



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	Tipo
58744 815	17/08/2020 13:20	<a href="#">2742805_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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

Carta nº 15500711





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 WOLFREDO 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



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: 190.600.724-15 CPF da Vitima: 190.600.724-15 Nome completo da vítima: FRANCISCO DE ASSIS LIMA DE LIMA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo: FRANCISCO DE ASSIS LIMA DE LIMA CPF titular da conta: 190.600.724-15 Profissão: PM  
Endereço: RUA FRANCISCA CAMPOS Número: 771 Complemento:   
Bairro: FELIPE CALHARÃO Cidade: NATAL Estado: RN CEP: 59.074-370  
Email:  Telefone (DDD): (84) 98804-3128  
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. 84198723-0370

**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)  
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)  
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome: CAIXA NRO:   
AGÊNCIA NRO: 0539 D/V:  CONTA NRO: 24851 D/V: 6  
(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

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017









ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
**POLÍCIA 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 MAR 2018

SINEC-RN

-(84) 3232-6398/

PolOffice  
51afc4e89d46c4e4043130c4656903b





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  
51afc4e89d46c4e4043130c4656903b





**LIDER** DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUPR 445/13

Este formulário deverá ser preenchido e assinado pelo representante legal da vítima ou do segurado, conforme o caso, para fins de comprovação da ausência de laudo do IML, para fins de concessão de indenização do Seguro DPVAT.

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos, com exceção dos campos em itálico, que são de preenchimento opcional.

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

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos:** Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal 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: **FRA NALDO DE ASSIS MORA DE LIMA** CPF da vítima: **4906607415** Data do Nascimento: **23/03/2018**

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_ CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do 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 do estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prava 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.

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 a cargo da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e extensão 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 desta perícia não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu resultado.

Local e Data: **NATAL, 06 de FEVEREIRO de 2020**

Assinatura do Representante Legal: **Fernando de Assis Moraes Junior**

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal




 NATAL	PREFEITURA DO NATAL SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA <b>SAMU 192 NATAL</b>	 SAMU <b>192</b>
--	---	---

### 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



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



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 - 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 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 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  
17:14:36

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

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

1/2



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. 9

16/04/2018

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

### CONVÊNIO MÉDICO PARTICULAR

Paciente possui convênio médico particular?\*

Sim \* Não Não informado

### CONDUTA

☒ Condução VTR

☒ Remoção

Condução Médico Regulador:

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

### REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL WOLFRED 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

### PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Ass:

Data:

:/

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



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE  
Avenida Senador Bilgudo Filho, 1505, Típi, CEP 59015-090  
CNPJ: 06.934.309/0001-38 / INSC. Estadual: 26955428-3  
Admin. Central (04) 3232-4432 / Ouvidoria: (04) 3232-4382

LABORATÓRIO DE RESUMO  
CARTÃO DE CONTROLE DE QUALIDADE  
Nº 08000-840195  
115

IMPRESSO EM 08/03/2018 ÀS 07:56:50  
MÁTICULA 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  
BOTA 1  
SOLICITAÇÃO 4264  
QUANTIDADE DE ECONOMIAS 1  
SITUAÇÃO AGUA CORTADO  
SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL  
MÊS/ANO 08/03/2018  
DATA LEITURA: 17  
LEIT. ATUAL: 12  
LEIT. ANT.: 30  
DIAS CONSUMO: 30

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

AGUA	CONSUMO	TOTAL(R\$)
RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)	5 M3	39,99
CONSUMO DE AGUA		

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
VMP e Remanescentes	mg/L	0,23	5,0 a 5,5	97,78 %
Valor de Referência	mg/L	0,77	0,2 a 0,5	0,77
Limite Máximo Admissível	mg/L	10,0		21,28

826600000000 2 399900006170 2 00408575101 6 03201840003 9



MÁTICULA 4085751  
MÊS/ANO 03/2018  
VENCIMENTO 21/03/2018  
TOTAL A PAGAR 39,99



COMPROVANTE DA CAERN

RECEBIDO  
09 MAIO 2018  
SINEC-RN





BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 13799 /2018

Admissão: 23/03/2018 17:23:08

CIRURGIA GERAL - VERDE



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

Técnico: Taysi Thyag

Exame: tomografia

Motivo: MOTO X MOTO - COLISÃO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

Tipo: REFERENCIADO

\*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 23/03/2018 17:17:39

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
17:17:39			98%		21	94		15	

## HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

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

Hora: 17:30 Paciente trazido pelo SAMU com lesões cervicais +  
 fratura de tórax. Vítima de colisão moto/moto. Nessa perda  
 de consciência e vômito, segue dor em região esquerda  
 pleita, ingestão de bebida alcoólica.

CONFERE COM ORIGINAL  
 NATAL. 18/04/18  
 MAT. Nº. 6416

## EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vias aéreas livres. Não secreções.  
 B Hemodinamicamente estável. PCP, RT, SAT, sem alterações.  
 C Tórax estável. MV(+) bilateralmente, sem PA.  
 D Glasgow 15  
 E Edema e hematomas periorbitais D. sem déficit sensitivo e motor.

## OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdomen: Grotesco, rígido, RHA(+), indolor à palpação,  
 normotérmico.

TOMOGRAFIA/HMWG

Data: 23/03/18 Hora:

Técnico: ROBERTO MORAES

Exame: tomografia

Médico: GEORGE BRASÃO

\*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

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

George Brasão  
 Téc. Radiologia  
 CRTR: 0085T

RAIOS-X

Realizado em: 23/3/2018 Hora: 18:45

Técnico: J. J.





### EXAME FÍSICO

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

## OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASSOW	
Abertura Ocular (AO)	4
Oftalmos se abrem espontaneamente.	4
Oftalmos se abrem ao comando verbal. (Não confunde com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3.)	3
Oftalmos se abrem por estímulo doloroso	2
Oftalmos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	5
Orientado (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, etc. a partir de 4 até 5 e etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Frases inapropriadas (Fala aleatória, mas sem troca conversacional.)	3
Som incoerente. (Geme sem articular palavras.)	2
Suspiro.	1
Melhor resposta motora (MRM)	6
Obedece a ordem verbal. ( Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada inapropiada a dor.	4
Postura flexa a dor (Desorientação).	3
Postura extensora a dor (Desorientação).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS		
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO	
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	15-120	= 6
	9-120	= 5
	6-9	= 4
	4-5	= 3
	3	= 2
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20	= 6
	9	= 5
	6-9	= 4
	1-5	= 3
	0	= 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	≥ 90	= 6
	70-90	= 5
	50-70	= 4
	30-50	= 3
	0	= 0

<sup>22</sup> Escala de Trauma Revisada (RT): Bom índice de validade para pacientes de trauma lesado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.J. Copes, et al: A revision of the Trauma score. J. Trauma 29(5) 524, 1989

CLASSIFICAÇÃO DO TCE  
(ATLS 2005)

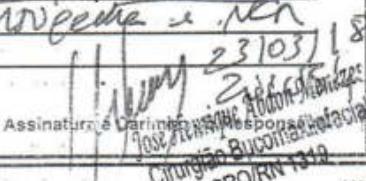
03 - 28 = grave (necessidade de intubação imediata);  
08 - 3 = moderado;  
14 - 15 leve

\* Referência: 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 aplica-se ao doente que classifique a 'necessidade da sua dor de acordo com os seguintes objetivos:

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



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2: <u>BMT</u>			
ANAMNÊSE <u>Paciente vítima de atropelamento (bicicleta a motor).</u>			
EXAME FÍSICO <u>Perda imediata de 15% calpeço superior e inferior e em 1,5 cm. de espessura unilateral + dor pelo zigomo do D</u>			
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA <u>CZO (fratura complexa fratura orbitária)</u>			
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)**** <u>TC: imagem compatível com fratura CZO.</u>		LABORATÓRIO <hr/> OUTROS	
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) <u>antibióticos + analgésicos + sutura</u> <u>free.</u> <u>V.A.T.</u> <u>Orientar o retorno após alta ao ambulatório MAT.</u> <u>Internado pelo NCA</u> <u>ATA DA BMT, deverá ser</u> <u>deixado da fratura CZO</u> <u>após alta ORtopédica e NCA</u>		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Assinatura e Carimbo do Responsável  Assinatura e Carimbo do Responsável		Assinatura e Carimbo do Responsável	
DESTINO DO PACIENTE:		Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: <u>NC</u>		DATA: <u>23/03/18</u> HORA: <u>19:40</u>	
SAÍDA:		DATA: <u>/ /</u> HORA:	
Decisão Médica <input type="checkbox"/>		À Revelia <input type="checkbox"/>	
Transferido para:		DATA: <u>18/04/18</u>	
ÓBITO: <u>D</u> <u>/</u> <u>/</u>		HORA:	
Entregue à família <input type="checkbox"/>		com Atestado <input type="checkbox"/>	
S.V.O. <input type="checkbox"/>		I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	
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: <u>/ /</u> HORA:	
SAÍDA:		DATA: <u>/ /</u> HORA:	
Decisão Médica <input type="checkbox"/>		À Revelia <input type="checkbox"/>	
Transferido para:		DATA: <u>/ /</u>	
ÓBITO: <u>D</u> <u>/</u> <u>/</u>		HORA:	
Entregue à família <input type="checkbox"/>		com Atestado <input type="checkbox"/>	
S.V.O. <input type="checkbox"/>		I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	



**CARTEIRA DE IDENTIDADE**

**RIO GRANDE DO NORTE**  
ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
E DEFESA SOCIAL

**FE PÚBLICA:** (Art. 5º, inciso II, da Constituição da República Federativa do Brasil)

**POÍCIA MILITAR**  
8.229 - 01.09.1986  
REGISTRO Nº - DATA DA REGISTRAÇÃO

**FRANCISCO DE ASSIS MOURA DE LIMA**

**3º Sgt QPMP-0**  
86.202

**CPF:** 490.660.724-15  
**MATRICULA:** 077.513-4

*Francisco de Assis Moura de Lima*

**ASSINATURA DO IDENTIFICADO**

**DIREITOS E GARANTIAS DEFINIDOS POR LEI**

**TS** **FPH**  
**"A"** **POS** **João Félix de Lima**

**ALTURA** **1.77 m** **FILIAÇÃO** **Marta Moura de Lima**

**RG/EMSEP** **17031054492** **DATANASC.** **12.02.1967** **FO** **E-2333**  
**1-3222**

**QUIS** **CABELO** **OLHOS**

**Parado** **Cast Méd Lis** **Cast Méd**

**NATURAL DE** **Macaíba/RN**

**LOCAL E DATA DE EMISSÃO** **Macaíba/RN, 13 out 2016.**

**ROSALINA DE SOUZA CAMARÁ**  
CHEFE DO SERVIÇO DE IDENTIFICAÇÃO DA PARM

**POLEGAR DIREITO**

**O TITULAR TEM ACESSO AO SEU DADO BIOMÉTRICO EM TODAS AS LOCAIS PÚBLICAS E PRIVADAS, QUANTO À REALIZAÇÃO DE SERVIÇOS QUE EXIJAM A VERIFICAÇÃO DE IDENTIDADE, DE ACORDO COM A LEI Nº 13.964/2019.**



## 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](mailto:alessandra.magalhaes@seguradoralider.com.br)

Tel. 55 21 3861-4600



[www.seguradoralider.com.br](http://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](mailto:francisco.trotte@seguradoralider.com.br)

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4050



[www.seguradoralider.com.br](http://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](http://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

