



Número: **0800446-77.2020.8.20.5161**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Baraúna**

Última distribuição : **20/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA (AUTOR)		LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58915 256	20/08/2020 18:21	2744341_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação



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, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190604007

Vítima: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 05/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAXSOEL PEREIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA

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 15036823

Pag. 00431/00432 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190604007 Vítima: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 05/05/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAXSOEL PEREIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

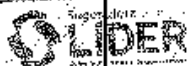
Pag. 00161/00162 - carta_02 - INVALIDEZ

00070081



Carta nº 15064031





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1. Escolha o tipo de cobertura: ☐ DOENTE (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2. Nº do documento: 076 634 764 95 3. CPF do titular: Francisco Helio J. de Souza

4. Registro de informações cadastrais e ficha de anamnese da pessoa física (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 435/2012

5. Nome completo: Francisco Helio Oliveira de Souza

6. Nome completo da vítima: 076 634 764 95

7. Profissão: Agente de Segurança

8. Endereço: Rua 51 Boa Água

9. Cidade: Baraúna

10. Estado: Zona Rural

11. Data de nascimento: 14/04/1974

12. CPF: 59 695 - 000

13. Tel. fixo: 16 - 3411 1111

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

15. Nome completo do Representante Legal: 16. Profissão do Representante Legal:

17. CPF do Representante Legal: 18. Declaração para todos os fins de direito, desde que o declarante não tenha conhecimento de fatos que possam prejudicar o interessado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

19. RENDIMENTO MENSAL DO TITULAR DA COBERTURA: ☒ RECEITO INFERIOR A R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.000,00 A R\$ 1.500,00 ☐ R\$ 1.500,00 A R\$ 2.000,00 ☐ R\$ 2.000,00 A R\$ 2.500,00 ☐ R\$ 2.500,00 A R\$ 3.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 3.000,00

20. TIPO DE BANCÁRIO: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

21. CONTAS BANCÁRIAS: ☒ CONTA POUPEANCA (Banco para poupar dinheiro, não tem prazo de resgate) ☐ CONTA CORRENTE (para todas as operações)

22. Agência: 0560 23. Conta: 83835 24. Agência: 25. Conta:

26. Autorização de Seguro: O titular declara que a cobertura do Seguro DPVAT é para indenização de danos materiais, não se tratando de seguro de vida, e que a indenização será paga em nome do beneficiário, não havendo qualquer direito de retenção ou de preferência.

27. DECLARAÇÃO DE RESERVA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

28. Declaração de reserva de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

29. Declaração de reserva de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

30. Declaração de reserva de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

31. Declaração de reserva de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

32. Declaração de reserva de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

33. Declaração de reserva de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

34. Declaração de reserva de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

35. Declaração de reserva de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

36. Declaração de reserva de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

37. Declaração de reserva de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

38. Declaração de reserva de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

39. Declaração de reserva de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

40. Declaração de reserva de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

41. Declaração de reserva de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

42. Declaração de reserva de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE



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


Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190604007
Nome do(a) Examinado(a): Francisco Helio Oliveira de Sousa
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Boa Agua, 14
Zona Rural Barauna RN CEP: 59695-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 002.238.227
Data local do acidente: [05/05/2018]
Data local do exame: [12/11/2019] Mossoró [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
OMBRO E - FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
**Tratamento: OMBRO E - FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA - OSTESSINTESE.
MEDICAÇÕES.
Data da Alta: 17/08/2018**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
DOR/LIMITAÇÃO À MOBILIZAÇÃO, ABDUÇÃO ACIMA DA LINHA DO OMBRO ESQUERDO.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DOR/LIMITAÇÃO À MOBILIZAÇÃO, ABDUÇÃO ACIMA DA LINHA DO OMBRO ESQUERDO. LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE MÉDIA INTENSIDADE.
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Região Corporal (Sequela):
OMBRO - Lado Esquerdo | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dra. Elizabeth Hillard Tonello
CPF - 045.150.159-40
CRM/RN - 9707





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARAÚNA
Endereço: Rua Inácio Reinaldo, 61, Centro, BARAÚNA

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018137000314

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 05/05/2018 08:00:00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: SN

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Branca

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 07881476495

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)

3.15 Telefone(s): 84 998572295

3.17 Número: 14

3.19 Bairro: ZONA RURAL

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: BARAÚNA

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

1.2 Data de Expedição: 01/08/2018 15:18:42

1.4 Ligou CIOSP: Não

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RODOVIA RN - 015

2.9 CEP: 59.695-000

2.11 Ponto de Referência: COMUNIDADE PRIMAVERA

2.13 Cidade: BARAÚNA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: GERALDO FIRMINO DE SOUSA

3.8 Mãe: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA

3.8 Orientação Sexual: Heterossexual

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 03/10/1980

3.14 RG: 002236227 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: ALEXANDRIA RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: SÍTIO BOA ÁGUA

3.24 CEP: 59695000

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

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S)

6.1.1 Nome Completo: RAIMUNDO DA ROCHA MOREIRA

6.1.2 Nome Social: RAIMUNDO

6.1.4 Etnia: Parda

6.1.6 Mãe: MARIA LUZIA DA ROCHA

6.1.8 Sexo: MASCULINO

6.1.10 CPF: 76248565434

6.1.12 Nacionalidade:

6.1.14 Passaporte:

6.1.16 Logradouro: RUA FRANCISCO OLEGÁRIO DA SILVA

6.1.17 Número: 681

6.1.19 Bairro: COMUNIDADE JUREMAL

6.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

5.1.3 Estado civil: Divorciado(a)

6.1.5 Identidade Gênero: Cisgenero

6.1.7 Orientação Sexual: Heterossexual

6.1.9 Pai: Parda

6.1.11 Data de Nascimento: 03/04/1969

6.1.13 RG: 001301021

6.1.15 Profissão: AGRICULTOR(A)

6.1.18 CEP: 59695000

6.1.20 Cidade: BARAÚNA

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi: *****17789

7.1.5 Placa: MYR1539

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2003

7.1.11 Cor do veículo: VERDE

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: RAIMUNDO DA ROCHA MOREIRA

7.1.17 Nome do condutor: DECLARANTE/VÍTIMA

7.1.18 Observações: CONDUTOR NÃO POSSUI CNH

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam: 00730299486

7.1.6 Estado:

7.1.8 Modelo: CG 125 TITAN ES

7.1.10 Ano de Fabricação: 2002

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

INFORMA O COMUNICANTE QUE NO DIA, HORÁRIO E LOCAL SUPRACITADO CONDUZIA A REFERIDA MOTOCICLETA, NO SENTIDO CENTRO DE BARAÚNA, QUANDO APÓS A ROTATÓRIA, PASSOU COM A MOTO EM UM BURACO DA VIA, VINCULADO A PERDER O CONTROLE DA MESMA E A CAIR, QUE O COMUNICANTE SOFREU FRATURA EM CLAVÍCULA ESQUERDA, CONFORME CONSTA EM PRONTUÁRIOS MÉDICOS ANEXOS E NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 01/08/2018 15:18:42

João Euzébio A. Neto
Agente de Polícia Civil



Interessado

Destino: J2018137000314 - Link de autenticação: p8u7b04fd874b24d93e03fua06dd75b9





Polegar direito

Atendimento: 2039451 - JOÃO EUZÉBIO DE ARAÚJO NETO

Impresso por: 2039451 - JOÃO EUZÉBIO DE ARAÚJO NETO em 01/08/2018 15:18:53

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

02/08/2018 15:18:53

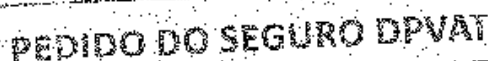
Protocolo: J20180137000314 - Código de autenticação: afa7b04fd8741x24d93ec8f80b6dd3765f

Página 2 2



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 20/08/2020 18:21:41
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082018214081500000056554452>
Número do documento: 20082018214081500000056554452

Num. 58915256 - Pág. 7



1- Escolas (n) 1- Escola de Ribeirão Preto
2- na da cidade 2- na da cidade
3- Cor da vítima 3- Cor da vítima
4- Nome completo da vítima 4- Nome completo da vítima
Francisco Helio J. de Souza

2- nº do endereço: 076 634764-95 Francisco de Sá, nº 220, 1º andar, Jd. São José, São Paulo, SP, 05411-000

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TAXA DE RENDA MENSAL NA PESSOA FÍSICA FÚTURA (verbo no singular)

1 - Nome completo: Helton Oliveira de Souza

2 - CPF: 076.634.784-9

3 - Endereço: Av. ...

4 - Complementos: ...

7 - Nome Completo: **Francisco** 8 - Endereço: **União de Jussara** 9 - Telefone: **34** 10 - Complemento: **Casa**
7 - Apelido: **Neto** 8 - Endereço: **Rua 51 Boa Água** 9 - Telefone: **34** 10 - Complemento: **Casa**

[illegible]

15 - Estado: Zona Rural País: Parana 16 - Telefone: 15 - Anos ou incapaz com curador

15 - Endereço: Não 102700

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

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (em nome do qual se inscreve)	
17 - Nome completo do Representante Legal	18 - Profissão do Representante Legal

19 - Profissão da Representante Legal

Declaramos, para todos os fins de direito, que não há qualquer outra informação, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

<input type="checkbox"/> R\$1.000,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

☒ BENEFICIÁRIO DA INVENÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INVENÇÃO (PAIS, CURADOR)

21 - DADOS BANCARIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DE INCENTIVAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BANCO

☒ CONTA POUPEIRAS (contas para depósito de poupança, não são correntes) ☐ CONTA CORRENTE (contas correntes)

Nome do BANCO: _____

☒ COMA POURAÑCA (Guaymas) (100%) ☐ COMA POURAÑCA (Guaymas) (100%)

☐ Banco do Brasil (003) ☒ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: CONTA:
 33835 4

[illegible]

Autôres: Sapereadores, Lúcia e crianças do ponto turístico infográfico, de infância, cidade, o valor do indomado, do
e crianças do ponto turístico infográfico, de infância, cidade, o valor do indomado, do

23 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE AUDIÇÃO DO ILM - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA EXERCÍCIO DE INDICADO - PREENCHIMENTO OBRIGATORIO

Declara, sob as penas da lei, que esta informação não se encontra a favor do levante. Melhor legalmente para o seu pai, desde que ele não esteja em uma situação que seja uma das opções.

☒ Não há mais que atender a qualquer do seguinte ou da minha residência; ou

☐ **IML** que atende a região do acidente ou da minha residência não tem prazo superior a 90 (noventa) dias de atendimento.

Q) Não, que alienda a rapina, não alocando os recursos necessários para a manutenção do Seguro Cidadão, pois, mesmo assim, o Estado não consegue garantir a segurança pública, a manutenção da ordem pública e a preservação das liberdades individuais, o que demonstra a ineficiência do modelo atual de segurança pública. Além disso, a proposta de criação de uma força policial nacional, com o objetivo de combater o crime organizado, é uma medida que não resolve o problema da segurança pública, pois o crime organizado é uma realidade que se mantém e se fortalece, mesmo com a presença de uma força policial nacional. Portanto, a proposta de criação de uma força policial nacional é uma medida que não resolve o problema da segurança pública, pois o crime organizado é uma realidade que se mantém e se fortalece, mesmo com a presença de uma força policial nacional.

13. O presente contrato é celebrado em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder do beneficiário e a outra em poder do empregador, ambas com a mesma validade.

DECLARAÇÃO DE TÍTULOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CUBERTORES

26 - Estado do(s) vítima(s): ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Casado(a) ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo ☐ Outro (especificar): _____

27 - Se a vítima deixou algum endereço, informar o endereço: _____

[illegible][illegible][illegible]

Edmundo C. da C.S. Pereira

39. Ateste legível de quem assiste a morte/pa padido

043-848-264-07
39-28 Meine: *Jakowey zone de*
CDL: *167-467-553-04*
301. COF terçel de quatro assentos e registo pedindo

AC - CPF registral de quem atua a reger a pessoa
 CPE: 467 467 333 07
 Fábrius Olynaces Pereira
 JAKSONCZYK JOSY D.
 Responsável de teste normal

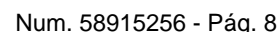
37. A determinarea de alocare a resurselor pe proiecte

Handwritten: Monrovia - RW 25/10/1959

43 - Assinatura do último beneficiário (delegatário) _____ 43 - Assinatura do Procurador _____

42. Assine a sua do Representante Legal (se houver).

FOI 001-0002/2019





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 11340/2018

Admissão: 05/05/2018 10:42:25

OK

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 0433 - FRANCISCO HELIO DE OLIVEIRA DE SOUSA (37 a 7 m 2 d)
Nascimento: 03/10/1980 Natural: ALEXANDRIA, BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: 706809734179620 CPF: 07681476495 Prof.:
Mãe: MARIA DE FAIMA OLIVEIRA Pai: GERALDO FIRMINO DE SOUSA
Logradouro: SÍTIO BOAGUA, 1 Cidade: BARAUNA
CEP: 59695000 Bairro: ZONA RURAL
Telefone: 84.998572295 84.998572295 Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO
Origem: AMBULANCIA OUTRO

Tipo: REGULADO
*Empresa:

OBS: BARAUNA RN/ DR. ADAIL					Classificação: 05/05/2018 10:39:03			PESO:	
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA

Hora: 10:42

Queixa de dor no braço esquerdo
clavícula
do. fr. clavícula
com imobilização
Ortopedia
Ao ambulatório
Ao PS REG



Dr. Igo Walberto M. de Oliveira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 64239

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

VIA HORÁRIO ASSINT.

Tipo: ASSE

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 08/06/2018
SAME/ARQUIVO

*Saída: - () Alta por decisão médica; () Internação; () Enc. outro Serviço; () Evasão
Data: 05/05/18. Hr: 10:42 Ass. Médico: Dr. Igo Walberto M. de Oliveira

*Gerado via SX por MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA. Impresso em 05 de Maio de 2018. CRM/RN 64239



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

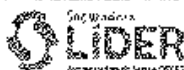
CONTA: 000000083835-4

Nr. da Autenticação C0550FA849ACBEE1



INFORMAÇÕES IMPORTANTES <p>Pague no ponto mais perto de você ag correios de celonai: avenida jeronimo rosado, contra 1 drogaria central: av jeronimo rosado, 124, centro lista completa em www.oscm.com.br.</p> <p>O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.</p> <p>Na data da fatura a bendicla em vigor é a verde. Mais informações em www.aueel.gov.br.</p> <p>O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.</p> <p>Pago, em caso de multa 2% (Rsc41/IANEEL), Juros 1%a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês (anexo do CIMS conforme Art. 14, do RICMS-RN).</p> <p>O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.</p> <p>Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorreu a suspensão.</p>		NÍVEL DE TENSÃO <table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL (V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO (V)</th> </tr> <tr> <td></td> <td>MÍNIMO</td> <td>MÁXIMO</td> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </table>		TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)		MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)										
	MÍNIMO	MÁXIMO									
220	202	231									
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA											

FATURA PAGA	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
-------------	-----------------------



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/17

Para mais informações, consulte o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 9h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-3586 / Outras regiões: 0800-023-12-00

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-023-81-80 / SAC (para deficiências auditivas e de fala): 0800-023-12-00 / Central Ouvidoria: 0800-023-12-11

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação do sinistro, conforme estabelecido a Circular SUSEP número 445/17 disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECADW3/DOCOM/6NAL/ASXX771PQ32&CDU160=29636>

A Circular SUSEP nº 445/17, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a realizar a verificação das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação do usuário, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por observância ao artigo Circular, esta recusa é passível de comunicação ao CGAF.

SUPREINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. * CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE FISCALIZAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA Lei nº 99.633/99.

Nome completo: Maxwell Pereira

Telefone (CEL) ou (0800) 694.652.903 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisco Helio D. de Souza inscrito (a) no CPF sob o nº 076.634.764-95

Ano sinistro do DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Francisco Helio D. de Souza

inscrito (a) no CPF sob o nº 076.634.764-95, conforme determinação da Circular-Susep 445/17:

Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatórios

☒ Declino informar:

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: Av. Jerônimo Rozado Número: 857 Complemento: Casa
Bairro: Centro Cidade: Baraúna Estado: RN CEP: 59.645-000
E-mail: Naô possui Tel (DDD): (84) 99827-0066

Local e Data:

Monteiro - RN 25/07/2019

Maxwell Pereira

Assinatura do Declarante



ULDER 001 WY31/2017



Dr. Francisco William Carvalho Ferreira

CRM 1160 - RNS 149 RJ

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA - DOENÇAS REUMÁTICAS

MEDICINA DO TRABALHO

LAUDO MÉDICO

O paciente Francisco Helio de Oliveira da SOUSA, 38 ANOS de idade, Agricultor, CPF: 076.614.764-95.

HISTÓRICO: Acidente de TRANSITO com MOTO na cidade de BATAUNA RJ tendo sido feito os primeiros socorros e transferido em SAMU ao HRTM em MOSSORÓ RJ. Boletim Nº 11340/2018.

DIAGNÓSTICO: FRATURA COMINUTIVA complexa DIAPISÁRIA e COM NEUROPLAXIA do plexo Braquial à ESQUERDA. Foi transferido p/ o HOSPITAL Municipal em NATAL, onde foi submetido a osteossintese com uso de FIO de HIRSCHNER, o qual SAMU, precoce e espontaneamente cicatrizou, sem que a fratura estivesse consolidada.

SEQUELAS DEFINITIVA.

- DOR, de formação pela consolidação em posição Viciosa e o estresse do plexo BRAQUIAL à direita e esquerda
- Limitação expressiva dos movimentos do ombro homólogo ao da FRATURA NA CLAVÍCULA esquerda.
- Perda da capacidade FUNCIONAL LABORAL E quotidiana estimada em 35%.

Dr. Francisco William Carvalho Ferreira
Ortopedia - Doenças Reumáticas
Medicina do Trabalho
CRM 1160/RN - MTO 149/RJ

CID 10 T92 por S42.0 + S14.3

POLICLÍNICA MÉDICA DE MOSSORÓ
Segunda e Quarta - Manhã
Rua João Pessoa, 88 - Centro

CLÍNICA OITAVA ROSADO
Terça, Quinta e Sexta - Manhã
Rua Juvenal Lamartine, 119 - Centro





PREFEITURA MUNICIPAL DE BARAÚNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Fº GLENN D. DE SOUZA

LAUDO MÉDICO

DECLARO A/OS DEVIDOS FINS QUE O
PACIENTE SUPRA-CITADO FOI VÍTIMA DE
ACIDENTE DE TRÂNSITO COM TRAUMA EM
CLAVÍCULA @ (CÓDIGO: 842.0), SENDO SIDO
SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM
FIO DE KIRSCHNER COMO FOI INDICADO MEDIC-
TE ROTINADO. DEVE-SE ALCAR AMPLA TENDIN.



DR. GEAR GUARNIERE R. DARTAS
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM 4731 TEST 11044

20 AGO 2018

HOSPITAL FRANCISCO BEZERRA SOBRINHO

Rua Expedito Alves, S/N - Moinho Novo - Baraúna/RN
Fone: (84) 3320.3920





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 11340/2018

Admissão: 05/05/2018 10:42:25

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 10433 - FRANCISCO HELIO DE OLIVEIRA DE SOUSA (37 a 7 m 2 d)

Nascimento: 03/10/1980

Natural: ALEXANDRIA, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 706809734179620

CPF: 07661476495

Prof:

Mãe: MARIA DE FAIMA OLIVEIRA

Pai: GERALDO FIRMINO DE SOUSA

Logradouro: SÍTIO BOAGUA, 1

Cidade: BARAUNA

CEP: 59695000

Bairro: ZONA RURAL

Telefone: 84 998572295 84 998572295

Comp:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

*Empresa:

OBS: BARAUNA RN/ DR. ADAIL

Classificação: 05/05/2018 10:39:03 PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA

Hora:

Queixa de dor e fratura

clavícula (E) e humero

do. Fr. clavícula

com imobilização

de antebraço

do antebraço

do 1º R.R.6

Dr. Igo Walecio M. de Oliveira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 64254



Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

VIA HORÁRIO ASSINT.

Tipos: ASRE

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 05/05/2018

SAME/ARQUIVO

*Saída: - () Alta por decisão médica; () Internação; () Enc. outro Serviço; () Evasão

Data: 05/05/18. Hr: Ass. Médico:

Dr. Igo Walecio M. de Oliveira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 64254

*Gerado via SX por MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA. Impresso em 05 de Maio de 2018.



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 20/08/2020 18:21:41

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082018214081500000056554452

Número do documento: 20082018214081500000056554452



OITAVA ROSADO

Rua Juvenal Lamartine, 119 - Mossoró RN
Telefone: (0xx84) 3315-6900

DADOS DO PACIENTE


Nome: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA
Data Nasc: 03/10/80 Idade: 37 Registro: 1886925
Convenio: SOCIO RG: 00223822 7 / SSPRN/CPF:
Solicitante: Dr(a) ROMULO JÁCOME OS n°. 160903
Entrada: 17/08/2018 17/08/2018

Página: 1 / 1

LAUDO

RX DA CLAVÍCULA ESQUERDA

Fratura do terço médio da clavícula com formação de calo ósseo.
Comparar.


Dr. ROBERTO ANTONIO DE PAIVA LUZ
CRM - RN 2722
RADIOLOGIA

Mossoró, 17/08/2018

Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou realização de novos exames.



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84) 3133-4200 / Fax: (84) 3102-1226
hmemorial@velox.net.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 23/05/2018 08:33

Dados do Paciente

Paciente: **FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA** Registro: **129441**
Num. RG: **002238227** CPF: **076.614.764-95** Nascimento: **03/10/1980** 38 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **CICERO RIBEIRO** N.: **398** Bairro: **CENTRO**
Cidade: **SARAUANA** UF: **RN** CEP: **59695000** Fone: **84998572295**
Profissão: **AGRICULTOR FAMILIAR POLIVALENT** Mãe: **MARIA DE FATIMA OLIVEIRA**

Dados do Internamento

Tipo de Internamento: **SEUS ESTADUAIS** Entrada: **23/05/2018 8:32** Previsão saída: **25/05/2018 11:00** Atendente: **JATSIK**
Médico: **DR. GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS** CRM: **4781** Matrícula/CNS: **706809734179620**

LEITO RESERVA 08

Dados do Responsável

Responsável: _____ CPF: _____ RG: _____
Parentesco: _____

Termo de Responsabilidade

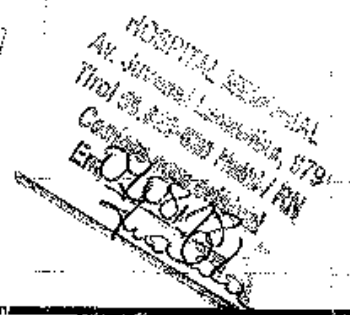
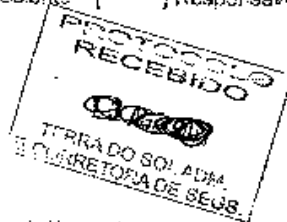
Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial.

Declaro para os fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital Memorial de Natal pela instituição conveniada a qualquer título.

Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo seja acrescido de juros de mora e correção pelas índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora esta autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

Assinatura: [X] Paciente [] Responsável

X



Observações

PACIENTE COM EXAME DE SANGUE, 1 RX



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@valemail.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 23/05/2018 08:33

Dados do Paciente

Paciente: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA Registro: 129441
Num. RG: 002238227 CPF: 076.614.764-95 Nascimento: 03/10/1980 38 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Solteiro(a)
Endereço: CICERO RIBEIRO N.: 598 Bairro: CENTRO
Cidade: BARAUNA UF: RN CEP: 59696000 Fone: 84998572295
Profissão: AGRICULTOR FAMILIAR POLIVALENT Mãe: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA

Dados do Internamento

Num. Internamento: 1 Entrada: 23/05/2018 8:32 Previsão saída: 25/05/2018 11:00 Atendente: JAISIAK
Convênio: SUS ESTADUAL Matrícula/CNS: 706809734179620
Médico: Dr. GEAN GUARNIERE RODRIGUES QANTAS CRM: 4781

LEITO RESERVA 08

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____
Data da Baixa: _____ No. de dias de hospitalização: _____ No. de US: _____
Doc. Apresentado: _____ Diagnostico Definitivo: _____
Procedência: _____
História da Doença atual: _____
Interrogatório sobre diversos aparelhos: _____
Antecedentes pessoais: _____
Antecedentes familiares: _____
Estado geral: _____
Ap. Cardiorrespiratório: _____
Ap. digestivo: _____
Ap. Locomotor e Neurológico: _____
Ap. Urinário e Ginecológico: _____
Impressão geral: _____
Conduta: _____

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol - Natal - RN
CEP: 59696-000
Fone: (84) 3133-4200



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4100 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloemail.com.br

Data: 23/05/2018 08:33

Dados do Paciente

Paciente: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA Registro: 129441
Num. RG: 002238227 CPF: 076.614.764-95 Nascimento: 03/10/1980 38 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Solteiro(a)
Endereço: CICERO RIBEIRO N: 598 Bairro: CENTRO
Cidade: BARAUNA UF: RN CEP: 59695000 Fone: 84998572298
Profissão: AGRICULTOR FAMILIAR POLIVALENT Mãe: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA

Dados do Internamento

Num. Internamento: 1 Entrada: 23/05/2018 8:32 Previsão saída: 25/05/2018 11:00 Atendente: JAISIAK
Convênio: SUS ESTAQUAL Matrícula/CNS: 706809734179620
Médico: Dr. GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS CRM: 4781

LEITO RESERVA 08**Dados do Responsável**

Responsável: CPF: RG:
Parentesco:

**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO
PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS**

1. - Autorizo o(a) Dr. GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: 37958 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA
2. - O(a) Dr. GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
3. - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

Razão por que o paciente não assinou o presente Termo de Ciência e Consentimento e Responsabilização:
Preenchido pelo responsável do paciente:

Assinatura: [] Paciente [] Responsável:

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Certifico que expliquei detalhadamente a este paciente, ou ao seu responsável, o procedimento, cirurgia, seus benefícios, riscos e suas alternativas, respondi satisfatoriamente todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente / responsável compreendeu tudo o que expliquei.

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS - CRM





GOVERNO DO ESTADO DO RS
SEC. SAÚDE PÚBLICA
HOSP. MONS. WILFREDO GURGEL

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE HOSP. MEMORIAL	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE FRANCISCO FELIPE OLIVEIRA DE SOUSA.		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL SUS 706 80973417 9620	8 - DATA DE NASCIMENTO 03/10/1980	9 - SEXO MASCULINO	10 - FEMININO
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MADIA DE Fátima OLIVEIRA		11 - TELEFONE DE CONTATO 9833-1150	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) R. Lúcio Ribeiro, 598			
13 - MUNICÍPIO BARROSA	14 - BAIRRO CENTRO	15 - UF RN	16 - CEP 59645-000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente com história de acidente automobilístico com trauma em clavícula esquerda.			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Procedimento cirúrgico			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Rastreamento físico			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura de Clavícula	21 - CID 10 PRINCIPAL S43.0	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tratamento de fratura de clavícula (E)	25 - LETOCLÍNICA OUTOPRAXIA	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
28 - CÓD. DO PROCEDIMENTO 040801015-0	29 - DT. SOLICITAÇÃO 16/05/88	30 - CNES / CFE DR. JEAN GUARINI RE DANTAS ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CRM 1781 TEOT 11044 CPF 201.225.814-52	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BÔNUS	35 - BÔNUS
36 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
41 - () CID 10 PRINCIPAL	DESCRIÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL		
42 - () CID 10 SECUNDÁRIO	43 - ()	44 - () GRAVE	45 - () TRANSMISSÃO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / FAZER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AM)
47 - DT. AUT.	51 - DT. AUT.	
48 - CNES / CFE		
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 20/08/2020 18:21:41

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082018214081500000056554452>

Número do documento: 20082018214081500000056554452

Código Solicitação: 241552419

Número AIH: 241810040905-4

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL MEMORIAL
Unidade Executante:
HOSPITAL MEMORIAL
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - TIROL
Central Reguladora
Data de Solicitação
Data de Autorização
Data de Reserva
Data de Internação
Data Prevista de Alta
Data de Alta
Motivo da Alta

CNES:
2408252
CNES:
2408252
Município Executante
NATAL

NATAL
19/05/2018 - 19:24:41 Operador LUCIMAR
20/05/2018 - 07:36:43 Operador 010158824595OLANO
23/05/2018
20/05/2018 Operador 18129852204LUCIMAR
21/05/2018
21/05/2018 - 15:22:28 Operador PATRIC
1.1 ALTA CURADO

DADOS DO PACIENTE

CNS:
704809734179620
Nome do Paciente
FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA
Nome da Mãe
MARIA DE FATIMA OLIVEIRA
Sexo:
MASCULINO
Data de Nascimento:
03/10/1980 (37 anos)
Tipo Logradouro:
SÍTIO
Número:
16
País de Residência:
BRASIL
Telefone(s):
(84) 3381-2107 e (84) 99857-2295 (Exibir Lista Detalhada)

Nome Social/ Apêido:
...
Naturalidade:
EXANDRIA - RN
Raça:
BRANCA
Tipo Sanguíneo:
...
Logradouro:
BOA AGUA
Bairro:
ZONA RURAL
Município de Residência:
BARAUNA

Complemento:
CEP:
59695-000
UF:
RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:
70042547453
CPF do Médico Executante:
70042547453
Diagnóstico Inicial - CID:
S42.0 - FRATURA DA CLAVÍCULA
Caráter:
10 - Eletivo
Clínica:
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
Procedimento Solicitado:
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

Nome do Médico Solicitante:
GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS
Nome do Médico Executante:
GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS

Status da Solicitação:
APROVADA

Classificação de Risco
Prioridade 3 - Atendimento eletivo
Clínica Complementar:
Nenhuma
Código:
0408010130

LADO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
paciente com história de acidente de motocicleta com trauma em clavícula/dx
Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
RX + EF
Condições que Justificam a Internação:
tratamento cirurgico fratura da clavícula direita

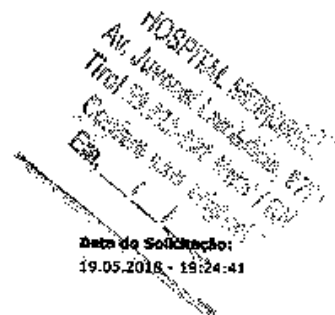
SINOPSE

Motivo de Impedimento do Regulador:
Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:
19/05/2018 - 19:24:41

Data da Extração dos Dados: 27/05/2018 08:58:02



BLOCO CIRÚRGICO
BOLETIM DE SALA

Reg 129441 NOME: Emanuel Helder Oliveira de Sousa

Tratamiento diagnóstico de fibrosis de clavícula F

DATA: 22/08/18 INICIO: 10:30 HS. FIN: 11:30 HS. MIN: 01

EQUIPE	NOME	CRM	CIRURGIA
Cirurgião	Dr. Gean		Pequena
1 Auxiliar			Média
2 Auxiliar			Grande
Anestesiologista	Gilberto de A. N. S. S.		Múltipla
Instrumentador	Ronaldinho		

1. Paciente em decúbito dorsal sob bloqueio de plexo braquial E
2. Assepsia e antissepsia 3. Acesso sobre a clavícula E, dissecação por
planos. 4. Tratamento de fratura de clavícula E com redução cruenta e
fixação com 01 fio de Kirschner 5. Sutura por planos, curativo oclusivo e
típicia

[illegible]

CIRURGIÃO:

~~Dr. Gean Guarniera~~
CRM 4781 -RN

CIRCULANTE

Figure 1. Schematic representation of the experimental design. The first part of the study was a pretest in which the effect of the number of items on the number of items recalled was tested. The second part of the study was a main experiment in which the effect of the number of items on the number of items recalled was tested. The third part of the study was a posttest in which the effect of the number of items on the number of items recalled was tested.



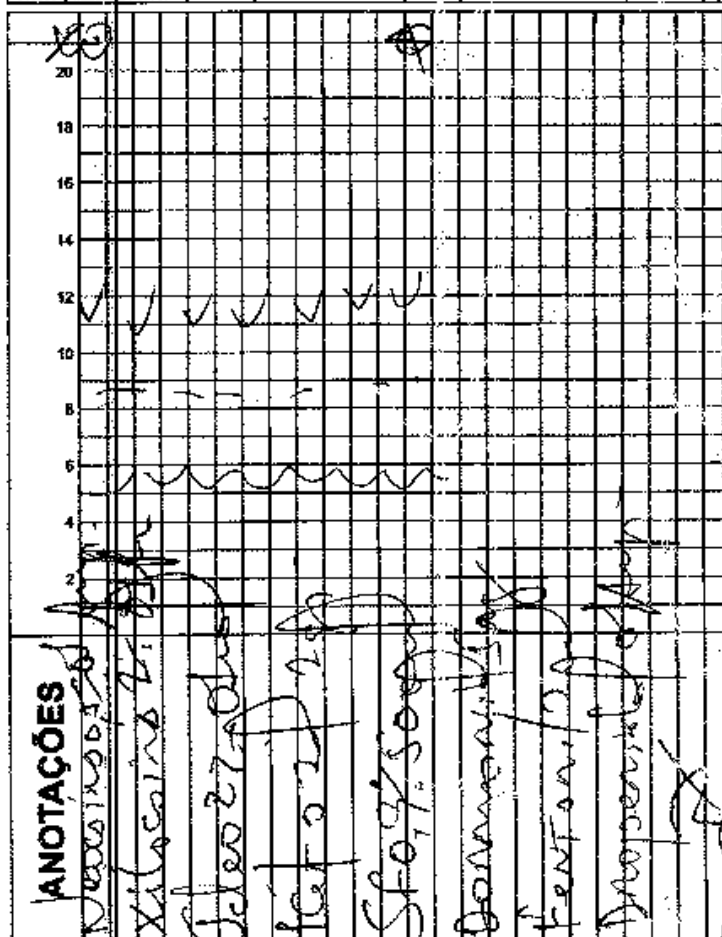
RELATÓRIO ANESTESIA

I.S.D.A. Fratura do clavículo Esquerdo

PRÉ-ANESTÉSICO: DROGAS:
 TÉCNICA ANESTÉSICA: Bloqueio plexo Braquistof Seccão

DROGAS USADAS NA ANESTESIA

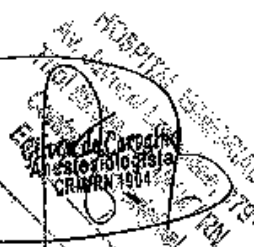
COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
000190	Adrenalina	AMP		000116	Alcacia	AMP					
028868	Agua B. Salicilado	AMP		000167	Alcl 10mg	AMP					
000942	Atropina 2%	AMP		000168	Proclonina	AMP					
002650	Clorido de Potássio	AMP		005192	Ketorol	AMP					
001460	Clorido de Sódio	AMP		003163	Quelidina 100mg	AMP					
018820	Diazepam	AMP		000169	Quelidina 500mg	AMP					
002115	Diprivan	AMP		003162	Roxidina	AMP					
002563	Dobutrina	AMP		000174	Servatona	ML					
003060	Epinephrine 1mg	AMP		003165	Sol. Ringer Lactado	FIS					
017075	Epinephrine 1mg	AMP		026165	Sol. Fisostigmina	FIS					
003071	Etoricoxib	AMP		008162	Sol. Glucosado	FIS					
003041	Fentanyl 2mg	AMP		008163	Sol. Ringer Lactado	FIS					
003790	Fenoterol	ML		001162	Thrombolit	FIS					
017098	Halotano	ML		000163	Tecozina	AMP					
000062	Heptano 10ml	AMP		000167	Valproa	AMP					
002987	Insulina	AMP		001165	Xilocaína 1%	AMP					
005285	Lidocaína	AMP		002165	Xilocaína 2% pH	AMP					
005887	Morfin 0.5 g/A	AMP		010162	Xilocaína 2% pH	AMP					
005924	Morfin 0.5 g/A	AMP		010163	Xilocaína Prescoid	AMP					
010505	Morfin Prescoid	AMP									



Interoconferências

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
Oxímetro	5.0M
Cardioscópio	5.0M
Capnógrafo	5.0M
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
Oxigênio Líquido	2.0M
Protóxido Líquido	

INÍCIO ANESTESIA: 10:30 / FIM ANESTESIA: 11:30 / DATA: 23.05.2018
 INÍCIO CIRURGIA: 10:30 / FIM CIRURGIA: 11:30 / ANESTESIOLOGIA: 1964





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 879 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@vetonmail.com.br

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Registro: 129441 IH: 1 Paciente: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA
Nascimento: 03/10/1980 38 anos Internação: 23/05/2018 08:32:28 Leito: LEITO RESERVA 08

— ANTES DO ATO CIRÚRGICO — 23/05/2018 10:10:00 COREN - 662068 MARIA ELIZABETE B PEREIRA

Observações:

CLIENTE ADMITIDO (A) NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVICULA ESQ. ACOMPANHADO DE SEU FAMILIAR E MAQUEIRO CONSCIENTE, ORIENTADO (A) RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, SIC. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, DM E HAS. FOI PUNÇIONADO(A) COM CATETER VENOSO Nº 20 VIABILIZANDO SFO 3% E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Doença pré-existente:

Há reserva sanguínea: NÃO Prótese: NÃO Jóias: NÃO Membro e lado da cirurgia: MSE

Exame Laboratorial: SIM Risco Cirúrgico: NÃO Raio X: PRÉ: SIM-QTD: 01

Alergias (medicamentos, todo, esparadrapo): NÃO

Assinatura Responsável

Maria Elizabete B Pereira

Outros Exames:

SRPA 23/05/2018 10:10:00 COREN - 662068 MARIA ELIZABETE B PEREIRA

Nível consciência: CONSCIENTE Oxigenoterapia: O2 AMBIENTE

Acesso venoso: SIM Diurese: NÃO Acianótico: NÃO Pálido: NÃO Sudorese: NÃO Tremores: NÃO

Hipotensão: NÃO Raio X de Controle:

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE DE POI CONSCIENTE, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE NA HVP, COM CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO, DIURESE ESPONTÂNEA, PRECISA REALIZAR RX DE CONTROLE, ANEXO AO PRONTUÁRIO EXAMES, SEGUE ENCAMINHADO ATÉ O LEITO ACOMPANHADO DO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM.

Assinatura Responsável

Maria Elizabete B Pereira





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4243 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Data: 23/05/2018 12:11

Data do Paciente

Registro: 129441 IH: 1 Paciente: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA
Nascimento: 03/10/1980 38 anos Internação: 23/05/2018 09:32:28 Leito: LEITO RESERVA 08

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: BLOQUEIO DE PLEXO

Anestesiologista: DR. GILVAN

Tipo: FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA

Cirurgião: DR. GEAR

Instrumentador: RONALDO

Circulante: WAGNER

Tipo curativo: OCLUSIVO

Tem material para biópsia/cultura: NAO

Inf.sanguínea: NÃO

Monitoração correta: SIM

Placa de bisturi: SIM

Antibiótico profilático?: CEFALOXINA 2G

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO EM Qº AMBIENTE DEAMBULANDO EM JEJUM PARA SUBMETER A PROCEDIMENTO DE FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA. O MESMO NEGA DOENÇAS E ALERGIA MEDICAMENTOSA. FUNCIONADO PELO CIRCULANTE EM MSD COM JELCO Nº 20 SEM EXITO, COM JELCO Nº 22 VIAB SF 0,8%. APÓS PROCEDIMENTO REALIZADO COM EXITO FOI ENCAMINHADO AO SRPA ORIENTADO EM Qº AMBIENTE SOB EFEITO ANESTESICO FERIDA OPERATORIA LIMPA E OCLUIDA, SEM MAS ALTERACOES SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTAO.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Potencial de Contaminação: Limpa

Nayara Soares

NAYARA SOARES DE OLIVEIRA
COREN - 716819

HOSPITAL MEMORIAL DE NATAL
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
CEP: 59060-000
FONE: (84) 3133-4243
E-MAIL: hmemorial@veloxmail.com.br





EVOLUÇÃO ASSISTENTE SOCIAL

Dados do Paciente

Paciente: **FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA**

Registro: **129441** Num. Internação: **1**

Nascimento: **03/10/1980 38 anos**

Data Internação: **23/05/2018 08:32:28**

Acompanhante:

Parentesco:

Endereço para Correspondência:

Endereço:

Cidade: **Barauna**

Bairro:

Ocorrência:

Durante o acolhimento o usuário informou que trauma foi ocasionado por acidente automobilístico.

Evolução do Prontuário:

☒ - Paciente sem Acompanhante

☒ - Paciente/Acompanhante recebeu(ram) orientações a respeito das Normas Hospitalares.

Observações:

Ciente das normas hospitalares.
reserva 08

CONDUITA HOSPITALAR

- Não sentar ou deitar na cama do paciente (risco de infecção hospitalar);
- O acompanhante/visitante não deve usar roupas impróprias (transparentes, justas, decotês e shorts). Procurar usar roupas confortáveis e adequadas ao espaço público;
- Não trazer ou deixar objetos de valores nas dependências das enfermarias, pois o hospital não se responsabiliza pela perda ou roubo destas;
- Não fumar nas dependências do hospital, haja visto o risco à saúde, medida esta amparada pela Lei Federal 8284/91;
- Não colocar objetos em cima do leito do paciente;
- Não permitir a entrada de alimentos de fora nas enfermarias para impedir a proliferação de insetos e evitar a infecção hospitalar, a equipe de nutrição planeja uma intervenção adequada ao estado de saúde do paciente;
- Fazer silêncio nas enfermarias. A tranquilidade no ambiente hospitalar é importante para a recuperação dos pacientes;
- É necessário lavar as mãos antes de entrar no quarto, antes e após prestar cuidados ao paciente e após o uso do sanitário;
- No caso de dúvidas em relação aos cuidados com o paciente (administração de medicamentos, troca de soro, curativos, etc) procurar a equipe de enfermagem;
- Para evitar riscos à saúde do paciente pediremos aos acompanhantes que permaneçam nas respectivas enfermarias. Portanto, evita circular nas enfermarias bem como salas do hospital.

JESSICA ALEXANDRE DE ARAUJO
GRESS - 4824

HOSPITAL MEMORIAL de NATAL
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
CEP: 59.060-000
Cidade: Natal - RN
EM



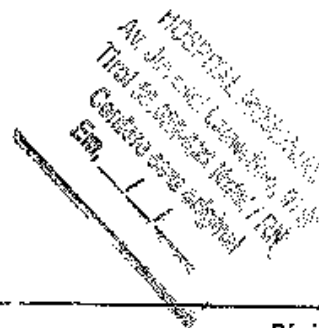


Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA Idade: 37 anos
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 129441 Prontuário:
Unidade: CENTRO CIRURGICO
Leito: LEITO RESERVA 08 407A
Admissão: 23/05/18 08:32 0 dia(s) de Internação
Diag.: 8420 - Fratura da clavícula | Diáfise @-@ da clavícula | Extremidade acrom

23/05/2018 11:39	Horários de Aplicação	4781
1) DIETA LIVRE, Ao dia	(SND)	
2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL Uso: 1 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.	(500 500 500)	
3) CEFALOTINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 10 ML DE ABD.	22:00; 06:00, 14:00	
4) DIFENIDRAMINA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD	02:00; 08:00, 06:00,	
5) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.	20:00; 04:00, 12:00	
6) DIMENIDRINATO B6 DL 10mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.	20:00; 08:00	
7) DICLOFENACO SODICO 50mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	22:00; 06:00, 14:00	
8) RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	00:00, 12:00	
9) OBSERVAR PERFUSÃO DISTAL, Ao dia	(ATENÇÃO)	
10) CURATIVO, Pela manhã	(MANHÃ)	


Dr. GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS
CRM - 4781



Pixeon - 23/05/2018 15:35 (U435/ASSIST.754) / (DWO:89)

Página: 1 / 1





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA Idade: 37 anos
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 129441 Prontuário:
Unidade: UNIDADE I
Leito: ENFERMARIA 107-A
Admissão: 23/05/18 08:32 0 dia(s) de internação
Diag.: S420 - Fratura da clavícula | Diálise @-@ da clavícula | Extremidade acrom

23/05/2018 18:01	Horários de Aplicação	4781
1) DIETA LIVRE, Ao dia	(SND)	
2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL Uso: 1 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.	(500 500 500)	
3) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 10 ML DE ABD.	02:00 06:00 14:00	
4) DILTIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD	00:00 06:00 12:00 18:00	
5) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.	20:00 04:00 12:00	
6) DIMENIDRINATO B6 DL 10mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.	20:00 08:00 12:00	
7) DICLOFENACO SODICO 50mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	22:00 06:00 14:00	
8) RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	00:00 12:00	
9) OBSERVAR PERFUSÃO DISTAL, Ao dia	(ATENÇÃO)	
10) CURATIVO, Pela manhã	(MANHÃ)	

Dr. GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS
CRM - 4781

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvêncio Lemos, 1071
Tupac Katari - São Paulo - SP
CEP: 05060-000

Pixeon - 23/05/2018 15:42 (U301/ASSIST.754) / (DW/O:89)

Página: 1 / 1





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA Idade: 37 anos
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 129441 Prontuário:
Unidade: UNIDADE I
Leito: ENFERMARIA 107-A
Admissão: 23/05/18 08:32 1 dia(s) de internação
Diag.: S420 - Fratura da clavícula | Diagnóstico @-@ da clavícula | Extremidade acromial |

24/05/2018 10:45

Horários de Aplicação

4781

1) ALTA HOSPITALAR, Pela manhã

DR. GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM 4781 - RCDT 11044
CPS 210025474-53

Dr. GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS
CRM - 4781

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juscelino Kubitschek, 6701
Tiradentes - Belo Horizonte / MG
CEP: 31220-000
Contato: (51) 3333-1000

Pixean - 24/05/2018 10:45 (U72/ASSIST.754) / (DWO:69)

Página: 1 / 1



REGISTRO DE ENFERMAGEM - ADMISSÃO CENTRO CIRÚRGICO

Paciente: **FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA**

Registro: **129441** Nº Internação: **1**

Nascimento: **03/10/1980** 38 anos Data Internação: **23/05/2018 08:32:28** Leito: **ENFERMARIA 107-A**

ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO		NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: Alerta		CONSCIENTE E ORIENTADO O2 AMBIENTE.	
ASPECTO GERAL		Observações:		RAIO X	
X - Ac. Vênoso	X - Aciandótico			Observações/QTD:	
Pálido	Tremores			Pré: UMA	
Vômitos	Sudores			Pos: AGUARDANDO.	
Diurese: Assente					
FERIDA OPERATORIA		SINAIS VITAIS			
X - Ocluída	Sangramento	Pres. Arterial: 110 X 70		Temperatura: 36,2 °C	
Drenos	Fixadores	Pulso: 80		Respiração: 21	
Tala	Tração	Observações:			
Edema	Hematomas				
Queixas do Paciente:		Observações Gerais:			
SEM ANORMALIDADES NO MOMENTO.		PACIENTE ADMITIDO NA UNIDADE 1, PROVENIENTE DO C.C. EM POI DE FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA, CONSCIENTE E ORIENTADO O2 AMBIENTE, NA HIDRATAÇÃO VENOSA + ESQ. DE ATB, COMUNICADO A NUTRIÇÃO DA SUA		THAZIA 23/05/2018 15:21:50 COREN - 676726 THAZIA JANELE DOS SANTOS SILVA	

ESTADO GERAL		Higiene		Eliminac. Intestinais: AUSENTE	
Alerta	Com auxílio				
Descuido Dorso	Respiração				
Corado	O2 Ambiente				
Aciandótico	Deambulação				
	Restrito ao leito				
Eliminac. Vesicais: PRESENTE		SINAIS VITAIS		Saturação O2: Glicose no sangue:	
		Pres. Arterial: 140 X 80 Pulso: 95 Temperatura: 38 °C Respiração: 20			
ACESSO VENOSO		DIETA		QUEIXAS DO PACIENTE	
AVP		Oral: Acetia Total			
		Obs:			
Observações Gerais:					
RECEBO O PACIENTE EM POI DE FRATURA DE CLAVÍCULA, CONSCIENTE, ORIENTADO, O2 AMBIENTE, AFERIDOS SSVV, MANTÉM HIDRATAÇÃO VENOSA PERIFÉRICA, COM ESQUEMA DE ATB KEFAZOL 1G, ADM MEDICAÇÕES DE HORARIO, ACEITO A DIETA OFERECIDA, EM REPOUSO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.					
23/05/2018 20:30:18 <i>Edivania Oliveira</i> COREN - 673883 MARIA EDIVANIA DE OLIVEIRA LEITE					

ESTADO GERAL		Higiene		Eliminac. Intestinais: AGUARDA	
Corado	Com auxílio				
Aciandótico	Respiração				
	O2 Ambiente				
	Deambulação				
	Restrito ao leito				
Eliminac. Vesicais: PRESENTE		SINAIS VITAIS		Saturação O2: Glicose no sangue:	
		Pres. Arterial: 128 X 80 Pulso: 88 Temperatura: 36,4 °C Respiração: 22			
ACESSO VENOSO		DIETA		QUEIXAS DO PACIENTE	
AVP		Oral: Acetia Total		SEM QUEIXAS NO MOMENTO	
		Obs:			
Observações Gerais:					
PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, EM O2 AMBIENTE, EM PÓS OPERATORIO DE CLAVÍCULA, DIURESE ESPONTANEA, NA H.V. COM MEDICAÇÃO DE HORARIO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA, FAZENDO USO DE ATB (KEFAZOL 1G). AFERIDO SSVV, SEM ANORMALIDADES, HIGIENIZADO NO WC, REALIZADO TROCA DE ROUPA DE CAMA, SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO.					
24/05/2018 09:02:20 <i>Lauriana Alves do Nascimento</i> COREN - 618234 LAURIANA ALVES DO NASCIMENTO					



HOSPITAL MEMORIAL DE NATAL

Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARQUE, 879 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxnet.com.br

EVOLUÇÃO DIÁRIA DE CURATIVO

Paciente: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA

Registro: 129441

Nº Internação: 1

Nascimento: 03/10/1980 38 anos Data Internação: 23/05/2018 08:32:28

Leito: ENFERMARIA 107-A

Limpeza: SF 0.8% + GAZE + MICROPORE + LUVA ESTERIL

Tipo de Ferida: LIMPA

Condições do Sítio: SEM PRESENÇA DE SECREÇÃO

Localização: CLAVICULA

EXSUDATO DA FERIDA

☐ Seroso

☐ Purulento

☐ Sanguinolento

☐ Serosanguinolento

☐ Piosanguinolento

☒ Sem Exudato

PELE - PERIFERICAL

☐ Inteira

☐ Escoriada

☐ Sinus Fístulosos

☐ Descamada

☐ Alérgica/Dermatite

☐ Macerada

Quantidade: Selecione uma opç

Odor: Selecione uma opç

BORDAS

☐ Distintas

☐ Regulares

☐ Irregulares

OBSERVAÇÕES GERAIS

24/05/2018 08:05:44 Lauriana Alves do Nascimento
COREN - 819234

LAURIANA ALVES DO NASCIMENTO

OBSERVAÇÕES GERAIS

PACIENTE RECEBEU VISITA MÉDICA O MESMO CONCEDEU ALTA HOSPITALAR. AS 12:13 SAIU DE ALTA HOSPITALAR COM ORIENTAÇÕES MÉDICA + RECEITUÁRIO, SEM QUEIXAS, ACOMPANHADO DE FAMILIAR E MAQUEIRO, LEVANDO CONSIGO TODOS SEUS PERTENCES PESSOAIS.

Lauriana Alves do Nascimento

24/05/2018
COREN - 819234

LAURIANA ALVES DO NASCIMENTO

HOSPITAL MEMORIAL DE NATAL
AV. JUVENAL LAMARQUE, 879
TIROL - NATAL/RN
CEP: 59060-000
FONE: (84) 3133-4200
FAX: (84) 3102-1228
E-MAIL: hmemorial@veloxnet.com.br

Ward: _____
Medic/Vare: _____





OITAVA ROSADO

Rua Juvenal Lamartine, 119 - Mossoró RN
Telefone: (0xx84) 3315-6900

DADOS DO PACIENTE

Nome:	FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA		
Data Nasç:	03/10/80	Idade:	37
Registro:	1886925	RG:	00223822 7 / SSPRN
Convenio:	SOCIO	OS n.º:	104909
Solicitante:	Dr(a) GEAN GUARNIERE R DANTAS		
Entrada:	04/06/2018 04/06/2018		
	Página:	1 / 1	

RX DA CLAVICULA ESQUERDA

*Fratura do terço médio da clavícula com osteossíntese metálica.
Comparar.*

Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou realização de novos exames.

Dr. ROBERTO ANTONIO DE PAIVA LUZ
CRM - RN 2722

Mossoró, 04/06/2018



8
OPAVA ROCHA
Rua Juvenal Lamarine, 119 - Mossoró RN
Telefone: (0xx84) 3315-6900

DADOS DO PACIENTE

Nome:	FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA	Registro:	1886925
Data Nasc:	03/10/80	Idade:	37
Convenio:	SOCIO	RG:	00223822 7 / SSPRN
Solicitante:	Dr(a) GEAN GUARNIERE R DANTAS	OS n.º:	121798
	Entrada:	26/06/2018 26/06/2018	Página: 1 / 1

RX DA CLAVÍCULA ESQUERDA

Fratura do terço médio da clavícula.
Comparar.



56287586

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PODER EXECUTIVO
GOVERNO DO MUNICÍPIO DE PARAGUÁ
Secretaria Municipal de Saúde Pública
Hospital e Maternidade Francisco Bezerra Sodrôiro

PREFEITURA MUNICIPAL DE
PARAGUÁ

SEQUENCIA

CONDUTA
MÉDICA

PACIENTE: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA
PAI: GERALDO FIRMINO DE SOUSA
ENDEREÇO: SÍTIO BOAGUA
PRÉ-CONSULTA *** PAI: 12/06/00 PESO: 0 TEMPERATURA:
NÚMERO 44 IDADE: 37 IDADE: 37
EET CIVIL: CASADO(A) PROFISSÃO: AGRICULTOR(A)
MME: MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA CARTÃO SUS: 000.0000.0000.0000
HGT: 0 SGP: 0 FC: 0

HISTÓRICO CLÍNICO

ACIDENTE DE MOTO
FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

CONDUTA

ENC AO HRTM

Francisco Helio Oliveira de Sousa
Médico - CRM 881

Maria de Fátima Oliveira
Médica - CRM 881

DI ATENDIMENTO: 34/81

DATA DO ATENDIMENTO: 05/05/2018

HORA: 09:35



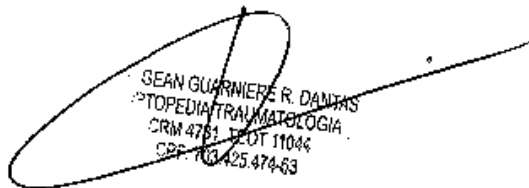
dia 23 de maio



Laudo Médico

Declaro para os devidos fins que o paciente **FCO HÉLIO OLIVEIRA DE SOUSA**, com história de acidente de moto que resultou em fratura de Clavícula esq. (CID 10: S42.0), tendo sido submetido a tratamento cirúrgico com colocação de fio de Kirschner, sem previsão de retorno às suas atividades laborais, devendo afastar-se por tempo indeterminado.

Natal, RN 24/05/2018


SEAN GUARNIERI R. DANTAS
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM 4781 - R. OT 11044
CPF: 10.425.474-83



LUCIENE ROCHA DOS SANTOS SILVA,
26 ANOS

@ RONTOLÓGICO

- Paciente sofreu acidente automobilístico em 03/04/19, com permanência no hospital, sendo mantidas as funções fisiológicas de forma e ossos do punho e distal da ulna e rádio pública.
- Submetida a tratamento cirúrgico, na urgência, com fixação externa em membros inferiores e punho e rádio.
- 10-14 dias após foi submetida a intervenção cirúrgica (osteossintese com placas e parafusos em fêmur e punho e rádio) e retorno para casa.
- Paciente evoluiu bem / encontra-se em alta médica e retorno médico DPM.

CD: S72.3, S82.2,
S33.4

Processo - AM,
18.09.19

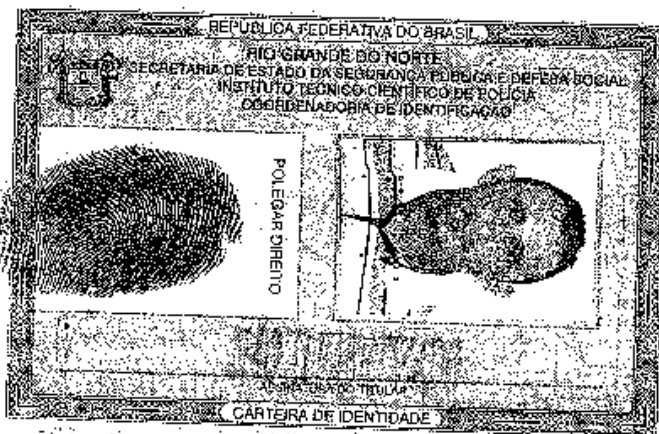
DR. Gilson Queiroz
CRM 6331
Ortopedia e Traumatologia
TEOT - 14690

Clinica Otava Rosado
R. Juvenal Lamartine, 119
Centro, Mossoró-RN
Tel: (84) 3315.6900

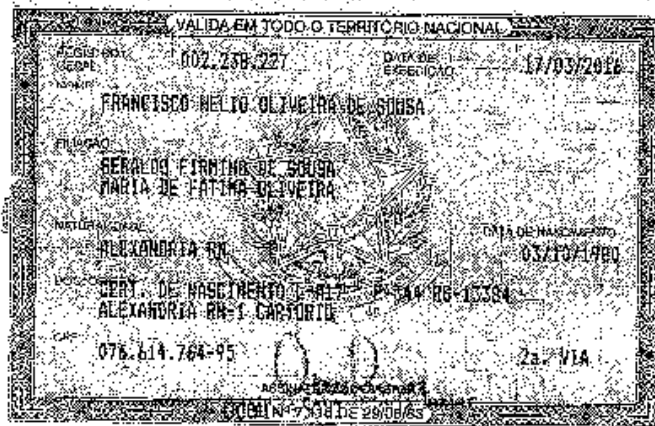
Clinica Orthos
R. Pedro Velho, 320
Santo Antônio, Mossoró-RN
Tel: (84) 3316.0184

gilson_qrz@yahoo.com.br





VITIMA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 013708573050

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COO. RENAVAM RNT/RG PRESENCIA

1 00790259496 ***** 2017

RAIMUNDO DA ROCHA MOREIRA

PLACA 762.496-34

762.496-34

MYR1539

902UC30203R017789

PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/ANO ANILCATE

GASOLINA

HONDA/CG 126 TITAN ES

2002

OCV/126 CILINDRADAS

VERDE

1 03/07/2017

1º ISENTO

2º ISENTO

3º ISENTO

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

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

OBSERVAÇÕES

MOTOR: 3030E23011789

DATA 14/11/2020

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DEVA TERRESTRIS DO POR SUA CARGA A PESSOA(S) TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RN Nº 013708573050 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

APRESENTAR INFORMAÇÕES LEIA NOMENCLATURA

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

2017 14/11/2017

CPF/CNPJ 762.496-34

PLACA MYR1539

RENAVAM 902UC30203R017789

HONDA/CG 126 TITAN ES

2002

OCV/126 CILINDRADAS

VERDE

1 03/07/2017

1º ISENTO

2º ISENTO

3º ISENTO

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

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

OBSERVAÇÕES

MOTOR: 3030E23011789

DATA 14/11/2020

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

PROTÓTIPO RECEBIDO
TERRA DO SOL ADRI
E. O. FREITAS DE SOUZA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190604007 **Cidade:** Baraúna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA **Data do acidente:** 05/05/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: OMBRO E - FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Descrição do exame físico: DOR/LIMITAÇÃO À MOBILIZAÇÃO, ABDUÇÃO ACIMA DA LINHA DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: PERICIADO APRESENTA CONSOLIDAÇÃO COM SEQUELA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/11/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190478213 **Cidade:** Baraúna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA **Data do acidente:** 05/05/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESEQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.9,17) - OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER ALTA.

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: DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA(PÁGINA 1), COM DATA DE 20/08/2018, EMITIDA PELO DR.GEAN GUARNIERI R. DANTAS CRM 4781, EVIDENCIA RESOLUÇÃO COMPLETA, SEM COMPROVAÇÃO DE LIMITAÇÃO INSUSCEPTÍVEL A TERAPÊUTICA OU MECANISMO DE TRAUMA QUE ACARRETE PREJUÍZO FUNCIONAL PARCIAL/TOTAL A VÍTIMA.

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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Francisco Helio Oliveira de Souza		
NACIONALIDADE:	Brasileiro	ESTADO CIVIL:	
PROFISSÃO:	Agricultor		
IDENTIDADE:	002238227	CNPJ:	076.634.764.95
ENDEREÇO:	S/ Boa Esperança, nº 14, Zona Rural, Barauna		

OUTORGADO

NOME:	Wenceslau Pereira		
NACIONALIDADE:	Brasileiro	ESTADO CIVIL:	casado
PROFISSÃO:			
IDENTIDADE:	005376024	CNPJ:	694.652.903.00
ENDEREÇO:	Av. Getulio Vargas, 857, centro, Barauna		

DATA DO ACIDENTE: 05/05/2018 COBERTURA: Invalidez

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Observação: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Barauna, 17 de julho de 2019



Laruen Cristina da Costa Silva Pereira
ASSINATURA DE QUEM ASSINA A ROGO
NOME: Laruen Cristina da Costa Silva Pereira
CPF: 011.848.264.02
ENDEREÇO: Av. Jerônimo Rosado, 857, centro Barauna

de Paula Francigilda Rodrigues
ASSINATURA TESTEMUNHA - 18
NOME: Francigilda R. de Paula
CPF: 036.305.984.98
ENDEREÇO: S/ Boa Esperança, nº 14, Zona Rural.

JAKSONEY JOSE DE OLIVEIRA
ASSINATURA TESTEMUNHA - 28
NOME: Jaksoney Jose de Oliveira
CPF: 767.467.553.04
ENDEREÇO: Rua Declecia Freire, nº 35, Aeroporto





CARTÓRIO
BARAÚNA

Av. Jerônimo Resende, 54 - Centro
CEP: 59.605-400 - Baraúna - RN
Telefones: (344) 320-2277

REC. DE FIRMA Nº 2019-003039

Reconhecida por autenticidade a firma de

EDRIENE CRISTINA DE COSTA SILVA PEREIRA

Dou-la em testemunho da verdade

Baraúna-RN, 17/07/2019 12:07:28

EDNA MARIA JUSTINA DA SILVA FREIRE SUBSTITUTA

EMOL: R\$ 2,83 ADJ. R\$ 0,00 CORCPN: R\$ 0,00

RHP: R\$ 0,00 ISS: R\$ 0,14 FUNAR: R\$ 0,00

Assinatura

Valido somente com o selo de autenticação

VALIDO SOMENTE SEM EMENDAS OU RASURAS



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0278051/19

Vítima: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA

CPF: 076.614.764-95

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/05/2018

Titular do CPF: FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MAXSOEL PEREIRA : 694.652.903-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FRANCISCO HELIO OLIVEIRA DE SOUSA : 076.614.764-95

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/08/2019
Nome: MAXSOEL PEREIRA
CPF: 694.652.903-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/08/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

MAXSOEL PEREIRA

GERCIA LOURENCO DA SILVA

