
Rio de Janeiro, 12 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200072715

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS MOURA DE LIMA

Data do Acidente: 23/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS MOURA DE LIMA

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

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200072715

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS MOURA DE LIMA

Data do Acidente: 23/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS MOURA DE LIMA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 23/03/2018, emitido pelo Dr. JOSE HENRIQUE A.M CRM nº 1319 - RN, da Instituição HOSPITAL WALFREDO GURGEL, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL: 190.660.724-15 CPF da Vítima: 190.660.724-15 Nome completo da vítima: FRANCISCO DE ASSIS LIMA DE LIMA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	<u>FRANCISCO DE ASSIS LIMA DE LIMA</u>		CPF titular da conta	<u>190.660.724-15</u>	Profissão	<u>PM</u>
Endereço	<u>RUA FRANCISCA CAMPOS</u>		Número	<u>771</u>	Complemento	
Bairro	<u>FELIPE CALHARÃO</u>	Cidade	<u>NATAL</u>	Estado	<u>RN</u>	CEP
Email					<u>59.074-370</u>	
					Telefone (DDD)	
					<u>(84) 98804-3128</u>	
					<u>RM 198723-0370</u>	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☒ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)				☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				BANCO: <u>CAIXA</u> NRO: <u> </u>			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V	AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u>0539</u>	<u> </u>	<u>24851</u>	<u>6</u>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

NATAL RN 09 de MAIO de 2018
Local e Data

Francisco de Assis Lima Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

[Assinatura] Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RECEBIDO
09 MAIO 2018
SINEC-FM





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



Ref. Ocorrência nº 101610012110390858

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

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

Data e Hora do Fato: **23/03/2018 às 16:33**

Local do Fato: **Em Via Aberta localizado(a) no(a) Avenida Bernardo Vieira, Alecrim, Natal, Estado do(a/e) Rio Grande do Norte**

COMUNICANTE

FRANCISCO DE ASSIS MOURA DE LIMA, brasileiro, relação estável, R.G. nº 8229 PM/RN, CPF: 490.660.724-15, servidor público, com 51 anos e nascido aos 12/02/1967, natural de Macaíba-RN, filho(a) de João Felix de Lima e de Maria Moura de Lima, residente e domiciliado(a) à(o) Rua da Vitória, 9, Dix-Sept Rosado, Natal-RN, telefone (84) 98804-3128

HISTÓRICO SEGUNDO O COMUNICANTE

O comunicante compareceu nesta unidade Especializada, para informar que na data, horário e local supra, estava conduzindo a motocicleta relacionada, ocasião na qual se envolveu em uma colisão MOTO X MOTO. Lesionado após o acidente, foi socorrido pelo SAMU para o Pronto Socorro Clóvis Sarinho, conforme BAA nº 13799/2018. Informa ainda que a outra motocicleta envolvida na colisão, era conduzida pela pessoa de DAMIÃO AVELINO DA SILVA SEGUNDA. Nada mais informou.

VÍTIMA(S)

1ª vítima: FRANCISCO DE ASSIS MOURA DE LIMA, brasileiro, relação estável, R.G. nº 8229 PM/RN, CPF: 490.660.724-15, servidor público, com 51 anos e nascido aos 12/02/1967, natural de Macaíba-RN, filho(a) de João Felix de Lima e de Maria Moura de Lima, residente e domiciliado(a) à(o) Rua da Vitória, 9, Dix-Sept Rosado, Natal-RN, telefone (84) 98804-3128.

TESTEMUNHA(S)

1ª testemunha: DAMIAO AVELINO DA SILVA SEGUNDO, brasileira, casado(a), R.G. nº 001622386 ITEP/RN, CPF: 008.537.274-90, estoquista, com 38 anos e nascido aos 07/09/1979, natural de Natal-RN, filho(a) de Jose Avelino da Silva e de Antonia Avelino da Silva, residente e domiciliado(a) à(o) R Francisca Campos Trav Sao Jose, 04, Felipe Camarao Natalr N, Natal, telefone (84) 8882-8040.

INFRATOR(ES)

EXAMES REQUISITADOS

Nenhum

OBJETOS ENVOLVIDOS

Envolvido: 1 Unidade(s) de Veículos, do tipo MOTOCICLETA, modelo I/SHINERAY XY 150 GY, de cor VERMELHA, de número de série *****72678, de placa NNX4083, ano 2011/2012, de propriedade do(a) Sr(a). JOAQUINA FRANCISCA DE JESUS

Envolvido: 1 Unidade(s) de Veículos, do tipo MOTOCICLETA, modelo YAMAHA/FACTOR YBR125 K, de cor PRETA, de número de série *****24029, de placa OJS7430, ano 2012/2013, de propriedade do(a) Sr(a). DAMIAO AVELINO DA SILVA SEGUNDO

Autoridade: **Alzira Veiga de Medeiros**

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

Comunicante: *[Assinatura]*

CONCLUSÃO/REMESSA

RECEBIDO

09 MAI-2018

SINEC-RN

-(84) 3232-6398/

PolOffice
51afcac4e89d46c4e4043130c4656903b



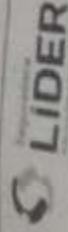
ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DA GRANDE NATAL - DPGRAN
DEAV - Delegacia Especializada em Acidentes de Veículos



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

Natal, 8 de Maio de 2018.

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



LIDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSP 445/13

Para mais informações, acesse o site <http://www.seguredadulider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0211724 ou 0800 0211726 (seja aplicável) sem taxas. O Representante Legal é obrigatório para os seguintes casos:

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

FRANCISCO DE ASSIS MOURA DE LIMA

CPF da Vítima

490660734-15

Data do Nascimento

23.03.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

E-mail

CPF do Representante Legal

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider 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 concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

NATALIA DE FEVEREIRO DE 2020

Local e Data

Francisco de Assis Moura de Lima

Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **FRANCISCO DE ASSIS MOURA DE LIMA**, foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 23/03/2018, aproximadamente às 16h33min, na Avenida Bernardo Vieira, Alecrim, nesta Cidade. **Sob nº de ocorrência 196658/1**, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 16 de abril de 2018.

Everton de Silva Rocha
Coordenador Administrativo SAMU 192 Natal
Matrícula nº 61.096-08



Nº: 196658/1

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Data: 23/03/2018

TARM: GILYANE MARIA DE SOUZA

Rádio Operador: JOSIVANDERSON DA SILVA DANTAS

Equipe Enfermagem Cena:

VTR: USB 19 (BASE DESCENTRALIZADA LEIDE MORAIS)

CHAMADO

Médico Regulação: ROGERIO OSCAR FERNANDES

Médico Cena: THAISA GEOVANINE DE CARVALHO FIGUEIRA

Usuário Pós-Cena:

Equipe VTR: LEONARDO SOUZA MELO - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
MAIRY BARROS DE BRITO TEIXEIRA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

* REGULAÇÃO MÉDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: EMANOEL

Nome do Paciente:

FRANCISCO DE ASSIS MOURA DE LIMA

Telefone: (84) 99659-5574

Idade: *

51 NÃO INFORMADO ▼

Sexo: *

MASCULINO ▼

Endereço não informado

Coordenadas Informadas
Latitude: Longitude:

Endereço: AVENIDA BERNARDO VIEIRA

Bairro: ALECRIM

Outro Bairro:

Nº: VP

Referência/Complemento: EM CIMA DA LINHA ///PX A AV 09 ///PX AO VALE DO PARA //SENTIDO MIDWAY

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WLFREDO GURGEL

Queixa Primária: COLISAO MOTO /MOTO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

23/03/2018 16:38:55 - Dr(a). ROGERIO OSCAR FERNANDES
APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE MOTO X MOTO
REGULAÇÃO: COLISÃO MOTO/MOTO. TRAUMA DE FACE, AUTORIZO USB EM CODIGO 03.
AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB
PRIORIDADE: VERMELHO
CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3
POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apoio:

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:
23/03/2018
16:36:53
Saída Local:
23/03/2018
17:14:36Regulação Médica:
23/03/2018
16:38:55
Chegada Destino:
23/03/2018
17:32:50Solicitação VTR:
23/03/2018
16:39:57
Liberação Destino:
23/03/2018
17:32:53Saída VTR:
23/03/2018
16:40:02
Liberação VTR:
23/03/2018
17:32:54Chegada Local:
23/03/2018
16:50:36

CONVÊNIO MÉDICO PARTICULAR

Paciente possui convênio médico particular?*

Sim * Não Não informado

CONDUITA

☒ Conduta VTR☒ Remoção

Conduta Médico Regulador:

23/03/2018 17:07:48 - THAISA GEOVANINE DE CARVALHO FIGUEIRA
IMOB CONF PROTOCOLO

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL WOLFREDO GURGEL

F:

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE --

H. ligação ao serv prop.:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

Vaga Negada

Motivo da entrada:

Vaga Zero

Ass:

PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Ass:

Data:



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Helgado Filho, 1585, Trem, CEP 59015-090
CNPJ: 08.334.305/0001-35 / INSC. Estadual: 20055428-3
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4882

086500-840195
115

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS
IMPRESSO EM 08/03/2018 ÀS 07:56:56
MÉTRICA 4085751
MÊS/ANO 03/2018

DADOS DO CLIENTE
FRANCISCO DE A. MOURA DE LIMA
RUA FRANCISCA CAMPOS, N. 771 - FELIPE CAMARAO NATAL RN
59074-370

INSCRIÇÃO 170.042.070.0454.000
MÉTRICA 4085751
SITUAÇÃO ÁGUA CORTADO
QUANTIDADE DE ECONOMIAS
RESERVA COMERCIAL 1
SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL
DATA LEITURA: 08/03/2018
LEIT. ATUAL: 17
LEIT. ANT.: 12
DIAS CONSUMO: 30

CONSUMO ÁGUA (M3): 5

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MÉDIA
02/2018	0	12/2017	0	10/2017	0	0
01/2018	0	11/2017	0	09/2017	0	0

DESCRIÇÃO
ÁGUA
RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE ÁGUA
5 M3
39,99

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	39,99	1.65	0,66
COFINS	39,99	7.6	3,04
TOTAL A PAGAR:			39,99
VENCIMENTO	21/03/2018		

Parâmetro	Unidade	Valor	Limite	Resultado
Fluoretado	mg/L	0.23	5.0	97.78 %
VSP - Suspensão	mg/L	0.23	5.0	0.77
Velocidade	m/s	0.23	5.0	21.28

826600000000 2 399900006170 2 00408575101 6 03201840003 9

IMPRESSO EM 08/03/2018 ÀS 07:56:56
MÉTRICA 4085751
MÊS/ANO 03/2018
TOTAL A PAGAR 39,99



COMPROVANTE DA CAERN

RECEBIDO
09 MAR 2018
SINEC-RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 13799 /2018

Admissão: 23/03/2018 17:23:08

CIRURGIA GERAL - VERDE

09 MAR 2018

SINEC-RN

Paciente: 66761 - FRANCISCO DE ASSIS MOURA DE LIMA (51 a 1 m 11 d)

Nascimento: 12/02/1967 Natural: MACAIBA, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 700002160224604

CPF: 49066072415

Prof:

Mãe: MARIA MOURA DE LIMA

Pai: JOAO FELIX DE LIMA

Logradouro: VITORIA, 9

CEP: 59052402

Bairro: DIX-SEPT ROSADO

Telefone: 84.991098088

Compl:

Cidade: NATAL

TOMOGRAFIA/HMWG

Data: 23/03/18 Hora: 18:04

Tipo: REFERENCIADO

*Empresa:

Técnico: Taysi Thyag

Exame: Lateral

Médico:

Motivo: MOTO X MOTO - COLISÃO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 23/03/2018 17:17:39

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
17:30			98%		21	94		15	

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: colisão moto + moto + perda de consciencia + corte em supercílio

Hora: 17:30 Paciente trazido pelo SAMU com lesões cervicais +
 fraturas. Víctima de colisão moto / moto. Nega perda
 de consciencia e vômito, queixas dor em
 região ingesta de cabeça esquerda

CONFERE COM ORIGINAL
 NATAL. 18/04/18
 MAT. Nº. SAME

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vias aéreas livres. Nega ruídos
 B Hemodinamicamente estável. PCR, ET, SAT, sem
 C Tórax estável. MV(+) bilateralmente, sem FA
 D Glasgow 15
 E Edema e hematomas periorbitais D. sem déficit sensorial e motor.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdome: Globoso, pardo, RHA(+), indolor à palpação,
 não motilidade

TOMOGRAFIA/HMWG

Data: 23/03/18 Hora:

Técnico: Taysi Thyag

Exame: Lateral

Médico:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

RAIOS-X

*Gerado via SX por CELEIDE FERNANDES NASCIMENTO. Impresso em 23 de Março de 2018.

Realizado em: 23/3/2018 18:45

Técnico: Taysi Thyag

George Brásio
 Téc. Radiologia
 CRTR: 0085T

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	4
Olhos se abrem espontaneamente.	3
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3.)	2
Olhos se abrem por estímulo doloroso	1
Olhos não se abrem.	
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde coerentemente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, está, o dia, a data e etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala aleatória, mas sem ideia conversacional.)	3
Só sílabas inteligíveis. (Depende sem articular palavras.)	2
Assente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece à ordem verbal. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada inespecífica a dor.	4
Postura flexa à dor (Defecitização).	3
Postura extensor à dor (Descoordenação).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

**ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS		
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO	
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13 - 15	= 4
	9 - 12	= 3
	6 - 8	= 2
	4 - 5	= 1
	3	= 0
FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA	10 - 20	= 4
	>20	= 3
	6 - 9	= 2
	1 - 5	= 1
	0	= 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	≥ 90	= 4
	70-89	= 3
	50-69	= 2
	40	= 1
	0	= 0

CLASSIFICAÇÃO DO TCE
(ATLS 2009)*

03 - 28*grave (necessidade de
intubação imediata);
05 - 3* moderado;
14.15 segue

* Referencia: TEASDALE G., JENNET, B. Assessed of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet* 1974; 2: 81-84

* A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com idade superior a 7 anos. Na Escala Qualitativa seleciona-se ao doente que classifique a "quantidade da sua dor" de acordo com os seguintes adjetivos:

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

*Escala de Trauma Revisada (RT): Bom índice de validade para pacientes de trauma letal. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.J. Cepes, et al: A revision of the Trauma score. J. Trauma 29(5) 624, 1989

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2: BNF

ANAMNÊSE

Paciente vítima de atropelamento (bicicleta a motor).

EXAME FÍSICO

Parte inferior do corpo superior e inferior com 1,5 cm, sem lesões visíveis e dor por estímulos.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

C20 (fratura complexa do osso da tíbia)

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

LABORATÓRIO

TC: imagem computadorizada com fratura C20.

OUTROS

CONDUÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Ampliação e redução + sutura
V.A.T.
O paciente foi admitido após
alta e amputação da
extremidade com NCA
ATA DA BNF, de acordo com
o plano da fratura C20
após alta de emergência e NCA

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: 23/03/18

HORA: 19:40

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

André Lima Batista
Neurocirurgião Especialista
Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

CARTERA DE IDENTIDADE			
			
RIO GRANDE DO NORTE SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL FÉ PÚBLICA: (Art. 9º, inciso II, da Constituição da República e Lei nº 13.127/2015)		POLÍCIA MILITAR 8.229 - 01.09.1986 REGISTRO Nº - DATA DA INCORPORAÇÃO	
FRANCISCO DE ASSIS MOURA DE LIMA			
NOME FRANCISCO DE ASSIS MOURA DE LIMA	POSTO/GRAD 3º Sgt QPM-0	CPF 490.660.724-15	MATRICULA 077.513-4
ASSINATURA DO IDENTIFICADO <i>Francisco de Assis Moura de Lima</i>			
DIREITOS E GARANTIAS DEFINIDOS POR LEI			



TS	FBI	João Félix de Lima	
"A"	POS	FILIAÇÃO	
ALTURA	1,77 m	Marta Moura de Lima	
RG/EMSEP	17031054492	DATA NASC	12.02.1967
OUTIS		FO	F-2333
		OLHOS	T-3222
NATURAL DE	Parda	CABELOS	Cast Méd
			Cast Méd
Macaíba/RN LOCAL E DATA DE EMISSÃO			
Natal/RN, 13 out 2016.			
O TITULAR TEM ASSINADO O CASO EM TODOS OS MOMENTOS E PRIVADO, QUANTO À RECALIBRAÇÃO PÚBLICA, CONSIDERANDO O CASO EM TODOS OS MOMENTOS DA ZONA ESTADUAL (PZ), DE VIGILÂNCIA.			
Rosalina de Souza Câmara - Cap OPM CHEFE DO SERVIÇO DE IDENTIFICAÇÃO DA PMRN			

Nathalia Costa

De: Projeto Correio
Enviado em: quarta-feira, 12 de fevereiro de 2020 10:08
Para: Nathalia Costa
Assunto: ENC: Nº Atendimento 44783414 - FRANCISCO DE ASSIS MOURA DE LIMA
Anexos: autorizacao_pagamento781059886_802088262.pdf;
boletim_ocorrencia781059886_781059886.pdf;
comprovacao_ato_declaratorio781059886_781059886.pdf;
comprovante_residencia781059886_802088262.pdf; declaração de inexistência do IML.pdf; documentacao_medico_hospitalar781059886_781059886.pdf;
documentos_identificacao781059886_781059886.pdf

Sinalizador de acompanhamento:

Acompanhar
Data de conclusão: quarta-feira, 12 de fevereiro de 2020 16:00
Status do sinalizador: Sinalizada

Digiponta 1

Alessandra Magalhães

Canal Correios

alessandra.magalhaes@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembléia, 100 - 20º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-000

Leia nossa **News** e nosso **Blog**. Siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

Facebook | **Twitter** | **LinkedIn** | **Instagram** | **Youtube**

De: FRANCISCO EDUARDO DE SOUZA TROTTE <francisco.trotte@seguradoralider.com.br>

Enviada em: terça-feira, 11 de fevereiro de 2020 16:50

Para: Projeto Correio <projeto.correio@seguradoralider.com.br>

Assunto: Nº Atendimento 44783414 - FRANCISCO DE ASSIS MOURA DE LIMA

Boa tarde.

Documentação para cadastramento de IPA foram extraviadas, favor cadastrar conforme documentos em anexo.

Atenciosamente,

Francisco Trotte

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica

francisco.trotte@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4050



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembléia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

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.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200072715 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS MOURA DE LIMA **Data do acidente:** 23/03/2018 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P3)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200072715 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS MOURA DE LIMA **Data do acidente:** 23/03/2018 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P3)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0058998/20

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS MOURA DE LIMA

CPF: 490.660.724-15

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 23/03/2018

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS MOURA DE LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

FRANCISCO DE ASSIS MOURA DE LIMA : 490.660.724-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/02/2020
Nome: FRANCISCO DE ASSIS MOURA DE LIMA
CPF: 490.660.724-15

FRANCISCO DE ASSIS MOURA DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/02/2020
Nome: Nathália Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

Nathália Beatriz Braga Costa