



Número: **0801461-04.2019.8.20.5101**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Caicó**

Última distribuição : **25/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA (AUTOR)		KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57545521	13/07/2020 08:46	2733882_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01038-3

CONTA: 000000016169-1

Nr. Autenticação

BRADESCO2112201805000000000023701038000000016169236250 PAGO



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180350484 **Cidade:** Caicó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA **Data do acidente:** 11/05/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura da diáfise da tíbia esquerda. Extenso ferimento corto contuso com perda de substância na região plantar do pé esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame físico, vítima apresenta edema e deformidade na perna esquerda com retração cicatricial, diminuição da força muscular (grau 3) e limitação moderada dos movimentos do tornozelo e pododáctilos esquerdos e marcha claudicante.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico, redução de fratura na tíbia esquerda e fixação com placa e parafusos; Sutures na região plantar do pé esquerdo. Recebeu alta.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 07/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Francisco Jares de Queiroz Silva

CRM do médico: 2245

UF do CRM do médico: RN

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Pico VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (ME): 08.241754/0135-57 - Telefones: (0**84) 3421-9630, e 9628

RECEITUÁRIO

Documentação médica - hospitalar



Lando Ortopédico

=
Rogério V. de Almeida, 35a,
Ulcera de seqüela em
Perna Esq. pós fratura por
acidente de moto. Sem perda
funcional de 50% em M.I.E.

CID 10: 582.793

2/11-18

Dr. Silvio Santos Filho
Traumatologista
TEOT 9875 CRM/RN 4419



Documentos de Identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

DOC. IDENTIF. DE ORIG. EMISSOR: **2023107 SSP RN**

CPF: **066/457.204-00** DATA NASCIMENTO: **21/05/1983**

RELACAO:

SEVERINO BARBOSA DE LUCENA
FRANCISCA NOGUEIRA DOS SANTOS

PERMISSAO: **AB** ACC: **AB** CAT. HAB: **AB**

Nº REGISTRO: **92443928100** VALIDADE: **09/07/2022** HABILITACAO: **29/07/2002**

OBSERVAÇÕES:

CNSA
 FAR

Rogério Nogueira de Lucena

LOCAL: **CAICO, RN** DATA EMISSAO: **04/12/2017**

Carla Gomes
 Carla Maria Gouveia Gomes
 Coordenadora de Registro de Condutor

ASSINATURA DO EMISSOR: **32634855463 RN701580252**

RIO GRANDE DO NORTE

1485084078

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR



voce também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Manuseie ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Tudo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se voce for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se voce não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se voce for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém, mas voce deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde voce trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispoem a acidentes pela distração.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os óculos, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Para a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

Concepção 02.04.13

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 50.507 Série AN18-RN

Rogério Norberto de Sousa
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Rogério Norberto de Sousa
Loc. Nasc. Ceará Est. RN Data 10/05/1983
Filiação Est. RN Data 10/05/1983
2 de Francisco Norberto de Sousa
Doc. Nº 4722001-7/1983 A-17-FLS. 230
ESTRANGEIROS 2º cont/Carão - RN



Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº

Exp. em / / Estado

Obs.

Data Emissão 12/06/2001

DRT Carão - RN

Assinatura do Funcionário

Geraldo Dantas

Mat. 097.178

DRT - Central Ceará

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome
Doc.
Nome
Doc.
Nome
Doc.
Est. Civil
Doc.
Est. Civil
Doc.
Nascimento
Doc.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013710979160

VIA 1 ODO RENAVAM 00204645391 R.N.T.A.C. 2018

NOME ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

CPF / CNPJ 048.457.204-00 PLACA MNR5602

PLACA ANT / UF NNR5602 / RN CHASSI SC20C4110AR612746

PASSAGIRO/MOTOCICLISTA/VEICULO APLICATIVO CAROLINA

MARCA, MODELO HONDA/CG 125 FAN XS

CAP / POT / CIL OCV/124 CILINDRADAS

CATEGORIA PRATA

COTA ÚNICA R\$ 0.00 VENC. COTA ÚNICA 27/03/2018

PARCELAMENTO / COTAS 1º ISENTO

PARCELAMENTO / COTAS 2º ISENTO

PARCELAMENTO / COTAS 3º ISENTO

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0.00 PREMIO TOTAL (R\$) 0.00 DATA DE PAGAMENTO

LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO ***

ALTERN. FID. EM FAVOR DE: 07.207.996/0001-80

BANCO BRADESCO FINANCIAMENTOS S.A.

MOTOR: 3C41E12612746

CAICO/RN 19/04/2018

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

RN Nº 013710979160 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 19/04/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 048.457.204-00 PLACA MNR5602

RENAVAM 00204645391 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN XS

ANO FAB. 2010 DIA INÍC. 9 Nº CHASSI SC20C4110AR612746

PREMIO TARIFARIO

PNS (R\$) 0.00 DETRAN (R\$) 0.00 CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) 0.00

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO

DATA DE QUATRO

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.241.808/0001-04



Estado do Rio Grande do Norte

Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Seridó

Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000

CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

RECEITUÁRIO

Documentação médica - hospitalar



Landi Orlapédio

Rogério V. de Lucena, 35a,

7.





Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/nº - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEI
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

Documentação médica - hospitalar



SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO



SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOME DO PACIENTE: ROGERIO NOGUEIRA DA LIMA		DATA NASCIMENTO: 21.01.1983		SEXO: M
REGISTRO/PRONTUÁRIO: 023.521				
ENDEREÇO (Rua, Número): RUA JOAO PEDRO DO ALMEIDA 45		BAIRRO: BOA VISTA CAICO		
MUNICÍPIO: CAICO	UF: RN	CEP: 59300-000	TELEFONE: 3592 9600	
NOME DO PAI: SEVERINO BRANCO DA LIMA		NOME DA MÃE: FÁBIA NOGUEIRA DA LIMA		
RESPONSÁVEL: EDILIA TAVARES DA SILVA - CUBA -		PREENCHIMENTO MÉDICO (Preenchimento médico)		
CLÍNICA: ☐ MÉDICA ORTOPÉDIA ☐ CIRÚRGICA ☐ PEDIATRIA	ENFERMARIA/LEITO:		INTERNAÇÃO DECORRENTE DE ACIDENTE ☐ DE TRABALHO ☐ DE TRANSITO ☐ DE OUTROS FINS ☐ NÃO	
DIAGNÓSTICO INICIAL: fract. pên. E + fr. pên. antebraço est. e fe. e		MÉDICO SOLICITANTE		
INTERNAÇÃO DATA: 01.06.18 HORA:		ORIGEM RESIDÊNCIA? ☐ SIM ☐ NÃO		UNIDADE DE SAÚDE ENCAMENHANTE
PROCEDÊNCIA:		CARÁTER DE INTERNAÇÃO: ☐ ELETIVA ☐ NORMAL ☒ EMERGÊNCIA		
RESUMO DA SAÍDA (Preenchimento médico)				
PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH - Código/Descrição) Tratam. + Tratam. pên. antebraço est. e		TIPO DE PROCEDIMENTO: ☐ LIMPO ☐ INFECTADO ☒ CONTAMINADO ☐ POTENCIAL M. CONTAMINADO		
PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH - Código/Descrição)		DATA: 08.06.18		HORA:
APRESENTOU INFECÇÃO? ☐ HOSPITALAR ☒ COMUNITARIA ☐ NÃO		FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO: ☐ PROFILATICAMENTE ☐ NÃO ☒ TERAPEUTICAMENTE		
MOTIVO DA SAÍDA (AIH): ☐ ALTA ☐ REMOÇÃO ☐ ÓBITO ATÉ 24 HORAS ☐ ÓBITO APÓS 24 HORAS		SE MOTIVADO SAÍDA = 1 (remoção) ASSINAL DETALHAMENTO DA ALTA ☐ CURADO ☐ MELHORADO ☐ INALTERADO ☐ A PEDIDO ☐ ADMINISTRATIVO ☐ POR INDICIPLINA ☐ EVASÃO ☐ INTER.F./DIAGNOSTICO ☐ P/COMPLETAÇÃO F.DE ACIDENTE		
PREENCHER SE MOTIVO 2 = (REMOÇÃO)				
INDICAÇÃO CLÍNICA:		DESTINO:		
PREENCHER SE MOTIVO SAÍDA = ÓBITO		OCORREU ÓBITO CAUSADO POR INFECÇÃO: ☐ SIM ☐ NÃO		MÉDICO RESPONSÁVEL PELA (assinatura) Edilvia T. da Silva CRM - RN 1414 - T807 8827 CPF 021.220.284-44
CAUSA MORTE:				



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 13/07/2020 08:46:46

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071308464553500000055284829>

Número do documento: 20071308464553500000055284829

Num. 57545521 - Pág. 8



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual da Saúde Pública
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERTÃO
Endereço: Rua Manoel de Albuquerque, 301 - Bairro Penteiro - CEP: 59.200-000 - Telefone: (84) 3421-4930 / 4931 / 4932 / 4933
CNPJ: 06.541.134/0001-67

LAUDO DE CIRURGIA

Nome do Paciente	Nº Registro	Data Admissão
ROGÉRIO NORUEIRA DE LIMA	012151012	07/10/18

Nome do Procedimento Cirúrgico
Troca de Drenagem C + Troca de Drenagem de PE

Descrição do Ato Operatório (Técnicas, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)						
Data	Início	Término	Duração	Gases	Comps	Drenos
07/10/18	15:10	15:55	45 min			

DD + A
A + C
Troca de drenagem
Revisão
Curações
Hemostasia
Sutura
Curativo

PE - C

DD + A
A + C
Desobstrução de PE
Ligaduras
Troca de drenagem anterior e posterior
Curativo

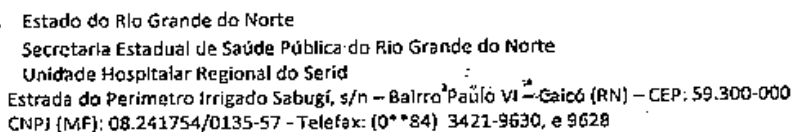
Dr. Sérgio Santos Filho
Especialista em Transplantologia
CRM-RN 4418 - RBO-0075
RPP 001.220.281-43

1º Auxiliar

2º Auxiliar

Cirurgião





1. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ													2. CNES: 6.778.580						
3. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: NOME: <i>ROGERIO ROCHA DE LACERDA</i>													4. Nº DO PRONTUÁRIO <i>025208</i>						
CPF:	0	4	8	1	5	7	2	0	4	0	0	RG:	2	0	3	3	1	0	7

5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)															6. DATA DE NASC.					7. SEXO				
7 0 0 5 0 9 4 6 1 0 5 3 2 8 1															21/05/83					MASC. (X) FEM. ()				
8. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL															DDD					9. TELEFONE DE CONTATO				
FELICIA NOLAN DO SANTO															84					9 38180627 (MÃE)				
10. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)																								
RUA JOSE TORRES DE ARAUJO N: 45 NOVA CAICÓ																								
11. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA										12. COD. IBGE MUNICÍPIO					13. UF					14. CEP:				
CAICÓ															RN					53300-000				

15. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

Calculus

Reservoir profundo em solo de psilite

Precis Answer

16. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

17. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

REALIZADOS: Conferência com o Original
Data: 25/03/2018
Assinatura: [Assinatura]

Lat ekspon permaf.

GNÓSTICO INICIAL	19
Penda Costeira Espirito	

18. DIAGNÓSTICO INICIAL	19. CID 10 PRINCIPAL:	20. CID 10 SECUNDÁRIO:	21. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
-------------------------	-----------------------	------------------------	-------------------------------

PROCEDIMIENTOS SOLICITADOS

22. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Suplementos Dietéticos</i>		23. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>040504014</i>	
24. CLÍNICA <i>Defecação</i>	25. CARATER DA INTERNAÇÃO <i>Urgente</i>	26. DOCUMENTOS () CNS () CPF	27. Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLIC./ASSIST. <i>00000000000000000000</i>
28. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST. <i>[Assinatura]</i>		29. DATA DA SOLICITAÇÃO <i>11/05/18</i>	30. ASSINATURA E CARRIBELO (Nº DO REG. DO CONSELHO) <i>[Assinatura]</i> <i>Dr. Silvio Soares do Conselho</i> <i>CRM 9519</i>

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

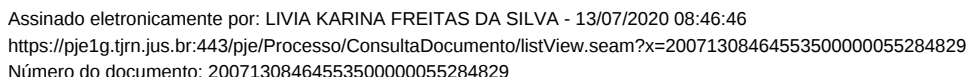
31. () ACID. DE TRANSITO	34. CNPJ DA SEGURADORA	35. SÉRIE
32. () ACID. TRABALHO TÍPICO		
33. () ACID. TRABALHO TRAJETO	37. CNPJ DA EMPRESA	38. CNAE DA EMPRESA
		39. CBOR

40.VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () O EMPREGADOR () AUTONOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

41. NOME DO PROF. AUTORIZADOR	42. COD. ORGÃO EMISSOR	43. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR
44. DOCUMENTOS () CNS () CPF	45. Nº DOC. (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR	
46. DATA DA AUTORIZAÇÃO	47. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)	





Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

ATENDIMENTO AMBULATORIAL EM TRAUMA E ORTÓPEDIA

DATA DO ATENDIMENTO: 21/06/18 INSTRUÇÃO RESPONSÁVEL: D. H. S.
PACIENTE: ROGÉRIO NOGUEIRA DE LUCENA DN: 21/05/1983
RG: 002033101 CPF: 048.45720400 SUS: 700509101057151
ESTADO CIVIL: SEXO: IDADE: 35 a TELEFONE: 98929606
PAI: SEVERINO BARBOSA DE LUCENA MÃE: FRANCISCA NOGUEIRA DE LUCENA
ENDERÇO: R. JOSÉ TORRES DE ARAÚJO Nº 45
BAIRRO: NOVA CAIÇÁ CIDADE: CAIÇÁ UF: RN
MÉDICO: DR. SEVERINO FILHO

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO: D. H. S.

LAUDO MÉDICO

PRINCIPAIS SINAIS CLÍNICOS:

fract. hemat.

PRINCIPAIS RESULTADOS DA PROVA DIAGNÓSTICA:

DIAGNÓSTICO INICIAL:

PROCEDIMENTO INDICADO:

Reparo

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO

TRATAMENTO REALIZADO:

CID:

CODIGOSIA/SUS:

0303090013

EQUIPE MÉDICA:

CIRÚRGIO:

CRM:

AUXILIAR:

CRM:

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

CRM: 44719

CRM:

AUDITOR:



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

CAMPO 4 – EXAMEN COMPLEMENTARES

Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista

Ratoe de torlo AP + Ratoe Bounen +
Ratoe de torlo + Ratoe de Ousset

CAMPO 5 – PRESCRIÇÃO MÉDICA

CAMPO 5 – PRESCRIÇÃO MÉDICA
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista

SEL SCAR - IV

* ao obter dados (Exemplos de exames).

2) THEOREM OF FERMAT'S LAST ; LEU 4890470 POU OLIVIERO

4 filato
okun (2)

MÉDICO PLANTONISTA/CRM

RESP. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN

CAMPO 6 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE

CAMPO 6 – CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESCRIÇÃO DO RESULTADO
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de enfermagem

MOTIVO DA SAÍDA

REMOÇÃO/TRANSFERÊNCIA

ALTA MÉDICA

1 EVASÃO

☐ RECUSA DO TRATAMENTO

4 } ÓBITO

UNIDADE DE DESTINO:

DATA:

HORA DA SAÍDA: _____





Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) e 9628

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR-AIH

1. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ	2. CNES: 6.778.580
3. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: NOME: <u>ROBERTO NUBENIR DE LACENA</u>	4. Nº DO PRONTUÁRIO <u>025.581</u>
CPF: <u>0 4 8 4 5 2 2 0 4 0 0</u> RG: <u>2 0 3 3 1 0 7</u>	

5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <u>3 0 0 5 0 9 1 0 1 0 5 2 2 3 1</u>	6. DATA DE NASC. <u>2 1 1 0 5 1 8 3</u>	7. SEXO MASC. ☒ FEM. ☐
8. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <u>SEVERINO BARBOSA DE LACENA</u>	DDD <u>8 4</u>	9. TELEFONE DE CONTATO <u>9 8 4 2 - 9 6 0 0</u>
10. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <u>RUA - JUSÉ TORRES DO ARAÚJO, 45 NARRA CAICÓ</u>		
11. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <u>CAICÓ</u>	12. COD. IBGE MUNICÍPIO	13. UF <u>RN</u>
		14. CEP: <u>5 9 3 0 0 0 0 0</u>

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

15. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
fractura e
perda anular lateral
permanente

fractura
06 pontos
1,5 mm
Ortopedia
Longa
Curto
Comprometido

16. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
Re

Confere com o Original
Caicó - RN, 21.06.2018
Henrique Buncel de Medeiros

17. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
Het R

18. DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>fractura e + Perda anular lateral 5828</u>	19. CID 10 PRINCIPAL: <u>5828</u>	20. CID 10 SECUNDÁRIO:	21. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
PROCEDIMENTOS SOLICITADOS			
22. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <u>Tuál cr + Tuál cr Perda anular lateral</u>	23. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <u>0 4 0 8 0 5 0 5 0 0</u>		
24. CLÍNICA	25. CARATER DA INTERNAÇÃO	26. DOCUMENTOS () CNS () CPF	27. Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLIC./ASSIST.
28. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST.	29. DATA DA SOLICITAÇÃO <u>21.06.18</u>	30. ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO <u>Ortopedia e Traumatologia</u> <u>DR. LUIZ CARLOS DE MATTOS</u> <u>CRM 081730-200-03</u>	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

1. () ACID. DE TRANSITO	34. CNPJ DA SEGURADORA	35. Nº DO BILHETE	36. SÉRIE
2. () ACID. TRABALHO TÍPICO	37. CNPJ DA EMPRESA	38. CNAE DA EMPRESA	39. CBOR
3. () ACID. TRABALHO TRAJETO			

10. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () O EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

11. NOME DO PROF. AUTORIZADOR	42. COD. ORGÃO EMISSOR	43. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR
14. DOCUMENTOS () CNS () CPF	45. Nº DOC. (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR	
16. DATA DA AUTORIZAÇÃO	47. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)	





Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

OME DO PACIENTE:

ROSEMO NOBREGA DE LIMA

REGISTRO/PRONTUÁRIO:

023.521

DATA NASCIMENTO:

21.05.1983

SEXO:

F

ENDEREÇO (Rua, Número)

RUA JOÃO PEDRO DO ARAÚJO 45

BAIRRO:

NOVA CAICÓ

MUNICÍPIO:

CAICÓ

UF:

RN

CEP:

59300-000

TELEFONE:

9893 9600

NOME DO PAI:

SEVERINO BARBOSA DE LIMA

NOME DA MÃE:

FÁBIO NOBREGA DE SANTOS

RESPONSÁVEL:

EDILVA TRINDADE DE LIMA - esposa

PREENCHIMENTO MÉDICO (Preenchimento médico)

CLÍNICA:

() MÉDICA (X) ORTOPÉDIA

() CIRÚRGICA () PEDIATRIA

ENFERMARIA/LEITO:

INTERNAÇÃO DECORRENTE DE ACIDENTE

() DE TRABALHO () DE TRANSITO

() DE OUTROS FINS () NÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL:

frat. pen. E + fr. ant. efr. efr.

MÉDICO SOLICITANTE

INTERNAÇÃO

ORIGEM RESIDÊNCIA?

UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE

DATA

01.06.18

HORA

() SIM () NÃO

PROCEDÊNCIA:

CARÁTER DE INTERNAÇÃO:

() ELETIVA () NORMAL (X) EMERGÊNCIA

RESUMO DA SAÍDA (Preenchimento médico)

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH - Código/Descrição)

Trat. e fr. ant. efr. efr.

TIPO DE PROCEDIMENTO:

() LIMPO () INFECTADO (X) CONTAMINADO

() POTENCIAL M. CONTAMINADO

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH - Código/Descrição)

DATA:

08.06.18

HORA:

APRESENTOU INFECÇÃO?

() HOSPITALAR (X) COMUNITÁRIA () NÃO

FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO:

() PROFILATICAMENTE () NÃO

(X) TERAPÊUTICAMENTE

MOTIVO DA SAÍDA (AIH):

() ALTA () REMOÇÃO () ÓBITO ATÉ 24 HORAS

() ÓBITO APÓS 24 HORAS

SE MOTIVADO SAÍDA = 1 (remoção) ASSINAL DETALHAMENTODA ALTA

() CURADO () MELHORADO () INALTERADO () A PEDIDO

() ADMINISTRATIVO () POR INDICIPLINA () EVASÃO

() INTER.P/DIAGNOSTICO () P/COMPLEMETAÇÃO F.DE ACIDENTE

PREENCHER SE MOTIVO 2 = (REMOÇÃO)

INDICAÇÃO CLÍNICA:

DESTINO:

PREENCHER SE MOTIVO SAÍDA = ÓBITO

OCORREU ÓBITO CAUSADO POR INFECÇÃO:

() SIM () NÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL PELA
(carimbo e assinatura) Epidemiologista
CRM-RN 4419 - TR07 9821
CPE 021.720.204-41





LAUDO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins e a pedido, que o Sr. **Rogério Nogueira de Lucena**, 35 anos, é portador de **DISLIPIDEMIA MISTA, HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA e TRANSTORNO DE ANSIEDADE.**

Atualmente, após um trauma causado por acidente automobilístico (SIC) em maio/2018, vem apresentando oscilação dos níveis pressóricos e síndrome do pânico.

CID-10: E78 + I10 + F41.0.

Dr. Sérgio Luiz V. Bezerra
Cardiologista / Métodos Gráficos
CRM 4.016 / CPF: 807.266.904-49

Caicó (RN), 05 DE JULHO DE 2018.

Dr. Sérgio Luiz Veríssimo Bezerra
Cardiologista CRM/RN 4.016

AUTORIZAÇÃO

Eu, Rogério Nogueira de Lucena, autorizo o Dr. Sérgio Luiz V. Bezerra, a registrar o diagnóstico (codificado – CID – ou por extenso) neste atestado médico.

Sr. Rogério Nogueira de Lucena, portador de RG 2.033.107

AUTENTICAÇÃO

AUTENTICO a presente cópia reprográfica a qual confere com o original; dou fe

Em test. _____ da verdade

Caicó-RN, _____ de _____ de 2018

☐ Maria dos Anjos Bezerra de Araújo
Tulada e Otília do 1º of. 1º

☐ Maria Aparecida Duarte de Souza

☒ Votano Medeiros de Oliveira

☐ Jokassya Fernanda Pereira Soares

3º OF. C. 100
Av. Cel. Nogueira

Rua Augusto Monteiro, 1245 - Centro
CEP: 59300-000 - Caicó-RN
Telefone: (84) 3417-1015
Cel.: (84) 98890-1015
(84) 98726-3987
(84) 98726-3989
(84) 98727-3986



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO		DATA	HORA DA ENTRADA	Nº ATENDIMENTO
EDMILSON		11/05/2018	19:49:15	238
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviaturas e de forma legível				
NOME	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO	
ROGERIO NOGUEIRA DE MENEZES	11/05/1983	34A	M	
CPF	RG	DATA DE EXPEDIÇÃO		
048 457 204-00	2-033.107/RN			
NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	CARTÃO SUS	
CAICÓ - RN	CASADO	MATEIXI	700.5091.0105.7251	
NOME DA MÃE	NOME DO PAI			
FLA. NOGUEIRA DOS SANTOS	SERGIO BARBOSA DE MENEZES			
ENDEREÇO	BAIRRO			
JOSE TORRES DE ARAUJO, 45	NOVA CAICÓ			
CIDADE/ESTADO	TELEFONE DE CONTATO		RAÇA/COR	
CAICÓ - RN	99818-0627			
CAMPO 2 - SINAIS VITAIS				
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde				
PA	mmHg	FC	bpm	FR
CAMPO 3 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO				
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista				
Queixas de dor no abdômen - dor no queixas com cólicas. apresenta febre no pé direito muito intenso e lateal				
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO		ESCORE DE GLASGOW		
		15 sem déficit focal		

OBS: Sinais de estresse (taquicardia)

Exame com o P-3
RN. 247.03
Bom estado de saúde

CAMPO 4 - EXAME COMPLEMENTARES	
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
PARA DE TOPO AP + RAX + BOMBA + PARA DO DE DRETA + PARA DE DRETA	
CAMPO 5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA	
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
SRL 500mg - IV * ao 08h00 (Exemplos de exames) 7.000cc os exames de pH; 10.000cc para o exame + filato OLVI (S)	
MÉDICO PLANTONISTA/CRM	RESP. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN
CAMPO 6 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE	
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de enfermagem	
MOTIVO DA SAÍDA	REMOÇÃO/TRANSFERÊNCIA
☐ ALTA MÉDICA ☐ EVASÃO ☐ RECUSA DO TRATAMENTO ☐ ÓBITO	UNIDADE DE DESTINO: _____ DATA: ____/____/____ HORA DA SAÍDA: ____:____:____



GOVERNO DO
RIO GRANDE DO NORTE



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAICÓ
SAMU METROPOLITANO

Comprovação de ato declaratório



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o usuário dos serviços de saúde ROGERIO ROQUEIRA DE LUCENA, 34 anos, foi atendido pela equipe do serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU-192-RN da cidade de Caicó –RN no dia 11.05.18 às 19:00 horas, no endereço AV. CORONEL MARTINIANO, EM VIA PÚBLICA, paciente vítima de COLISÃO MOTO X MOTO.

A presente declaração expressa a verdade

Caicó-RN 18 de JUNHO de 2018

Jardênia Azevedo da Silva Noronha
Coordenadora da base descentralizada do SAMU-metropolitano em Caicó/RN
COREN-RN 264.657

AUTENTICAÇÃO	
AUTENTICO a presente cópia reprográfica	
que confere com o original: deu-se	
de verdade	
Caicó RN <u>18</u> de <u>2018</u>	
Assinatura de Lúcia Regina de Araújo	
Tubiana e Oliveira do Prê 11	
SUBSTITUÍDA(S)	
☒	Maria Aparecida Duarte de Souza
☒	Vivian Medeiros de Oliveira
☐	Jakassya Fernanda Pereira Soares



REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

COMARCA DE CAICÓ

Av. Seridó, 403 – Centro – 5421.2694

Certidão de casamento



2º CARTÓRIO DE CAICÓ

Francisca Eva Diógenes Ramos de Freitas – Titular

Roeva Larisse D. Ramos de Oliveira Freitas

Orianne Kyzia dos Santos Vale – Substitutas

CASAMENTO Nº.07.997.....

CERTIFICO que às fls. 198v.....do livro nº. ...B-28.....de registro de casamentos
foi lançado hoje o assento do matrimônio de. ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

EDILZA TRINDADE DA SILVA

contraído perante o Dr.ª Janaina Lobo da Silva Maia – Juíza de Direito Substituta

e as testemunhas: Almicio Pablo Gomes de Medeiros

e Elaine Glêdoy Lustosa Chianca Gomes

Ele, nascido em. Caicó-RN

aos 21 de maio de 1983, profissão. mototaxista

filho de: Severino Barbosa de Lucena

e Francisca Nogueira dos Santos

Ela, nascida em. Sítio Preguiça, Jucurutu-RN

aos 25 de maio de 1986, profissão.

filha de: Lourival Trindade da Silva

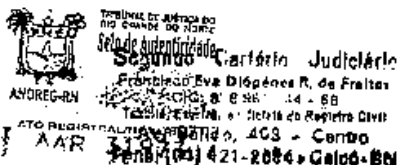
e Maria da Paz da Silva Trindade

passando a contraente a assinar-se. COM O SEU PRIMEIRO NOME * * * * *

Foram apresentados os documentos a que se refere o artigo 180, nºs.I, II e IV.....
do Código Civil.

Obs: O casamento foi registrado aos 10/11/2005, feito sob o regime da Comunhão Parcial
de Bens.

Caicó (RN), 10 de novembro de 2005.



[Handwritten signature]
substituta





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE CAICÓ
Endereço: Av. Cel. Martiniano, 20, Jardim Sateélite, CAICÓ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018129000649 1.2 Data de Expedição: 04/07/2018 10:00:56

1.3 Tipo: COMUNICAÇÃO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 11/05/2018 19:49:00 2.2 Autoria: Conhecida
2.3 Fato: Consumado 2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.6 Tipo do local: Via Pública 2.7 Logradouro: CENTRO
2.8 Número: SN 2.9 CEP: 59.300-000
2.10 Complemento: 2.11 Ponto de Referência:
2.12 Bairro: CENTRO 2.13 Cidade: CAICÓ
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA 3.2 Estado civil: União Estável
3.3 Nome Social: 3.4 Pai: SEVERINO BARBOSA DE LUCENA
3.5 Etnia: Parda 3.6 Mãe: FRANCISCA NOGUEIRA DOS SANTOS
3.7 Sexo: MASCULINO 3.8 Orientação Sexual:
3.9 CPF: 04845720400 3.10 Identidade de Gênero:
3.11 Nacionalidade: 3.12 Data de Nascimento: 21/05/1983
3.13 Profissão: CORRETO(A) 3.14 RG: 2033107 - ITEPRN
3.15 Telefone(s): 84 998929600 3.16 Passaporte:
3.17 Número: 45 3.18 Naturalidade: CAICÓ RN
3.19 Bairro: NOVA CAICÓ 3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 3.22 Logradouro: RUA JOSÉ TORRES DE ARAÚJO
3.23 Cidade: CAICÓ 3.24 CEP: 58300000

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não 7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi: *****12746 7.1.4 Renavam:
7.1.5 Placa: NNR5802 7.1.6 Estado:
7.1.7 Marca: HONDA 7.1.8 Modelo: CG 125 FAN KS
7.1.9 Ano do Modelo: 2010 7.1.10 Ano de Fabricação: 2010
7.1.11 Cor do veículo: PRETA 7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.13 Nota Fiscal: 7.1.14 Número do Motor:
7.1.15 Nome do proprietário: ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA 7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:
7.1.17 Nome do condutor:
7.1.18 Observações:

7.2.1 Segurado: Não 7.2.2 Seguradora:
7.2.3 Chassi: *****01118 7.2.4 Renavam:
7.2.5 Placa: MZG8714 7.2.6 Estado:
7.2.7 Marca: HONDA 7.2.8 Modelo: CG 150 TITAN ESD
7.2.9 Ano do Modelo: 2009 7.2.10 Ano de Fabricação: 2009
7.2.11 Cor do veículo: PRETA 7.2.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.2.13 Nota Fiscal: 7.2.14 Número do Motor:
7.2.15 Nome do proprietário: JOAO BEZERRA DE BRITO 7.2.16 Vínculo com a Ocorrência:
7.2.17 Nome do condutor:
7.2.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE TRANSITAVA NA REFERIDA BR, SENTIDO CENTRO DA REFERIDA CIDADE, QUANDO COLIDIU COM A OUTRA REFERIDA MOTOCICLETA, VINDO A FRATURAR A PERNA ESQUERDA E TAMBÉM SOFREU UM CORTE PROFUNDO NO PÉ ESQUERDO, QUE LOGO SURTIU A PRF, A QUAL REALIZOU OS PROCEDIMENTOS CABÍVEIS E EM SEGUIDA A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELA EQUIPE DO SAMU, CUJA ATENDENTE JARDENIA AZEVEDO DA SILVA NORONHA, COREN-RN 264.657, QUE LOGO APÓS TER SIDO REALIZADO OS PRIMEIROS SOCORROS, O SAMU CONDUZIU A VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ DE CAICÓ-RN (SESP), QUE DE IMEDIATO FOI ATENDIDO PELA EQUIPE DE PLANTÃO O MÉDICO MARCO ANTONIO, O QUAL ENCAMINHOU A VÍTIMA PARA O DR. ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA, SÍLVIO SANTOS FILHO, CRM-RN 4419, QUE SÓ APÓS A RECUPERAÇÃO DA CIRURGIA DA VÍTIMA FOI QUE ELA VEIO REGISTRAR O BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA QUE POSSA FAZER JUS AO SEGURO DPVAT. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

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 04/07/2018 10:00:56

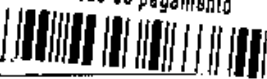




AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº D.



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Roberto Roqueiro de Lima,
PORTADOR(A) DO RG Nº 002.033.107 EXPEDIDO POR SESPDS EM 28/08/2012 E
CPF 048457204-00 /CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO Autônomo
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Roberto Roqueiro de Lima AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1038-3 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0016169-1

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Cidade Curitiba 27 de Agosto de 2018 Roberto Roqueiro de Lima
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 13/07/2020 08:46:46

<https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007130846455350000005284829>

Número do documento: 2007130846455350000005284829

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01038-3

CONTA: 000000016169-1

Nr. Autenticação

BRADESCO2112201805000000000023701038000000016169236250 PAGO



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 13/07/2020 08:46:46

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071308464553500000055284829>

Número do documento: 20071308464553500000055284829

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180350484**

Nome do(a) Examinado(a): **ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA**

Endereço do(a) Examinado(a):

JOSE TORRES DE ARAUJO, 45 - NOVA CAICO - Caicó - RN - CEP 59300-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /RN**] **002033107**

Data e local do acidente: [**11/05/2018**] **Caicó RN**

Data e local do exame: [**07/12/2018**] **Caicó** [**RN**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura da diáfise da tibia esquerda. Extenso ferimento corto contuso com perda de substância na região plantar do pé esquerdo.

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

Ao exame físico, vítima apresenta edema e deformidade na perna esquerda com retração cicatricial, diminuição da força muscular (grau 3) e limitação moderada dos movimentos do tornozelo e pododáctilos esquerdos e marcha claudicante.

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

[**X**] Sim [] Não

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

A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico, redução de fratura na tibia esquerda e fixação com placa e parafusos; Sutures na região plantar do pé esquerdo. Recebeu alta.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do membro inferior esquerdo

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

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



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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior esquerdo

% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

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



Francisco Jares de Queiroz Silva - CRM: 2245 - RN



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0278041/18

Número do Sinistro: 3180350484

Vítima: ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

CPF: 048.457.204-00

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 11/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA : 048.457.204-00

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: 18/09/2018
Nome: ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA
CPF: 048.457.204-00

ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2018
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180350484 **Cidade:** Caicó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA **Data do acidente:** 11/05/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura da diáfise da tíbia esquerda. Extenso ferimento corto contuso com perda de substância na região plantar do pé esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame físico, vítima apresenta edema e deformidade na perna esquerda com retração cicatricial, diminuição da força muscular (grau 3) e limitação moderada dos movimentos do tornozelo e pododáctilos esquerdos e marcha claudicante.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico, redução de fratura na tíbia esquerda e fixação com placa e parafusos; Sutures na região plantar do pé esquerdo. Recebeu alta.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 07/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Francisco Jares de Queiroz Silva

CRM do médico: 2245

UF do CRM do médico: RN

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0278041/18

Número do Sinistro: 3180350484

Vítima: ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

Data do acidente: 11/05/2018

CPF: 048.457.204-00

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROGERIO NOGUEIRA DE
LUCENA

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

Outros



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.

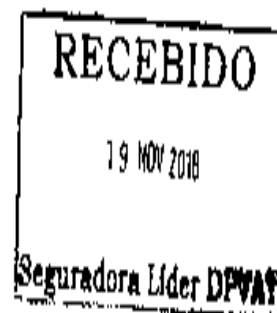
A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente colados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no atendimento para inclusão no arquivo do sinistro digital.





Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA**
Nº Sinistro: **3180350484**
Vítima: **ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA**
Data do Acidente: **11/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**



Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180350484**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusiva



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0278041/18

Número do Sinistro: 3180350484

Vítima: ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

CPF: 048.457.204-00

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Outros



Data do acidente: 11/05/2018

Titular do CPF: ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA : 048.457.204-00

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: 18/09/2018
Nome: ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA
CPF: 048.457.204-00

ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2018
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort



Atraso na data do último documento

Justificativa

- () Aguardando status
() Solicitação 07
() Atraso na data de entrega
() Erro sistêmico
(X) Caixa de Redistribuição
() Outros

Data do recebimento (Relógio datador ou e-mail)	Data da ação (no SISDPVAT)
31.08.18	18.09.18

DOCUMENTOS RECEBIDOS NO MOVIMENTO DE 18/09/2018 (caixa de redistribuição) SEM JUSTIFICATIVA DE ATRASO.

Nome: Alexandre Belfort



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

() MORTE (X) INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Roberto Marques de Brito
DATA DO ACIDENTE 11/05/18 POSSUI CPF? (X) SIM () NÃO Nº CPF 048457204-00

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- () Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- () CPF do Representante Legal (cópia simples)
- () Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- (X) Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- (X) Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- (X) Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- (X) CPF da vítima (cópia simples)
- (X) Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- (X) Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Certidão de Óbito da vítima - cópia autenticada () Sim () Não
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- () CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- () Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- () Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- () Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- () Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- () Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- () Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- () Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- () Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) Roberto Marques de Brito
Quem é o portador? (X) Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador 048457204-00
E-mail _____ Tel. 99892-9600
Data 27/08/18 Assinatura Roberto Marques de Brito

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC CAICO
Atendente CLARA RAQUEL Matrícula 86238266
Data: 27/08/18 Assinatura: CLARA RAQUEL



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 13/07/2020 08:46:46

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071308464553500000055284829>

Número do documento: 20071308464553500000055284829

De: Jose Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904



De: Jose Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, **em medida extrema exceção**, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa **medida de exceção é válida** somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904





SEGURO DPVAT – PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Regina Nogueira de LuccenaDATA DO ACIDENTE 11/05/2021 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 018.457.204-00

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

889600545

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de Óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes (cópia simples)
 - ☐ Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) ROGERIO NOGUEIRA DE LUCCENAQuem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador 018.457.204-00

E-mail

Tel: 04 9999.9600Data 17/7/18Assinatura Regina Nogueira de Luccena

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AO CALÇO - RVAtendente JOSELE DE OLIVEIRA PEREIRA Matrícula 8627720-1Data: 17/7/18 Assinatura: João de Almeida Pereira

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 013710979160
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	0020464591		2018

NOME
ROBERTO NOGUEIRA DE LUCENA

CPF / CNPJ	PLACA
048.457.204-00	RN18602
PLACA ANT. / UF	CLASS.
RN18602 / RN	9C23C4110AR612746

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

RN Nº 013710979160 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

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

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

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	19/04/2018

OUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN

Nº 013710979160

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAL 00204646391 ANTRC. EXERCÍCIO 2018

ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

048.457.204-00

PLACA ANT /UF

19020041104R612746

CHASSI

PLACA

NR6602

ESPECIE TIPO

PASSAGIRO/MOTOCICLISTA/VEICULO APLICAVE

COMBUSTIVEL

GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS

MARCA/MODELO

CATEGORIA

ANOS

2019 2010

OCV/124 CILINDRABAS

ALUGUEL

PRESTA.

COEF. UNICA

VENQ/COOTAS

1º

R\$ 0.00

27/03/2018

1º

ISENTO

FAIXA L.P.V.A

002844 3X

R\$ *****

PARCELAMENTO/COOTAS

2º

ISENTO

3º

ISENTO

PREMIO TARIFARIO (R\$)

10% (R\$)

PREMIO RENTAL (R\$)

10% (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

19/03/2018

LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO ***

OBSERVAÇÕES

ALLEN - FID. EM FAVOR DE: 07.207.996/0001-50

BANCO BRASILEIRO FINANCIAMENTOS S.A.

MOTOR: JC41E1A612746

CAIXA/UF

19/03/2018

19/03/2018

19/03/2018

19/03/2018

RN Nº 0137105

SEGURO OBRIGATORIO DE AUTOMOTORES DE VIA TRANSPO

ESTE É O SEU PREENCHIMENTO AS CONDIÇÕES

WWW.SAC

VIA

1

RENAVAL

048.4

00204646391

AT TARE

9

AND FCB

2010

9

1º

FRS

1

CUSTO DO BILHETE (R\$)

COFA UNICA

PAGAME

SEGUI



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0278041/18

Número do Sinistro: 3180350484

Vítima: ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

CPF: 048.457.204-00

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 11/05/2018

Titular do CPF: ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA : 048.457.204-00

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: 18/09/2018
Nome: ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA
CPF: 048.457.204-00

ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2018
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180350484**

Nome do(a) Examinado(a): **ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA**

Endereço do(a) Examinado(a):

JOSE TORRES DE ARAUJO, 45 - NOVA CAICO - Caicó - RN - CEP 59300-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /RN**] **002033107**

Data e local do acidente: [**11/05/2018**] **Caicó RN**

Data e local do exame: [**07/12/2018**] **Caicó** [**RN**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura da diáfise da tibia esquerda. Extenso ferimento corto contuso com perda de substância na região plantar do pé esquerdo.

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

Ao exame físico, vítima apresenta edema e deformidade na perna esquerda com retração cicatricial, diminuição da força muscular (grau 3) e limitação moderada dos movimentos do tornozelo e pododáctilos esquerdos e marcha claudicante.

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

[**X**] Sim [] Não

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

A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico, redução de fratura na tibia esquerda e fixação com placa e parafusos; Sutures na região plantar do pé esquerdo. Recebeu alta.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do membro inferior esquerdo

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

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



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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior esquerdo

% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

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



Francisco Jares de Queiroz Silva - CRM: 2245 - RN





Boletim de ocorrência



Ministério da Justiça e Segurança Pública
Polícia Rodoviária Federal
Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito



PRF



Acidente nº 18029309B01

INFORMAÇÕES GERAIS

BR: 427 KM: 97,8 - Decrescente Município: CAICO/RN

Data: 11/05/2018 Hora: 18:50

Policial responsável pelo atendimento: MARCELO BEZERRA, matrícula 1970218

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal Tipo de pavimento: Asfalto Tipo de pista: Simples

Condição da pista: Seca

Estrutura viária: Interseção de Vias

Localidade urbanizada: ☒ Acostamento: ☒Canteiro central: ☒

Condição meteorológica: Céu Claro

Fase do dia: Plena Noite

NARRATIVA

No dia 11/05/2018, por volta das 18h50, no km 97,8 da BR-427, em Caicó-RN, perímetro urbano, ocorreu um acidente, do tipo colisão transversal, com vítimas (2 lesionadas leves). Os veículos envolvidos foram: uma motocicleta HONDA/CG 125 FAN KS (V1), e outra motocicleta HONDA/CG 150 TITAN ESD (V2). Com base na análise dos vestígios identificados, principalmente na orientação de danos nos veículos, constatou-se que V2 trafegava na faixa de trânsito do sentido Caicó-RN/Jardim do Seridó-RN, quando ao cruzar uma interseção de vias semaforizada foi surpreendido a sua direita por V1 que também cruzava a via, perpendicularmente, vindo aquele a colidir transversalmente em V1. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi a desobediência as normas de trânsito, uma vez que o cruzamento é semaforizado. O local do acidente estava parcialmente preservado e era sinalizado por uma equipe do CPRE de Caicó-RN. O local apresentava sinalização horizontal e vertical. Os condutores foram socorridos pela equipe do SAMU de Caicó na VTR placas OKC-4621 ao hospital regional de Caicó-RN. O condutor de V1 recusou-se a se submeter ao teste de etilômetro, ocorrendo a notificação por recusa ao teste e consequente recolhimento de sua CNH. O condutor de V2 realizou o teste de etilômetro número 6781 com resultado de 0,00 Mg/L.

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão transversal	
2	Tombamento	



Documento assinado eletronicamente por MARCELO BEZERRA, matrícula 1970218, Policial Rodoviário Federal, em 14/05/2018, às 00:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-GC, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobs/autenticar>, informando o protocolo 18029309B01 e o número de controle 203C43DB69FEC7019CBA17ED721D55

Página 01 de 11

191



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 13/07/2020 08:46:46

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071308464553500000055284829>

Número do documento: 20071308464553500000055284829

Num. 57545521 - Pág. 41



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

IMAGENS PANORÂMICAS



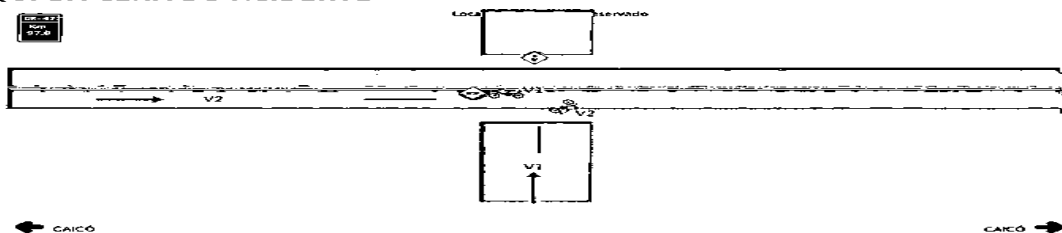
SENTIDO CRESCENTE



SENTIDO DECRESCENTE

AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Página 02 de 11



Documento assinado eletronicamente por MARCELO BEZERRA, matrícula 1970218, Policial Rodoviário Federal, em 14/05/2018, às 00:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DC, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 18029309501 e o número de controle 2D3C43DB89FEC7019CBA17ED721D55

191



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 13/07/2020 08:46:46

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071308464553500000055284829>

Número do documento: 20071308464553500000055284829

Num. 57545521 - Pág. 42



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18029309801



PRF

V1



NNR5602

Placa: NNR5602 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: HONDA/CG 125 FAN KS/2010

Renavam: 00204646391

Chassi: 9C2JC4110AR612746

Tipo de Veículo: Motocicleta

Espécie/categoria: Passageiro/Aluguel

Manobra no momento do acidente: Cruzando a pista

PROPRIETÁRIO

Nome: ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

CPF/CNPJ: 048.457.204-00

Endereço: , CAICO/RN

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Outros

Tipo de receptor: Outro

Informações complementares: Veículo entregue a irmã do acidentado, de nome POLLYANA NOGUEIRA DE LUCENA, CPF 059.166.634-04.



Documento assinado eletronicamente por MARCELO BEZERRA, matrícula 1970218, Policial Rodoviário Federal, em 14/05/2018, às 00:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 18029309801 e o número de controle 2D3C43D889FEC7019C8A17ED721D55

Página 03 de 11

191



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 13/07/2020 08:46:46

<https://pje1g.trjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071308464553500000055284829>

Número do documento: 20071308464553500000055284829

Num. 57545521 - Pág. 43



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18029309B01



PRF

V1



NNR5602



Documento assinado eletronicamente por MARCELO BEZERRA, matrícula 1970218, Policial Rodoviário Federal, em 14/05/2018, às 00:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 6.539, de 9 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 18029309B01 e o número de controle 2D3C43DB85FEC7019C6A17ED721D55





Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18029309B01



V2



MZG8714

Placa: MZG8714 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: HONDA/CG 150 TITAN ESD/2009

Renavam: 00152844040

Chassi: 9C2KC15309R101116

Tipo de Veículo: Motocicleta

Espécie/categoria: Passageiro/Particular

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

PROPRIETÁRIO

Nome: JOAO BEZERRA DE BRITO

CPF/CNPJ: 043.191.444-30

Endereço: R ANTONIO VIEIRA, 1268 - A, CAICO/RN

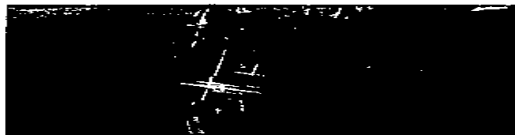
Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Outros

Tipo de receptor: Outro

Informações complementares: Veículo entregue ao irmão do acidentado de nome CLAUDIO BELISIO DE MEDEIROS, CPF 473.916.344-68.



Documento assinado eletronicamente por MARCELO BEZERRA, matrícula 1970218, Policial Rodoviário Federal, em 14/05/2018, às 09:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 18029309B01 e o número de controle 2D3C43DB69FEC7019CBA17ED721D65

Página 05 de 11

191



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 13/07/2020 08:46:46

<https://pje1g.trjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071308464553500000055284829>

Número do documento: 20071308464553500000055284829

Num. 57545521 - Pág. 45



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18029309B01



PRF

V2



MZG8714



Documento assinado eletronicamente por MARCELO BEZERRA, matrícula 1970218, Policial Rodoviário Federal, em 14/05/2016, às 00:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DC, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 18029309B01 e o número de controle 203C43DB59FEC7019CBA17ED721D55

Página 06 de 11

191





Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18029309B01



PRF

V1  **CONDUTOR**

ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

Placa do veículo: NNR5602

Marca/modelo: HONDA/CG 125 FAN KS

Envolvimento: Condutor/Proprietário

Nome: ROGERIO NOGUEIRA DE LUCENA

CPF: 048.457.204-00

Data de nascimento: 21/05/1983

Estado civil: Não Informado

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: NÃO APLICÁVEL

Usava capacete: Ignorado

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Habilitação Nacional

Categoria: AB

Data primeira habilitação: 29/07/2002

Nº de registro: 0244392810 **UF:** RN

Data de vencimento da habilitação: 09/02/2022

Motorista Profissional: Não

Observações CNH: 1815

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Sim **Resultado:**

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: AV JOSE T DE ARAUJO, 45 - CASA, NOVA CAICO, ITAPEMA/SC

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Socorro médico

Tipo de receptor: SAMU

Informações complementares: Socorrido pelo SAMU de Caicó ao Hospital Regional de Caicó.



Documento assinado eletronicamente por MARCELO BEZERRA, matrícula 1970218, Policial Rodoviário Federal, em 14/05/2018, às 09:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18029309B01 e o número de controle 2D3C43DB89FEC7D19CBA17ED721D55





Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18029309B01



PRF

V2



CONDUTOR JOSE BELISIO DE MEDEIROS FILHO

Placa do veículo: MZG8714

Marca/modelo: HONDA/CG 150 TITAN ESD

Envolvimento: Condutor

Nome: JOSE BELISIO DE MEDEIROS FILHO

CPF: 538.993.184-04

Data de nascimento: 18/08/1968

Estado civil: Não Informado

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: NÃO APLICÁVEL

Usava capacete: Ignorado

Informações complementares: Teste de Etilômetro nº 6781 com resultado de 0,00 mg/L

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTÓR

Tipo: Habilitação Nacional

Categoria: AC

Data primeira habilitação: 15/07/1987

Nº de registro: 0158117237 **UF:** RN

Data de vencimento da habilitação: 03/01/2019

Motorista Profissional: Não

Observações CNH: 99

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não **Resultado:** 0

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: R CHIQUINHO HERONIDES, 61, SAMANAU, ITAPEMA/SC

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Documento assinado eletronicamente por MARCELO BEZERRA, matrícula 1970218, Policial Rodoviário Federal, em 14/05/2018, às 00:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DC, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novotat/autenticar>, informando o protocolo 18029309B01 e o número de controle 2D3C43D889FEC7019C8A17ED721D65





Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18029309B01



PRF



Imagens Complementares

Informações Gerais



IMAGEM COMPLEMENTAR 01



Página 09 de 11



Documento assinado eletronicamente por MARCELO BEZERRA, matrícula 1970218, Policial Rodoviário Federal, em 14/05/2018, às 00:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.538, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobal/autenticar>, informando o protocolo 18029309B01 e o número de controle 203C43DB63FEC7019CBA17ED721D65

191





Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18029309B01



PRF

RELATÓRIO DE AVÁRIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/CG 125 FAN KS

Placa: NNR5602

Nome do agente: MARCELO BEZERRA

Nº BOAT: 18029309B01

Matrícula do agente: 1970218

Data: 11/05/2018

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM*	NÃO**	NA***
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

Total geral (SIM + NA): 0

Dimensão da monta: Pequena

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Documento assinado eletronicamente por MARCELO BEZERRA, matrícula 1970218, Policial Rodoviário Federal, em 14/05/2018, às 00:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18029309B01 e o número de controle 203C43D89FEC7019C6A17ED731D69.





Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18029309B01



PRF

RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / HONDA/CG 150 TITAN ESD

Placa: MZG8714

Nome do agente: MARCELO BEZERRA

Nº BOAT: 18029309B01

Matrícula do agente: 1970218

Data: 11/05/2018

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM*	NÃO**	NA***
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

Total geral (SIM + NA): 0

Dimensão da monta: Pequena

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Documento assinado eletronicamente por MARCELO BEZERRA, matrícula 1970218, Policial Rodoviário Federal, em 14/05/2018, às 00:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18029309B01 e o número de controle 2D3C43DB89FEC7019CBA17ED721D55



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o usuário dos serviços de saúde LOGEÃO ROQUEIRA DE LUCENA 34 anos, foi atendido pela equipe do serviço de atendimento móvel de urgência - SAMU-192-RN da cidade de Caicó -RN no dia 11-05-2018 às 19:00 horas, no endereço AV. CORDEIROS VERNIANO, EM VA. PÚBLICA paciente vítima de COMISSÃO NÃO É NADA

A presente declaração expressa a verdade

Caicó-RN 18 de JUNHO de 2018



Jardênia Azevedo da Silva Noronha
Coordenadora da base descentralizada do SAMU-metropolitano em Caicó/RN
COREN-RN 264.657





Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Calco (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 336228

Comprovação de ato declaratório



1

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR-AIH									
1. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ					2. CNES: 6.778.580				
3. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:					4. Nº DO PRONTUÁRIO				
NOME: ROBERTO NUNES DA LINDA					035.581				
CPF: 03484532004					RG: 2033107				
5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)					6. DATA DE NASC.		7. SEXO		
010519171093937					21/05/83		MASC. () FEM. ()		
8. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL					9. TELEFONE DE CONTATO		10. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		
SILVANA BARBOSA DA LINDA					84 4800-9000		RUA JONAS DA SILVA 15 NOVO		
11. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA					12. COD. IBGE MUNICÍPIO		13. UF		14. CEP
CALCO					RN		RN		59.300.000
15. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:									
Fístula e Pseudo artrose exposta por necrose									
16. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:									
Confere com o Original Calco - RN. 21/05/2018 Assinatura: LINDA NUNES DA LINDA									
17. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):									
HEIR									
18. DIAGNÓSTICO INICIAL:		19. CID 10 PRINCIPAL:		20. CID 10 SECUNDÁRIO:		21. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:			
Fístula e Pseudo artrose		S82.8							
22. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO									
Trocamento de Pseudo artrose									
23. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		040810510500							
24. CLÍNICA		25. CARATER DA INTERNAÇÃO		26. DOCUMENTOS		27. Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLIC./ASSIST.			
				() CNS () CPF					
28. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST.		29. DATA DA SOLICITAÇÃO		30. ASSINATURA E CARIMBO DO REG. DO CONSELHO		31. Nº DO BILHETE			
LINDA NUNES DA LINDA		21/05/2018		LINDA NUNES DA LINDA		035.581			
32. () ACID. DE TRANSITO		34. CNPJ DA SEGURADORA		36. SÉRIE		38. CNAB DA EMPRESA			
33. () ACID. TRABALHO TÍPICO		37. CNPJ DA EMPRESA		39. CBOR					
33. () ACID. TRABALHO TÍPICO									
40. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA									
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO									
41. NOME DO PROF. AUTORIZADOR									
42. COD. ORGÃO EMISSOR									
43. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR									
44. DOCUMENTOS									
() CNS () CPF									
45. Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR									
46. DATA DA AUTORIZAÇÃO									
47. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)									



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 13/07/2020 08:46:46

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071308464553500000055284829

Número do documento: 20071308464553500000055284829

Num. 57545521 - Pág. 53



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Roberto Roqueiro de Lencastre, portador da carteira de identidade nº 002.033.107 e inscrito no CPF/MF. sob o nº 048.457.204-05, residente e domiciliado na Rua José Carlos de Assis, Cidade Celso, Estado Piauí, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

() Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Celso - RN 27/08/2018

Local e data



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO		DATA	HORA DA ENTRADA	Nº ATENDIMENTO
EDMILSON		11/05/2018	19:47:05	238
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviaturas e de forma legível				
NOME	CPF	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO
ROGERIO ROBEIRA DE LIMA	048 457 204-00	11/05/1983	34	M
NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	CARTÃO SUS	
CARACARA - RN	CASADO	PROFISSOR	100.5091.0105.7251	
NOME DA MÃE	NOME DO PAI	BAIRRO		
ROBEIRA DOS SANTOS	SEVERINO BARBOSA DE LIMA	OURA CARACARA		
ENDEREÇO	CIDADE/ESTADO	TELEFONE DE CONTATO	RACIA/COR	
VIA JOSE TORRES DE ARAUJO, 45	CARACARA - RN	99818-0627		
CAMPO 2 - SINAIS VITAIS				
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde				
PA	mmHg	FC	bpm	FR
TEMP. AXILAR °C				
SpO2 %				
Glicemia mg/dl				
CAMPO 3 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO				
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista				
Queixas: dor no abdômen, náusea, vômito, febre, diarreia. Exame físico: sem alterações significativas. DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO: Síndrome do intestino irritável. ESCORE DE GLASGOW: 15				

OBS: Sinais de estresse (taquicardia).

CAMPO 4 - EXAME COMPLEMENTARES	
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
Exame de urina: normal. Exame de sangue: normal.	
CAMPO 5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA	
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
Medicamentos: 100mg de Omeprazol + 100mg de Ranitidina. Exame físico: normal.	
MÉDICO PLANTONISTA/CRM	RESP. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN
CAMPO 6 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE	
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de enfermagem	
MOTIVO DA SAÍDA	REMOÇÃO/TRANSFERÊNCIA
☐ ALTA MÉDICA ☐ EVASÃO ☐ RECUSA DO TRATAMENTO ☐ ÓBITO	UNIDADE DE DESTINO: _____ DATA: ____/____/____ HORA DA SAÍDA: ____:____:____

