



Número: **0812845-12.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **26/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                             |                    | Procurador/Terceiro vinculado                |                          |
|------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------|--------------------------|
| FRANCISCO CARLOS RODRIGUES (AUTOR) |                    | LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)       |                          |
| SEGURADORA DPVAT (RÉU)             |                    | Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)     |                          |
| Documentos                         |                    |                                              |                          |
| Id.                                | Data da Assinatura | Documento                                    | Tipo                     |
| 60297<br>223                       | 17/09/2020 18:32   | <a href="#">2751765_CONTESTACAO_Anexo_03</a> | Documento de Comprovação |

# BRADESCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237      AGÊNCIA: 2373-6      CONTA: 000000429200-6

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO CARLOS RODRIGUES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03226-3

CONTA: 000001007929-2

---

---

Nr. Autenticação

BRADESCO0707202005000000000023703226000001007929135000 PAGO



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200230296 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO CARLOS RODRIGUES **Data do acidente:** 01/01/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 01/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA TORÁCICO COM RUPTURA DO PULMÃO ESQUERDO.  
FRATURA DE ARCOS COSTAIS À ESQUERDA.  
ESMAGAMENTO DA MÃO DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (AMPUTAÇÃO DISTAL DA FALANGE DO 3º DEDO + DRENAGEM TORÁCICA). ALTA MÉDICA. P5

**Sequelas permanentes:** DÉFICIT ANATÔMICO DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                                                        | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Dedos mão-Perda anatômica completa de<br>qualquer um dentre os outros dedos da<br>mão | 10 %                                            | Em grau completo -<br>100 %                                   | 10%       | R\$ 1.350,00             |
| Total                                                                                 |                                                 |                                                               | 10 %      | R\$ 1.350,00             |





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, 09 de Julho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200230296**

**Vítima: FRANCISCO CARLOS RODRIGUES**

**Data do Acidente: 01/01/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARIA ALCINEIDE DA SILVA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), FRANCISCO CARLOS RODRIGUES**

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

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 1.350,00 |

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

**Recebedor: FRANCISCO CARLOS RODRIGUES**

**Valor: R\$ 1.350,00**

**Banco: 237**

**Agência: 000003226-3**

**Conta: 000001007929-2**

**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.

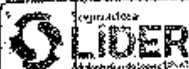
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

1 - Nome do segurado no ASL:

3 - CPF do segurado:

022748334-33

4 - Nome completo do titular:

Francisco Carlos Rodrigues

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

11 - Bairro:

15 - E-mail:

8 - Endereço:

12 - Cidade:

16 - Telefone:

6 - CPF do representante legal:

13 - Estado:

14 - Data de nascimento:

022748334-33

320

39625-300

(84) 99827-0066

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RENDIMENTO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.500,00 ATE R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 ATE R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (204)

AGÊNCIA: 3226

3

CONTA:

3007929

2

AGÊNCIA:

CONTA:

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

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em não submeter à análise médica presencial, caso necessário, às contas na Seguradora LIDER para verificação da existência e a qualificação nas lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou recusa ao direito de eu prestar a avaliação médica, caso disponível, de meu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou comprovante(s):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou comprovante(s), informe o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar:

Falecidos:

30 - Vítima deixou comprovante(s) de morte?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/falidos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar o cancelamento do resgate e o valor restituído, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

29

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a pedido):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a pedido):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a pedido):

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Assinatura da vítima/beneficiário (ou representante)

Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA ESPECIALIZADA EM FURTOS E ROUBOS DE MOSSORÓ -  
MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 010813/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 29/01/2020 16:58 Data/Hora Fim: 29/01/2020 17:30  
Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial de Mossoró  
Data/Hora do Fato: 01/01/2020 13:28

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)  
Bairro: Alto de São Manoel  
Logradouro: Av. Presidente Dutra  
Complemento: Próximo a LE Pneus

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza                                | Meio(s) Empregado(s) |
|-----------------------------------------|----------------------|
| 1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO | Outro(s)             |

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO CARLOS RODRIGUES (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 19/05/1965 Idade: 54 anos  
Naturalidade: RN - Mossoró Profissão: Aposentado  
Estado Civil: Casado(a) Nome do Pai: RAIMUNDO RODRIGUES DA SILVA  
Nome da Mãe: MARIA CONCEICAO DA SILVA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 022.748.114-31

Endereço

Município: Mossoró - RN Nº: 320  
Logradouro: RUA DOUTOR PEDRO CIARLINE  
Complemento: B CEP: 59.600-000  
Bairro: ALTO SAO MANOEL  
Telefone: (84) 98638-8352 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

|                                     |                                         |
|-------------------------------------|-----------------------------------------|
| Grupo Veículo                       | Subgrupo Motocicleta/Motoneta           |
| Descrição veículo tipo motocicleta  | CPF/CNPJ do Proprietário 022.748.114-31 |
| Placa MYP4561                       | Renavam 00932911161                     |
| Número do Motor KC08E27031798       | Número do Chassi 9C2KC08207R031798      |
| Ano/Modelo Fabricação 2007/2007     | Cor AZUL                                |
| UF Veículo Rio Grande do Norte      | Município Veículo Mossoró               |
| Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD | Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD           |
| Veículo Adulterado? Não             | Quantidade 1 Unidade                    |
| Situação Envolvido                  | Última Atualização Denatran 02/01/2020  |

Delegado de Polícia Civil: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto  
Impresso por: Luiz Valdério da Sales Nobre  
Data de Impressão: 29/01/2020 17:30  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA ESPECIALIZADA EM FURTOS E ROUBOS DE MOSSORÓ -  
MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 010813/2020

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

FRANCISCO CARLOS RODRIGUES

Envolvimentos

Proprietário, Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante compareceu a esta delegacia de polícia, para noticiar que no dia, hora e local supracitados, conduzia o veículo acima mencionado pela Avenida Presidente Dutra, sentido centro/bairro, quando o condutor do veículo tipo automóvel de cor branca, de placa e características não identificadas, que seguia sentido contrário, realizou uma conversão proibida à esquerda e, sem observar o veículo do declarante, entrou na avenida, vindo a colidir contra o seu veículo; QUE: devido a colisão, o comunicante foi arremessado de encontro a pista, sofrendo lesões conforme consta no boletim de atendimento nº. 27/2020 do HRTM (Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia); QUE: relatou ainda que após o acidente de trânsito, o condutor do veículo causador do acidente de trânsito se evadiu do local, sem esperar a equipe de trânsito para a perícia; QUE: informa que foi socorrida pelo SAMU até o HRTM (Hospital Regional Tarcísio Maia); QUE: registra este BO para fins de Seguro DPVAT. E nada mais disse.

ASSINATURAS

Luiz Valdério de Sales Nobre

Agente de Polícia  
Matrícula 170.249-1

Responsável pelo Atendimento

FRANCISCO CARLOS RODRIGUES

(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que daí originar, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto  
Impresso por: Luiz Valdério de Sales Nobre  
Data de Impressão: 29/01/2020 17:30  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 17/09/2020 18:32:02

<https://pje1g.trjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091718320189100000057861522>

Número do documento: 20091718320189100000057861522

Num. 60297223 - Pág. 6



**SAMU  
MOSSORÓ  
192**

**Prefeitura Municipal de Mossoró  
Secretaria Municipal da Saúde  
SAMU MOSSORÓ 192**

**DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 028**

Mossoró 23 de Janeiro de 2020

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário: **FRANCISCO CARLOS RODRIGUES, 54 anos.**

**Natureza da Ocorrência:** Acidente Automobilístico: Colisão Moto x Carro

**Data da Ocorrência:** 01/01/2020

**Local da ocorrência:** Avenida: Presidente Dutra, Alto de São Manoel prox. L.E Pneus.

**Viatura:** BRAVO – Unidade de Suporte Básico de Vida - 01

**Hora do Chamado:** 13h 28min.

**Procedimento no Local:** Na cena, vítima foi submetida à imobilização (prancha, colar, coxim e tirantes), e foi encaminhada para a Unidade de Saúde (HRTM), conforme regulação médica do **SAMU 192 Mossoró.**

Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: **Francisco Carlos Rodrigues, 54 anos, portador de RG: 02.530.**  
Estamos à disposição para mais informações.

  
SILVANA DO MONTE SANTIAGO  
DIRETORA ADM. SAMU  
MAT. 58682-1

**Silvana do Monte Santiago**  
Matrícula 58682-1  
Diretora Administrativa do SAMU/Mossoró

  
Dr. Dixon F. Medeiros Lima  
Diretor / SAMU  
Mat. 405418-3  
CRM/RN 5997

**Dixon Fradik Medeiros Lima**  
Matrícula 405418-3  
Diretor Geral do SAMU/ Mossoró

**SAMU – Mossoró**  
Rua: Seis de Janeiro, 509 – Santo Antonio – CEP: 59611-070 – Mossoró - RN  
Tel / FAX: (0xx-84)3315-4915  
e-mail: [samumossoro@hotmail.com](mailto:samumossoro@hotmail.com)





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos telefones 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 021 91 35

Eu, Maria Alcineide da Silva  
RG nº 001 403 798, data de expedição 11/11/19  
Órgão Ap, CPF nº 904728704-59

venho perante a este Instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|                                   |                                  |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>Rua Doutor Pedro Ciarline</u> |
| Número                            | <u>320</u>                       |
| Apto/Complemento                  | <u>apto</u>                      |
| Bairro                            | <u>Alto de São Manoel</u>        |
| Cidade                            | <u>Moço</u>                      |
| Estado                            | <u>PR</u>                        |
| CEP                               | <u>59625-300</u>                 |
| Tel. de contato                   | <u>(84) 99827-0066</u>           |
| E-mail                            | <u>Não possui</u>                |

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data:

Moço - PR 30/09/2020

Maria Alcineide da Silva

Assinatura do Declarante





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À 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 indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 9h às 20h)  
Capital e regiões metropolitanas: 4020-3596 / Outras regiões: 0800 022 12 94

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 11 06 | Central Covid-19: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=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 da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <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 ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria Alcineide da Silva  
inscrito(a) no CPF/CNPJ 904728704, 59 na qualidade de Procurador(a) / Intermediário(a) do Beneficiário  
Francisco Carlos Rodrigues inscrito(a) no CPF sob o Nº 02274834431  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da vítima Francisco Carlos Rodrigues  
inscrito(a) no CPF sob o Nº 022748344, 31 conforme determinação da Circular Susep 445/12:  
Declaro Profissão: Revisor Renda: Revisor 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>Rua Doutor Pedro Ciarline</u> | Número: | <u>320</u> | Complemento: | <u>Casa</u>            |
| Bairro:   | <u>Alto de São Mandel</u>        | Estado: | <u>MS</u>  | CEP:         | <u>59625-100</u>       |
| E-mail:   | <u>João Bonini</u>               |         |            | Tel (DDD):   | <u>(84) 99827-0066</u> |

Local e Data: Maracá 30/05/2020

Maria Alcineide da Silva  
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 17/09/2020 18:32:02

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091718320189100000057861522>

Número do documento: 20091718320189100000057861522

DR. WILLIAM CARVALHO FERREIRA  
CRM 1150-MTB 149 RJ  
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA-DOENÇAS REUMATICAS

MEDICINA DO TRABALHO

LAUDO MÉDICO

O paciente FRANCISCO CARLOS RODRIGUES  
55 ANOS de idade, CPF: 022.748.114-31.

HISTÓRICO: Acidente de TRANSITO, com  
MOTO e AUTOMÓVEL no dia 01.01.2020.

Sobre POLITRAUMATISMO GRAVE, com  
TRAUMA de TÓRAX, ruptura do pulmão  
esquerdo + FRATURA de arcos costais,  
operado e internado em UTI, TOTAL de  
INTERNAÇÃO HOSPITALAR de 9 DIAS. NO MESMO  
Acidente sobre esmagamento da mão  
direita, inclusive AMPUTACÃO na extreni-  
dade distal da FALANGE MÉDIA, opera-  
do no mesmo dia concomitantemente.

Quadro Atual e Sequelas DEFINITIVAS

- Dor mediante curso respiratório maior
- Perda da capacidade funcional da  
mão direita, além das dores espontâneas,  
correspondente à 60%.

Convenir que seja submetido à exame  
pericial para pleitear o que lhe for de  
DIREITO. CID<sub>10</sub> S67.8

Policlínica Médica  
Rua João Pessoa, 68 - Centro  
Fone (84) 3321-6121  
Horário 2ª, 4ª e 6ª a partir das 10h da manhã

MOSSORO 25.06.2020

Horário 2ª, 4ª e 6ª a partir das 7h às 9h30min  
3ª e 5ª Todas as manhã

Clinica Oitava Rosado  
Rua Juvenal Lamartine, 119 - Centro  
Fone (84) 3317-3636

*William Carvalho Ferreira*  
Fco William Carvalho Ferreira  
Mossoro - CRM 1160RN





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA  
BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 27 /2020  
Admissão: 01/01/2020 13:27:18

OK

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 55360 - FRANCISCO CARLOS RODRIGUES (54 a 7 m 13 d)  
Nascimento: 19/05/1965 Natural: MOSSORO, BRASIL Sexo: M Cor: PARDA  
CNS: CPF: 02274811431 Prof: Pai: RAIMUNDO RODRIGUES DA SILVA  
Mãe: MARIA CONCEICAO DASILVA Cidade: MOSSORO  
Logradouro: PROJETADA, 10 Bairro: AEROPORTO  
CEP: 59607100  
Telefone: 84.33153400

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO  
Origem: SAMU RN

Tipo: REGULADO  
\*Empresa:

|                                                           |         |     |       |      |                     |              |       |         |     |
|-----------------------------------------------------------|---------|-----|-------|------|---------------------|--------------|-------|---------|-----|
| Motivo(alegado pelo paciente): C.C. 10/10/2020 - 13:24:47 |         |     |       |      | Empresa:            |              | PESO: |         |     |
| Origem: SAMU RN                                           |         |     |       |      | Classificação:      |              |       |         |     |
| OBS: SAMU                                                 |         |     |       |      | 01/01/2020 13:24:47 |              |       |         |     |
| HORA                                                      | P.A.    | HGT | SatO2 | FIO2 | F.R.                | F.C. / Pulso | TEMP. | Glasgow | RTS |
|                                                           | 140 100 |     | 94    |      |                     | 150          |       |         |     |
| EXAME FÍSICO                                              |         |     |       |      |                     |              |       |         |     |

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: COLISÃO MOTO-CARRO. APRESENTA ESCORIAÇÕES NO PÉ R. FRATURA EXPOSTA EM DEDO DA MÃO D ALCOOLIZADO.  
GLASGOW 14  
Hora: 13:37

Paciente vítima de colisão moto x carro, vem a esta unidade trazido pelo SAMU conforme protocolo. Paciente refere estar alcoolizado, informa ter havido perda de consciência no momento do acidente, nesse ínterim, vômitos e amnésia. Ao exame:

A - vitas e sinais vitais: sem alteração

B - m. @ bilateralmente de ápice a base. sem RA. SpO2: 97%

C - Hemodinamicamente estável; pulsos de 2.0, simétricos e fortes. PA: 140x100

D - RCG 15 (KAO); GEM 4.2V. Pupilas isocóricas e fotoreagentes. Sem déficit.

E - Ferimento cortivo-cortivo em região lateral de pé inferior. Apresenta ferimento com fratura exposta em 2º quadrante de mão @. Apresenta ferimento cortivo, contuso em região medial de tornozelo @

Tórax: Doloroso à palpação de ambos os hemitórax. Regiões anteriores.

Abdomen: Flácido, plano, doloroso à palpação de hipocôndrio D e E e epígastrico. Sem ruídos. Peritônio: Relatado estável.

Diagn. Inicial: Politrauma

PRESCRIÇÃO:

@ Solução parenteral de analgesia + neurolept analgésico + hidratação intravenosa.  
@ Solução de soro R, potássio e magnésio @, 1L de cada 4 horas - 1 hora - 1 hora.  
@ de soro, eletrólitos, vitaminas, e outros.

Dr. Raimundo Roberto de Oliveira  
Cirurgião Geral - Especialista  
CRM 2834

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORO 22/01/2020

SAME / ARQUIVO

\*SAÍDA: ( ) Decisão médica ( ) Transferido ( ) Evasão ( ) Óbito ( ) Interna: (Preencher CID, PROC)

CID Proc.

Data: 1 / 19. Hr: : Médico:

\*Gerado via SX por FRANCISCA VALERIA DE MEDEIROS. Impresso em 01 de Janeiro de 2020.  
Carimbar

(Assinar e)

Am - 1670



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA  
BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 491 /2020  
Admissão: 08/01/2020 06:50:38

OK

CIRURGIA GERAL - AZUL

Paciente: 55360 - FRANCISCO CARLOS RODRIGUES (54 a 7 m 20 d)  
Nascimento: 19/05/1965 Natural: MOSSORO, BRASIL Sexo: M Cor: PARDA  
CNS: 700002259719508 CPF: 02274811431 Prof: NAO SE APLICA  
Mãe: MARIA CONCEICAO DA SILVA Pai: RAIMUNDO RODRIGUES DA SILVA  
Logradouro: DOUTOR PEDRO CIARLINE, 320 Cidade: MOSSORO  
CEP: 59625100 Bairro: ALTO DE SAO MANOEL  
Telefone: 84.987883952 Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): CONSULTA DE  
URG/EMERGENCIA  
Origem: FAMILIA

Tipo: REGULADO

\*Empresa:

| OBS: |      |     |       |      |      | Classificação:      |       | PESO:   |     |
|------|------|-----|-------|------|------|---------------------|-------|---------|-----|
|      |      |     |       |      |      | 08/01/2020 06:45:58 |       |         |     |
| HORA | P.A. | HGT | SatO2 | FiO2 | F.R. | F.C. / Pulso        | TEMP. | Glasgow | RTS |
|      |      |     |       |      |      |                     |       |         |     |

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: ENCAMINHADO POR ERMANCE  
Hora: \_\_\_\_\_

Paciente vitioso da de, pente  
de transito. Refere dor torácica.

PA = 130/90 AS 07:55

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO  
ESTÁ CONFORME O ORIGIN.  
SAME MOSSORÓ 23/01/2020  
B.L.W.

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

|                                | VIA | HORARIO | ASSINT. |
|--------------------------------|-----|---------|---------|
| 12. Simples - 1000ml           | 12  | 22      |         |
| EV - 42 g/min                  |     |         |         |
| Tilatil - 40 mg - 0.5% (1/2 h) |     |         |         |
| Dipirone - 500 (1/2 h)         |     |         |         |
| Amoxicilina - 500 (1/2 h)      |     |         |         |
| NBZ - 50 - 5ml                 |     |         |         |
| Curcuma 3x400mg                |     |         |         |

\*SAÍDA: ( ) Decisão médica ( ) Transferido ( ) Evasão ( ) Óbito ( ) Interna: (Preencher CID, PROC)

CID \_\_\_\_\_ Proc. \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ /20. Hr: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_  
(Assinar e Carimbar)

\*Gerado via SX por MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA. Impresso em 08 de Janeiro de 2020.

Proc - 041209016  
CID - S.27.0  
Ermance



# NCR

Coluna moto x carro, alcoolizado.

0 = 15p. sem dor

TC crânio: sem alterações.

fratura maxilar direita.

TC de coluna sem alterações

Ad. Orientações  
alta do NCR

Moisés Felipe  
Neurocirurgia  
CRM 71729 RJ

# HORTO PENS #

4/01/2020 16:06

Pronta visão de ver dente notando  
em face lateral de mão direita

Soluto RX.

Dr. Leandro Freire  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM/RN 7439 TEOT 16086 RQE 21/5

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORO 22.01.2020  
SAME / ARQUIVO BIM





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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Fco. C. Rodrigues Reg Nº \_\_\_\_\_

Diagnóstico pré-operatório: Pericardite traumática

Indicação terapêutica: Toracotomia Esquerda com  
Drenagem Torácica Fechada.

INTERVENÇÃO

Início: \_\_\_\_\_ Fim: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_

Operador Emmanuel

1ª Auxiliar: \_\_\_\_\_

2ª Auxiliar: \_\_\_\_\_

3ª Auxiliar: \_\_\_\_\_

Instrumentador: Luiz

Anestesista: \_\_\_\_\_

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTA CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 22.10/2020  
BIM  
SAME / ARQUIVO

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 (x) Pot. Contaminada ( ) Contaminada ( ) Infectada

Abordagem em decúbito dorsal  
Ab anestesia local - Rastilene  
Toracotomia Esquerda com  
Drenagem Torácica Fechada  
Curativo

Emmanuel  
BR 1679



Prontuário: 211353



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 **FRANCISCO CARLOS RODRIGUES** (Fia: 4/2020), CPF:02274811431.

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, 01 de Janeiro de 2020.

Paciente ou responsável

**CCIH - HRTM**

DATA 08/01/2020

*Rapala*  
Assinatura

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

DATA 10/01/2020

*[Assinatura]*  
Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 22/01/2020

*[Assinatura]*  
SAME / ARQUIVO



Sistema Ministério  
SUS único de da  
Saúde Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## 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  
FRANCISCO CARLOS RODRIGUES (8 - 4/2020)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO  
211353

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
700002259719508

8 - DATA DE NASCIMENTO  
19/05/1965

9 - SEXO  
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR  
PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE  
MARIA CONCEICAO DA SILVA

12 - TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE  
DDD 84 33153400

13 - NOME DO RESPONSÁVEL  
FRANCISCO CARLOS RODRIGUES

14 - TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE  
DDD 84 33153400

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)  
PROJETADA, 10 - AEROPORTO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
MOSSORO

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO  
240800

18 - UF  
RN

19 - CEP  
59607100

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Transtorno mental. Paciente vítima de acidente de trânsito. Refere dor torácica e dificuldade de respirar.*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

*Trat. cirúrgico*

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

*Ex. Clínico + Ex. Radiológico*

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

PNEUMOTORAX TRAUMÁTICO

24 - CID 10  
PRINCIPAL  
S27.0

25 - CID 10  
SECUNDÁRIO  
V69.4

26 - CID 10  
CAUSAS ASSOC.

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  
TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO  
412040166

29 - CLÍNICA  
CIR

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO  
( ) CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE  
13045881491

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE  
ERMANCE FERNANDES PINHEIRO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
01/01/2020

35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

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

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO  
37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO  
38 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR  
LIGINEY LINO DE OLIVEIRA

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORO 22/01/2020

48 - DOCUMENTO  
(X) CNS ( ) CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
980016001835565

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

SAME / ARQUIVO





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

DÉBITO CIRÚRGICO

Nome do paciente: Francisco Carlos Rodrigues N° do Pront.: 01.01.2020  
Cirurgia: Encefaloma E den. torácica fechada Data: 01.01.2020  
Cirurgião: Dr. Enmanuel Auxiliar: Acad. DARA Instrumentadora: -  
Anestesista: - Anestesia: local  
Início da Cirurgia: 16:02 Término: 16:25

| MATERIAL USADO                     | QUANTIDADE     |
|------------------------------------|----------------|
| * COMPRESSAS                       | 10 unidades    |
| * GASES                            | 03 pacotes     |
| * ESPARADRAPO                      |                |
| * COMPRESSAS                       |                |
| * LÂMINA DE BISTURI N° 24          | 01 unidade     |
| * LUVAS 7.0, 7.5, 7.5              | 01 par de cada |
| * EQUIPO PARA SORO                 |                |
| * S CALPS N°                       |                |
| * JELCOS                           |                |
| * CATETER PARA SUBCLAVIA           |                |
| * SERINGAS DE 01 ML                |                |
| * SERINGAS DE 03 ML                |                |
| * SERINGAS DE 05 ML                | 02 unidades    |
| * SERINGAS DE 10 ML                | 01 unidade     |
| * SERINGAS DE 20 ML                | 03 unidades    |
| * AGULHAS DESCARTÁVEIS 40X12       |                |
| * SONDA ENDOTRAQUEAL N°            |                |
| * TRAQUEOSTOMO                     |                |
| * SONDA URETRAL N°                 |                |
| * SONDA FOLEY N°                   |                |
| * SONDA NASOGÁSTRICA N°            |                |
| * CATETER PARA O2                  |                |
| * SONDA PARA ASPIRAÇÃO N°          |                |
| * COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO |                |
| * BOLSA DE COLESTOMIA              |                |
| * DRENO DE PENROSE N°              | 01 unidade     |
| * DRENO DE TORAX N° 38             |                |
| * ATADURA GESSADA                  |                |
| * FAIXA DE CREPOM                  |                |
| * ALGODÃO ORTOPÉDICO               |                |
| * CATGUT CROMADO                   |                |
| * CATGUT SIMPLES                   |                |
| * FIO DE ALGODÃO                   |                |
| * MONONYLON                        |                |
| * OUTROS FIOS Vicryl ODA           | 02 unidades    |
| * USO DO BISTURI ELÉTRICO          | Sim            |
| * USO DE OXIGÊNIO                  |                |
| * SOLUÇÃO DE PVPI ALCÓOLICA        |                |
| * SOLUÇÃO DE PVPI DEGERMANTE       | 1000ml         |
| * SOLUÇÃO DE PVPI TÓPICO           |                |
| * SOLUÇÃO DE ETER                  |                |
| * SOLUÇÃO DE ÁGUA OXIGENADA        |                |
| * SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%         | 1.500ml        |
| * SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%          |                |
| * SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO     |                |
| * SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO     | 04 pacotes     |
| * SOLUÇÃO DE RINGER SIMPLES        | 04 unidades    |
| * MANITOL                          | 06 pacotes     |
| * XILOCAINA A 2%                   | 03 unidades    |
| * ABD escovas p/ assepsia          | 02 unidades    |

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 02.01.2020

SAME / ARQUIVO





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

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Rob. C. Rodrigues Leito: 305-2

| DATA                  | EVOLUÇÃO           |
|-----------------------|--------------------|
| 01/01/20              | Pós-operatório com |
| 1 - Shampo            | líquido-jeloso     |
| 2 - S. vital          | Posição de Fowler  |
| 3 - R. Simple - 200ml | EV - 30 f/min      |
| 4 - Hidrocarbon       | 500ml              |

PRESCRIÇÃO

| Data                                                                                   | Prescrição | Via | ENFERMAGEM |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|------------|------------|
|                                                                                        |            |     | HORÁRIO    | ASSINATURA |
| 5 - NIBZ - 50-5ml                                                                      | 15 min     |     |            | 06         |
| 6 - Atrovent - 200                                                                     | 3x ao dia  |     |            |            |
| 7 - Amoxicina - 500- 200ml                                                             |            | EV  | 12/12h     | 16-04      |
| 8 - Tramal 100 - 100ml                                                                 |            | EV  | 8/12h      | 17-01-09   |
| 9 - Rhoifedina - 100ml                                                                 |            | EV  | 12/12h     | 16-04      |
| 10 - Difenidramina - 2ml + 1ml                                                         |            | EV  |            | SN         |
| 11 - Rhoifedina - 100ml + 1ml                                                          |            | EV  | 6/6h       | 04         |
| 12 - Vit - C - 500 - 100ml                                                             |            | EV  | 8/8h       | 17-01-09   |
| HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA<br>ESTÁ CONFORME O ORIGINAL<br>SAME MOSSORÓ 22/01/2020 |            |     |            |            |
| Enfermeira<br>CRM - 2679                                                               |            |     | BIM        |            |
| SAME / ARQUIVO                                                                         |            |     |            |            |





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

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Fco C. Rodrigues Leito: 305-2

| DATA     | EVOLUÇÃO                      |
|----------|-------------------------------|
| 02/02/20 | 1 - SPO - Refere dor torácica |
|          | 1 - dieta branca              |
|          | 2 - S. vital                  |
|          | 3 - Avaliação do ortopedista  |

4 - R-Simple-1000 **PRESCRIÇÃO** EV 15 flm 1º-2º

| Data              | Prescrição                  | Via | ENFERMAGEM                                                                                 |            |
|-------------------|-----------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                   |                             |     | HORÁRIO                                                                                    | ASSINATURA |
| 5 -               | hidrocortisona 50mg - 1/12h | EV  | 06/14/20                                                                                   |            |
| 6 -               | dipirona 2ml + dil          | EV  |                                                                                            |            |
| 7 -               | Paraf - 10mg + dil          | EV  |                                                                                            |            |
| 8 -               | Amoxicilina - 500 mg        | EV  | 10/20                                                                                      |            |
|                   | ibuprofeno 20ml             | EV  |                                                                                            |            |
| 9 -               | Paraf - 10mg + dil          | EV  | 10/20                                                                                      |            |
| 10 -              | NB2 - 1/12h                 | EV  | 06/14/20                                                                                   |            |
|                   | Atracurium - 2ml            | EV  |                                                                                            |            |
| 11 -              | Vit - C - 500 mg            | EV  | 06/14/20                                                                                   |            |
|                   | Co - 8/8h                   | EV  |                                                                                            |            |
| Emmanuel 03/01/20 |                             |     | HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA<br>ESTÁ CONFORME O ORDEM<br>SANE MOSSORÓ 22/01/2020<br>BIM |            |
| Alto Hospitalar   |                             |     | SANE / ARQUIVO                                                                             |            |
| Emmanuel 03/01/20 |                             |     | Emmanuel 03/01/20                                                                          |            |





Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 17/09/2020 18:32:02

<https://pje1g.trjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091718320189100000057861522>

Número do documento: 20091718320189100000057861522





## FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h  
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06  
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 32001621246

Data da solicitação: 26/06/20

Nome do beneficiário: Francisco Carlos Rodrigues

CPF do beneficiário: 022.748.114-31

Nome do solicitante: Francisco Carlos Rodrigues

CPF do solicitante: 022.748.114-31

### DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (84) 9.9874.0066

Tel. Comercial: ( )

Tel. Residencial: ( )

E-mail: Não Possui

### INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

### MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA

☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

### ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

### NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Meu pedido de DPVAT foi negado com a justificativa que eu não fiquei com sequelas. Sendo que eu fiquei. Fiz um laudo médico descrevendo minhas lesões. Peço que por favor marque uma perícia para o médico mim avaliar pessoalmente.

Netto RX 26/06/20

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

### IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

