

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: 10/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO PAULO PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000034682-6

Nr. da Autenticação 163F62E5A8C89AC4

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190337448 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO PAULO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 19/04/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA 2º E 5º PODODÁCTILO DO PÉ ESQUERDO.

Descrição do exame físico: COTOS DE AMPUTAÇÃO PARCIAL DO 2º DEDO E TOTAL DO 5º DEDO CICATRIZADOS.

Resultados terapêuticos: PERICIADO APRESENTA CONSOLIDAÇÃO COM SEQUELAS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA EM GRAU INTENSO DO 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA EM GRAU COMPLETO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 04/06/2019

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 87,5 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190337448
Nome do(a) Examinado(a): Joao Paulo Pereira da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Av Rio Mossoro, 104 Casa
At de Sao Manoel Mossoro RN CEP: 59625-120
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 2348090
Data local do acidente: [19/04/2019]
Data local do exame: [04/06/2019] Mossoró [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA EXPOSTA 2º E 5º PODODÁCTILO DO PÉ ESQUERDO.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: CIRURGIA- AMPUTAÇÃO PARCIAL DO 2º DEDO E TOTAL DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.
SEGUNDO PERICIA DO, REALIZOU CIRURGIA NO DIA 19/04/2019, TEVE ALTA DO HOSPITAL DIA 20/04/2019.
Data da Alta: 20/04/2019**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

COTOS DE AMPUTAÇÃO PARCIAL DO 2º DEDO E TOTAL DO 5º DEDO CICATRIZADOS.

- IV. Nexos 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:

COTOS DE AMPUTAÇÃO PARCIAL DO 2º DEDO E TOTAL DO 5º DEDO CICATRIZADOS.

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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

2º DEDO DO PÉ - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☒ (X) 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

5º DEDO DO PÉ - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☒ (X) 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 F. Tonello
Médica do Trabalho
CRM/RN 9707



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1565, Tirol, CEP 59015-000
CNPJ: 06.231.389/0001-25 / RSC, Lte. 2008, 2009, 2010-3
Atendimento: (84) 3222-4432 / Caixa Postal: (84) 5022-4502

PROTÓCOLO DE RECEBIMENTO
Nº 115
115

CÓPIA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS
GERADO EM 23/03/2019 ÀS 08:08:18

DATA DE EMISSÃO		MÊS/ANO				
30/03/11		03/2019				
ELISAP JOQUIM DA SILVA AV. RIO HOSSORO, N. 1044 ALTO S. MARFEL HOSSORO RR 59625-LB						
INSCRIÇÃO	ROTA	SEQ. ROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIA			
007.014 125.075.1.000	3	1870	RESERVA, DISTRIB. INTERNA, ALUGO			
HELIOMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA		SITUAÇÃO ESGOTO			
Y14T898095	LIGADO		LIGADO			
CONSUMO ÁGUA (M³): 10		DATA LEITURA: 23/03/2019				
		LEIT. ATUAL: 314				
		LEIT. ANT.: 824				
		DIAS CONSUMO: 29				
HISTÓRICO DE CONSUMO						
REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF
02/2018	35	12/2018	11	20/2018	15	16
01/2019	35	13/2018	10	09/2019	11	
DESCRIÇÃO		CONSUMO		TOTAL (R\$)		
ÁGUA						
RES. ENTR. 50 E 100% 1 UNIDADE (R\$)						
CONSUMO DE ÁGUA		10 M³		39,90		
ESGOTO						
70.0% DO VALOR DE ÁGUA				27,90		
JURD. DE MORA 01/2019				1,06		
TRIBUTOS		BASE DE CÁLCULO		PERCENTUAL (%)		VALOR DO IMPOSTO
PIS		67,98		1,65		1,12
COFINS		67,98		7,6		5,17
VENCIMENTO:		28/03/2019		TOTAL A PAGAR:		69,04
FOLHA DE ANÁLISE DE QUALIDADE DA ÁGUA (LITROS)						
Parâmetros	Unidade	PA	Col. Total	Col. Total	Col. Total	Col. Total
Valor Recomendado	5,0 NT	0,07-0,5	1,0-2,0 mg/L	0,2-0,5 mg/L	0,2-0,5 mg/L	0,2-0,5 mg/L
Valor Obtido	0,53	7,7	100,0	0,5	0,5	0,5

PROTÓCOLO
RECEBIDO
22 MAI 2019
TERRA DO SOL ADM
CORRETORA DE SCS

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse 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 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 022 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAMHB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CONJUGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e do faturamento 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 determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCÍITAS PREVISTAS NA LFI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Bianca Pereira da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ: 330.737.794 / 43 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

João Paulo Pereira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 032.527.944 / 97

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima João Paulo Pereira da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 032.527.944 / 97, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

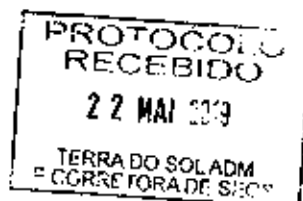
☒ Recuso informar

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 do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Av. Rio Monró</u>	Número: <u>304</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Alto de São Manoel</u>	Cidade: <u>Monró</u>	Estado: <u>RJ</u>
E-mail: <u>Não Possui</u>	CEP: <u>54625-120</u>	Tel. (DDD): <u>(34) 99827-0066</u>

Local e Data: Monró-RJ 14/05/2019

Bianca Pereira da Silva
Assinatura do Declarante





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse 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 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1536 / Outras regiões: 0800-023.12.04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022.81.89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022.12.05 | Central Ombudsman: 0800-021.91.35

Eu, Maria de Fátima Figueira Dias,

RG nº 001260.329, data de expedição 22/11/2012

Órgão SSP-RN, portador do CPF nº 969.581.384-49,

com domicílio na cidade de Mossoró, no Estado de

Rio Grande do Norte, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua 1º de Maio, nº 23,

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

João Paulo Pereira da Silva, cujo o condutor era

João Paulo Pereira da Silva

Veículo: Motorista Modelo: Honda CG 160 Sport Ano: 2018/2019

Placa: Q6G09079/RN Chassi: 9C2KC2500K R005943

Data do Acidente: 19/04/19

Local e Data: Mossoró - RN, 13/05/2019

PROTOCOLO
RECEBIDO

22 MAI 2019

TERRA DO SOLADIM
CORRETORA DE SEGUROS

x Maria de Fátima Figueira Dias

Assinatura do Declarante

x João Paulo Pereira da Silva

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

RECONHEÇO por autenticidade, a firma

de João Paulo Pereira da Silva

dou fé

Mossoró (RN) 13 MAI 2019

Em Teste da verdade

Luane Kamy Mendonça Fernandes

☐ Luzinete B. de Mendonça Fernandes - TABELA

☐ Roberto Alves C. Fernandes - SUBSTITUTO

☐ Francisco José Maximiano - SUBSTITUTO

☒ Luane Kamy Mendonça Fernandes - SUBSTITUTA

RECONHEÇO por autenticidade, a firma

de Maria de Fátima Figueira Dias

dou fé

Mossoró (RN) 13 MAI 2019

Em Teste da verdade

Luane Kamy Mendonça Fernandes

☐ Luzinete B. de Mendonça Fernandes - TABELA

☐ Roberto Alves C. Fernandes - SUBSTITUTO

☐ Francisco José Maximiano - SUBSTITUTO

☒ Luane Kamy Mendonça Fernandes - SUBSTITUTA



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 46529 /2019

Admissão: 19/04/2019 16:51:54

OK

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 38367 - JOAO PAULO PEREIRA DA SILVA (35 a 7 m 25 d)

Nascimento: 25/08/1983

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 708008381636625

CPF: 01252799497

Prof:

Mãe: ANTONIA PEREIRA MOREIRA

Pai: NAO INFORMADO

Logradouro: RIO MOSSORO, 104

CEP: 59625120

Bairro: ALTO DE SAO MANOEL

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.988447394

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: NÃO REGULADO

Origem: FAMILIA

*Empresa:

OBS:

Classificação:

19/04/2019 16:44:38

PESO:

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

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO APRESENTA TRAUMA EM MIE COM AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA.

Hora: _____

Paciente vítima de queda de moto há cerca de 20 min, conduzido por familiar. Queixa-se de um pé. Nega alergias, comorbidades, uso de medicamentos. Em jejum há 1h. Relata consumo de álcool e uso de cocaína. Sem vômitos e síncope.

A: Vias aéreas patentas, sem cervicalgia.

B: MMF simétrico bilateralmente, sem Ruídos ADW.

C: Estável hemodinamicamente FC: 90 bpm FR: 16 irpm

D: Pupilas isocóricas e fotoreagentes; ECG: IS

E: 3º pododactilo E com perda de substância óssea (fx exposta)

5º pododactilo E: ferimento corto-captuso embase e ciomose.

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

1) At 5000 UI, IM

2) Clindamicina 600mg + 100ml SF 0,9%, IV (suspen)

3) Filatril 40mg + ABD, IV.

Medicação da Autoprotexia

Radiografia de pé E APO perf. (obliqua)

4) Oxacilina 500mg. 2FX + 100ml de SF 0,9%.

Ely agora.

Ats da Cimeira

Sto, S 500ml

PROTOCOLO RECEBIDO

22 MAI 2019

TERRA DO SOL ADM F. CORRETORA DE SCS

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher)

CID: S92.7 Proc. 040805470 Data: 19/4/19. Hr: 18:01 Médico:

*Gerado via SX por KLEBER RICARDO DE FRANCA BEZERRA. Impresso em 19 de Abril de 2019. Carimbar)

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 14/04/2019

SAME / ARQUIVO

Vitem de acidente do auto qual
presente fe Europa do 2º PO e 5º PO
do pe E com 1 perfume do
8º PO E numerado emw.
justica pe Centro Europa

1980-1985
VISTORIA
ORFEDIA
1980-1985

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAMS MOSSORÓ 24/04/2019
SAMS / ARQUIVO



SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **JOAO PAULO PEREIRA DA SILVA** (Fia: 1968/2019), CPF:01252799497.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 19 de Abril de 2019.

Bianca Pereira da Silva

Paciente ou responsável

NÚCLEO DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA - H.R.T.M.

DATA 22.04.19
Ass. Eng. UERJ Bernarda
Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
DE MOSSORÓ 24/04/2019

Bianca
SAME / ARQUIVO

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA	2 - CNES 2503689
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA	4 - CNES 2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE JOAO PAULO PEREIRA DA SILVA (8 - 1968/2019)		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 207090	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 708008361636625	8 - DATA DE NASCIMENTO 25/08/1983	9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	10 - RAÇA/COR PARDA
11 - NOME DA MÃE ANTONIA PEREIRA MOREIRA		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD 84 988447394	13 - NOME DO RESPONSÁVEL JOAO PAULO PEREIRA DA SILVA
14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RIO MOSSORO, 104 - ALTO DE SAO MANOEL		15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA MOSSORO	16 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 240800
17 - UF RN		18 - CEP 59625120	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Traumatismo em pé esquerdo causando amputação parcial do 2º dedo e total do 3º dedo do pé Esq.</i>		
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO <i>Tratamento cirúrgico</i>		
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Sem o logotipo de + e - E P.N.C.</i>		
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURAS MÚLTIPLAS DO PÉ	24 - CID 10 PRINCIPAL S92.7	25 - CID 10 SECUNDÁRIO
26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 408050470
29 - CLÍNICA CIR	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 2	31 - DOCUMENTO () CNS (X) CPF
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE 85775800672		33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE LUIS FERNANDO CENTI NASCIMENTO
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 19/04/2019		35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	37 - CNPJ DA SEGURADORA	38 - Nº DO BILHETE	39 - SÉRIE
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	40 - CNPJ EMPRESA	41 - CNAE DA EMPRESA	42 - CBOE
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR LIGINEY LINO DE OLIVEIRA	45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	46 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA ESTA CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORO 104/2019 BIMF
47 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR 980016001835565	49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
50 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)		51 - SAME / ARQUIVO



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome João Paulo Pereira de Siqueira Reg. Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: Ampuiação parcial do 2º e 5º

Indicação terapêutica: do 5º dedo do pé Esquerdo

regularização de coto de amputação 2º e 5º dedos
do pé Esq

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador Dr. Galvão / Dr. Diego Ariel

1ª Auxiliar: _____

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: _____

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

() Limpa () Pot. Contaminada (X) Contaminada () Infectada

① Permite a deul. TC dorsal sob anestesia

② Amputação com alicate

③ incisão e desbridamento de Tecidos
desvitalizados. O tecido já necrótico e não
perfurou do 5º dedo

④ regularização de coto de amputação acurvil
do polo medial do 2º dedo e regularização
do coto de amputação do 5º dedo (TOTAL).

⑤ Sutura e curativo e enfermagem

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O DEPL
SABE MOSSORÓ 24.09.2019

SABE / ARQUIVO



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

DEBITO CIRURGICO

Nome do paciente: João Paulo Pereira da Silva Nº do Pront.: _____
 Cirurgia: Amputação cirúrgica em MFC Data: 19-04-2019
 Cirurgião: Diego Auxiliar: Galeries Instrumentadora: _____
 Anestesiologista: Jara Anestesia: Local + sed
 Início da Cirurgia: 19:45 Término: 20:15

MATERIAL USADO	QUANTIDADE
* COMPRESSAS	05 unidades
* GASES	10 unidades
* ESPARADRAPO	
* COMPRESSAS	
* LÂMINA DE BISTURI Nº 23	01 und.
* LUVAS 8.0"	03 pares
* EQUIPO PARA SORO	
* S CALPS Nº	
* JELCOS <u>Leivos 11 Procedimento</u>	06 Pares
* CATETER PARA SUBCLAVIA	
* SERINGAS DE 01 ML	
* SERINGAS DE 03 ML	
* SERINGAS DE 05 ML	
* SERINGAS DE 10 ML	
* SERINGAS DE 20 ML	02 und.
* AGULHAS DESCARTÁVEIS	
* Sonda ENDOTRAQUEAL Nº	
* TRAQUEOSTOMO	
* Sonda URETRAL Nº	
* Sonda FOLEY Nº	
* Sonda NASOGÁSTRICA Nº	
* CATETER PARA O2	
* Sonda PARA ASPIRAÇÃO Nº	
* COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	
* BOLSA DE COLESTOMIA	
* DRENO DE PENROSE Nº	
* DRENO DE TÓRAX Nº	
* ATADURA GESSADA	
* FAIXA DE CREPOM	01 und.
* ALGODÃO ORTOPÉDICO	
* CATGUT GROMADO	
* CATGUT SIMPLES	
* FIO DE ALGODÃO	
* MONONYLON 20	01 unidades
* OUTROS FIOS	
* USO DO BISTURI ELÉTRICO	
* USO DE OXIGÊNIO	
* SOLUÇÃO DE PVPI ALCOÓLICA	
* SOLUÇÃO DE PVPI DESGERMANTE	100 ml
* SOLUÇÃO DE PVPI TÓPICO	
* SOLUÇÃO DE ETÉR	
* SOLUÇÃO DE ÁGUA OXIGENADA	
* SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9%	500 ml
* SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER SIMPLES	
* MANTOL <u>Escola - PVPI</u>	03 und.
* XILOCAINA A 2%	
* ABD	

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO
ESTÁ CONFORME O ROL
NOME DOSSO 24/04/2019
Blas



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA

Paciente João Paulo P. Silva Sexo ☒ M ☐ F Idade 23 Prontuário N°
Estado Físico 2 3 4 5 ☐ EI ☒ Ur ☐ Em
Diagnóstico Pré-Operatório fratura exposta de Cirurgia Proposta ht cirurgia
Diagnóstico Pós-Operatório 2º e 3º Pd Esc Cirurgia Realizada em unho
Cirurgião Diego Auxiliares Galleno

Anestesiologia Lama Enfermeira

HISTÓRIA CLÍNICA
D. Neurológica ☐ Convulsão ☐ D. Respiratória ☐ Fumo ☐
Alergias ☐ D. Cardíaca ☐ Hipertensão ☐ D. Hepática ☐ D. Renal ☐
Diabetes ☐ Alcoolismo ☐ Câncer ☐ Sangramentos ☐ Medicamentos ☐
Uso de Drogas ☐ Cirurgia ☐ Prévias ☐ Transf. Sanguínea Prévia ☐ Anestesia Prévia ☐
Local ☐ Bloqueio Espinal ☐ Plexo Braquial ☐ Geral ☐

Outros dados

EXAME FÍSICO Peso (Kg) 80 Temperatura (°C) 36,5 Pressão Arterial (mmHg) 140 X 90
Estatura (cm) 170 Frequência Respiratória (IPM) 18 Frequência cardíaca 97
Broncoespasmo ☐ Sopros Cardíacos ☐ Arritmias ☐ Velas Acessíveis ☒
Permeabilidade Vias Aéreas ☒ Coluna c/ Deformidades ☐ Local punção intactado ☐ Prótese ☐
Cor Corado ☒ Pálido ☐ Ictérico ☐ Cianótico ☐
Paresias ☐ Paralisias ☐ Área Queimada ☐ Gestação ☐
Meses. Outros Dados Vigil

EXAME LABORATORIAIS Classificação ABO e Rh ☐
ECG ☐ Risco Cirúrgico ☐ Rx Tórax ☐ Leucograma ☐ Hematócrito ☐
Creatinina ☐ Bilirrubinas ☐ Fosfatase Alcalina ☐ TGO ☐ Uréia ☐
Glicemia ☐ Ultrassonografia ☐ Tomografia ☐ Amilase ☐ Proteínas ☐
Cateterismo cardíaco ☐

Valores Alterados ou relevantes/Outros Exames

Pré-Anestésico Efeito Satisfatório ☐ Regular ☐ Nenhum ☐

Técnica Anestésica indicada Local + Sedação

Outros Comentários importantes

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

HORA E DATA DE ADMISSÃO HORA E DATA DE SAÍDA

Atividade	Respiração	Circulação	Consciência	Cor
Atividade	Respiração	Circulação	Consciência	Cor
si/ mov. membros	Apnéia, obstrução	P. A. Variando + 50%	Não responde	Cianótico
mov. 02 membros	Dispnéia, obst. Par.	P. A. Var. 20-50%	Responde a Chamadas	Pálido, Ictérico
mov. 04 membros	Respira bem, tosse	P. A. Estável + 20%	Acordado	Corado

COMPLICAÇÕES

Laringoespasmo ☐ Cianose ☐ Náuseas ☐ Vômitos ☐ Ret. Urinária ☐ Hipertensão ☐
Hipertensão ☐ Arritmias ☐ Dor ☐ Dif. respiratório ☐ Sangramento ☐ Cefaléia ☐
Parada cardíaca ☐ Óbito ☐ Outros

Alta da sala de recuperação

Para enfermaria ☐ Alta Hospitalar ☐ Transferência ☐ UTI ☐ Óbito ☐

Anestesiologista

RESUMO

Paciente Idade Estado Físico

História D. Atual

Cirurgia Cirurgião

Anestesia Anestesiologista

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 24/04/2019

SAME / ARQUIVO

Data 19/04/2019 Anestesiologista

LINA

TÉCNICA ANESTÉSICA

Geral ☐ Raqui-anestesia ☐ Peridural ☐ Pecho Braquial ☐ Bier ☐ Local ☒ Nervo Periférico ☐
Outra SedeGeral Endovenosa ☐ Inalatória ☐ Balanceada ☐ Associada a Bloqueio ☐ Bloqueio Espinhal ☐
Catéter ☐ Nível de Punção ☐ Agulha n° ☐ Posição ☒ Nível de Bloqueio ☐Bloqueio P. Braquial Interescalênico ☐ Axilar ☐ Kulemkampf ☐ Lado ☒

Bier/Bloqueio N. Periférico

Sistema de Anestesia Circular ☐ Bain ☐ Baraka ☐ Rubem ☐ OutroIntubação Fácil ☐ Difícil ☐ Sonda n° ☐ Orotraqueal ☐ Nasotraqueal ☐ Fluxo sob máscara ☐Traqueostomia ☐ OutroVentilação Controlada ☐ Assistida ☐ Espontânea ☒ Manual ☐ Ventilação Mecânica ☐Volume corrente (ml) ☐Ciclos por minuto ☐

Outras anotações importantes

	Anestesia	Cirurgia
Final	20:15	20:15
Início	19:45	19:50
Total	30	25

Oxigênio	100%
N ₂ O	0%
Hipnótico	
Narcótico	
Rel. Muscular	
Anest. Local	
Atropina	
Prostigma	
Hidratação	
Sangue	

Hora - Agente - Dose

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24.

| | |
|---------------|-----|
| Anestesia | 200 |
| X | 180 |
| Cirurgia | 160 |
| ○ | 140 |
| Pulso | 120 |
| Respiração | 100 |
| ○ | 80 |
| P. A. Sist. V | 60 |
| P. A. Diast. | 40 |
| Garrote G | 20 |

Temperatura

Posição DDH ☒ DVH ☐ DLE ☐ LITOMIA ☐ Renal ☐ Sentado ☐Monitores P. A. ☒ Estetoscópio ☐ ECG ☐ Est. Nervo Periférico ☐Oxímetro ☒ PVC ☐ PAM ☐ OutrosSangramento (mls) ☐ Diurese (mls) ☐Complicações Hipotensão ☐ Choque ☐ Hipertensão ☐ Náuseas ☐Vômitos ☐ Convulsão ☐ Laringoespasmo ☐ Laringoespasmo ☐ Oligúria ☐Hipoxemia ☐ Cianose ☐ Arritmias ☐ Desconexões do Sistema ☐Parada Cardíaca ☐ Óbito ☐ OutrosExtubação Em Plano ☐ c/ reflexo ☐ Acordado ☐

Total do Soro 1600 mls Total do Sangue mls

Encaminhamento SRPA ☒ UTI ☐ Alta ☐ Transferência ☐ Óbito ☐

Outras Informações


Anestesiologista CRM 123456



CONTROLE E REGISTRO DOS MATERIAIS ESTERILIZADOS E UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: João Paulo Pereira da Silva Registro: _____
 Data de nasc.: 25/08/1983 Sexo: () F (X) M
 Nome da Mãe: Antônia Pereira Moreira
 Data da Cirurgia: 19/04/2019
 Cirurgião: Limpeza cirúrgica em NF Cirurgião: Diego
 Orientador: _____ Circulante: Patrícia

| | | |
|--|--------------------------------------|--------------|
|  CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO | | |
| MATERIAL: <i>200 cc</i>
<i>Prq. cirurgia</i> | | |
| RESP. PREPARO:
<i>Dr. J. Silva</i> | DATA:
<i>19/4/99</i> | |
| DATA DE ESTERILIZAÇÃO:
<i>19-6-99</i> | Nº DO LOTE:
<i>0445 NO</i> | |
| ESTERILIZAÇÃO VALIDA ENQUANTO A EMBALAGEM
 PERMANECER ÍNTEGRA, SECA E ARMAZENADA
 EM CONDIÇÕES ADEQUADAS. | | |
| DATA DO USO:
<i>1</i> | HORA: | S.O.: |
| SINCRONIZADO: | OK: | |

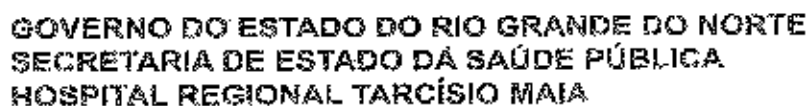
INTERVIEWER:

Colar controles aqui

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
JOSE MOSSORÓ 25/04/98

CAME / ARQUIVO





EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: JOÃO PEDRO M. SILVA Leito: 215-1

| DATA | EVOLUÇÃO |
|----------|---------------------------------------|
| 29/04/99 | |
| | * FX EXPOSICAO + MANUTENCAO INSULACAO |
| | DE BOMBONA (203) GR |
| | |
| | U: REGULARIZACAO DE C/TO |
| | |
| | |

PRESCRIÇÃO

[illegible]

DATA: 20/04/2019

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: JOAO PAULO PEREIRA DA SILVA 35 ANOS
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 215-1
DATA DA ADMISSÃO: 19/04/19 MOSSORO-RN CÓDIGO: 38367

| DATA | EVOLUÇÃO |
|------|--|
| | 2 DIH : FX EXPOSTA + AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE 2º E 5º PODODACTILOS ESQUERDO.

QP: SEM QUEIXAS

EP: BEG, COTE, AAA. NORMOCORADO E HIDRATADO. NEUROVASCULAR PRESERVADO

ACV: RCR, 2T. SEM SOPRO. BNP
AR: MV + EM AMBOS OS HEMITORAX. SRA
ABDOMEN: ATÍPICO, FLACIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO, RHA.

PRE-OP SOLICITO
RISCO CIRÚRGICO*
SISREG* |

| | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO |
|------|---|-------------|
| 1 | DIETA VO LIVRE | |
| 2 | SF 0,9% 1500ML EV PARA 24 HORAS | 1º 2º 3º |
| 3 | TILATIL 40MG EV 1XDIA | 10 |
| 4 | DIPIRONA 1G + ABD 6/6 HORAS | 16-22 04/19 |
| 5 | OMEPRAZOL 40MG VO EM JEJUM 1XDIA | 06 |
| 6 DO | CLINDAMICINA 600MG DILUIDO EV 6/6 HORAS | 16-22 04/19 |
| 7 | ALTA MÉDICA | |

Dr. Igo Wladimir M. de Oliveira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/RN: 5428

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
LAME MOSSORÓ 24/04/2019
BIA
SAME / ARQUIVO

Vítima

UNIDADE ADMINISTRATIVA TERRITORIAL
DEPARTAMENTO DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO

JOÃO PAULO PEREIRA DA SILVA
DOC. IDENTIFIC. / ORD. EMISSOR / UT - **2348090-ITEP RN**
DEF. **012.527.994-97** DATA NASCIMENTO **25/08/1983**
FILIAÇÃO **NADA CONSTA**
ANTONIA PEREIRA MOREIRA
PERM. **06711807997** ACC. **07/12/2020** CNL. HAB. **29/09/2016**
OBSERVAÇÕES
A
EAR
JOÃO PAULO PEREIRA DA SILVA
ASSINATURA DO PORTADOR
LOCAL **MOSSORÓ, RN** DATA EMISSÃO **09/10/2017**
Letícia Maria Góes
Coordenador de Registro de Condutor 00757515271
RESERVA DO TÍTULO RN702702893
RIO GRANDE DO NORTE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1484806822

PROIBIDO PLASTIFICAR 1484806822

PROTOCOLO RECEBIDO
22 MAI 2019
TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEC

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - RN

Nº 013832018734

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

| | | | |
|-----|-------------|-------|-----------|
| VIA | COD RENAVAL | ENTR | EXERCICIO |
| 1 | 01170976589 | ***** | 2018 |

NOME
MARIA DE FATIMA FREIREIRA DIAS

CNPJ
969.581.384-49

PLACA
QG09079

PLACA ANT/UF
QG09079/RN

CHASSI
962KC2600KR005943

ESPECIE TIPO
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA - NAO APLICAVE

COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARCA/MODELO
HONDA/CG 160 START

ANO FAB.
2018

ANO MOD.
2019

CAP/POT/CIL
OCV/162 CILINDRADAS

CATEGORIA
PARTICULAR

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

| | | |
|------------|--------------------|------------|
| COTA UNICA | VENC. COTA UNICA | VENC/COTAS |
| R\$ 0.00 | 05/12/2018 | 1º PAGO |
| FAIXA/PVA | PARCELAMENTO/COTAS | 2º PAGO |
| 002898-3X | R\$ ***** | 3º PAGO |

PRÊMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

*** TAXAS DETRAN: PAGO *** DE VAT: PAGO

OBSERVAÇÕES

ALLEN. FID. EM FAVOR DE: 03.634.220/0001-65

BANCO HONDA S/A

MOTOR: 9625E0X005974

PROTOCOLO
RECEBIDO

22 MAI 2018

TERRA DO SOL ADM
CORRETORA DE SEC

MOSSORO/RN

DATA
08/11/2018

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

| | |
|---------------------------------------|----------------|
| NOME: | |
| João Paulo Pereira da Silva | |
| NACIONALIDADE: | ESTADO CIVIL: |
| Brasileira | Solteiro |
| PROFISSÃO: | |
| Servente | |
| IDENTIDADE: | CPF: |
| 002.348.090 | 032.527.994-97 |
| ENDEREÇO: | |
| Av. Rio Motoco Nº 104 Alto São Manoel | |

OUTORGADO

| | |
|---------------------------------------|----------------|
| NOME: | |
| Bianca Pereira da Silva | |
| NACIONALIDADE: | ESTADO CIVIL: |
| Brasileira | Solteira |
| PROFISSÃO: | |
| Dolce | |
| IDENTIDADE: | CPF: |
| 003.501.482 | 110.717.794-43 |
| ENDEREÇO: | |
| Av. Rio Motoco Nº 104 Alto São Manoel | |

NOME DA VÍTIMA: João Paulo Pereira da Silva

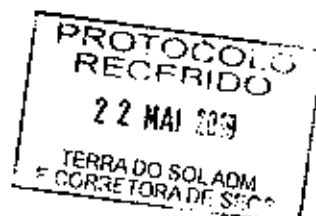
DATA DO ACIDENTE: 19/04/19 COBERTURA: Invalidez

Peio 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.



Monteiro - RJ 34/05/19
LOCAL E DATA



JOÃO PAULO PEREIRA DA SILVA
ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Ofício de Notas
João Paulo Pereira da Silva
Doutor em Direito
OAB RJ 10.101/0-0
Endereço: Rua da Assembleia, 100 - Centro - Rio de Janeiro - RJ
Telefone: (21) 2011-0001

Elidimar de Moura Vieira - TABELA SUBSTITUTA
Válido somente com este selo de autenticidade.

Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190337448

Vítima: JOAO PAULO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO PAULO PEREIRA DA SILVA

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



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, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190337448 Vítima: JOAO PAULO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190337448

Vítima: JOAO PAULO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO PAULO PEREIRA DA SILVA

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

| | |
|------------------|--------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 2.362,50 |

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau intenso 87.5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (87.5% de 10%) 8,75%

Valor a indenizar: 8,75% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JOAO PAULO PEREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000560

Conta: 0000034682-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





AUTO-ATENDIMENTO - AG TERRA DO SAL RN
DATA: 15/05/2019 HORA: 14:29:48
TERMINAL: 30641017 CONTROLE: 306410170527

DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0560 013.00034602-0
NOME: JOAO PAULO PEREIRA SILVA
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 000

TELEFONE DEPOSITANTE: 84 99827-0066

NÚMERO DO ENVELOPE: 34928803

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012335/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/05/2019 08:02 Data/Hora Fim: 03/05/2019 08:39
Delegado de Polícia: Valtair Camilo de Paiva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró
Data/Hora do Fato: 19/04/2019 16:30

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)

Bairro: Alto da Conceição

Ponto de Referência: próximo a drogaria Torquato
Tipo do Local: Via Pública

| Natureza | Meio(s) Empregado(s) |
|---|----------------------|
| 1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB) | Veículo |

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOÃO PAULO PEREIRA DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Mossoró Sexo: Masculino Nasc: 25/08/1983
Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Antonia Pereira Moreira

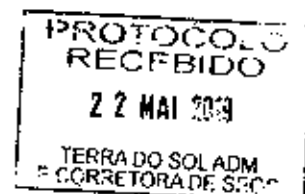
Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 012.527.994-97

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: Avenida Rio Mossoró
Complemento: próximo a Igreja
Bairro: Alto de São Manoel
Telefone: (84) 98891-8802 (Celular)

Nº: 104



Nome Civil: DESCONHECIDO 1, CONDUTOR DO VEICULO CAMINHONETE AMAROK DE COR CINZA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Mossoró - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

| | |
|---|---------------------------------|
| Grupo Veículo | Subgrupo Motocicleta/Motoneta |
| CPF/CNPJ do Proprietário 969.581.384-49 | Placa QG09079 |
| Renavam 01170976589 | Número do Motor KC25E0K005974 |
| Número do Chassi 9C2KC2500KR005943 | Ano/Modelo Fabricação 2019/2018 |
| Cor VERMELHA | UF Veículo Rio Grande do Norte |



Delegado de Polícia Civil: Valtair Camilo de Paiva
Impresso por: Cid Ney Fernandes Celis
Data de Impressão: 03/05/2019 08:45
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA


Nº: 012335/2019

| | |
|--|--|
| Município Veículo Mossoró | Marca/Modelo HONDA/CG 160 START |
| Modelo HONDA/CG 160 START | Veículo Aduiterado? Não |
| Quantidade 1 Unidade | Situação Envolvido |
| Última Atualização Denatran 08/11/2018 | Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA |
| Nome Envolvido | Envolvimentos |
| João Paulo Pereira da Silva | Exibidor |

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante informa que na data, hora e local supra, conduzia a motocicleta já citada, trafegando no sentido Bairro Altó de São Manoel/Boa Vista, quando ao fazer uma ultrapassagem, veio a colidir em um carro tipo Amarok que seguia no sentido contrário da via. Que logo após o acidente a vítima foi socorrida por um amigo para o HRTM, apresentando lesões no pé esquerdo. Que o registro do B.O. é para fins de DPVAT.

ASSINATURAS


Cid Ney F. Celis
Agente de Polícia Civil
Mat. 108.172-1
Cid Ney Fernandes Celis
Responsável pelo Atendimento


João Paulo Pereira da Silva
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dou origem, conforme previsto nos artigos 359-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa do Grupos de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

NP do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

032.527.994-97

Nome completo da vítima:

João Paulo Pereira da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 495/2012

Nome completo:

João Paulo Pereira da Silva

Profissão:

Servente

Endereço:

Av Rio Morrão

Bairro:

Alto de São Manoel

Cidade:

Morrore

E-mail:

Wag Pazzi

Estado:

RN

CPF:

032.527.994-97

Número:

304

Complemento:

Casa

CNPJ:

59626-120

TELEFONE:

(84) 99827-0066

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

RECEITA MENSAL:

☒ RECEBU 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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Banco do Brasil (102)

☐ Itaú (343)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todas as opções)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0560

(informar o dígito se existir)

CONTA:

34682

(informar o dígito se existir)

6

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às costas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separação judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou:

☐ Sim ☐ Não

Data do óbito da vítima:

Vítima deixou:

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou:

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou:

☐ Sim ☐ Não

Declaro, sob as penas da lei, que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarão esta condição, sob o ônus de, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Seguradora

Assinatura do Testemunha

Assinatura do Testemunha

Assinatura do Testemunha

Assinatura do Testemunha

Assinatura do Testemunha

Assinatura do Testemunha

Assinatura do Testemunha

Assinatura do Testemunha

Assinatura do Testemunha

Assinatura do Testemunha

Assinatura do Testemunha

Assinatura do Testemunha

Assinatura do Testemunha

Assinatura do Testemunha

Assinatura do Testemunha

Assinatura do Testemunha

Assinatura do Testemunha

Assinatura do Testemunha

Assinatura do Testemunha

Assinatura do Testemunha

Assinatura do Testemunha

Assinatura do Testemunha

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

3ª Nome:

CPF:

4ª Nome:

CPF:

5ª Nome:

CPF:

6ª Nome:

CPF:

7ª Nome:

CPF:

8ª Nome:

CPF:

9ª Nome:

CPF:

10ª Nome:

CPF:

11ª Nome:

CPF:

12ª Nome:

CPF:

PROTOCOLO RECEBIDO

22 MAI 2019

TERMO DE SOLICITAÇÃO

DESEMPENHO DE SEU

DESEMPENHO DE SEU

DESEMPENHO DE SEU

DESEMPENHO DE SEU

DESEMPENHO DE SEU

DESEMPENHO DE SEU

DESEMPENHO DE SEU

DESEMPENHO DE SEU

DESEMPENHO DE SEU



OK

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 38367 - JOAO PAULO PEREIRA DA SILVA (35 a 7 m 25 d)

Nascimento: 25/08/1983

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 708008361836625

CPF: 01252799497

Prof:

Mãe: ANTONIA PEREIRA MOREIRA

Pai: NAO INFORMADO

Logradouro: RIO MOSSORO, 104

CEP: 59625120

Bairro: ALTO DE SAO MANOEL

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.988447394

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: NÃO REGULADO

Origem: FAMILIA

*Empresa:

| OBS: | | | | | | Classificação: | | PESO: | |
|------|------|-----|-------|------|------|---------------------|-------|---------|-----|
| | | | | | | 19/04/2019 16:44:38 | | | |
| HORA | P.A. | HGT | SatO2 | FIO2 | F.R. | F.C. | TEMP. | Glasgow | RTS |
| | | | | | | | | | |

HISTORIA - EXAME FISICO

Queixas: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO APRESENTA TRAUMA EM MIE COM AMPUTACAO TRAUMATICA.

Hora: _____

Paciente vítima de queda de moto há cerca de 20 min, conduzido por familiar. Queixa-se do um pé. Nega alterações, comorbidades, uso de medicamentos. Em jejum há 1h. Relata consumo de álcool e uso de capacet. Sem vômitos e síncope.

A: Vias aéreas patentes, sem cervicalgia.
 B: MMF simétrico bilateralmente, sem Ruídos Aólv.
 C: Estável hemodinamicamente FC: 90 bpm PR: 16 bpm
 D: Pupilas isocóricas e fotoreagentes; ECG: IS
 E: 3º pododáctilo E com perda de substância óssea (fx exposta)
 5º pododáctilo: E: ferimento corto-copulso em base e cianose.

Diagn. inicial:

| PRESCRIÇÃO: | VIA | HORÁRIO | ASSINT. |
|---|-----|---------|---------|
| 1) Ket 5000 UI, IM | | | 17:30 |
| 2) Clindamicina 600mg + 100ml ST 0,9%, IV (Suspensão) | | | 17:30 |
| 3) Tilatil 40mg + ADJ, IV | | | 17:30 |
| Medicação da Antipsepsia | | | |
| Radiografia de pé E APO perfil (obliqua) | | | |
| 4) Oxacilina 500mg, 2fx + 100ml de ST 0,9%. | | | 17:30 |
| 5) agora | | | |
| Alta da Cirurgia | | | |
| Sto, S 500 ml | | | |

PROTÓCOLO
RECEBIDO
22 MAI 2019
TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SCS

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher) CID: 592.7 Proc. 0408456970 Data: 19/4/19. Hr: 18:01 Médico:

*Gerado via SX por KLEBER RICARDO DE FRANCA BEZERRA. Impresso em 19 de Abril de 2019. Carimbar)

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 14/04/2019

SAME / ARQUIVO

Viperas de acidente de moto qual
gravidade fr exposta do 2º PD e 5º PD
do pe @ com 1 perfuração do
5º PD @ necessitando emu.
junção pe centula enopis

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CLÍNICA - 1983
17/07/2019

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO VIANA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 24/07/2019
SANE / ARQUIVO