



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
62030494	24/10/2020 07:50	2759341_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação



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

Rio de Janeiro, 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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

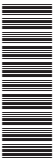
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14861879

Pag. 01987/01988 - carta_01 - INVALIDEZ

00020994





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: INTERRUPTÃO 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



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, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190571787

Vítima: JOSE FRANCISCO NETO

Data do Acidente: 25/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE FRANCISCO NETO

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **JOSE FRANCISCO NETO**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000000758**

Conta: **0000029266-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

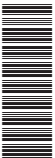
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00385/00386 - carta_30 - INVALIDEZ

00040193



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 24/10/2020 07:50:51

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102407505060900000059498463>

Número do documento: 20102407505060900000059498463

Num. 62030494 - Pág. 3

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: **037.329.634-70** Nome completo da vítima: **JOSE FRANCISCO NETO**

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

Nome completo: **JOSE FRANCISCO NETO** CPF: **037.329.634-70**

Profissão: **ELETRICISTA** Endereço: **JOÃO ANDRÉ DA SILVA** Número: **36-A** Complemento: **CASA**

Bairro: **NOVO HORIZONTE** Cidade: **CRUZETA** Estado: **RN** CEP: **59375-000**

E-mail: _____ Tel. (DDD): **084 98754301**
99470-9550

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA 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 OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0758** CONTA: **29266** **8**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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 alfabetizado: _____

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]

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

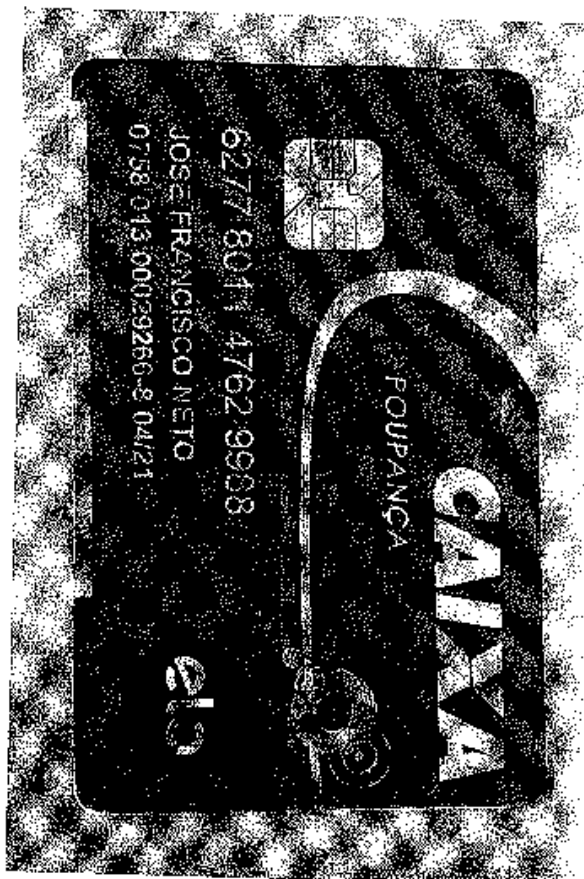
CPF: _____



(*) 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 Cândida Galvão, 80, Ary de Pinho, ACARI, FONE/FAX: (84) 3433-3987, E-MAIL: dmacaril@rn.gov.br

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019184000131

1.2 Data de Expedição: 30/04/2019 09:38:36

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.4 Ulogu 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 Logradouro: ZONA RURAL, PROXIMO A FAZENDA MARGARIDA

2.8 Número: S/N

2.9 CEP:

2.10 Complemento:

2.11 Ponto de Referência:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTOS E FAZENDAS

2.13 Cidade: CRUZETA

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

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 Pai: FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA

3.5 Etnia: Sem Informação

3.6 Mãe: HELENA MARIA DA CONCEIÇÃO

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 03732963470

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 04/07/1980

3.13 Profissão: ELETRICISTA

3.14 RG: 1794303

3.15 Telefone(s): 84 994709550

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 36

3.18 Naturalidade: CRUZETA/RN

3.19 Bairro: NOVO HORIZONTE

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

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 DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Seguro: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: *****01227

7.1.4 Renavam:

7.1.5 Placa: QGAS557

7.1.6 Estado:

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: POP100

7.1.9 Ano do Modelo: 2015

7.1.10 Ano de Fabricação: 2014

7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: JOSE RAIMUNDO DE ARAUJO

7.1.16 Vinculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor: JOSE FRANCISCO NETO

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

8.1 DOS FATOS

8.1.1 Histórico

O DECLARANTE COMPARECEU NESTA DELEGACIA E RELATOU QUE NO DIA E HORA DO FATO VINHA PILOTANDO A MOTOCICLETA DESCRITA ACIMA, EM UMA ESTRADA DA ZONA RURAL DE CRUZETA/RN, PROXIMO A FAZENDA MARGARIDA, QUANDO AO ATRAVESSAR UM RIACHO PERDEU O EQUILÍBRIO E VEIO AO CHÃO, BATENDO A O OMBRO ESQUERDO EM UMA PEDRA, QUEBRANDO A CLAVÍCULA; QUE FOI ATENDIDO PRIMEIRAMENTE NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ABILIO CHACON, SENDO ENCAMINHADO PARA TIRAR RAIOS X 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.

8.2 Informações do CIOSP

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

Policial

Interessado

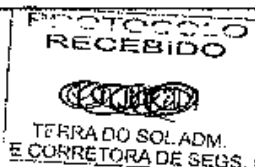


Polgar direito

Atendimento: 1717847 - Kleison Araújo Apucena

Impresso por: 1717847 - Kleison Araújo Apucena em 30/04/2019 09:39:04

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Página 11



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 24/10/2020 07:50:51

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102407505060900000059498463

Número do documento: 20102407505060900000059498463

Num. 62030494 - Pág. 6

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **037.329.634-70** Nome completo da vítima: **JOSE FRANCISCO NETO**

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

Nome completo: **JOSE FRANCISCO NETO** CPF: **037.329.634-70**

Profissão: **ELETRICISTA** Endereço: **JOÃO ANTONIO DA SILVA** Número: **36-A** Complemento: **CASA**

Bairro: **NOVO HORIZONTE** Cidade: **CRUZETA** Estado: **RN** CEP: **59375-000**

E-mail: _____ Tel. (DDD): **(84) 98754301**

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

RENDA 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 OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0758** CONTA: **29266** **8**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder 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 discorde 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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.

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

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

PROCESO RECEBIDO

TERRA DO SOL ADM E CORRETORES SEGS

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 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: Jose Francisco Neto Reg: 73.305
D. Nas.: 04/07/80 Cor: _____ Sexo: M Est. Civil: _____
Mãe: _____ Telefone: _____
Naturalidade: Cruzeta Profissão: _____
Endereço: João Vitor 36 Cidade: Cruzeta
Data: 25/04/19 Hora de Entrada: 13:00 SUS: 704 209752703480

Atend. 1ª Vez ☒ Subsequente ☐
TA: 110x80 mmHg PULSO: _____ ppm RESPIRAÇÃO: _____ mpm T: _____ °C PESO: _____ kg
HGT _____ SPO2 _____

HIST. CLÍNICO

paciente relata ter sofrido com queda de moto (SIC). Dor no ombro E.

CONDUTA

Rx do ombro E.
Ibuprofeno 15mg I 2x.
Fisioterapia

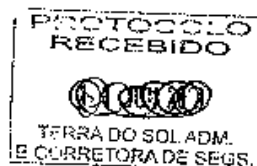
João Vitor Freitas da Silva
Médico - Carimbo

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

Fratura de Clavícula.

DESTINO DO PACIENTE

Fico no Local: ☐ Removido em: ____/____/____
A Alta por Ordem Médica ☐ Hora: ____ h
À Pedido ☐ Para: _____
À Revellia ☐ Óbito em: ____/____/____
Data ____/____/____ às ____ h ☐ Hora: ____ h



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



Environ Biol Fish (2015) 98:121–132

Figure 2. The effect of the initial concentration of the monomer on the polymerization of *l*-lysine.

JOSE FRANCISCO MELO

FLIA. JOAO ANOHE DA SILVA S&A

CPE 437.329 6.54.70

NOVO HORIZONTE/AFRICA URBANA

4L495P10/640

CRUZETA
59376-003

61 RESIDENCE
RESIDENCE

© 2004 Blackwell Publishing Ltd

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

0774154010

0299PMO

022125840

2004/2019

7565-135M

05/04/2019

1997年12月15日

232

Consulente: Avelino, K. V. H.
Contribuição: Pública, Municipal
Compensação: D.M.C.: 07/19

CASH IN HAND	PRED (M)	MAJOR (M)
433,000,000	3,740,169.17	313,20,000

TOTAL DA FATURA

333.02

Nº DO VEICULO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE CARGO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSIDERAÇÃO (NÚM)
		DATAS	LEITURA	DATAS	LEITURA				
21 009 0202	CAT	08 04 2019	20 804,00	02 04 2019	28 227,00	28	1,00000		477,00

[illegible][illegible]

PROTÓCOLO
RECEBIDO

TERRA DO SOL: ADM.

TYPE	EMERGENCY	EMERGENCY	TYPE
CALL	NUMBER	NUMBER	NUMBER
5.43	10.88	21.77	

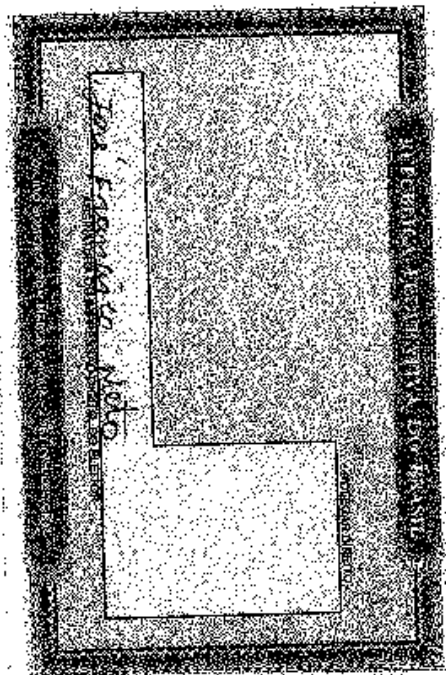
Day	Time	Event
1	08:00	Arrival at the site
1	09:00	Start of the first shift
1	12:00	Lunch break
1	13:00	Continuation of the first shift
1	18:00	End of the first shift
2	08:00	Arrival at the site
2	09:00	Start of the second shift
2	12:00	Lunch break
2	13:00	Continuation of the second shift
2	18:00	End of the second shift
3	08:00	Arrival at the site
3	09:00	Start of the third shift
3	12:00	Lunch break
3	13:00	Continuation of the third shift
3	18:00	End of the third shift

DATA CONTRATO	NÚMERO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR R\$:
07/04/2019	04/2019	30/04/2019	333,02

83870000003-6 33020038400-3 77417101020-3 01380659813-3

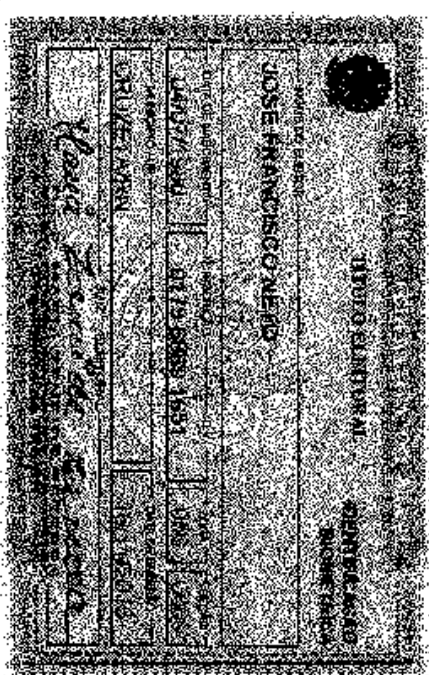
10-11-68

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----



PROTOCOLO
RECEBIDO

TERRA DO SOLADM.
CORRETORA DE SEGS.



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

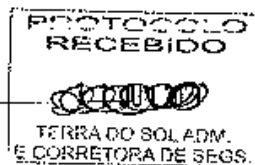
Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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
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: 06A 3557 Chassi: 9C2 HB 0210FR001227
Data do Acidente: 25/04/2019

Local e Data: CRUZETA RN 16/05/2019



José Raimundo de Araújo

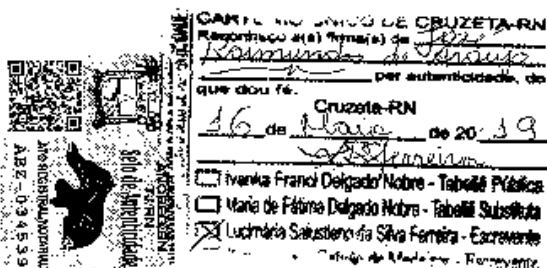
Assinatura do Declarante

José Francisco Neto

Reconheço
Cartório

Assinatura do Condutor

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



2º OFÍCIO DE NOTAS E REGISTROS DE CURRAIS NOVOS - RN
Atendia Rufina (Zelador) - Zélio e Reginaldo
Rua João Pessoa, nº 53 - Currais Novos - RN - Fone: (084) 3312200 - CEP: 59.310-000

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de JOSE FRANCISCO NETO, Dou fé. Currais Novos - RN.
Protocolo 0088. Belo: AJP-057130

Kalina Dantas Medeiros - Escrevente

Data: 23/05/2019 Hora: 14:40



INCER - Instituto do Cérebro

Eletroencefalografia com mapeamento cerebral - Eletroencefalografia - Polissonografia

Dr. Heider Lopes de Souza

Neurologia - Neurocirurgia
CRM 3401

Heider Lopes de Souza

O paciente João Francisco
Neto, 38 anos, casado, com filhos
do primeiro casamento, residente de
recife.

Exame de alta frequência
neurofisiológica.

CID S41.1 S11.3

Heider Lopes de Souza

Neurologia / Neurocirurgia

CRM 3401

Dr. Heider Lopes de Souza

CRM 3401

02/10/2019

HARMONY MEDICAL CENTER

Rua Joaquim Manoel, 618 - 7º Andar





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



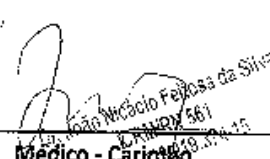
Nome: José Francisco Neto Reg: 73.305
D. Nas.: 04/07/80 Cor: _____ Sexo: M Est. Civil: _____
Mãe: _____ Telefone: _____
Naturalidade: Cruzeta Profissão: _____
Endereço: João Vitor 36 Cidade: Cruzeta
Data: 25/04/19 Hora de Entrada: 18:00 SUS: 104209762703480

Atend. 1ª Vez ☒ Subsequente ☐

TA: 110x80 mmHg PULSO: _____ ppm RESPIRAÇÃO: _____ rpm T: _____ °C PESO: _____ kg

HGT _____ SPO₂ _____

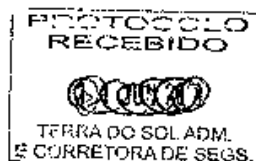
HIST. CLÍNICO
Paciente relata ter sofrido uma queda de moto (sic). Dor no ombro E.

CONDUTA
Rx do ombro E.
Ibuprofeno 15mg I 2x.
Imobilizar

Médico - Carimbo

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO
Fratura de clavícula.

DESTINO DO PACIENTE

Removido em: ____/____/____
Hora: ____ h
Para: _____
Óbito em: ____/____/____
Hora: ____ h
Fico no Local: ☐
A Alta por Ordem Médica ☐
À Pedido ☐
À Revelia ☐
Data ____/____/____ às ____ h ☐



Médico - Carimbo





SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 21460 /2019
Admissão: 27/04/2019 16:45:03

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 124734 - JOSE FRANCISCO NETO (38 a 9 m 23 d)

ascimento: 04/07/1980 Natural: CRUZETA, BRASIL

S: 704209762803480 CPF: 03732963470

Nome: HELENA MARIA DA CONCEICAO Pai:

Graduado: JOAO ANDRE DA SILVA, 38

P: 59375000 Bairro: NOVO HORIZONTE

Telefone: 84. 91611076 Cidade: CRUZETA

Ativo: CONSULTA DE URG/EMERGENCIA

Origem: AMBUL. INTERIOR

Tipo: REFERENCIADO

*Empresa:

Exograma:

Discriminador:

IS:

Classificação: 27/04/2019 16:40:22

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

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Relato: QUEDA DE MOTO COM TRAUMA DE CLAVÍCULA E

Idade: _____

*Relato - Van D. Am
de moto*

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

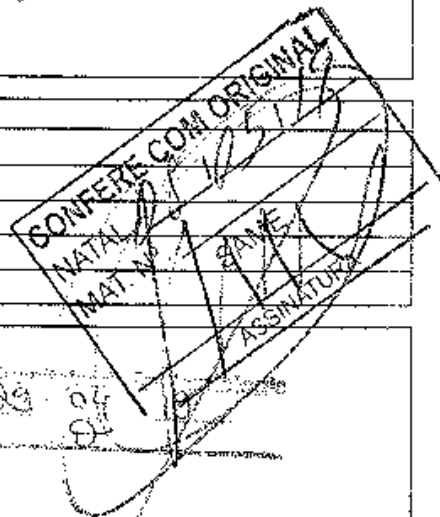
Saida: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Fratura de Clavícula Fechada

Gerado via SX por JOSEFA SILVA DA COSTA. Impresso em 27 de Abril de 2019.

BOLETIM COM REGISTRO DE
EMISSÃO 10/11/19
21460



[illegible]

"ESCALA DE TIRAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS"		
DISCRIMINADOR	NOTAÇÃO	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASSOW	12-15	= 4
	9-12	= 3
	6-8	= 2
	4-5	= 1
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	16-20	= 4
	20-24	= 3
	6-19	= 2
	1-5	= 1
PRESSÃO ARTERIAL SÍSTOLICA	90	= 4
	70-89	= 3
	50-69	= 2
	40	= 1

SEM	LEVEL	Modest	Intense	Plur
DOB				Passive
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(RADIOLOGIA E IMAGEM)	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	
CONDUTA PRIMÁRIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS	OUTROS	
	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 / / HORA		
SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:		
ÓBITO: DATA / / HORA		
ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP		



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

AÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / / HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Deslizar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

AÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / / HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐



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

INCER - Instituto do Cérebro

Eletroneurografia com mapeamento cerebral - Eletroencefalografia - Polissonografia

Dr. Heider Lopes de Souza

Neurologia - Neurocirurgia
CRM 3401

Lauro Mendes

O paciente Joni Francisco
do Neto, 38 anos, foi vítima de
uma queda de motocicleta,
em 25/04/2019, com lesão fratura
na base da coluna cervical C5-
C6, sendo encaminhado para
tratamento no Hospital de Urgência de
Petrópolis, onde foi submetido a
cirurgia.

CID S42.0 + S14.3

RECEBIDO

11 JUN 2019

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

Heider Lopes de Souza
Neurologia / Neurocirurgia
CRM 3401

Dr. Heider Lopes de Souza
CRM 3401

27/05/2019

HARMONY MEDICAL CENTER

Rua Joaquim Manoel, 615 - 7º Andar - SL 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 MONSENHOR WILFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou:

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: 124734 JOSE FRANCISCO NETO

Prontuário:

CNS: 704209762803480

Nascimento: 04/07/1980 Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: HELENA MARIA DA CONCEICAO

Pai:

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 CIRÚRGICORESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
SEMILOGIA + RX

Diagnóstico e Procedimento Inicial:

S42.7 FRATURAS MÚLTIPLAS DA CLAVÍCULA, DA OMÓPLATA [ESCA*408010177] TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA D

Profissional Solicitante / Assistente:

MARCONI MEDEIROS BRANDAO

CRM: 3642 / RN

Data da Solicitação 27/04/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)☐ Acidente de Trabalho☐ Acidente de Trabalho Típico☐ Acidente de Trabalho Trajeto

CNPJ da Seguradora:

Nº do bilhete: Série:

CNPJ da Empresa:

CNAE da Emp.: CBOR:

Vínculo com previdência: ☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado**AUTORIZAÇÃO**

Nº Autorização da AIH:

Profissional Autorizador:

Órgão Emissor:

Documento: ☐ CNS ☐ CPF nº

Data da Autorização: / /

Assinatura/Carimbo:





MUNICÍPIO DE CAICO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DO SÉRIO
CNPJ 04.424308/0001-61
Rua Dr. José Medeiros Leite, Centro, Caico, RN
55.100-000

REG. NO. 8-120-1041

NOME: Jose Francisco Neto DATA: 28/06/1984
 PAI: Francisco Dos Santos Silva
 MÃE: Melena Maria de Lencastre
 ESTADO CIVIL: casado SEXO: Masculino PROFISSÃO: eletricista
 ENDEREÇO: Rua: Santa André 136, Novo Horizonte, Curitiba
 DIAGNÓSTICO: _____
 DATA DE ADMISSÃO: 07/05/1984 994719606

DATA	DO MEDICO	ANOTAÇÕES	DA EXPERIENCIA
2-5-79	Dr. Silvio Santos Filho Ortopedista e Traumatologista TEOT 9875 CRMIRN 5419	07.03.19 às 06.50 O paciente deu entrada no Hospital para submeter-se a um procedimento cirúrgico. Tec. fam. 19.	
8-5-79	Dr. Silvio Santos Filho Ortopedista e Traumatologista TEOT 9875 CRMIRN 5419	07.05.79 Paciente foi internado e a pt. submisso a um procedimento cirúrgico de plastia da face. Dr. Silvio Santos Filho	Sandra Medeiros COREN 54.140.74
		Paciente vive em condições satisfatórias. Sandra Medeiros	
		06.01.80 Uniao de 1980 bem em termos no momento e quando	
		10.1.90 O paciente	
		08.05.90 O paciente	
		Dr. Francisco Medeiros	
		Coron. 1980/81	

CONTINUA: NO VERSO





MUNICIPIO DE CALCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
HOSPITAL DO SERIDO
CNPJ: 17.433.335/0003-91
Praça Dr. José Medeiros 1167 - Centro, Calco, RN
Tel.: 3421-2018

REG. N° 1218-19

ENDERECO: Rua' New Andre 36, 1000 Bonzone Cruzes

[illegible]

D - RELATÓRIO DA SALA DE CIRURGIA

Nome: Jose Francisco Veto Sexo: Masculino Data: 3/1/1986

Data:	01/10/2019	Inicio
Término:		

RELATÓRIO DA CIRURGIA

DDSA
A-Z + S
Two red active subjects

Rodriguez

Series Feijó

21

for the year 1960

231

ASIDE IN 291003

DIAGNÓSTICO	NOME	COD. TIPO	CPD	UF	CIRURIA
		01			
		02			
Intervenção Realizada:		03			
		06			

Observações

Dr. Silvio Santos Filho
Ortopedista Traumatologista
TEOFORTS CRM/RN 44.19

Cirurgião: _____

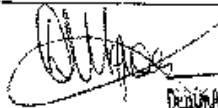


Welto

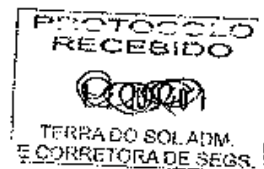
ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MUNICÍPIO DE CRUZETA-RN

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

UNIDADE: HOSPITAL REGIONAL MARIANO COELHO RUI PEREIRA DOS SANTOS	
JOSÉ FRANCISCO NETO	
RG: 1.794.303	CPF: 037.329.634-70
DATA DE NASCIMENTO: 04/07/1980	Sexo: (X)M () F
CARTÃO SUS: 704.2097.6280.3480	
Nome da Mãe: HELENA MARIA DA CONCEIÇÃO	
Endereço Completo: RUA JOÃO ANDRÉ, Nº36A – BAIRRO NOVO HORIZONTE, CRUZETA-RN	
TRATAMENTO CIRÚRGICO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS MÚLTIPAS CLAVÍCULA E OMÓPLATA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:	
Clínica: (X) CIRÚRGICA () OBSTÉTRICA () PEDIÁTRICA () MÉDICA	
() BERÇARIA () UTI GERAL () UTI NEO NATAL	
LOCAL E DATA CRUZETA-RN 30/04/2019	CARIMBO E ASSINATURA DO AUTORIZADOR DÉBORA JULIANE MEDEIROS DE GÓES SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE



DÉBORA JULIANE MEDEIROS DE GÓES
Secretária Municipal de Saúde
Port. 00000001



E - BOLETIM DE ANESTESIA

Anestesia Tipo: BLO Interex-Bricar ©

Técnica: Intubação com MGS Direta

DROGAS USADAS

- ☒ Propofol 100mg
- ☒ Lidocaína 100mg
- ☒ Lidocaína 100mg
- ☒ Oxibutina 5mg
- ☒ Diprivan 10mg
- ☒ Codeína 100mg

Início da Anestesia: 25:00 Início da Cirurgia: 26:45

Fim da Cirurgia: 10:10 Fim da Anestesia: 11:00

Observações:

Tempo	Minutos c/ Acréscimo	Minutos a/ Acréscimo	TOTAIS
US			

Data: 07/1/2015

Ass: Francisco de Godina Junior

CPF: 000.000.000-00 CRM: AN 10004

Código SSM:

F - EQUIPE MÉDICA

EQUIPE	NOME	Cód.	Tipo	CPF	CRO ou CRM	US	CIRURGIA
Cirurgião	Dr. Silvio Filho	01					1. Pequena
1º Auxiliar	Dr. Silvio Santos	02					2. Média
2º Auxiliar	Dr.	03					3. Granda
Anestesista	Dr. Francisco Jr.	06					4. Simultâneas
							5. Múltiplas
							6. Especial
							7. Principal e Secundária

Justificativa de permanência excessiva:

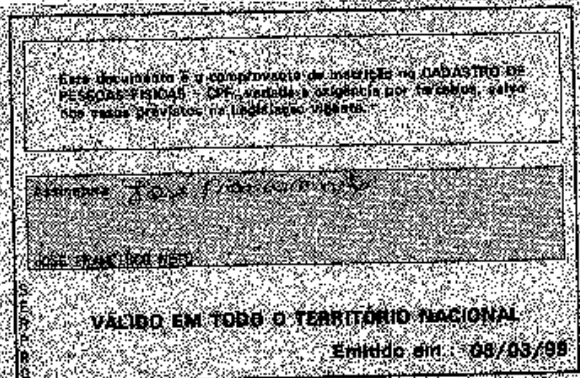
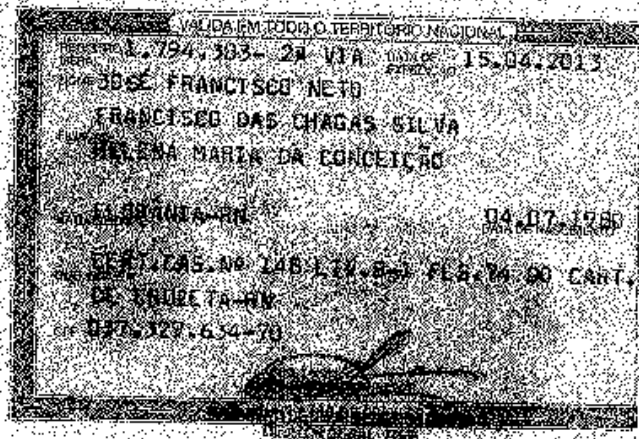
Outras Ocorrências:

Data da Alta: 1/1/2015 Ass. do Médico Assistente:

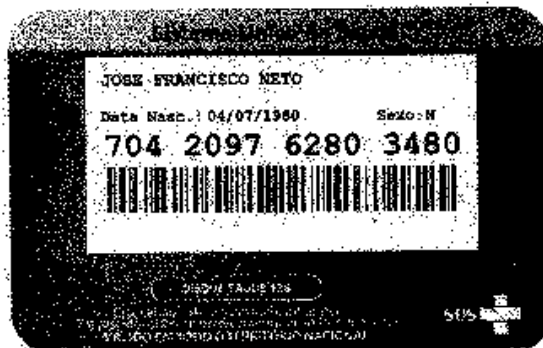
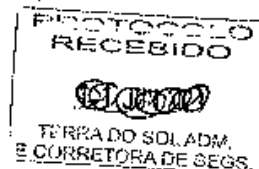
CPF:

CRM:











VITIMA



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

	Exercício	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 físico: 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.

Resultados terapêuticos: 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

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

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: TERRA DO SOL CORRETORA DE SEGUROS
RUA: GENERAL GUSTAVO CORDEIRO DE FARIAS Nº 463
Bairro: PRAIA DO MEIO
Cidade: NATAL - RN
CEP: 59.010-054



Correios	REGISTRADO URGENTE	0159
Receptor	Assinatura	AR MP
Data		

JU 39317939 5 BR



DEMIETENTE: JOSE FRANCISCO NETO
RUA: JOÃO ANDRÉ DA SILVA Nº 36-A
BATERIA: NOVO HORIZONTE
Cidade: CALZADA - RV
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 médico-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



**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 PORÉM 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 sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☐] Sim [☒] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits 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 OSTEOSSÍNTESE 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 (☒) 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

