



Número: **0800278-47.2020.8.20.5138**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **10/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.593,75**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE FRANCISCO NETO (AUTOR)	FRANCISCO JOSE DA SILVA FILHO (ADVOGADO)
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)	Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62030 494	24/10/2020 07:50	<u>2759341_CONTESTACAO_Anexo_03</u>	Documento de Comprovação



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

Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190571787 Vítima: JOSE FRANCISCO NETO

Data do Acidente: 25/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE FRANCISCO NETO

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, contados 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-DRVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14861879



ag. 01987/01988 - carta 01 - INVAHIDEZ



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 24/10/2020 07:50:51
<https://pjef.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102407505060900000059498463>
Número do documento: 20102407505060900000059498463

Núm. 62030494 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190571787 Vítima: JOSE FRANCISCO NETO

Data do Acidente: 25/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE FRANCISCO NETO

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01933/01934 - carta_02 - INVALIDEZ



00040967

Carta nº 14968753



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 24/10/2020 07:50:51
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102407505060900000059498463>
Número do documento: 20102407505060900000059498463

Num. 62030494 - Pág. 2

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	037.329.634-70	JOSE FRANCISCO NETO
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: JOSE FRANCISCO NETO		
Profissão: ELETROCASE	Endereço: JOÃO ANDRE DA SILVA	CPF: 037.329.634-70
Bairro: NOVO HORIZONTE	Cidade: CRUZETA	Número: 36-A Complemento: CASA
E-mail:	CEP: 59375-000	Tel. (DDD): 08498754301
99470-8550		

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUSO 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 - ASSINALE UMA CÓPIA DE CONTA

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

- Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0758 CONTA: 29266 DÍGITO: 8
 (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 e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS 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 companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não alfabetizada). Local e Data: CRUZETA - RN 24/05/2019
 Nome: JOSE FRANCISCO NETO
 CPF: 037.329.634-70

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
 Jose Francisco Neto
 Assinatura da vítima/beneficiário [declarante]

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: _____
 CPF: _____

2º | Nome: _____
 CPF: _____

ENTREGUE A TESTEMUNHA
 RECEBIDO
 TERRA DO SOLADINHO
 CORREIO DA SERRA/SEGR.

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018







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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE ACARI

Endereço: Rua Centário Galvão, 80, Ary de Pinho, ACARI, PONE/FAX: (84) 3433-3987, E-MAIL: dmacari@rn.gov.br

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019184000131 1.2 Data de Expedição: 30/04/2019 09:36:36
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO 1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 25/04/2019 16:30:00 2.2 Autoria: Desconhecida
2.3 Fato: Consumado 2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.6 Tipo do local: Rural
2.7 Localização: ZONA RURAL, PRÓXIMO A FAZENDA MARGARIDA
2.8 Número: S/N
2.9 CEP:
2.10 Complemento:
2.11 Bairro: ZONA RURAL - SITIOS E FAZENDAS
2.12 Cidade: CRUZETA
2.13 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
2.14 Cidade: CRUZETA

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSE FRANCISCO NETO 3.2 Estado civil: Casado(a)
3.3 Nome Social:
3.4 Etnia: Sem Informação 3.5 Renda: SEM INFORMAÇÃO
3.5 Etnia: Sem Informação 3.6 Mãe: HELENA MARIA DA CONCEIÇÃO
3.7 Sexo: MASCULINO 3.8 Orientação Sexual:
3.8 CPF: 03732983470 3.9 Identidade de Gênero:
3.11 Nacionalidade:
3.12 Data de Nascimento: 04/07/1980
3.13 Profissão: ELETRICISTA 3.14 RG: 1791303
3.15 Telefone(s): 84 994709550 3.16 Passaporte:
3.17 Número: 36 3.18 Naturalidade: CRUZETAVRN
3.19 Bairro: NOVO HORIZONTE 3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 3.21 Ponto de Referência:
3.22 Cidade: CRUZETA 3.22 Logradouro: RUA JOÃO ANDRE
3.23 Cidade: CRUZETA 3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DA(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUIDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUIDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULOS INVOLVIDO(S)

7.1.1 Seguradora: Não 7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi: *****01227 7.1.4 Renavam:
7.1.5 Placa: QGA5557 7.1.5 Estado:
7.1.7 Marca: HONDA 7.1.8 Modelo: PDP100
7.1.9 Ano do Modelo: 2015 7.1.9 Ano de Fabricação: 2014
7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA 7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.15 Nome do proprietário: JOSE RAIMUNDO DE ARAUJO 7.1.14 Número do Motor:
7.1.17 Nome do condutor: JOSE FRANCISCO NETO 7.1.16 Veículo com a Ocorrência:
7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE COMPARCEU NESTA DELEGACIA E RELATOU QUE NO DIA E HORA DO FATO VINHA PILOTANDO A MOTOCICLETA DESCrita ACIMA, EM UMA ESTRADA DA ZONA RURAL DE CRUZETAVRN, PRÓXIMO A FAZENDA MARGARIDA, QUANDO AO ATRAVESSAR UM RIACHO PERDEU O EQUILÍBRIO E VEIO AO CHÃO, BATENDO O OMBRO ESQUERDO EM UMA PEDRA, QUEBRANDO A CLAVÍCULA; QUE FOI ATENDIDO PRIMEIRAMENTE NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ABÍLIO CHACON, SENDO ENCAMINHADO PARA TIRAR RAIOS NO HOSPITAL THIAGO DIAS EM CAICO; E DEPOIS ENCAMINHADO AO HOSPITAL WALFREDO GURGEL, ONDE FOI MARCADA A CIRURGIA. ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA DESTINA-SE A SOLICITAÇÃO DO SEGURO DPVAT. E NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CICSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

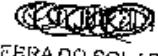
Data: 30/04/2019 09:38:36

Atendimento: 1717847 - Kelson Araújo Aquino

Impresso por: 1717847 - Kelson Araújo Aquino em 30/04/2019 09:39:04

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

PROTOCOLO RECEBIDO


TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGUROS

Página 1/1

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	037329634-70	JOSE FRANCISCO NETO
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSPENSAO Nº 445/2012		
Nome completo: JOSE FRANCISCO NETO		
Profissão: ELETROSCISTA	Endereço: JOÃO ANDRE DA SILVA	CPF: 037329634-70
Bairro: NOVO HORIZONTE	Cidade: CRUZETA	Número: 36-4 Complemento: CASA
E-mail:	Estado: RN	CEP: 59375-000
Tel.(DDD): (84)98754301		
99420-9550		

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: **0758** CONTA: **29266** (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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 e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS 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 companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? 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 proverem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão
cívica da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: **CRUZETA - RN 24/05/2019**
 Nome: **JOSE FRANCISCO NETO**
 CPF: **037329634-70**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Jose Francisco Neto
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

2º | Nome: _____
 CPF: _____

PROVIMENTO RECEBIDO

**TERRA DO SOL ADM.
 E CORRETORA DE SEGUROS**

Assinatura do Representante Legal (se houver)

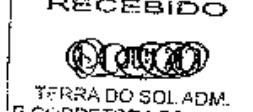
Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do intelro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



	MUNICIPAL DE CRUZETA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE UNIDADE MISTA DE SAÚDE ABÍLIO CHACON FILHO CNPJ 08.108.310/0001-50 - CRUZETA/RN - TEL: (84) 3473-2355 - FAX: (84) 3473-2352		
Nome: <u>José Francisco Neto</u> Reg: <u>73-305</u> D. Nas.: <u>04/07/80</u> Cor: _____ Sexo: <u>M</u> Est. Civil: _____ Mãe: _____ Telefone: _____ Naturalidade: <u>Guapó</u> Profissão: _____ Endereço: <u>Joais Vaz 36</u> Cidade: <u>Cruzeta</u> Data: <u>25/10/19</u> Hora de Entrada: <u>13:00</u> SUS: <u>404 209762703480</u>			
Atend. 1ª Vez <input checked="" type="checkbox"/> Subsequente <input type="checkbox"/>			
TA: <u>110x80</u> mmHg	PULSO: _____ ppm	RESPIRAÇÃO: _____ ppm	T: _____ °C PESO: _____ kg
HGT	SPO ²		
HIST. CLÍNICO <i>Presente relato ter sofrido em queda de moto (SIC). Dor no ombro E.</i>			
CONDUTA <i>Rx do ombro E. Flavoxicam 15mg T 2x. Finsibilizações</i>			
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO <i>Fratura de clavícula.</i>			
DESTINO DO PACIENTE			
Fico no Local: <input type="checkbox"/> A Alta por Ordem Médica <input type="checkbox"/> À Pedido <input type="checkbox"/> À Revenda <input type="checkbox"/> Data <u>_____</u> às <u>_____</u> h <input type="checkbox"/>		Removido em: <u>_____ / _____ / _____</u> Hora: <u>_____</u> h Para: Óbito em: <u>_____ / _____ / _____</u> Hora: <u>_____</u> h	
PROTÓCOLO RECEBIDO  <i>TERRA DO SOL ADM. & CORRETORA DE SEGUROS</i>			
Médico - Carimbo			



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: 28/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE FRANCISCO NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00758

CONTA: 000000029266-8

Nr. da Autenticação 38ADC9C2C8FF0372



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 24/10/2020 07:50:51
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102407505060900000059498463>
Número do documento: 20102407505060900000059498463

Num. 62030494 - Pág. 9



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 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, JOSÉ RAIMUNDO DE ARAÚJO

RG nº 002.178.777 data de expedição 14/11/2018

Órgão SSP, portador do CPF nº 049.838.844-16,

com domicílio na cidade de CRUZETA, no Estado de

RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

JOÃO ANDRÉ, nº 35,

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

JOSE FRANCISCO NETO, cujo o condutor era

JOSE FRANCISCO NETO

Veículo: MOTO Modelo: Honda/POP 100 Ano: 2014/2015

Placa: 0GA 3557 Chassi: 9C2HB0210FR001227

Data do Acidente: 25/04/2019

PROTÓCOLO RECEBIDO

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGUROS

Local e Data: CRUZETA RN 16/05/2019

José Raimundo de Araújo

Assinatura do Declarante

Reconhecimento
Cartório

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



CARTA DE AUTORIZAÇÃO DE CRUZETA-RN
Protocolado na(s) firma(s) de José Raimundo de Araújo
por autenticidade, da que dou fé.

16 de Maio de 2019
Liviana França Delgado Nobre - Tabellé Pública

Maria de Fátima Delgado Nobre - Tabellé Substituta

Luchimá Sakustiano da Silva Ferreira - Escrivente

Edna de Melo Freire - Procuradora

2º OFÍCIO DE NOTAS E REGISTROS DE CURRAIS NOVOS - RN
Intendente Antônio Góes - Distrito: Distrito de Estrela Velha
Rua Júlio Pecanha, nº 83 - Centro/RN - CEP: 59310-000

Reconhecido por autenticidade a(s) firma(s) de JOSE
FRANCISCO NETO, Dado fôr. Currais Novos - RN.
Protocolo 8088. Selo: AJP-057130

Kulina Daniels Medeiros - Escrivente
Data: 23/05/2019 Hora: 14:40



INCER - Instituto do Cérebro

EEG - Encefalograma com impoamento cerebral - Electromiografia - Polisonografia

Dr. Heider Lopes de Souza

Neurologia - Neurocirurgia

CRM 3401

House patients

O paciente é um Francisco

Nelto, 38 anos, feto adulto, com definição de epilepsia parcial, com evolução de

neotrofismo.

Este é seu alta médica

mentoria.

CY 541 + SIC 5

Heider Lopes de Souza

Neurologia / Neurocirurgia

CRM 3401

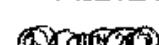
Dr. Heider Lopes de Souza

CRM 3401

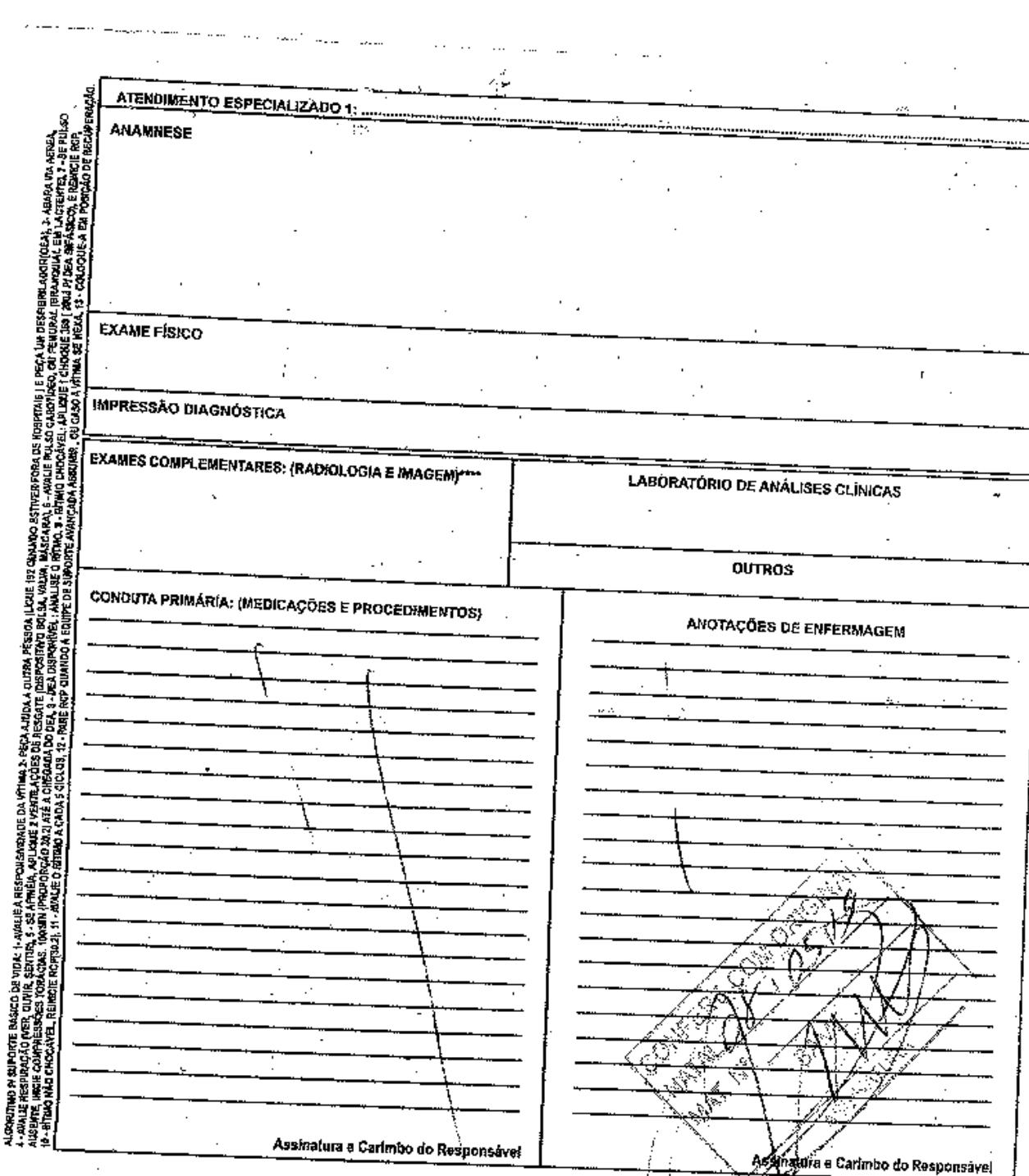
04/10/2019

HARMONY MEDICAL CENTER
Rua Joaquim Manoel, 616 - 7º



	MUNICIPAL DE CRUZETA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE UNIDADE MISTA DE SAÚDE ABÍLIO CHACON FILHO CNPJ 08.108.310/0001-50 - CRUZETA/RN - TEL: (84) 3473-2355 - FAX: (84) 3473-2352		
Nome: <u>4022 Francisco Neto</u> Reg: <u>73-305</u> D. Nas.: <u>04/07/80</u> Cor: _____ Sexo: <u>M</u> Est. Civil: _____ Mãe: _____ Telefone: _____ Naturalidade: <u>Criúla</u> Profissão: _____ Endereço: <u>Av. 10 de Novembro 36</u> Cidade: <u>Criúla</u> Data: <u>25/10/19</u> Hora de Entrada: <u>13:00</u> SUS: <u>404 209762803480</u>			
Atend. 1ª Vez <input checked="" type="checkbox"/> Subsequente <input type="checkbox"/>			
TA: <u>110 x 80</u> mmHg	PULSO: _____ ppm	RESPIRAÇÃO: _____ ppm	T: _____ °C PESO _____ kg
HGT	SPO ²		
HIST. CLINICO <p><i>Paciente relatou ter sofrido uma queda de moto (SIC). Dor no ombro E.</i></p>			
CONDUTA <p><i>Rx do Ombro E. Moxicilin 1500 mg I.d. Fusobacteriof.</i></p>			
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO <p><i>Fratura de clavícula.</i></p>			
DESTINO DO PACIENTE			
Fico no Local: <input type="checkbox"/>	Removido em: <u>/ /</u>		
A Alta por Ordem Médica <input type="checkbox"/>	Horas: <u>_____ h</u>		
À Pedido <input type="checkbox"/>	Para: _____		
À Revelia <input type="checkbox"/>	Óbito em: <u>/ /</u>		
Data <u>25/10/19</u> às <u>13</u> h <input type="checkbox"/>	Horas: <u>_____ h</u>		
 J. M. Nacálio Felisca da Silva Médico - Carimbo			
PROTÓCOLO RECEBIDO  TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.			
Médico - Carimbo			





ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCOLA DE CORA GLASGOW	
Alimentação (AL)	4
Outros se abrem oportunamente	4
Otimos se abrem ao comando verbal (pode conluir com o desejante ou usar palavras alternativas), no sistema de Rampon, 99 nas 13	5
Óticos se abrem por estímulo abstrato	2
Outros não se abrem	1
Melhor resposta verbal (MRY)	
Otimos: Responde corretivamente e apreensivamente às perguntas que envolvem seu nome, idade, endereço, profissão, pais, etc. e etc.	5
Ótimos: Responde corretivamente, com ligeira desaceleração e confundido	4
Potentes: Responde rapidamente e com confusão, mas corretamente e com certa clareza	2
Ótimos se interrogados (perguntas suas próprias) ganham	2
Não se interroga	2
Melhor resposta verbal (MVR)	1
Ótimos: Apenas verbaliza. (Tais falantes simples (pouco de MVR e confundidos.)	6
Lectores: respondem automaticamente	5
Responde imediatamente	4
Possível resposta da dura (desaceleração)	2
Possível resposta à dura (desaceleração)	2
Somente responde	1
Total	1

ESCALA DE TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
	12-16 = 4
	9-12 = 3
	6-9 = 2
	3-6 = 1
	0 = 0
ESCALA DE CORA DE GLASGOW	18-20 = 4
	16-18 = 3
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	6-10 = 2
	1-5 = 1
	0 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓMICA	200-250 = 4
	150-199 = 3
	100-149 = 2
	99-90 = 1
	0 = 0

CLASSIFICAÇÃO DO TCE

03 - Objetivo (meu objetivo de instruções avançadas);
 09 - Desenvolvimento;
 14 - Edição.

^aRe latenter TEASCALE G., HANKE B.
Assessment of open and impinged
coastal zones. A practical scale, Landolt
1974, 2, 83-94.

"A vocação própria da igreja é dar doutrinas, ensinamentos e ações coletivas em nível superior a 3 devores. Nós devemos dar doutrina, difundir-nos na doutrina para elas chegar a todos os fiéis de nível superior, dentro das suas comunidades eclesiásticas".

SEM DOR	LEVE	Moderado	Intens	Mor Perfret
0	1	2	3	4



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)			
A			
B			
C			
D			
E			
A (ALERGIAS)			
M (MEDICAÇÃO EM USO)			
P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)			
L (LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)			
A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)			
V (PASSADO VACINAL)			
EXAMES COMPLEMENTARES (RADILOGIA E IMAGEM)		LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	
		OUTROS	
CONDUTA PRIMARIA / MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL		ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE			
ESPECIALISTA 1	HORA:	DATA:	
ESPECIALISTA 2	HORA:	DATA:	
ESPECIALISTA 3	HORA:	DATA:	
DESTINO DO PACIENTE:			
INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:	DATA	/	/
SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:	HORA		
ÓBITO: DATA	/	/	HORA
ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP			



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

WAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Cântimo do Responsável

Assinatura e Cântimo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

ITERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

AÍDA:

DATA: / / HORA:

ecisão Médica

À Revelia

Transferido para:

BITO:

DATA: / /

HORA:

ntregue à família

com Atestado

S.V.O.

I.T.E.P.

Médico (Cântimo):

Deslocar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

ITERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

AÍDA:

DATA: / / HORA:

ecisão Médica

À Revelia

Transferido para:

BITO:

DATA: / /

HORA:

ntregue à família

com Atestado

S.V.O.

I.T.E.P.



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MUNÍCPIO DE CRUZETA-RN

INCER - Instituto do Cérebro
Eletroencefalograma com mapeamento cerebral - Eletroneuromiografia - Polissonografia

Dr. Heider Lopes de Souza
Neurologia - Neurocirurgia
CRM 3401

Luria Málito:

O paciente José Francisco Neto, 38 anos, foi atingido na fine de vendade de motocicleta em 25/04/2019, com fratura toracica e luxação cervical Esquerda, sem óbito. (luxação torácica e luxação cervical Esquerda, sem óbito). No hospital São Raimundo, apresentou quadro pleumônico agudo e ES fechado.

C19 S42.0 + S14.3

RECEBIDO

11 JUN 2019

TERRA DO SOL ADM.
& CORRETORA DE SEGUROS

27/05/2019

Heider Lopes de Souza
Neurologia / Neurocirurgia
CRM 3401
Dr. Heider Lopes de Souza
CRM 3401

HARMONY MEDICAL CENTER

Rua Joaquim Manoel, 615 - 7º Andar - S/I. 708 - Petrópolis
Telefone: (84) 3616.8085 - CEP: 59012-330 - Natal-RN



SUS

Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar
Nº 10067 / 2019-

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSÊNOR WALFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou:

CNES: 2653923
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: 124734 JOSE FRANCISCO NETO

CNS: 704209762803480

Nascimento: 04/07/1980 Sexo: Masculino

Prontuário:

Mãe: HELENA MARIA DA CONCEICAO

Pai:

Cor: PARDA

Endereço: RUA JOAO ANDRE DA SILVA , 36 - NOVO HORIZONTE - CRUZETA

Fone: 91611076 /

Município: CRUZETA

Código Municipal IBGE: 240300

UF: RN

CEP: 59375-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

Paciente vítima de queda de moto, evoluindo com fratura de clavícula, tratamento cirúrgico.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
TRATAMENTO CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
SEMILOGIA + RX

Diagnóstico e Procedimento Inicial:

S42.7 FRATURAS MULTIPLAS DA CLAVICULA, DA OMOCPLATA [ESCA*408010177 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DI

Profissional Solicitante / Assitente:
MARCONI MEDEIROS BRANDAO

CRM: 3642 / RN

Data da Solicitação 27/04/2019

Dr. Mario Arnaudin, de Abreu
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 3676 CRM/F 120.976

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

- () Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: _____ Nº do bilhete: _____ Série: _____
() Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____
() Acidente de Trabalho Trajeto CNPJ da Empresa: _____

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Nº Autorização da AIH:

Profissional Autorizador: _____ Orgão Emissor: _____

Documento: () CNS () CCPF nº _____

Data da Autorização: _____ Assinatura/Carimbo: _____





MAPA DE EVOLUÇÃO MEDICA ENFERMAGEM

134

NOME: José Francisco Neto
PAI: José Francisco das Graças Filho
MÃE: Melina Almeida Campeão
ESTADO CIVIL: Serviço SEXO: Masculino PROFISSÃO: Técnico
ENDERECO: Rua José Andrade 136, Bento Gonçalves - Uruguaiana
DIAGNÓSTICO: 07/05/1941 9947-9999
DATA DE ADMISSÃO:

www.continua-novesso.it





MUNICIPIO DE CAICÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE SERVIÇO
CNPJ: 11.433.331/0001-01
Praça Dr. José Medeiros 115-A Centro, Caicó - RN
Tel.: 3427-2018

MAPA DE SINAIS VITAIS

REG. N° 218-19

NAME: Diego Francisco Neto

DADE 38010

ENEN

APPT N°

LEITON N°

CONVENIO

ENDEREÇO: Rua São André, 36, 10010-000 - São Paulo



D - RELATÓRIO DA SALA DE CIRURGIA

Name:	<i>José Francisco Neto</i>	Sex:	<i>Masculino</i>	Date:	<i>30/06/00</i>
Data:	<i>04/03/1999</i>	Age:	<i>10</i>	Term:	

RELATÓRIO DA CIRURGIA

D D f A		
A f & C		
Lived outside of home		
had sex		
Crack	illegal drug at first	
heroin	then she got into it	
bulma	operational	

STATE	LA BOSTONIAN	C. H. COOPER
ST. LOUIS	THE ST. LOUIS HERALD	W. H. COOPER

ASSEMBLY BUDGET 2013

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÃO REALIZADA	CRM	CPF	Tipo	CPF	NOME	SOBRENOME
Diagnóstico:	Rupt. Plat.			10			
Intervenção Realizada:	Trat. Cx.			50			
				80			

Observações

Dr. Silvio Santos Filho
Ortopedista / Traumatologista
+55 11 98135-0000 CRM-SP 4119

Page 10





FUNDACIÓN HOSPITALAR DR. CARLINDO PANIÁS
CALLE 10 # 10-100 BARRANQUILLA - COLOMBIA
TÉLEFONO: (57) 5 210 0000 / FAX: (57) 5 210 0001

Enfermedad: CATARATAS

Ficha de Enfermagem - REG. N°

Nome: José Francisco Neto
End: paulo André ; nova horizonte N°: 36 Bairro: Cruzeiro
Cidade: Cruzeiro DN: 1 Sexo: M Idade: Apel.

Nome do Pai: _____ **Mãe:** _____

Estado Civil: _____ **Teléfono:** _____ **Identidad:** _____

Dosis Total Medicamentos Dosis y a Cada Cuanto se toma



 HOSPITAL DO SERVIÇO	MUNICÍPIO DE CACOAL SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DO SERVIÇO CEP: 68.430-000/01 Tel: (68) 3222-1100 - CACOAL, RONDÔNIA tel: 9922-2010	ANAMNESE E EXAME FÍSICO	RESUMO E DA ALTA
---	---	--	-------------------------------------

NOME DO PACIENTE

José Francisco Neto

Nº DO REGISTRO

121819

DATA ADMISSÃO

07/05/2019

QUEIXA PRINCIPAL, HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL, ANTECEDENTES, EXAME FÍSICO

Q.P.:

Fistula clavicular

H. D. A.:

Centro de fúncionalidade

A. P. P.:

E. F. L.:

ASS-MÉDICO

RESUMO DA ALTA

Procedimento Realizado

Trat. Or. fistula clav.

Tipo de Procedimento

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Limpo | <input type="checkbox"/> Potencial M. Contaminado |
| <input checked="" type="checkbox"/> Infectado | <input type="checkbox"/> Contaminado |

S A I D A

Data:	Horas:
-------	--------

Diagnóstico Final

Fistula clavicular

Apresentou Infecção?

 Hospitalar Comunitária
 Não
 Profilaticamente
 Terapêuticamente
 Não

Foi Utilizado Antimicrobiano?

Motivo da Saída (Alta)

Se Motivo Saída = 1 Assinale Detalhadamente da Alta

- | | | | | | | |
|--|--|--|---|--------------------------------------|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 Alta | <input type="checkbox"/> 2 Remoção | <input checked="" type="checkbox"/> 1 Curado | <input type="checkbox"/> 2 Melhorado | <input type="checkbox"/> 3 Irregular | <input type="checkbox"/> 4 A Pedido | <input type="checkbox"/> 5 Inter. p. Diagnóstico |
| <input checked="" type="checkbox"/> 3 Óbito até 24 horas | <input type="checkbox"/> 4 Óbito após 24 horas | <input type="checkbox"/> 6 Administrativo | <input type="checkbox"/> 7 Por Indisciplina | <input type="checkbox"/> 8 Evasão | <input type="checkbox"/> 9 P/ Complementação | |

Preencher se Motivo = 2 (Remoção)

PREENCHIMENTO PELO MÉDICO

Indicação Clínica

Destino

Preencher se Motivo Saída = Óbito

Ócorre Óbito
Causado por Infecção

Médico Responsável (Carimbo Ass.)

Causa Mortis

 Sim Não

**ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MUNÍCPIO DE CRUZETA-RN**

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

UNIDADE: HOSPITAL REGIONAL MARIANO COELHODR RUI PEREIRA DOS SANTOS	
JOSÉ FRANCISCO NETO	
RG: 1.794.303	CPF: 037.329.634-70
DATA DE NASCIMENTO: 04/07/1980	Sexo: (<input checked="" type="checkbox"/>)M (<input type="checkbox"/>) F
CARTAO SUS: 704.2097.6280.3480	
Nome da Mãe: HELENA MARIA DA CONCEIÇÃO	
Endereço Completo: RUA JOÃO ANDRÉ, Nº36A – BAIRRO NOVO HORIZONTE, CRUZETA-RN	
TRATAMENTO CIRURGICO: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS MULTIPLAS CLAVICULA E OMOPLATA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:	
Clínica: (<input checked="" type="checkbox"/>) CIRÚRGICA (<input type="checkbox"/>) OBSTETRICA (<input type="checkbox"/>) PEDIÁTRICA (<input type="checkbox"/>) MEDICA	
(<input type="checkbox"/>) BERÇÁRIA (<input type="checkbox"/>) UTI GERAL (<input type="checkbox"/>) UTI NEO NATAL	
LOCAL E DATA CRUZETA-RN 30/04/2019	CARIMBO E ASSINATURA DO AUTORIZADOR DÉBORA JULIANE MEDEIROS DE GÓES SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Débora Juliane Meireles de Góes
Secretaria Municipal de Saúde
Port. 6100-0007

PROTÓCOLO
RECEBIDO

terra do sol adm.
e CORRETORA DE SEGS.



B - MATERIAL DE SALA		C - MEDICAMENTOS DE SALA	
DISCRIMINAÇÃO	UND/QT	DISCRIMINAÇÃO	UND/QT
Luvax 7% e 8.0 bars	01	Educaol	1 ml
Sexta Simples 2.0	01	Cefalotin	FA 02
agonadalp 3.0	01	Lidocaina d/c 20 mg	Port. 02
Vicril 2.0	01	Lidocaina	Port. 01
Sengas 20 cm	01	Dexametazona	A-100
" " 10 cm	01	Nipiracina	Port. 00
" " 05 cm	01	cetofenazona	Port. 01
Gelcon 1% 10	01		
Lamivira bars histam	01		
Gaze pelete c/10 cm 05 50	01		
Equipo para Sono	01		
Otadura de Crepon	01		
P. V. S. I. Degenerante m/50			
P. U. S. I. Tofix m/50			

Visto Cirurgião

Enfermagem



E - BOLETIM DE ANESTESIA

Anestesia tipo:	BLOQ Tumorectomia C											
	Técnica: Anestesia Geral com sedação e analgesia											
ICR												
	100-100-100 50-50-50 (1) 10-10-10 12-12-12 10-10-10 8-8-8 6-6-6 4-4-4 2-2-2 1-1-1 ANOTACOES											
DROGAS USADAS ① Gárgula 30g ② Lido clor 30g ③ Lido amio 10g ④ Dexmed 5g ⑤ Diprivan 10g ⑥ Caleptan 10g												
Início da Anestesia: 20:00 - Início da Cirurgia: 21:15 Fim da Cirurgia: 10:10 - Fim da Anestesia: 11:15 Observações:												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Tempo</th> <th>Minutos c/ Acréscimo</th> <th>Minutos s/ Acréscimo</th> <th rowspan="2">TOTALS</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>US.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Tempo	Minutos c/ Acréscimo	Minutos s/ Acréscimo	TOTALS			US.			
Tempo	Minutos c/ Acréscimo	Minutos s/ Acréscimo		TOTALS								
US.												
Data: 07/05/19 + 15 Ass:  CRM: 10001 CPF: 111.111.111-11 Código SSM:												

F - EQUIPE MÉDICA

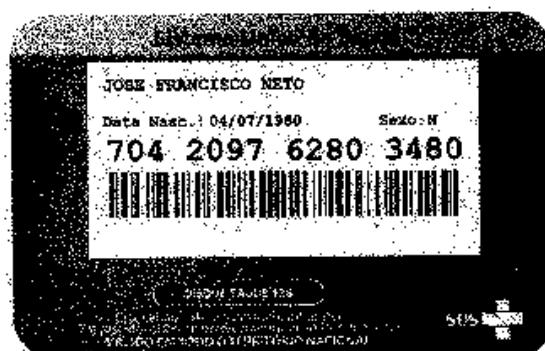
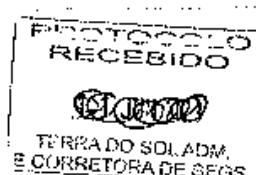
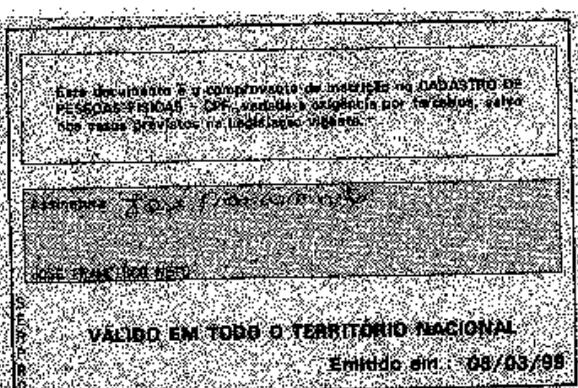
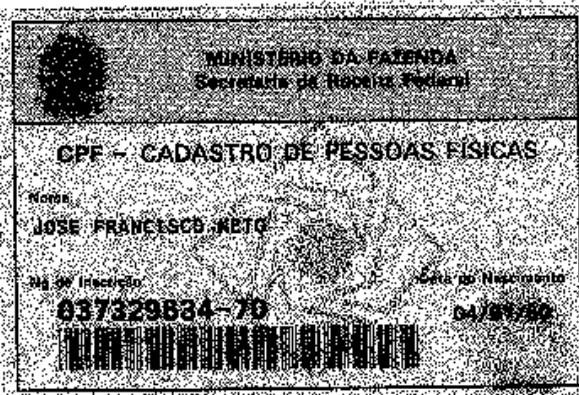
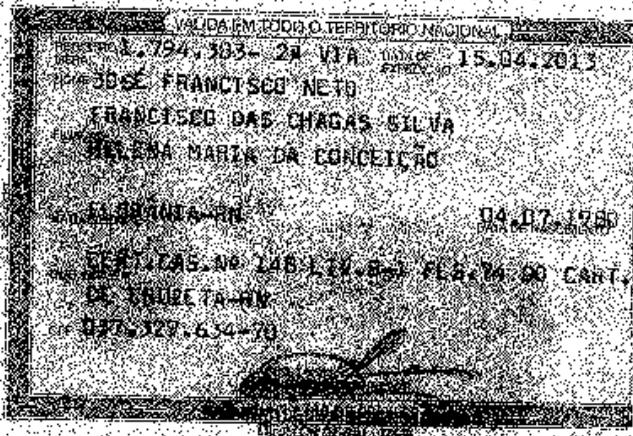
EQUIPE	NOME	Cód.	Tipo	CPF	CRO ou CRM	US	CIRURGIA
Cirurgião	Dr. Silveira Filho	01					1 Pediatria 2 Média 3 Grande 4 Radioterapia Simultânea 5 Múltiplas 6 Especial 7 Principal e Secundária
1º Auxiliar	Dr. Silveira Filho	02					
2º Auxiliar	Dr. Silveira Filho	03					
Anestesista	Dr. Francisco Te.	06					

Justificativa de permanência excessiva:

Outras Ocorrências:

Data da Alta: _____ Ass. do Médico Assistente: _____ CPF: _____ CRM: _____





Sua busca por placa: QGA3557 UF: RN CATEGORIA: 09*

	Esercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagamento
+	2019	R\$84,58	Quitado	
+	2018	R\$185,50	Quitado	
+	2017	R\$185,50	Quitado	
+	2016	R\$297,48	Quitado	
+	2015	R\$292,01	Quitado	
+	2014	R\$100,11	Quitado	

(*) Motocicleta



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190571787 **Cidade:** Cruzeta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FRANCISCO NETO **Data do acidente:** 25/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Descrição do exame AO EXAME, CICATRIZ CIRÚRGICA EM REGIÃO CLAVICULAR ESQUERDA DE CERCA DE 10 CM. ADM DE FLEXÃO DO
físico: OMBRO ESQUERDO DE 0º-90º, EXTENSÃO DE 0º-30º, ADUÇÃO DE 0º-30º, ABDUÇÃO DE 0º-90º, ROTAÇÃO
INTERNA DE 0º-30º E ROTAÇÃO EXTERNA DE 0º-30º.

Resultados terapêuticos: A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA COM
OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS, CERCA DE 11 DIAS APÓS O SINISTRO. EVOLUIU SEM
COMPLICAÇÕES.ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequelas

Data do exame físico: 22/10/2019

Conduta mantida:

Observações: A VÍTIMA PORTAVA RX DA FRATURA SUPRA CITADA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25





DESTINATÁRIO: TENHA DO SOC CONNETORA DE SEGUROS

RUA: BENEDITO GUSTAVO CONDEIRO DE FANTAS N° 462

Bairro: PRAIA DO MEIO

Cidade: MARACAJU

CEP: 59.010-054



DEONENTE: JOSE FRANCISCO NETO
RUA: JOAO ANDRE DA SILVA N° 36-A
BAIRRO: NOVO HORIZONTE
CROA/C: CRUZETA - PR
CEP: 59375-000



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0348096/19

Vítima: JOSE FRANCISCO NETO

CPF: 037.329.634-70

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE FRANCISCO NETO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE FRANCISCO NETO : 037.329.634-70

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/10/2019
Nome: JOSE FRANCISCO NETO
CPF: 037.329.634-70

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/10/2019
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

JOSE FRANCISCO NETO

THIARA VIRGINIA DA HORA



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 24/10/2020 07:50:51
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102407505060900000059498463>
Número do documento: 20102407505060900000059498463

Num. 62030494 - Pág. 33

**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: **3190375672**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE FRANCISCO NETO**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA JOAO ANDRE DA SILVA, 36 - NOVO HORIZONTE - Cruzeta - RN - CEP 59375-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ITEP /RN**] **1.794.303**

Data e local do acidente: [**25/04/2019**] **CRUZETA / RN**

Data e local do exame: [**25/06/2019**] **Natal [RN]**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA FECHADA IMPACTADA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME, PRESENÇA DE DISCRETA QUEDA DA CINTURA ESCAPULAR À ESQUERDA. CICATRIZ CIRÚRGICA EM REGIÃO CLAVICULAR ESQUERDA DE CERCA DE 10 CM. LIMITAÇÃO ACENTUADA DOS MOVIMENTOS DO OMBRO POREM AINDA EM TRATAMENTO.

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

[] Sim [] Não

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

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA COM OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS, CERCA DE 12 DIAS APÓS O SINISTRO. ATUALMENTE ENCONTRA-SE NO 48º DIA DE PÓS-OPERATÓRIO. AINDA EM TRATAMENTO.

V. Existe sequelas (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (décits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

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 previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em **60** dias

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

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

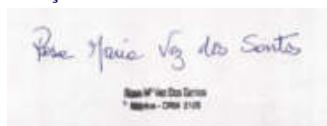
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.

NÃO HÁ TEMPO HÁBIL PARA A CONSOLIDAÇÃO DA LESÃO



Rosa Maria Vaz dos Santos - CRM: 2109 - RN



**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: **3190571787**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE FRANCISCO NETO**

Endereço do(a) Examinado(a):

R JOAO ANDRE DA SILVA, 36 - Cruzeta - RN - CEP 59375-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ITEP /RN**] **1.794.303**

Data e local do acidente: [**25/04/2019**] **CRUZETA / RN**

Data e local do exame: [**22/10/2019**] **Natal** [**RN**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA FECHADA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME, CICATRIZ CIRÚRGICA EM REGIÃO CLAVICULAR ESQUERDA DE CERCA DE 10 CM. ADM DE FLEXÃO DO OMBRO ESQUERDO DE 0º-90º, EXTENSÃO DE 0º-30º, ADUÇÃO DE 0º-30º, ABDUÇÃO DE 0º-90º, ROTAÇÃO INTERNA DE 0º-30º E ROTAÇÃO EXTERNA DE 0º-30º.

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

[**X**] Sim [] Não

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

A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA COM OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS, CERCA DE 11 DIAS APÓS O SINISTRO. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES.ALTA MÉDICA

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do ombro esquerdo

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 previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

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

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Ombro esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

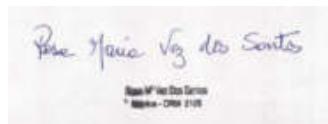
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.

A VÍTIMA PORTAVA RX DA FRATURA SUPRA CITADA.



Rosa Maria Vaz dos Santos - CRM: 2109 - RN

