

# 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
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

**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: 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 PERICIADO, 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. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim       Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(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):

Região Corporal (Sequela):

**2º DEDO DO PÉ - Lado Esquerdo**

**5º DEDO DO PÉ - Lado Esquerdo**

% do dano:  10% residual  25% leve

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

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

*Elizabeth F. Tonello*  
**Dra. Elizabeth F. Tonello**  
Médica do Trabalho  
CRM/RN 9707





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre identificações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / 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: 0800-021-91-35

### 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TP0=1&CÓDIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 fôrum 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 determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RÉSSEGURO. <sup>2</sup> 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 ILICITAS PREVISTAS NA LFI Nº 9.633/98.

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 032.521.944, 97

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

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 032.521.944, 97

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso 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>JV. Rio Monzó</u>	Número:	<u>304</u>	Complemento:	<u>Casa</u>	
Bairro:	<u>Alto de São Manoel</u>	Cidade:	<u>Mosoró</u>	Estado:	<u>RN</u>	
E-mail:	<u>Não Possui</u>				CEP:	<u>59625-320</u>
					Tel.(DDD):	<u>(84) 99827-0066</u>

Local e Data: Mosoró-RN 14/05/2019

Bianca Pereira da Silva

Assinatura do Declarante

PROTÓCOLO  
RECEBIDO

22 MAI 2019

TERRA DO SOL ADM.  
CORRETORA DE SEGUROS



# DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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: 0800-1596 / 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): 0800-027.12.06 | Central Ouvideira: 0800-021.93.35

Eu, Maria de Fátima Ferreira Dias,

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

Órgão SSP-RN portador do CPF nº 369.581.384-49,

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 José Paulo Pereira da Silva, cujo o condutor era José Paulo Pereira da Silva.

Veículo: Motocicleta Modelo: Honda CG 160 Stort Ano: 2018/2019

Placa: QG090491RN Chassi: 3C2KC2500K R005943

Data do Acidente: 19/04/19

PROTÓCOLO  
RECEBIDO

22 MAI 2019

TERRA DO SOL ADM  
CORRETORA DE SEGUROS

Local e Data:

Mossoró - RN, 13/05/2019

x Maria de Fátima Ferreira Dias

Assinatura do Declarante

José Paulo Pereira da Silva

Assinatura do Condutor

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

X FUNDO OFÍCIO DE NOTAS  
Pra. Santos Dumont, 10 - Centro  
Mossoró-RN Fone:(84) 3517-4278

RECONHEÇO por autenticidade, a firma  
de José Paulo  
Pereira da Silva

Mossoró(RN) 13 MAI 2019

Em Teste ✓ da verdade  
valendo

- Luziene B. de Mendonça Fernandes - TABELA
- Roberto Alves C. Fernandes - SUBSTITUTO
- Francisco José Maximiano - SUBSTITUTO
- Luana Kamy Mendonça Fernandes - SUBSTITUTA



X FUND. OFÍCIO DE NOTAS  
Pra. Santos Dumont, 10 - Centro  
Mossoró-RN Fone:(84) 3517-4278

RECONHEÇO por autenticidade, a firma  
de Maria de Fátima  
Ferreira Dias

Mossoró(RN) 13 MAI 2019

Em Teste ✓ da verdade  
valendo

- Luziene B. de Mendonça Fernandes - TABELA
- Roberto Alves C. Fernandes - SUBSTITUTO
- Francisco José Maximiano - SUBSTITUTO
- Luana Kamy Mendonça Fernandes - SUBSTITUTA





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: 708008361636625 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 Compt:

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

## HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

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

Hora: \_\_\_\_

Paciente vítima de queda de moto há cerca de 10min, conduzido por familiar. Queixa-se dor no pé. Nege alergias, comorbidades, uso de medicamentos. Em j/m h/ 1h. Beleza conjuntival normal e uso de capacete. Sem edemas e síncope. A: Vias aéreas patológicas, sem cianose. B: MVD simétrico bilateralmente, sem Duidor Adm. C: Estável hemodinamicamente FC: 90 bpm PR: 16 imp. D: Pupilas isocárcas e fotonegativas; ECG: NS E: 3º pododáctilo com perda de puberdade óssea (Fx exposta) 5º pododáctilo F: Ferimento conto-cortado em base e cônus. G: Exame urinário: negativo.

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
① Ibat 500UI, IM	IV	17:30	
② Clindamicina 600mg + 100ml SFG 9,9%, IV (Suspens)	IV	17:30C	
③ Filatil 40mg + ABD, IV.	IV	17:30C	
Análise da Ortopedia			
Radiografia do pé e APO perfil (obliqua)			
④ Oxacilin 500mg, 2F&A + 100ml de ST 9,9%.	IV	17:30C	
EV agora.			
Mts da Emergência			
Sfo, S. So + Vd			
PROTÓCOLO RECEBIDO			
22 MAI 2019			
TERRADO SOLADM CORRETORA DE SPC			

\*SAIDA: ( ) Decisão médica ( ) Transferido ( ) Evasão ( ) Óbito ( ) Interna: (Preencher o procedimento)

CID 597.7 Proc. 0408050470 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  
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAIS  
 SAME MOSSORO 19/04/2019  
 8144

SAME/ARQUIVO

Vipera a arrente de mto enol  
grave fe ferida as 2º P.D e 5º P.D  
as pe C com 1 perfuro do  
Sº P.D e videntes eno.  
junto pe Celta evolut

~~ORTOPEDICO - 4863~~

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MELO  
ESTÁ CONFORME O ORIGINA  
SAME MOSSORÓ 24/07/91

— — — SAME / ARQUIVO 3100

Prontuário: 207090



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 Reis da Silva

Paciente ou responsável

NUCLEO DE VIGILÂNCIA  
EPIDEMIOLÓGICA - H.R.T.M.

DATA 22/04/19  
A. L. Eng. VERIF. Biomedicina  
Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINA  
DE MOSSORÓ 24/04/2019

SAME / ARQUIVO

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

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

**Identificação do Paciente**

6 - NOME DO PACIENTE	7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - RACA/COR	11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
JOAO PAULO PEREIRA DA SILVA (8 - 1968/2019)	708008361636625	25/08/1983	Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	PARDA	ANTONIA PEREIRA MOREIRA	988447394
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE					
JOAO PAULO PEREIRA DA SILVA	84 988447394					
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF	19 - CEP		
RIO MOSSORÓ, 104 - ALTO DE SÃO MANOEL	MOSSORÓ	240800	RN	59625120		

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	<i>Traumatismo em pé esquerdo causando apreensão parcial da articulação e total da sede de pé EM.</i>		
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO	<i>Tratamento cirúrgico</i>		

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)	<i>Sexo log/one pf e El Pnco</i>		
---	----------------------------------	--	--

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL	24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.
FRATURAS MÚLTIPLAS DO PÉ	S92.7		

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

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

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	38 - CNPJ DA SEGUROADORA	40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE
37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNPJ DA EMPRESA	44 - CBDR
38 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
( ) EMPREGADO      ( ) EMPREGADOR      ( ) AUTÔNOMO      ( ) DESEMPREGADO      ( ) APOSENTADO      ( ) NÃO SEGURADO			

**AUTORIZAÇÃO**

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR	47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	52 - N° AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR
LIGNEY LINO DE OLIVEIRA		HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS ESTA CONFORME O ORIGEM SAME MOSSORÓ 14/04/2019
48 - DOCUMENTO	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR	53 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
(X) CNS      ( ) CPF	980016001835565	54 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		55 - SAME / ARQUIVO



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome

José Paulo Pereira de Souza Reg.º

Diagnóstico pré-operatório:

Ampudicão parcial do 2º e 3º dedo

Indicação terapêutica:

do sítio de dedo do pé Esquerdo

Regulargação de coto de amputação 2º e 3º dedo  
do pé esq

INTERVENÇÃO

Inicio:

Fim:

Duração:

Operador

Dr. Galvão / Dr. Diego Ariel

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º 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 ( ) Contaminada ( ) Infectada

① Parte em decúbito dorsal sobre dejo

② Antissepsia do corpo operatório

③ Interno e enxugamento da ferida

desvitalizados. Caudado comum e novo perfurado do 3º dedo

④ Regulargação de coto de amputação acima do polo saíde do 2º dedo e regulargação do coto de amputação do 3º dedo (total).

⑤ Sutura e curativo e infiltração

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O DPL  
SAME MOSSORÓ 34/04/2019

PF 408

RJW

SAME / ARQUIVO



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

DEBRIEIRO CIRÚRGICO

Nome do paciente: José Paulo Pereira da Silva N° de Pront.: \_\_\_\_\_  
Clínica: Unidade de emergência em UFE Data: 19-04-2019  
Clínico: Diego Auxiliar: Cáceres Instrumentadora: \_\_\_\_\_  
Anestesiista: Tora Anestesia: Local + sed.  
Início da Clínica: 19:45 Término: 20:15

MATERIAL USADO	QUANTIDADE
* COMPRESSAS	05 Unidades
* GAGES	10 Unidades
* ESPARADRAPO	
* COMPRESSAS	
* LÂMINA DE BISTURI N° 25	01 unid.
* LUVAS 8.0	03 pares
* EQUIPO PARA SORO	
* S CALPS N°	
* JELCOS Luvas 81 Procedimento	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 Unid.
* AGULHAS DESCARTÁVEIS	
* SONDA ENDOTRAQUEAL N°	
* TRAQUEOSTOMO	
* SONDA URETRAL N°	
* SONDA FOLEY N°	
* SONDA NASOGÁSTRICA N°	
* CATETER PARA 02	
* SONDA PARA ASPIRAÇÃO N°	
* COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	
* BOLSA DE COLESTÔMIA	
* DRENOS DE PENROSE N°	
* DRENOS DE TORAX N°	
* ATADURA GESSADA	
* FAIXA DE CREPOM	01 unid.
* ALGODÃO ORTOPÉDICO	
* CATGUT CROMADO	
* CATGUT SIMPLES	
* FIO DE ALGODÃO	
* MONONYLON 20	02 Unidades
* OUTROS FIOS	
* USO DO BISTURI ELÉTRICO	
* USO DE OXIGÉNIO	
* SOLUÇÃO DE PVPI ALCOÓLICA	
* SOLUÇÃO DE PVPI DEGERMANTE	100 ml
* SOLUÇÃO DE PVPI TÓPICO	
* SOLUÇÃO DE ETER	
* 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 Crema PVPI	03 und.
* XILOCAÍNA A 2%	
* ABD	



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

SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA

Paciente José Paulo P. Silveira Sexo M / F Idade 13 Prontuário N°   
 Estado Físico 2 3 4 5  EI  Ur  Em  
 Diagnóstico Pré-Operatório Esferite ex postita oleo Cirurgia Proposta Histerectomia  
 Diagnóstico Pós-Operatório 2º e 3º PD Enc. Cirurgia Realizada Colpectomia  
 Cirurgião Dra. VO Auxiliares Yellenia  
 Anestesiologista Lúcio

HISTÓRIA CLÍNICA	D. Neurológica <input type="checkbox"/>	Convulsão <input type="checkbox"/>	Enfermeira _____
Alergias <input type="checkbox"/>	D. Cardíaca <input type="checkbox"/>	Hipertensão <input type="checkbox"/>	D. Respiratória <input type="checkbox"/>
Diabetes <input type="checkbox"/>	Alcoolismo <input type="checkbox"/>	Câncer <input type="checkbox"/>	D. Hepática <input type="checkbox"/>
Uso de Drogas <input type="checkbox"/>	Cirurgia <input type="checkbox"/>	Prévia <input type="checkbox"/>	Sangramentos <input type="checkbox"/>
Local <input type="checkbox"/>	Bloqueio Espinal <input type="checkbox"/>	Plexo Braquial <input type="checkbox"/>	Medicamentos <input type="checkbox"/>
Outros dados _____	Transf. Sanguínea Prévia <input type="checkbox"/> Anestesia Prévia <input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/>		

EXAME FÍSICO	Peso (Kg) <u>50</u>	Temperatura (°C) <u>36,5</u>	Pressão Arterial (mmHg) <u>114/100</u> X <u>-/-</u>
Estatura (cm) <input type="checkbox"/>	Frequência Respiratória (IPM) <input type="checkbox"/>	Frequência cardíaca <u>77</u>	
Broncoespasmo <input type="checkbox"/>	Sopro Cardíaco <input type="checkbox"/>	Arritmias <input type="checkbox"/>	Velas Acessíveis <input checked="" type="checkbox"/>
Permeabilidade Vias Aéreas <input type="checkbox"/>	Coluna c/ Deformidades <input type="checkbox"/>	Local punção infectado <input type="checkbox"/>	Prótese <input type="checkbox"/>
Cor Corada <input type="checkbox"/>	Pálido <input type="checkbox"/>	Ictérico <input type="checkbox"/>	Cianótico <input type="checkbox"/>
Paresias <input type="checkbox"/>	Paralisações <input type="checkbox"/>	Área Quemada <input type="checkbox"/>	Gestação <input type="checkbox"/>
Meses. Outros Dados <u>18/02/01</u>			

EXAME LABORATORIAIS	Classificação ABO e Rh <input type="checkbox"/>	Leucograma <input type="checkbox"/>	Hematrócito <input type="checkbox"/>
ECG <input type="checkbox"/>	Risco Cirúrgico <input type="checkbox"/>	TGO <input type="checkbox"/>	Uréia <input type="checkbox"/>
Creatinina <input type="checkbox"/>	Bilirrubinas <input type="checkbox"/>	Fosfatase Alcalina <input type="checkbox"/>	Amilase <input type="checkbox"/>
Glicemia <input type="checkbox"/>	Ultrassonografia <input type="checkbox"/>	Tomografia <input type="checkbox"/>	Proteínas <input type="checkbox"/>
Valores Alterados ou relevantes/Outros Exames			

Pré-Anestésico  Efeito Satisfatório  Regular  Nenhum   
 Técnica Anestésica indicada Local + Seccao  
 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
s/ mov. membros	Apnéia, obstrução	P. A. Variando + 50%	Não responde	Cianótico
mov. 02 membros	Displnéia, 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 <input type="checkbox"/>	Cianose <input type="checkbox"/>	Náuseas <input type="checkbox"/>	Vômitos <input type="checkbox"/>	Ret. Urinária <input type="checkbox"/>	Hipertensão <input type="checkbox"/>
Hipertensão <input type="checkbox"/>	Arritmias <input type="checkbox"/>	Dor <input type="checkbox"/>	Dif. respiratório <input type="checkbox"/>	Sangramento <input type="checkbox"/>	Cefaléia <input type="checkbox"/>
Parada cardíaca <input type="checkbox"/>	Óbito <input type="checkbox"/>	Outros _____			

Alta da sala de recuperação

Para enfermaria <input type="checkbox"/>	Alta Hospitalar <input type="checkbox"/>	Transferência <input type="checkbox"/>	UTI <input type="checkbox"/>	Óbito <input type="checkbox"/>
--	--	--	------------------------------	--------------------------------

Anestesiologista \_\_\_\_\_

RESUMO

Paciente \_\_\_\_\_ ESTÁ CONFORME O ORIGINAL \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Estado Físico \_\_\_\_\_

História D. Atual Same Mossoró 24/04/2019

Cirurgia \_\_\_\_\_

Anestesia \_\_\_\_\_

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

B. L. C. Cirurgião \_\_\_\_\_

SAME / ARQUIVO \_\_\_\_\_

Anestesiologista \_\_\_\_\_

Data 12/01/2013 Anestesiologista LNA

## TÉCNICA ANESTÉSICA

Geral  Raquianestesia  Peridural  Pélvico Braquial  Bier  Local  Nervo Periférico

Outra \_\_\_\_\_

Geral Endovenosa  Inalatórfia  Balanceada  Associada a Bloqueio  Bloqueio Espinhal

Catéter  Nível de Puncão  Agulha nº  Posição  S Nível de Bloqueio

Bloqueio P. Braquial Interescalénico      Axilar      Kulemkampf      Lado      D.I.E.

Bier/Bloqueo N. Periférico \_\_\_\_\_

Sistema de Anestesia Circular  Bain  Baraka  Rubem  Outro \_\_\_\_\_

Intubação Fácil  Difícil  Sonda nº  Orotraqueal  Nasotraqueal  Fluxo sob máscara

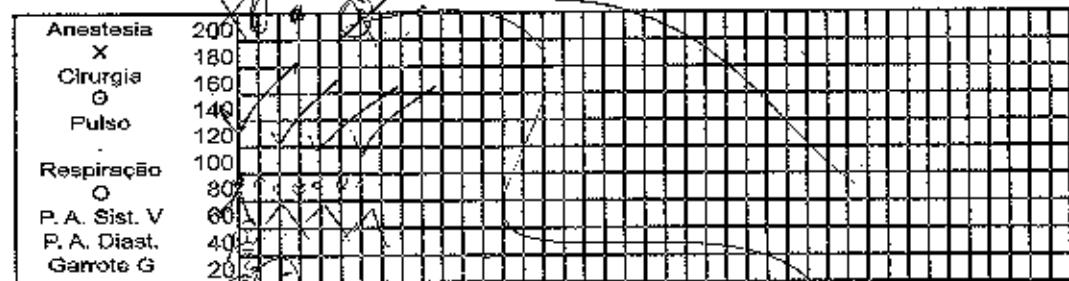
Traqueostomia  Outro \_\_\_\_\_

Ventilação Controlada  Assistida  Espontânea  Manual  Ventilação Mecânica

	Anestesia	Cirugía
Final	20:15	20:15
inicio	19:45	19:50
Total	30	25

**Outras anotações importantes**

	Hora - Agente - Dose
Oxigênio	11-97 22
N <sub>2</sub> O	11-97 22
Hipnótico	
Narcótico	
Rel. Muscular	
Anest. Local	
Atropina	
Prostigma	
Hidratação	
Sangue	



Hora - Agente - Dose

**Temperatura**     

Posição DPH  DVH  DLE  LITOMIA  Renal  Sentado

**Monitores** P. A.  **Estetoscópio**  **ECG**  **Est. Nervo Periférico**

Oxímetro  PVC  PAM  Outros \_\_\_\_\_

Sangramento (mls)  Diurese (mls)

**Complicações** Hipotensão  Choque  Hipertensão  Náuseas

Vômitos Convulsão Laringoespasmo Laringoespasmo Oligúria

Hipoxemia  Cianose  Arritmias  Desconexões do Sistema   
P. de Saturação  Outras

Parada Centralizada | Centro | Centro

Total de Sessões: **10** | Total de Minutos: **100** | Total de Segundos: **600**

Todas as cores SRPA LITI Alta Transferência Óbito

• 15 

Anestesiologista CRM 12.712



CONTROLE E REGISTRO DOS MATERIAIS ESTERILIZADOS E  
UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente:	José Paulo Pereira da Silva	Registro:	
Data de nasc.:	25/08/1983	Sexo:	( ) F (X) M
Nome da Mãe:	Antônia Pereira Moreira		
Data da Cirurgia:	19/10/2019	Cirurgião:	Diego
Procedimento:	Limppeza urinária em MI	Circulante:	Bell Pimenta
Assistente:			

**HRTM** CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL: <i>Prótese articular</i>	RESP. PREFATO:	DATA:
<i>Fonte clínica</i>	<i>19/10/2019</i>	
DATA ESTERILIZAÇÃO:	Nº DO LOTE:	
<i>19-6-19</i>	<i>0445</i>	<i>NA</i>
ESTERILIZAÇÃO VÁLIDA ENQUANTO A EMBALAGEM PERMANEÇER INTEGRA, SECA E ARMAZENADA EM CONDIÇÕES ADEQUADAS.		
DATA DO USO:	HORA:	S.O.:
CIRURGIA:	CBS:	

INTEGRADOR  
CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

Colar controles aqui

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINA  
LHE MOSSORÓ 19/10/2019

BIMO  
SAMU / ARQUIVO





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

## **EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Name: Bobbi Burns, Jr. SSN: 314-3 Name: Leito: 205-8

DATA	EVOLUÇÃO
30/04/2015	
	* FX EXPLOSÃO + NAVIOS INVERSOS DE PAPUA (25°) ON
	U) REGULAMENTO DE VIO

PRESCRIÇÃO

DATA: 20/04/2019

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

Nome: JOÃO PAULO PEREIRA DA SILVA 35 ANOS  
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 215-I  
DATA DA ADMISSÃO: 19/04/19 MOSSORÓ-RN CODIGO: 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
	ABDOM: ATÍPICO, PLACIDO E INDOLOR A PALPACAO. RHA.
	PRE-OP SOLICITO
	RISCO CIRURGICO*
	SISREG*

	PREScrição	HORÁRIO
1	DIETA VO LIVRE	
2	SF 0,9% 1500ML EV PARA 24 HORAS	12 22 32
3	TIATIL 40MG EV 1XDIA	10
4	DIPIRONA 1G + ABD 6/6 HORAS	16-22-04/10
5	OMEPRAZOL 40MG VO EM JEJUM 1XDIA	06
6	CLINDAMICINA 600MG DILUIDO EV 6/6 HORAS	16-22-04/10
7	ALTA MEDICA	

Dr. JOSÉ VASCONCELOS M. de Oliveira  
ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGISTA  
CRM/RN 5427

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

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

SAME / ARQUIVO

*Vítima*

**PROIBIDO PLASTIFICAR**

**1484806822**

**VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

**JOÃO PAULO PEREIRA DA SILVA**

DOC. IDENTIDADE / V.O. CONSORUT  
2348090 - ITEP RN

012.527.994-97 DATA NASCIMENTO  
25/08/1983

PAUTA  
NADA CONCRETA

ANTÔNIA PEREIRA MOREIRA

PERMESSO ACC C.R.H.  
PERMITED R.R.

Nº REGISTRO 06711807997 VALADES 07/12/2020 1ª HABILITAÇÃO 29/09/2016

Observações:  
A  
EAR

*Lento para portar armas*

ASSINATURA DO PORTADOR  
DATA EMISSÃO  
LOCAL: MOSSORÓ, RN 09/10/2017

*Leticia Maria Góis de Góis  
Coordenadora do Registro de Condutores  
Assinatura da Mídia*

00757515271  
RN7027701693

**RIO GRANDE DO NORTE**

**PROTOCOLO RECEBIDO**

**22 MAI 2019**

**TERRA DO SOLADM CORRETORA DE SEGUROS**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RN  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COO RENAVAM HNTRC EXERCÍCIO  
1 01170976589 \*\*\*\*\* 2018

NOME  
MARIA DE FATIMA FERREIRA DIAS

CPF/CNPJ PLACA  
969.581.384-49 QG09079

PLACA ANT/UF CHASSI  
QG09079/RN 9G2KCZ600KR005943

ESPECIE TIPO / NÃO APLICAVE COMBUSTIVEL  
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA / GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
HONDA/CG 160 START 2018 2019

CAP/POT/CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
0CV/162 CILINDRADAS PARTICULAR VERMELHA

COTA ÚNICA		VENC COTA ÚNICA	VENC/COTAS
I	R\$ 0,00	05/12/2018	1º PAGO
P	FAIXA I PVA	PARCELAMENTO/COTAS	2º PAGO
V	A 002898-3X	R\$ *****	3º PAGO

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\* \* \* TAXAS DETRAN: PAGO \* \* \* DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES  
ALLEN. FID. EM FAVOR DE: 03.634.220/0001-65  
BANCO HONDA S/A  
MOTOR: XG2SE0X005974

PROTOCOLO RECEBIDO  
22 MAI 2018

TERRADO SOL ADM  
CORRETORA DE SEGUROS

DATA  
MOSSORÓ/RN 08/11/2018

REGISTRO DE VENDA  
COMPROVANTE DE VENDA

**PROCURAÇÃO**

OUTORGANTE

NOME:	João Paulo Pereira de Silva		
NACIONALIDADE:	Brasileiro		
PROFISSÃO:	Serralher		
IDENTIDADE:	002.348.090	CPF:	032.527.994-94
ENDEREÇO:	Av. Rio Metálico N° 104 Alto São Menor		

OUTORGADO

NOME:	Bianca Pereira de Silva		
NACIONALIDADE:	Brasileira		
PROFISSÃO:	Desloc		
IDENTIDADE:	003.501.482	CPF:	110.717.794-43
ENDEREÇO:	Av. Rio Metálico N° 104 Alto São Menor		

NOME DA VÍTIMA: João Paulo Pereira de Silva

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

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.



LOCAL E DATA

Manaus - AM 34/05/19

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
22 MAI 2019  
TERRA DO SOL ADM.  
CORRETORA DE SEGUROS

ASSINATURA DO OUTORGANTE  
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 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](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**LIDER****PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

CPF do sinistro ou ASL:  Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR 01/SEP-Nº 445/2012

Nome completo:  CPF:   
Profissão:  Endereço:   
Bairro:  Cidade:   
E-mail:

Estado:  CEP:   
Número:  Complemento:   
Tel.(DDI):

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

RENDA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINAR UMA DPCAO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (informe para os bancos abertos, assimilar uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todas as bancos):  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:  CONTA:  6  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:  CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

Não há IMI que atende a regras do acidente ou da minha residência; ou  
 O IMI que atende a regras do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IMI que atende a regras 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 custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE UNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou compatrieta(s):  Sim  Não Se a vítima deixou compatrieta(s), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/vivos?  Sim  Não Vítima deixou pais/vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente indemnizado do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provoquem responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:  Nome: \_\_\_\_\_ Cpf: \_\_\_\_\_

Assinatura de quem assina o RG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

Assinatura de 2 testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escrever numa pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A seu Risco, na presença de 2 (dois) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSARIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDENCIA DE TODOS.

Assinatura



AUTO-ATENDIMENTO - AG TERRA DO SAL RN  
DATA: 15/05/2019 HORA: 14:29:48  
TERMINAL: 30641017 CONTROLE: 306410170627

DEPÓSITO EM DINHEIRO

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

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 000

TELEFONE DEPOSITANTE: 84 99827-0056

NÚMERO DO ENVELOPE: 34928803

A confirmação do depósito se dará pelo  
lancamento 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](http://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: proximo 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

EN VOLVIDO(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

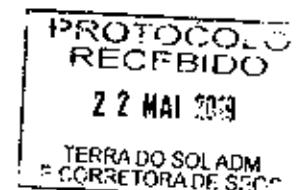
Logradouro: Avenida Rio Mossoró

Complemento: proximo a Igreja

Bairro: Alto de São manoel

Telefone: (84) 98891-8802 (Celular)

Nº: 104



Nome Civil: DESCONHECIDO 1, CONDUTOR DO VEÍCULO CAMINHONETE AMAROK DE COR CINZA (SUPÓSTO 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: QGO9079

Renavam: 01170976589

Número do Motor: KC25E0K005974

Número do Chassi: 9C2KC2500KR005943

Ano/Modelo Fabricação: 2019/2018

Cor: VERMELHA

UF Veículo: Rio Grande do Norte





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
PÓLICIA 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 Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran: 08/11/2018

Situação do Véculo 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 Alto 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. Celia  
Agente de Polícia Civil  
Mat. 108.172-1  
Cid Ney Fernandes Celia  
Responsável pelo Aleitamento

João Paulo Pereira da Silva  
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de ação que sou o(a) Unico(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 359-Denúncia Colunista e 340-Comunicação Falsa do Crime ou de Constituição do Código Penal Brasileiro."



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> PANS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima: <b>032.527.994-97</b>	Nome completo da vítima: <b>José Paulo Pereira da Silva</b>	
Nome completo: <b>José Paulo Pereira da Silva</b>	Profissão: <b>Servente</b>	Endereço: <b>Avenida Rio Moniz</b>	CEP: <b>(112.527.994-97</b>
Bairro: <b>Alto de São Manoel</b>	Cidade: <b>Mossoró</b>	Estado: <b>RN</b>	Número: <b>304</b> Complemento: <b>Casa</b>
E-mail: <b>Naec Panzi</b>			TELEFONE: <b>(54) 99327-0066</b>
<p>Declaro, para todos os fins de débito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).</p> <p><b>DADOS CADASTRAIS</b></p> <p><b>RENDA MENSAL:</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR      <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00</p> <p><input type="checkbox"/> SEM RENDA      <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00</p> <p><input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00      <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00</p> <p><input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00      <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00</p> <p><b>DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINAR UMA ORGÃO DE CONTA</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Ativar uma opção)</p> <p><input type="checkbox"/> Bradesco (237)      <input type="checkbox"/> Itaú (343)</p> <p><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (002)      <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (304)</p> <p>AGÊNCIA: <b>0560</b>      CONTA: <b>34682</b></p> <p>(Inserir o dígito de conta)      (Inserir o dígito de conta)</p> <p>AGÊNCIA: _____ CONTA: _____</p> <p>(Inserir o dígito de conta)      (Inserir o dígito de conta)</p>			

Autrizo à Seguradora Lider 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro       Casado/Divorciado       Divorciado       Separado judicialmente       Víviro      Data de 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 a vítima teve filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

Esclareço que a Seguradora Lider pagará, caso devidos, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e puderem comprovar este condicione, esclareço, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a anulação do valor recebido, além de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impresso:  
Digitalizado  
Assinado  
Assinatura  
Assinatura

Local e Data: **Mossoró / RN / 14/05/19**

Nome:

CPF:

Assinatura de quem assina A RÔGO

Assinatura do beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: **PROTÓCOLO RECEBIDO**  
CPF: \_\_\_\_\_

22 MAIO 19

2º | Nome: **TERRITÓRIO ADM.  
EX-PRORETORA DE SITIO**  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

\* A vítima/beneficiário não deve escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cópia do ínterio do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSARIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDENCIA DE TODOS.



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 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: MOSSORÓ-BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 709008361636625

CPF: 01252799497

Prof:

Mãe: ANTONIA PEREIRA MOREIRA

Pai: NAO INFORMADO

Logradouro: RIO MOSSORÓ, 104

CEP: 59625120

Bairro: ALTO DE SAO MANOEL

Cidade: MOSSORÓ

Telefone: 84.986447394

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	P.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

## HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

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

Hora: \_\_\_\_\_

Paciente vítima de queda de moto há cerca de 01min, conduzido por familiar. Queixa-se dor no pé. Nege alterações, comorbidades, uso de medicamentos. Em jejum há 1h. Há consumo de álcool e uso de capacete. Sintomas e sinais: A: Vias aéreas pernas, sem cefalofagia. B: MVR simétrico bilateralmente, sem Duidor Adm. C: Estável hemodinamicamente FC: 98 bpm PR: 16 ipsos. D: Pupilas isocárcas e fotoreceptoras; ECG: NS. E: 3º pododáctilo com ferida de substância ácida (Ex exposta) 5º pododáctilo: F: ferimento contuso-cortado em base e cianose.

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	MÉDICO	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
① Ibat 3000 UI, IM	DR. LUCAS	IV	17:30	
② Clindamicina 600mg + 10ml 5% g.a., IV (Suspens)				
③ Iatil 40mg + AD, IV.				
Inhalador da Atroposita				
Radiografia de pé e APO perfil (obliqua)				
1. Exa. Cir. 500mg, 2F&1 + 10ml de ST 0,9%.				
TV aguda.				
Mts da Emergencia	PROTÓCOLO RECEBIDO			
Sto, 9 500 ml	22 MAI 2019			
	TERRADO SOLADM			
	E CORRETORA DE STO			

\*SAÍDA: ( ) Decisão médica ( ) Transferido ( ) Evasão ( ) Óbito ( ) Interna: (Preencher no PROC) CID: 892.7 Proc: 0408050470 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  
ESTÁ CONFORME O ORIGEM  
SAME MOSSORÓ - 19/04/2019

SAME / ARQUIVO

Vipera de dentro do mato qual  
queimado fe exoma do 2º P.O e 5º P.O  
de pe e com o perfume de  
5º P.O P. aumentando em.  
já não pe certa eu que

~~LIT. LIMA / V. VIEIRAS / ORTOPEDICO / 1983~~

HOSPITAL REGIONAL TARCISO DIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 24/07/86

----- Rimo  
SAME / ARQUIVO