



Número: **0809668-64.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **13/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 2.362,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
J. L. D. O. (AUTOR)		DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO S/A (RÉU)			
MARCIA MARIA LEOCADIO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58644 823	13/08/2020 14:31	2742381_CONTESTACAO_Anexo_04	Outros documentos

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: 21/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03070-8

CONTA: 000000043665-8

Nr. Autenticação

BRADESCO2101202005000000000023703070000000043665472500 PAGO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200012167 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 24/10/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA COMINUTIVA DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P2,8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00





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

Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200012167

Vítima: JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 24/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15358526





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

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200012167

Vítima: JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 24/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **237**

Agência: **000003070-8**

Conta: **0000043665-8**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 702.043.444-41 4 - Nome completo da vítima: Shanatan Jeacadio de Oliveira

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

5 - Nome completo: Shanatan Jeacadio de Oliveira 6 - CPF: 702.043.444-41
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rio Guararapes/Residencial Mestre Juciano 9 - Número: 560 10 - Complemento: AP: 403 BL: 3
11 - Bairro: Guararapes 12 - Cidade: Natal 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59074-776
15 - E-mail: (84) 99134-3088 16 - Tel.(DDD): 99806-1091

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRADESCO (237)
AGÊNCIA: 3070 8 CONTA: 43665 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Paranámirim 20 de Dezembro de 2019.

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 056047/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/11/2019 10:32 Data/Hora Fim: 01/11/2019 11:02
Delegado de Polícia: Alzira Veiga de Medeiros

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos

Data/Hora do Fato: 24/10/2019 12:40

Local do Fato

Município: Natal (RN)
Logradouro: AVENIDA SENADOR SALGADO FILHO

Bairro: Tirol
Nº: S/N

Ponto de Referência: EM FRENTE AO WALFREDO
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARCIA MARIA LEOCÁDIO (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Santana do Sexo: Feminino
Profissão: Do Lar
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria das Graças Leocádio Nome do Pai: Manoel Joaquim Neto

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 074.603.744-90

Endereço

Município: Natal - RN
Logradouro: R Rio Guarapes Nº: 560
Complemento: BL-J APTO-403
Bairro: Guarapes CEP: 59.074-776
Telefone: (84) 99909-1410 (Celular)

Nome Civil: JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Santana do Sexo: Feminino Nasc: 21/03/2004
Profissão: Estudante
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Marcia Maria Leocádio Nome do Pai: José de Oliveira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 702.043.444-41

Endereço

Município: Natal - RN
Logradouro: R Rio Guarapes Nº: 560
Complemento: bl-j apto. 403
Bairro: Guarapes CEP: 59.074-776



Delegado de Polícia Civil: Alzira Veiga de Medeiros
Impresso por: Janir Azevedo de Paiva
Data de Impressão: 01/11/2019 11:02
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 056047/2019

Telefone: (84) 99909-1410 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Natal - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Microônibus/Ônibus
Descrição ônibus	CPF/CNPJ do Proprietário 09.326.382/0001-12
Placa LPW4474	Renavam 00330933876
Número do Motor 924919U0940854	Número do Chassi 9BM384078BB788400
Ano/Modelo Fabricação 2011/2011	Número da Carroceria BUSUCFBTNBA311782CIFE
Cor BRANCA	UF Veículo Rio Grande do Norte
Município Veículo Natal	Marca/Modelo M.BENZ/MPOLO TORINO U
Modelo M.BENZ/MPOLO TORINO U	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 02/12/2014	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE, GENITORA DA VÍTIMA, COMPARECEU A ESTA UNIDADE POLICIAL E INFORMOU QUE NA DATA E HORA CITADOS SEU FILHO, MENOR, VINHA COMO PASSAGEIRO NO ÔNIBUS EM TELA, COM O BRAÇO ENCOSTADO NA JANELA, E QUE POSSIVELMENTE BATEU EM UM POSTE, VINDO A SOFRER LESÕES CONFORME BAA DE NÚMERO 55302/2019, ORIUNDO DO PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO, QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE A MOTORISTA DISSE NÃO PODER PRESTAR SOCORRO, POIS ESTAVA DIRIGINDO E COBRANDO, EVADINDO-SE DO LOCAL.

NADA MAIS DISSE.

ASSINATURAS

Janir Azevedo de Paiva
Agente de Polícia
Matrícula 170.234-3
Responsável pelo Atendimento

Marcia Maria Leocádio
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que del originou, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Alzira Veiga de Medeiros
Impresso por: Janir Azevedo de Paiva
Data de Impressão: 01/11/2019 11:02
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 13/08/2020 14:31:08

<https://pje1g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081314310817900000056304272>

Número do documento: 20081314310817900000056304272

Num. 58644823 - Pág. 7



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 702.043.444-41 4 - Nome completo da vítima: Shanatan Jeacadio de Oliveira

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

5 - Nome completo: Shanatan Jeacadio de Oliveira 6 - CPF: 702.043.444-41
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rio Guarapiranga/Residencial Mestre Juciano 9 - Número: 560 10 - Complemento: AP: 403 BL: 3
11 - Bairro: Guarapiranga 12 - Cidade: Natal 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59074-776
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 84) 99134-3088(84) 99806-1091

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRadesco (237)

AGÊNCIA: 3070 8 CONTA: 43665 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Paranaíba 20 de Dezembro de 2019.

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 13/08/2020 14:31:08

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081314310817900000056304272

Número do documento: 20081314310817900000056304272

Num. 58644823 - Pág. 8



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **55302 /2019**
Admissão: **24/10/2019 13:03:31**



ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - LARANJA

Paciente: 148918 - JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA (15 a 8 m 29 d)

Nascimento: 21/03/2004 Natural: SANTANA DO MATOS.BRASIL Sexo: M Cor: PARDA

CNS: CPF: 70204344441 Prof: ESTUDANTE

Mãe: MARCIA MARIA LEOCADIO Pai:

Logradouro: RIO GUARAPES, 560

CEP: 59074776 Bairro: GUARAPES Cidade: NATAL

Telefone: 84 .99742859 Compl:

Motivo: OUTROS FERIMENTOS

Tipo: REFERENCIADO

Origem: FAMILIA

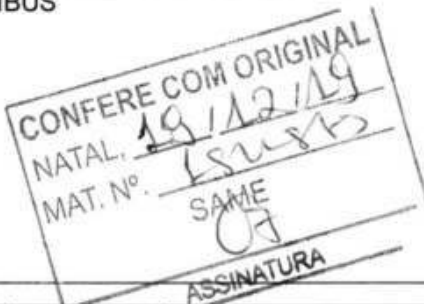
*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 24/10/2019 12:52:11				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: FRATURA EXPOSTA CAUSADA EM ONIBUS

Hora: ____:____



EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: 24/10/2019 14:46:27 - INTERNADO

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por UZIMAR PEREIRA VALE. Impresso em 19 de Dezembro de 2019.





Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou

CNES: 2653923
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **148918 JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA**
CNS: Nascimento: 21/03/2004 Sexo: Masculino
Mãe: MARCIA MARIA LEOCADIO Pai:
Endereço: RUA AGRESTINA, 0 - PLANALTO - NATAL
Município: NATAL Código Municipal IBGE: 240810 UF: RN

Prontuário:
Cor: PARDA
Fone: 99742859 /
CEP: 59073-270

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 29989 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
TRATAMENTO CIRURGICO



RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
SEMIOLOGIA

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S42.3 FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO*408020393. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMEMO

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

UMERO DIAFISARIA;3

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes ☐ Hipertensão ☐ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão ☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:
MARIO ARNAUD MELO DE ABREU

CRM: 5476 / RN

Data da Solicitação 24/10/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: Nº do bilhete: Série:
() Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: CNAE da Emp.: CBOR:
() Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: Órgão Emissor:

Número da Autorização:

Data da Autorização: / / Assinatura/Carimbo:





Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monseñor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: JHONATY LUCASIO DE OLIVEIRA Idade: N° Reg.:
Serviço: Cl. Plástica Enf.: Leito: 258

AO SERVIÇO: Ortopedia

MOTIVO DA CONSULTA: - (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo).

paciente em 70º operado
de extensão de pele
fixado em MSD

solicitação avaliado e
acompanhado caso.

Natal/RN, 11 de 11

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 19/12/19
MAT. N° 152-513

de SAME

Edilson Carlos de Souza
Ortopedia - CRM 2127
CPF 05.178.764-15 ISS 110.324

Médico que solicita o parecer

PARECER: ENTRETER

PACIENTE PRECISA SER TRANS-
FERIDO PARA OUTRO HOSPITAL
CRANIOCIAS E OPERAR CRANI-
OTOMIA O MENINGEOMIOMIO
OMIO. FRATURA DO UNGUE
OMIO (COM F. 100% EXTENSÃO) MAIS
LESÃO DO NERVO RADIAL E ULNA-
R. TENDONAMENTO.

* FEIXE PIA PRO
NEN

Natal/RN, 12 de 11 de 19

Dr. Ricardo Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5001 TEOT 11295

Médico que emite o parecer





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

239

FICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL

Identificação

Enfermaria: _____ Leito: _____ UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 24/10/19 Alta: 1/11/19
Nome: RONALDO LEOCADIO DE OLIVEIRA Naturalidade: SANTANA DO MATÃO
Idade: 15 ANOS Sexo: () Masculino () Feminino Data de Nascimento: 21/03/2000
RG: 3.392.719 Estado Civil: SOLTEIRO Nível de Instrução: _____
Filiação: Pai: JOSE DE OLIVEIRA
Mãe: MARCIA ME LEOCADIO
Endereço: R. RIO GUARAPES, 560 - PRS. MESTRE LUCIANO
BARRIO GUARAPES Cidade: NATAL
Telefone: 99909-1410 - Mãe e Mãe () Residencial () Trabalho () Recado
Contato: 99304-3845 - Kleiton (Pai) Outros telefones: _____
Composição familiar: Mãe, 01 filho e 02 irmãos (04 pessoas)
Outras informações: Faz uso de () Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

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

Forma de Acesso ao Serviço

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

Crítérios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não (X) Sim Qual o motivo? menor
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: Mãe
Parentesco: Mãe Telefone: 99909-1410
Endereço do Responsável: O mesmo

Evolução

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

Charge viária de Colisão onibus com poste, foi
trazido ao hospital envolvido no acidente. Foi
cadastro de acompanhante e orientações.

Rosália M. Fernandes
Assistente Social
CRESS 999

Saída

óbito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs. _____

Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____

Orientações/Encaminhamentos: _____

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





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

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Flourentino Leonardo de Oliveira ASA: E1

Idade: 15 a Sexo: M Registro: 24/10/19

Diagnóstico: Fratura exposta de humero direito e fratura de cotovelo

Procedimento realizado: Procedimento de fratura de humero + antebraço + T2 cunha fechada, lavagem de cotovelo

Cirurgião: Reinaldo Azeiteiro Auxiliar: Auxilio

Anestesiologista: Celestino Enfermagem:

História Clínica Admissional: paciente com história de trauma no MSD.

Nega drogas e comorbidades.

Técnica Anestésica: Bloqueio Flexo braquial

CONFEEI
NATAL
MAT. Nº
ORIGINAL
10, 12/19
152-7
NATURA

Flourentino Leonardo de Oliveira
152-7

15:20

Início: 15:20 Término: 17:35 / 17:50

- Anestésicos Utilizados:
1. Propofol 1% 200 mg
 2. Midazolam 500 mg
 3. Clopidogrel 150 mg
 4. Cefotaxima 80 mg
 5. Midazolam 3 mg
 6. Diprivan 2 g
 7. Fentanyl 70 ug
 8. Cefotaxima de 1000mg L
 9. Cefotaxima 80 mg
 10. Fentanyl 15 ug
 11. Cefotaxima 2 g
 12. Propofol 1 amp.
 13. Dexametasona 10 mg
 - 14.

Encaminhamento: Encaminhado ao CEO acordado, PA = 105 x 65
FC = 93, SaO₂ = 100%

Assinatura do Anestesiologista - CRM

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jonathan Boccardo de Oliveira Reg. NºDiagnóstico pré-operatório: Fratura de fêmur do membro superior direitoIndicação terapêutica: Antes-alco Urgência ☒ Eletiva ☐

INTERVENÇÃO

Data: 24/10/19 Início: Término: Duração:Operador: Ricardo Araújo Dr. Ricardo Araújo CRM/CRO:1º Auxiliar: Ortopedia e Traumatologia CRM 5001 T50T 11.95 CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador: CRM/CRO:

Anestesista: CRM/CRO: Nº. 19/12/19 122073 OT ASSINATURA

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- (1) Deu hito dorso
- (2) Anestesia
- (3) Limpeza extensa com água e álcool 70% e cloroquina
- (4) Ant-espas
- (5) Apprais de campo
- (6) Lavagem mecânica do canal da fratura com solução fisiológica direta
- (7) Debridamento
- (8) Fixação do antegroco com fio (ulna)
- (9) Realização da redução da fratura da ulna com redução direta com fixação de fio 5
- (10) Realização da redução da fratura da ulna com redução direta com fixação de fio 5
- (11) Nova fixação
- (12) Juntar o membro
- (13) Aplicar gesso no antebraço e punho

Dr. Ricardo Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5001 T50T 11.95

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

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

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



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 13/08/2020 14:31:08

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081314310817900000056304272>

Número do documento: 20081314310817900000056304272

Num. 58644823 - Pág. 15



SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SALDANHA



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 55302 /2019
Admissão: 24/10/2019 13:03:31

CIRURGIA GERAL - LARANJA

Paciente: 148918 - JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA (15 a 7 m 3 d)
Nascimento: 21/03/2004 Natural: SANTANA DO MATOS, BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: CPF: 70204344441 Prof: Pai:
Mãe: MARCIA MARIA LEOCADIO
Logradouro: AGRESTINA, 0 Bairro: PLANALTO Cidade: NATAL
CEP: 59073270
Telefone: 84 99742859 Compl:

Motivo: OUTROS FERIMENTOS
Origem: FAMILIA

Tipo: REFERENCIADO
*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

Classificação: 24/10/2019 12:52:11

OBS:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: FRATURA EXPOSTA CAUSADA EM ONIBUS

Hora: 13:15

travando no meio do após o qual no
ônibus (122).

informar que houve uma colisão de
furo no lado direito do veículo.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A VPL
B 2º grau
C furo exposto
D ECV - 15
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

trauma: 6 m
pressão: fraca

24.10.19 13:55

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

fratura exposta

*Gerado via SX por UZIMAR PEREIRA VALE. Impresso em 24 de Outubro de 2019.



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3392719 1.VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 22/03/2012

NOME JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO

JOSE DE OLIVEIRA

MARCIA MARIA LEOCADIO

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

SANTANA DO MATOS RN 21/03/2004

DOC. ORIGEM

CERT.NASC.No.10362 L.12 F.191

SANTANA DO MATOS RN CARTORIO

702.043.444-41

Assinatura digital Fernando

LEI Nº 13.069/2014

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



