira
MÉDICO
CRM-RN 27400 / CPF 322.728.534-36





Prefeitura Municipal do Natal
Secretaria Municipal de Tributação
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e
Nota Natalense

Nº da Nota: 0000036031
Competência: JAN/2020
Data Prestação Serviço: 30/01/2020
Nº da Nota Substituída:

Data/Hora de Emissão: 30/01/2020 às 11:17:21

Código de Verificação: 599042039

Prestador de Serviços

CPF/CNPJ: 02.561.150/0001-08 Inscrição Municipal: 132.895-6
Razão Social: TRAUMACENTER - SERVICOS MEDICO-HOSPITALARES LTDA
Endereço: AV LIMA E SILVA, 1337, Lagoa Nova, 59075-710
Município: NATAL UF: RN
Telefone: E-mail:

Trauma Center

Tomador de Serviços

Nome/Razão Social: FERNANDO GOMES DE MORAIS
CPF/CNPJ: 378.282.404-06 Inscrição Municipal:
Endereço: AVENIDA LAURO MAIA, 201, CENTRO, 59805-000
Município: LUCRECIA UF: RN
Telefone: E-mail:

Serviços

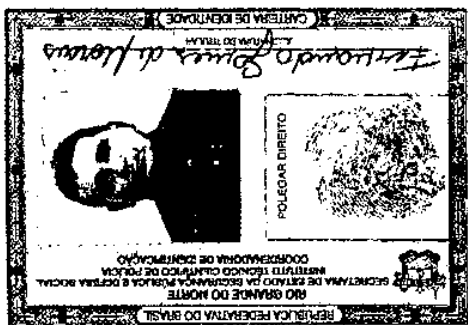
4.03 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÓMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS

Item	Descrição	Quant.	Vir. Unitário	Valor Total
1	CONSULTA COM O MEDICO ORTOPEDISTA DR HELIO RUBENS	1,0000	100,00	100,00
Valor Total da NFS-e R\$:				100,00
Deduções (R\$)	Base Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Outras Retenções (R\$)
INSS (R\$)	IRPJ (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)

Outras Informações

PROCON/NATAL Instituto Municipal de ProL e Defesa do Consumidor Rua Saridó, 355, Petropolis, Natal/RN, CEP: 59020-010 Telefones: (84)3232-9050; 3232-9052 Carga tributária aproximada dos impostos 18,45% FONTE: IBPT





Documentos de identificação

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
IDENTIFICADORA	689.590
DATA DE EMISSÃO	19/09/2016
NOME	FERNANDO GOMES DE MORAES
PAIS	BRASIL
LOCAL DE NASCIMENTO	BRASIL
NATURALIDADE	BRASIL
DATA DE NASCIMENTO	19/09/1960
CPF	378.282.404-06
ASSINATURA DO DETENTOR	
ASSINATURA DO EMISSOR	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN - 11/02/2015 Nº 014244245904
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 378.281-404-06
RUBRICAS: 01032691515 2018

PR. NOME: FERNANDO LOPES DE MORAES

PLACA: 378.281-404-06

PLACA: 378.281-404-06

PLACA: 378.281-404-06

PLACA: 378.281-404-06

PLACA: 378.281-404-06

PLACA: 378.281-404-06

PLACA: 378.281-404-06

PLACA: 378.281-404-06

PLACA: 378.281-404-06

PLACA: 378.281-404-06

PLACA: 378.281-404-06

PLACA: 378.281-404-06

PLACA: 378.281-404-06

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, À PESSOA TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RNN Nº 014244245904 - BILHETE DE SEGURO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT. PARA MAIS INFORMAÇÕES, VEJA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

PLACA: 378.281-404-06

PLACA: 378.281-404-06

PLACA: 378.281-404-06

PLACA: 378.281-404-06

PLACA: 378.281-404-06

PLACA: 378.281-404-06

PLACA: 378.281-404-06

PLACA: 378.281-404-06

PLACA: 378.281-404-06

PLACA: 378.281-404-06

PLACA: 378.281-404-06

SEGURODPVAT

PLACA: 378.281-404-06



Ocorrência Plantão 10.11.19 das 7:00 as 19:00
 Recebemos o setor c/ O1 Pte & Jairo Neto de medei-
 reira TTT clínico apresenta malhas agudas nasal
 tado de exame RM. As 15:45 deu entrada neste
 setor hospitalar o senhor & Fernando Gomes de mor-
 tória de acidente motociclístico conciente, apresenta
 corte dentro da boca lábio inferior, dente E suspenso
 de fratura nos dentes D e E foi suturado e medi-
 cado transtorno P/ Paulo Ferro P/ avaliação
 especializada. Tec de enf. que acompanhava...
 Ivance. As 17:00 hs deu entrada neste setor o Sr.
 & Manoel Cleiton da Silva apresentando dor intensa
 no olho E, lacrimação e déficit de visão como
 do por uma pancada interna no mesmo olho inferior
 P/ TTT clínico. O mais os atendimentos ambulatoriais

Motorista - Vanderli

médico - Rafaelly

Vigio - José Dantas

Tec de enf - M^{te} Ivance

ASD - Rita de Cassia

Tec de enf - M^{te} Francisca

Ocorrência Motorman do Plantão 10.11.19

Pte Jairo Neto de Medeiros refere forte dor na
 lateral da mandíbula conforme prescrição médica. Manoel
 Cleiton da Silva refere dor e lacrimação no olho
 esquerdo contínuo foi encaminhado P/ consulta oftalmol-
 ógica. O mais os atendimentos ambulatoriais.

Motorista - Vanderli

médico - Rafaelly

Vigio - José Dantas

Tec - M^{te} Francisca

ASD - Rita de Cassia

Tec - M^{te} Ivance



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0070186/20

Vítima: FERNANDO GOMES DE MORAIS

CPF: 378.282.404-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/11/2019

Título do CPF: FERNANDO GOMES DE MORAIS

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

Outros



FERNANDO GOMES DE MORAIS : 378.282.404-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/02/2020
Nome: FERNANDO GOMES DE MORAIS
CPF: 378.282.404-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2020
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

FERNANDO GOMES DE MORAIS

Paulo Victor Soares Sant'Ana



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200087342 **Cidade:** Luís Gomes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDO GOMES DE MORAIS **Data do acidente:** 10/11/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º, 3º, 4º E 5º METACARPO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200087342 **Cidade:** Luís Gomes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDO GOMES DE MORAIS **Data do acidente:** 10/11/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º, 3º, 4º E 5º METACARPO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





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

Rio de Janeiro, 02 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200087342

Vítima: FERNANDO GOMES DE MORAIS

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FERNANDO GOMES DE MORAIS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

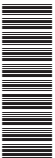
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15563789

Pag. 00947/00948 - carta_01 - INVALIDEZ

00020474





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

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200087342

Vítima: FERNANDO GOMES DE MORAIS

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FERNANDO GOMES DE MORAIS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: FERNANDO GOMES DE MORAIS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000000879-6

Conta: 000010021441-X

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

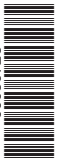
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01445/01446 - carta_30 - INVALIDEZ

00030723



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 27/06/2020 10:54:35

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062710543536100000054885807>

Número do documento: 20062710543536100000054885807

Boletim de ocorrência



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

I



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE PATU

Endereço: RUA LUCAS MATIAS, 51, COSTA E SILVA, PATU

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J202010000009

1.2 Data de Expedição: 17/01/2020 16:14:19

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.4 Ligou CLOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 10/11/2018 15:00:00

2.2 Autoria: Desconhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Em Veículo

2.7 Logradouro: RN-072, MUNICÍPIO DE LUCRÉCIA, PRÓXIMO AO SÍTIO CABOIRÉ.

2.8 Número: SN

2.9 CEP:

2.10 Complemento:

2.11 Ponto de Referência:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS

2.13 Cidade: LUIS GOMES

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FERNANDO GOMES DE MORAIS

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: LUCAS MORAIS

3.5 Estado: Paralelo

3.6 Mãe: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 37828240405

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 21/09/1960

3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)

3.14 RG: 688500 - ITEP/RN

3.15 Telefone(s): 84 995660535

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 201

3.18 Naturalidade: MARTINS RN

3.18 Bairro: CENTRO

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: AV. LAURO MAIA

3.23 Cidade: LUCRÉCIA

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VITIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VITIMA

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Seguro: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: 16307

7.1.4 Renavam:

7.1.5 Placa: OGB3220

7.1.6 Estado:

7.1.7 Marca: YAMAHA

7.1.8 Modelo: XTZ150 CROSSER ED

7.1.8 Ano do Modelo: 2015

7.1.10 Ano de Fabricação: 2014

7.1.11 Cor do veículo: BRANCA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: FERNANDO GOMES DE MORAIS

7.1.16 Veículo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor:

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE DECLAROU QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA CITADOS, ESTAVA PILOTANDO SUA MOTOCICLETA, JÁ DESCRITA, QUANDO CAIU EM UM BURACO NA PISTA DE ROLAMENTO, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO E CAIU; QUE DEVIDO AO ACIDENTE TEVE VÁRIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO E FRATUROU A MÃO DIREITA E O PUNHO ESQUERDO; QUE SEU PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO FOI NO HOSPITAL PÚBLICO DA CIDADE DE LUCRÉCIA/RN, PELO MÉDICO DR.(*) RAFAELLY DE MORAES, CRM/RN Nº 8650; QUE O PRESENTE EXPEDIENTE É PARA FINS DE INDENIZAÇÃO JUNTO AO SEGURO DPVAT.

9.2 Informações do CLOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data: 17/01/2020 16:14:19

Policial
Alcimar Carlos Ferreira da Silva
3º Sgt. PM
Mat. 163633-2

Fernando Gomes de Moraes
Interessado



Folha digital

Assinatura: 1636332 - ALCIMAR CARLOS FERREIRA DA SILVA
Impresso por: 1636332 - ALCIMAR CARLOS FERREIRA DA SILVA em: 17/01/2020 16:14:25

FIM DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A.
Tel 21 3861-4600 www.seguradorelider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.

