



Número: **0812205-33.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **19ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **31/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FRANCISCO DE ASSIS MOURA DE LIMA (AUTOR)	Paulo Igor Rocha de Carvalho (ADVOGADO)
SEGURADORA DPVAT (RÉU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
58744 815	17/08/2020 13:20	<u>2742805_CONTESTACAO_Anexo_02</u>



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, 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

Pag. 01731/01732 - carta_01 - INVALIDEZ



00010866

Carta nº 15500711



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 17/08/2020 13:20:19
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008171320190880000056395545>
Número do documento: 2008171320190880000056395545

Num. 58744815 - Pág. 1



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, 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

Pag: 01765/01766 - carta_31 - INVALIDEZ



00070883

Carta nº 15513267



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 17/08/2020 13:20:19
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081713201908800000056395545>
Número do documento: 20081713201908800000056395545

Num. 58744815 - Pág. 2



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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 ASI

GRE da Vítima

CPF da Vítima

Nome completo da vítima:

Nome completo da vítima:
FRANCISCO DE ASSIS LIMA DE LIMA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

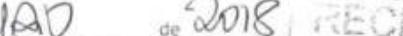
Nome completo FRANCISCO de ASSIS MARCA DE LIMA		CPF titular da conta 199.660.724-15	Profissão PM
Endereço RUA FRANCISCA CAUDOS		Número 771	Complemento
Bairro FELIPE CALDARAO	Cidade NATAL	Estado RN	CEP 59.074-370
Email		Telefone (DDD) (81) 3111-2190	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input checked="" type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input type="checkbox"/> BANCO Nome: CAIXA NRO: 6	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/>		CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/>	
(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 Lider 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.

NASC RN: 09 de MAR de 2018 Local e Data	RECEB 
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário	
 Campo 2 - Assinatura do Representante Legal 09 MAR 2018  SHINEC	





Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 17/08/2020 13:20:19
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008171320190880000056395545>
Número do documento: 2008171320190880000056395545

Num. 58744815 - Pág. 4



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 Sárinho, 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 São José, 04, Felipe Camarão Natal 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:

CONCLUSÃO/REMESSA

RECEBIDO

09 MAI 2018

SINPEC-RN

- (84) 3232-6398/

PolOffice:
51afcac4e89d46c4e4043130c4656903b





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLICIA 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

- (84) 3232-6398/

PolOffice
51aefcac4e89d46c4e4043130c4656903b



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.

Evertoir da Silva Rocha
Coordenador Administrativo SAMU 192 Natal
Matrícula nº 61.096-08



Rua Potiguares, 300 - Dix Sept Rosado - Natal/RN - CEP: 59054-280
Tel.: (84) 3232-9222 (84) 3232-9211 - e-mail: admsamunatal@yahoo.com.br



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 17/08/2020 13:20:19
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008171320190880000056395545>
Número do documento: 2008171320190880000056395545

Num. 58744815 - Pág. 8

16/04/2018

10.0.0.100/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=196658&Digito=1&ReadOnly=1
FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 196658/1

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 - TECNICO DE ENFERMAGEM

* REGULAÇÃO MEDICA

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 WALFREDO 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 CÓDIGO 03.
AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB
PRIORIDADE: VERMELHO
CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3
POSSUI CONVÉNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apoio:

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:
23/03/2018
16:36:53
Saída Local:
23/03/2018
17:14:36

Regulação Médica:
23/03/2018
16:38:55
Chegada Destino:
23/03/2018
17:32:50

Solicitação VTR:
23/03/2018
16:39:57
Liberação Destino:
23/03/2018
17:32:53

Saída VTR:
23/03/2018
16:40:02
Liberação VTR:
23/03/2018
17:32:54

Chegada Local:
23/03/2018
16:50:36



16/04/2018

10.0.0.100/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=196658&Digito=1&ReadOnly=1

CONVÉNIO MÉDICO PARTICULAR

Paciente possui convênio médico particular?*
Sim * Não * Não informado

CONDUTA

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 WALFREDO GURGEL

F:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

Vaga Negada

Motivo da entrada:

Ass:

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE --

H. ligação ao serv prop.:

Vaga Zero

PERTENÇES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:

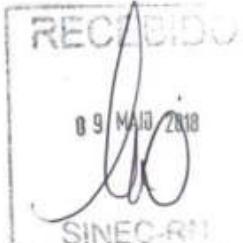
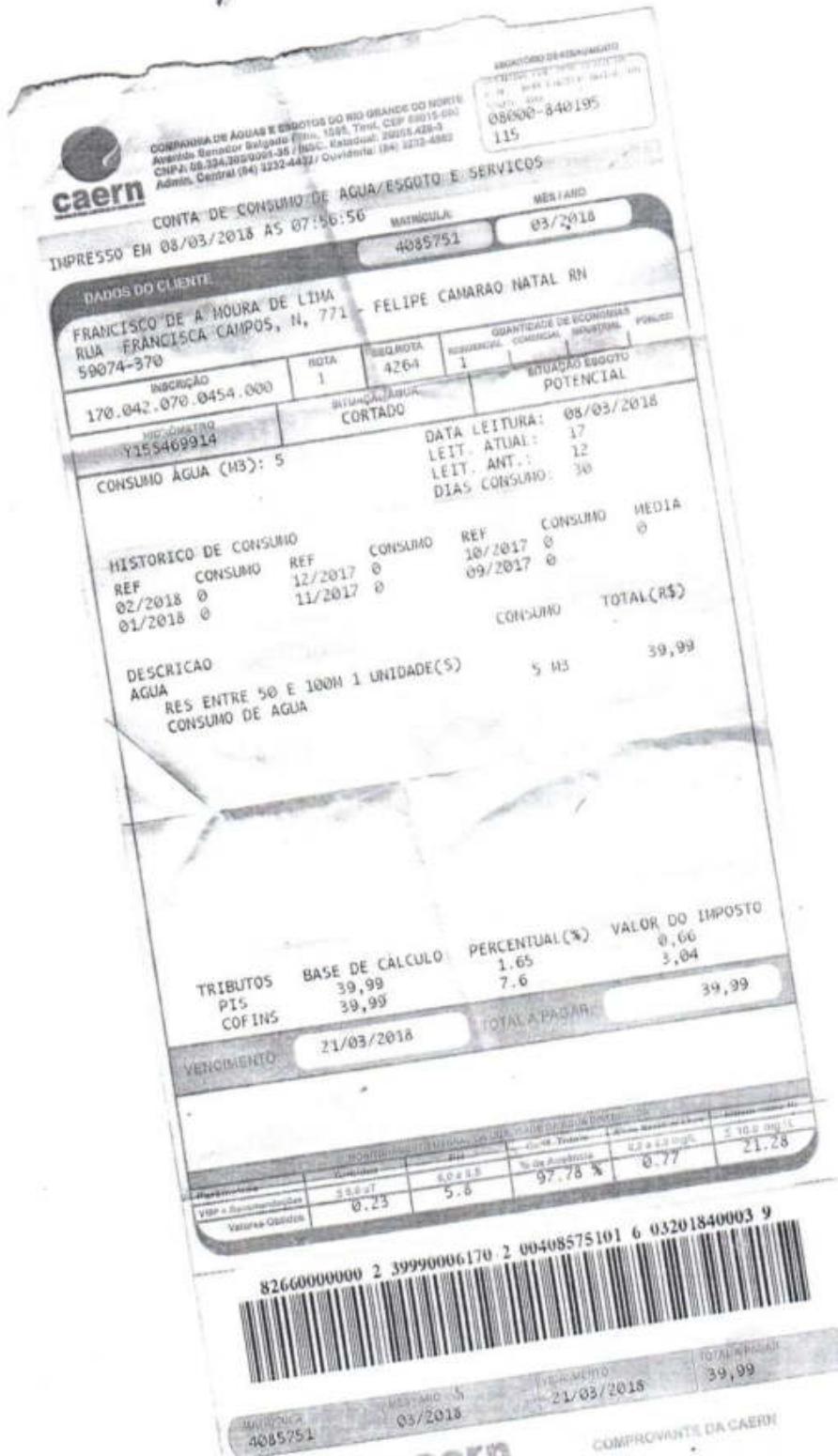
http://10.0.0.100/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=196658&Digito=1&ReadOnly=1

2/2



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 17/08/2020 13:20:19
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081713201908800000056395545
Número do documento: 20081713201908800000056395545

Num. 58744815 - Pág. 10



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 17/08/2020 13:20:19
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008171320190880000056395545>
Número do documento: 2008171320190880000056395545

Num. 58744815 - Pág. 11

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 13799 /2018

Admissão: 23/03/2018 17:23:08

CARLOS GURGEL

CIRURGIA GERAL - VERDE

09 MAR 2018

SINASC-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: PARDAS

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

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

Tipo: REFERENCIADO

*Empresa:

Técnico: Tugol Thyrap

Motivo: MOTO X MOTO - COLISÃO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

Exame: Tomografia

Fluxograma:

Discriminador:

Médico:

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	OK		15	

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: colisão moto + moto + perda de consciência + corte em supercilio

Hora: 17:30 Paciente trazido pelo SAMU com: corte no couro + prencha. Vítima de colisão moto/moto. Nao perdeu a consciência e memória, veio dor em peito, respirando pesado e sentiu de fadiga aérea.

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 23/03/18
MAT. N. 10418
SAMU

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vias aéreas patentes. Nao hemorragia
- B Hemodinamicamente estável. PCT, ST, BNP, nph, nph, nph
- C Tórax estável. MVT bilateralmente, sem FA
- D Glasgow 15
- E Edema e sensação periorbitário d. sem edema conjuntival e molar.

ASSINATURA
CIAO

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdome: leves, pós, RHA+, indoleira à palpação, normotensione, sem massas ou hidromigalas.

TOMOGRAFIA/HMWG

Data: 23/03/18 Hora:

Técnico: Tugol Thyrap

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Exame:

Médico:

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

RAIOS-X
Realizado em 23/3/2018 18:45
Técnico: J.

George Brasão
Téc. Radiologia
CRTR: 0085T

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	4
Olhos se abrem espontaneamente.	
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o desacerto de uma pessoa desacordada, se assim for marcar 4, se não 3).	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso.	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado. (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, onde está, etc.)	5
Confuso. (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão.)	4
Palavras inapropriadas (Fala extatônicamente, mas sem traços conversacionais.)	3
Sem respostas verbais. (Gemeando sem articular palavras.)	2
Assente.	1
Melhor resposta motora (MMR)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	5
Localiza estímulo doloroso.	4
Retirada inapropriada à dor.	3
Padrões fixos & fisiológicos (Descontração).	2
Padrões estremos à dor (Descontração).	1
Sem resposta motora.	

DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-150 = 4 9-120 = 3 5-80 = 2 4-55 = 1 30 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-220 = 4 100 = 3 50 = 2 1-50 = 1 00 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	> 950 = 4 76-950 = 3 50-750 = 2 1400 = 1 00 = 00

¹¹ Escala de Trauma Revisada (RT): Bem indica se sobrevida para pacientes de trauma factitado. Referência: Adaptado de Champion H.R., Sacco W.L., Copay, et al: A revision of the Trauma score. J. Trauma 30(5): 624, 1989.

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

**CLASSIFICAÇÃO DO TCE
(ATLS 2009)**

03 - 05=grave (necessidade de intubação imediata);
05-10=moderado;
10-15=leve

¹ Referência: TEASDALE G., JENNET, B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet* 1974;2:81-84

⁴ A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaborem com idade superior a 3 anos, na Escala Guilleminova sublinha-se o doente que classifica a intensidade da sua dor de acordo com os 44 termos adjetivos:

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2: BNF

ANAMNÉSE

Paciente vítima de estrangulamento (bracelete a mao esq).

EXAME FÍSICO Paciente inconsciente com palpebras superiores e inferiores fechadas e com 1,5 cm, desconhece imediatamente o seu nome e data de nascimento

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

CZD (fratura complexa do osso sacro aberta)

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

TC: imagem compatível com fratura CZD.

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

• Ambos os pés nubotom + sutura face.
• V.A.T.
• Orientar o paciente após a alta para ambulatório BNF.
• Internado pelo NEN
• ATA da BNF, devem ser
• Operado da fratura CZD
• Após alta orientar o NEN

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável
Cirurgião-Bucal e Responsável
CRO/CRN 1319

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

NC

DATA: 23/3/18

HORA: 19:40

SAÍDA:

DATA: / /

HORA: / /

Decisão Médica

À Revelia

Transferido para:

ÓBITO:

D

/

/ HORA:

Entregue à família

com Atestado

S.V.O.

I.T.E.P.

André Lima Batista
Neurocirurgião (CRM 1319)
Médico (Carimbo)

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 18/04/18
MAT. N. SAME
Assinatura

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:

D

/

/ HORA:

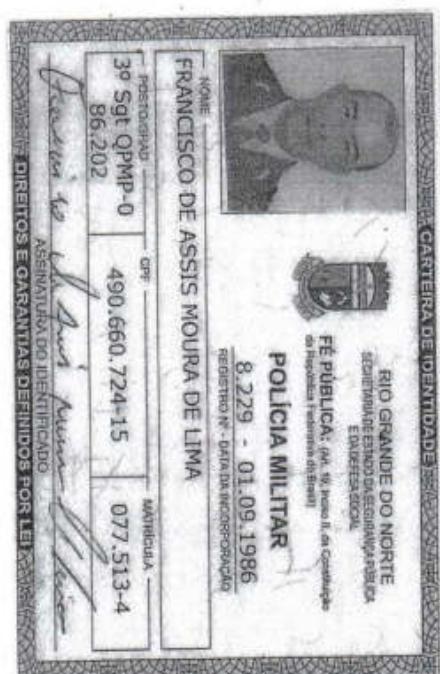
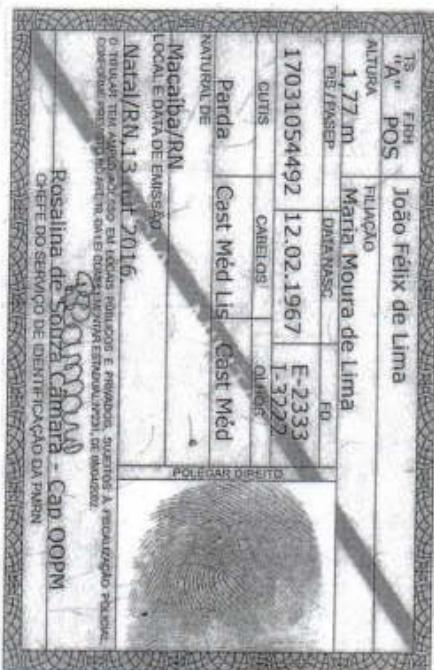
Entregue à família

com Atestado

S.V.O.

I.T.E.P.





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 inexistencia 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/03/2018

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS MOURA DE LIMA

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FRANCISCO DE ASSIS MOURA DE LIMA

Nathália Beatriz Braga Costa



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 17/08/2020 13:20:19
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008171320190880000056395545>
Número do documento: 2008171320190880000056395545

Num. 58744815 - Pág. 20