



Número: **0810180-47.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **17/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.123,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO PAULO VERISSIMO DE LIMA TEIXEIRA (AUTOR)		DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES (ADVOGADO)	
Porto Seguro Cia. de Seguros Gerais (RÉU)			
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62003411	23/10/2020 11:34	2761120_CONTESTACAO_Anexo_04	Outros documentos

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO PAULO VERISSIMO DE LIMA TEIXEIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05883-1

CONTA: 000000006446-7

Nr. Autenticação

BRADESCO0107201905000000000023705883000000006446168750 PAGO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190383115 **Cidade:** Várzea **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO PAULO VERISSIMO DE LIMA **Data do acidente:** 11/02/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
TEIXEIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PUNHO ESQUERDO (REDUÇÃO INCRUENTA) COM FIXAÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS. P5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





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, 04 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190383115

Vítima: JOAO PAULO VERISSIMO DE LIMA TEIXEIRA

Data do Acidente: 11/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HALLISON QUIRINO SOARES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO PAULO VERISSIMO DE LIMA TEIXEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOAO PAULO VERISSIMO DE LIMA TEIXEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000005883-1

Conta: 000006446-7

Tipo: CONTA CORRENTE

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190383115 **Cidade:** Várzea **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO PAULO VERISSIMO DE LIMA **Data do acidente:** 11/02/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
TEIXEIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PUNHO ESQUERDO (REDUÇÃO INCRUENTA) COM FIXAÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS. P5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA João Paulo Nascimento da T. José Martins
 DATA DO ACIDENTE 11-02-2018 CPF DA VITIMA 309390429-55
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Holbert Quirino S da Silva
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESSO COM A VITIMA É Parente
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Bordado, N.º 100 BAIRRO Boia Fátima
 Nº 994 COMPLEMENTO _____ UF PA CEP 59132-675
 CIDADE Paracatu TELEFONE (84) 99138-3008
 E-MAIL _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEREA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEREA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEREA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SÓRDIDAS EM DE CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES, QUITADAS
 () NOTAS FISCAS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA, ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEREA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A QUANTIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PRESTADA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO, ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DAS DESPESAS COMPROVADAS).

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA 11/06/2019
 IDENTIDADE 002.532.132
 ASSINATURA Holbert Quirino S da Silva

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURODORA

DATA 11/06/2019
 NOME Alma Maria
 ASSINATURA Alma Maria

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 003.532.132 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/12/2013

NOME HALLISON QUIRINO SOARES DA SILVA

PLACAO ALUIZIO QUIRINO DA SILVA ROSENI SOARES DA SILVA

NATURALIDADE PARNAMIRIM RN DATA DE NASCIMENTO 08/11/2000

DOC ORIG CERT. DE NASCIMENTO L-8-73 F-152 RG-37692 PARNAMIRIM RN-2 CARTÓRIO

CPF 707.285.364-20

1a. VIA

Usses Bezerra Filho
COORDENADOR DE IDENTIFICAÇÃO

LEI Nº 7.116 DE 29/09/63

ARUANA 500 - PARANÓIA
17 JUN 2013

CARTeira DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

PO E LUGAR DIREITO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

114



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TECNICO-CIENTIFICO DE PERICIA
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO - II



POLEGAR DIREITO



João Paulo Verissimo de Lima J. de Verissimo
Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO NACIONAL
903.482.359

DATA DE EMISSÃO 05/10/2018

JOÃO PAULO VERISSIMO DE LIMA
CRISTIANO TEIXEIRA SOARES
ROBERTA VERISSIMO DE LIMA

DATA DE NASCIMENTO 21/09/2000

SANTO ANTONIO - RN
CARTÃO DE NASCIMENTO - RN - 105689
NOME - RN - 4 - CARTÃO 705.396.124-55

22. VII

LE Nº 7.117

GUARANA SEGURADORA
17 JUN 2018



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
CÓDIGO 061.482.35-1

NOME
JOÃO PAULO VERISSIMO DE LIMA TEIXEIRA

FLUXO
CRISTIANO TEIXEIRA DO NASCIMENTO
ROSELI DA VERISSIMO DE LIMA

NATURALIDADE
SANTA ANTONIA - EM

DATA DE NASCIMENTO
21/09/2000

DOC. ORÇÃO
CEET - DE NASCIMENTO - 11320 F-147 RG-105659

DATA
BRASIL - 06-1-2009-0910

13. V1A

CÓDIGO DE CONTROLE
7969.B334.6D82.F765

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 08:01:08 do dia 20/06/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

IRUANA SEGURADORA
17 JUN 2013

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

JOÃO PAULO VERISSIMO DE LIMA TEIXEIRA

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

JOÃO PAULO VERISSIMO DE LIMA TEIXEIRA

Nascimento
21/09/2000

Norte

Número
705.390.424-65

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Recarga Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

MINISTÉRIO DA FAZENDA



TIPO DE ATENDIMENTO: Urgência/Emergência Ambulatorial

OPERADOR: João Maria SITUAÇÃO DO PACIENTE: Residência Transferido Internado Óbito

BOLETIM DE ATENDIMENTO N.º 46592 - N.º DO PACIENTE: 27211

NOME: JOAO PAULO VERISSIMO DE LIMA TEIXEIRA CNS: 700 3049 0310 8335 IDADE: 17a 4m 25d

SEXO: Masculino COR: Branca ESTADO CIVIL: Solteiro (a)

DATA DE NASCIMENTO: 21/09/2000 NACIONALIDADE: Brasileiro (a) PROFISSÃO: ESTUDANTE

ENDEREÇO (Rua, Avenida, Sítio, ...): SÍTIO LAGES NÚMERO: S/N

COMPLEMENTO: CASA BAIRRO: ZONA RURAL

ESTADO: RN MUNICÍPIO: Santo Antônio

HORA-DATA DO ATENDIMENTO: 11:54-11/02/2018 TELEFONE: CELULAR: (84) 99626-1039

PAI: CRISTOVAO TEIXEIRA DO NASCIMENTO

MÃE: ROSILDA VERISSIMO DE LIMA

CONDIÇÕES DO PACIENTE A SER ATENDIDO

☐ POLITRAUMATIZADO ☐ COM DISPNEIA ☐ AGITADO ☐ COMATOSO
☐ APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ EM CONVULSÃO

OUTROS:

DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA - DNC

☐ DIARREIA ☐ MENINGITE ☐ RUBÉOLA ☐ HEPATITES VIRAIS ☐ PARALISIA FLÁCIDA ☐ TUBERCULOSE
☐ VÍTIMA DE VIOLÊNCIA ☐ PICADA DE ANIMAIS PEÇONHENTOS?

LEISHMANIOSE TEGUMENTAR OU VISCERAL?

ALÉRGICA A ACIDENTE DE TRABALHO? SIM * NÃO

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALÉRGICA) E INÍCIO DOS SINTOMAS - EXAME FÍSICO - LESÕES OU AFECÇÕES ENCONTRADAS:

*Paciente chegou queixando de dor
epitaxial e epigástrica. Apresenta dor
e deformidade no M.S.D.*

CONDUTA:

*São 050 mg de 0,9% 1000 mg/l² 12:11
- Voltar para em
- 500mg de 0,9%
- 100 mg de 0,9%
- 100 mg de 0,9%
- 100 mg de 0,9%*

PA: 80 x 60 mmHg PULSO: bpm RESPIRAÇÃO: rpm TEMPERATURA: °C PESO: kg

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

☒ CONSULTA ☒ MEDICAÇÃO ☒ OBSERVAÇÃO ☐ PEQUENA CIRURGIA ☐ NEBULIZAÇÃO ☐ HEMÁCIAS ☐ CORPO DE DELITO

*Obs: Sem dor e sem tosse
P. recuando*

RUANA SEGURADORA
17 JUN 2018



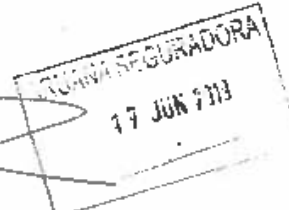
Secretaria de Saúde Pública - RN

HRLGV

Hospital Regional
Lindolfo Gomes Vidal

LAUDO MÉDICO
RECEITUÁRIO

AO EXAME MÉDICO, O
PACIENTE JOÃO PAULO
VENISSIMO DE LIMA T.
DO NASCIMENTO, 18 ANOS
APRESENTA DOR E DIMINUI-
ÇÃO DE AMPLITUDE DOS MO-
VIMENTOS DO PUNHO DE-
VIDO À DOR. (PUNHO ES-
QUENDO).



30/05/19

Exército Federal de Defesa do Costa
Médico
CREMERH 1000
CPF 000.000.000



105-700304905708335 / 105-700304905708335 / 105-700304905708335



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 27

NOME: Jorge Paulo Vaz de Lima Teixeira
IDADE: 32 anos COR: BRANCO SEXO: M ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: STO ANTONIO PROFISSÃO: ESTUDANTE PROCEDÊNCIA: ESTADO
ENDEREÇO: R. LAJES BAIRRO: CENTRO
CIDADE: LAJES DATA: 05/03/18 HORA: 22:28

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐
C/HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

PUPILAS, A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW) B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA) uma queda
1981071

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL f2 com lesão R2



EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

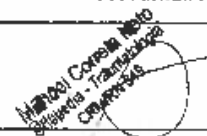
☐ HEMATOLOGIA	☐ NEUROLOGIA	☐ NEFROLOGIA	☐ CIR. VASCULAR	☐ ENDOSCOPIA
☐ CLÍNICA MÉDICA	☐ CIRURGIA GERAL	☐ ORTOPEDIA	☐ BUCO-FACIAL	☐ UROLOGIA
☐ NEUROCIRURGIA	☐ OTORRINO	☐ OFTALMOLOGIA	☐ C. PLÁSTICA	☐

CONDUTA

- 1x pombo - P2

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

☐ FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	☒ INTERNADO NO SERVIÇO DE <u>6200000059472843</u>	☐ REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR _____ DATA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____ ENTREGUE _____	DECISÃO MÉDICA ☐ HORA _____ HORA _____ À FAMÍLIA ☐ S.V.O. ☐	A REVELIA ☐ HORA _____ HORA _____ I.T.E.P. ☐
 MÉDICO (Carimbo)		CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)





Hospital

Nome do paciente		Paulo V. Leão Pereira		Nº prontuário	
Data operação		08/03/18		1.ª Enf.	
Operador		Pedro Silva		1.º auxiliar	
2.º auxiliar		3.º auxiliar		Latic	
Anestesista		Ricardo		Tipo de anestesia	
Diagnóstico pré-operatório					
Fract. fechada E					
Tipo de operação					
Redução Cirúrgica + fixação					
Diagnóstico pós-operatório					
Evolução imediata do pós-operatório					
Exame radiológico em ato					
Acidente durante a operação					

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - esboço - viceras

Fractura - em leque do fêmur
do antebraço bloco

Exposição fratura

Redução + artroscopia

Aplicação de ligamentos

Uma de barra para manter

posição

Redução + fixação com placas

e parafusos

Fratura por trauma

curada

Tratado com

198 528

Márcia Correia Neto
Ortopedia - Traumatologia
CRM 10000

17 JUN 2018



Serviço de Anestesiologistas e Gasoterapia

Hospital				Enfermaria		Leito		N° prontuário					
Nome <i>João Paulo Verissimo</i>						Idade		Sexo		Cor			
Data <i>26.04.72</i>		Pressão arterial		Pulso		Respiração		Temperatura		Peso		Outros	
Tipo sanguíneo		Hemáticas		Hemoglobina		Hematócrito		Glicemia		Uria			
		Urina											
Sistema circulatório								Assina		Drenquite			
Sist. circulatório								Eletrocardiograma					
Sist. digestivo				Dentes		Pseudoço		Ap. urinarío					
Estado mental				Atrofiações		Corticóides		Alergia		Hipotensões			
Diagnóstico pré-operatório								Estado físico		Risco			
Exames laboratoriais													
Exames complementares								Assinado por		Data			

[illegible]



HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: João Paulo Veríssimo Idade: 172 D/N: 31/09/2000
Pront.: 150975 Município: S. Antonio Procedência: ☒ Interno () Externo
Data da cirurgia: 09/03/18 Hora Admissão: 09h Sala: Hora Saída: Peso:
Alergias: ☒ Não () Sim Comorbidades: () HAS () DM () Outras
Uso de medicações: ☒ Não () Sim Jejum: () Não ☒ Sim
SSVV Admissão: PA: mmHg Pulso: bpm Fi: rpm FC: bpm SpO₂: % T: °C

Enfermeiro(a): Luciana Instrumentado(a): Sayonara Circulante: Pollux

Cirurgia: Redução Inguenta + Fixação Especialidade: Plástico Sala: 01
Hora Início: 10:55 Hora Término: Tipo de cirurgia: ☒ Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: Dr. Paulo Aux.: Dr. Neto Residente:

Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: Bloqueio: Raquidiana Ag. nº () Peridural () Cateter () s/cateter
Ag. nº Cateter nº: Início: Garrote: ☒ Smarch () Pneumático Início: 10:50 Término:
Anestesiologista: Dr. Leonardo

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
☒ Consciente	☒ Normocorada	☒ Normotensão	☒ Jato MSD	☒ ECG
☐ Letárgico	☐ Hipocorada	☐ Hipotensão	☐ Acesso V. Central	☐ Oximetria
☐ Coma	☐ Cianótica	☐ Hipertensão	☐ Cat. Dialise	☐ Capnógrafo
☒ Orientado	☐ Ictérica	☐ Hipertensão	☐ Fístula	☒ PA
☐ Desorientado	☐ Desidratada	☒ Normocárdico	☐ Arteriovenosa	☐ Estimul. Nervo
☐ Sedado	☒ Integra	☐ Bradicardia	☐ SNG	☐ Diprifusor
☐ Ansioso	☐ C/lesões	☐ Taquicardia	☐ SVD	☐ BIC
☒ Deambula	☐ Sudorese	☐ Choque	☐ Colostomia	☐ Desfibrilador
☐ 1/dificuldade	☐ Cicatriz cirúrgica	☐ Normoesférico	☐ Cistostomia	
☐ Acamado	☐ Higiene Satisfatória	☒ Eupnéia	☐ Dreno	
☐ Paraplégico	☒ Higiene deficiente	☐ Dispneia	☐ Aparelho gessado	
☐ Tetraplégico	☒ Manchas	☐ Dispositivo O ₂	☒ Tração	
☐ Amputações	☐ S/Tricotomia		☐ Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>72</u>			Bpm
Pulso	<u>72</u>			Bpm
Oximetria	<u>98</u>			%
Capnografia				%
PA	<u>111/64</u>			mmHg

ACESSO VENOSO
☒ Punção Arterial
☒ Punção Venosa Periférica
☒ Punção Venosa Central
☒ Dissecção venosa
Local: <u> </u>
Cateter: <u> </u>

SONDAGEM GÁSTRICA
☒ SNG nº <u> </u>
Retorno: <u> </u>
☒ CATETERISMO VESICAL
☒ CVC nº <u> </u> SVA nº <u> </u>
Diurese: <u> </u>
Profissional responsável: <u> </u>

EXAMES SOLICITADOS:	
☒ Hemograma	☐ Gasometria
☐ Coagulograma	☐ Outros
☐ Tipagem Sanguínea	☐ Glicosimetria
☒ Radioscopia (Pelo X)	

POSICÃO	COXIM	MMSS
☒ Dorsal	☐ Cabeça	☐ Anatômicos
☐ Ventral	☐ Pescoço	☒ Abduzidos
☐ Lateral	☐ Tórax	☐ Fletidos
☐ Ulotômica	☐ Lombar	☐ MMII
☐ Trendlemburg		☒ Anatômicos
☐ Canivete		☐ Abduzidos
☐ Proclive		☐ Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
() Sim ☒ Não () Metal () Descartável	
Local: <u> </u>	
DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA
☒ Sim () Não	() Sim ☒ Não
Local: <u>MS</u> Solução: <u>Alco 70%</u>	Local: <u> </u>

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos: <u> </u>
Teta: <u> </u>
Cateter: <u> </u>
Ostomia: <u> </u>
Fio de K: <u> </u>
Placa - tipo: <u>Placa em "T"</u>
Outros: <u> </u>

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: <u>Em - 04/13</u> Quant. Material: <u> </u>
Val.: <u>1400</u> Contagem de gaze e compressa: ☒ Não () Sim





HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

☐ Hemoconcentrado _____ Unid.		☐ Plasma _____ Unid.		☐ Plaquetas _____ Unid.		
☐ Albumina _____ Unid.		☐ Expansor plasmático _____ Unid.				
MEMOTRANSFUSÃO:						
MEDICAÇÕES UTILIZADAS						
h: _____		h: _____		h: _____		
h: _____		h: _____		h: _____		
h: _____		h: _____		h: _____		
HIDRATAÇÃO VENOSA						
☐ Soro Fisiológico: _____ ml		☒ Soro Ringer Simples: <u>1000</u> ml		Quantidade total de volume administrado: <u>1000</u>		
☐ Soro Glicosado: _____ ml		☐ Soro Ringer Lactato: _____ ml				
ANATOMO PATOLÓGICO						
☒ Não ☐ Sim Peça:			Peça para sepultamento: ☒ Não ☐ Sim			
Swab para cultura:			Líquido:			
CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES						
FO de aspecto: ☐ Limpo ☐ c/exsudato ☐ Contaminada ☐ Aparelho resado ☒ Bandagens ☒ Talas ☐ Outros:						
INTERCORRÊNCIAS: <u>procedimento realizado em internamento</u>						
Ass: <u>Fernando</u> Coren: _____						
CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO						
Nível de consciência: ☒ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Narcose ☐ Coma ☐ Vigil ☐ Agitado						
Respiratório: ☐ Intubado ☐ Extubado ☐ Cânula de Guedel ☒ O ₂ ambiente Curativo: ☒ Oclusivo ☐ Compressivo ☐ Bolsa de colostomia ☐ Outro:						
Diur. re: ☐ Espontânea ☒ Normal ☐ Hematúria ☐ Irrigação Vesical ☐ Oligúrico Destino após a cirurgia: <u>SRPA</u>						
UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO						
Hora: <u>11:40</u> Data: <u>08/05/20</u> Nível de consciência: ☒ Acordado ☒ Sonolento ☐ Narcose ☐ Orientado						
☐ Desorientado ☐ Agitado ☐ Choro Vias aéreas: ☐ Intubado ☐ Extubado ☐ Cânula de Guedel ☐ Cateter O ₂ ☐ O ₂ Ambiente						
Mobilização MMII: ☐ Normal ☒ Diminuída ☐ Sem mobilidade Mobilização MMSS: ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Sem mobilidade						
Venódise: ☐ Não ☒ Sim Tipo: <u>AVP</u> Local: <u>MSE</u> Sondas: ☐ Gástrica ☐ Enteral ☐ Vesical						
Drenos: ☐ Sucção ☐ Torácico ☐ Penrose ☐ Kherr Ostomias: ☐ Sim ☐ Não Especifique:						
Irrigação vesical contínua: ☐ Retorno satisfatório ☐ Retorno Insuficiente ☐ Coágulos						
Curativo: ☐ Oclusivo ☐ Descoberto ☐ Limpo ☐ Sujeito Monitorização: ☐ ECG ☐ Oxímetro ☐ PA						
INTERCORRÊNCIAS NA URPA ☐ Náuseas ☐ Vômitos ☐ Sangramento ☐ Dor ☐ Bexiga-ma ☐ Alteração PA ☐ Alteração FC						
Relate:						
SINAIS VITAIS						
Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão		<u>92</u>			<u>100%</u>	
30'		<u>85</u>			<u>100%</u>	
60'		<u>90</u>			<u>100%</u>	
Alta						
Líquidos administrados na URPA:						
Soro glicosado: _____ ml						
Soro Fisiológico: _____ ml						
Ringer: _____ ml						
Irrigação vesical contínua: _____ ml						
Medicações administradas URPA:						
Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura		
Eliminações:						
Diurese					Retorno	Drenagem
					Gást.	Retorno da
						irrigação
Recebido da SO						
Desprezado						
URPA						
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:						
<u>Examinado pl. ortopédico T.</u>						
Ass: <u>Fernando</u> Coren: <u>450542</u>						





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

JOAO PAULO VERISSIMO DE LIMATEIXEIRA

6- NUMERO DO PRONTUÁRIO

150875

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

700 3049 0310 8335

8- DATA DE NASCIMENTO

21/09/2000

9- SEXO

MASCULINO

10- RAÇA/COR

PARDA

11- NOME DA MÃE

ROSILDA VERISSIMO DE LIMA

12- TELEFONE DE CONTATO

996418725

13- NOME DO RESPONSÁVEL

O GENITOR

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA -AFRISIO SILVA Nº 15

16- MUNICÍPIO

SANTO ANTONIO

17- BAIRRO

SANTO ANTONIO

18- UF

RN

19- CEP

59255000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Uma lesão

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

MT Lesão

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

S. A.

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AC. TRANSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SERIE

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

38- () ACI. TRABALHO TÁXETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

48- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49- DOCUMENTO

50- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

51- DATA DA AUTORIZAÇÃO

52- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

1986071

RUANA SEGURADORA
17 JUN 2013

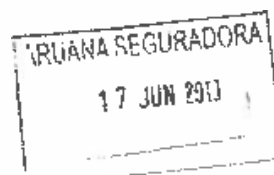


Obs:

Pegar autorização na
Secretaria de Saúde de S. Antônio

HOSPITAL MEMÓRIA
3133.4201

=





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Ana de Pontes, 136 – Centro – Santo Antônio/RN
C.N.P.J - 08.144.800/0001-98
Fone: 3282-2427

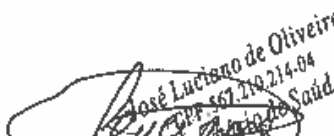
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR – AIH

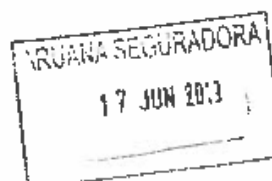
AIH Nº 025/2018

Autorizamos o Estabelecimento de Saúde **Hospital Memorial** a realizar os Procedimentos Cirúrgicos em **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO (0408020407)**, **TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NÃO ESPECIFICADA (0308010019)**, no (a) paciente **JOÃO PAULO VERISSIMO DE LIMA TEIXEIRA**, RG: 003.482.359, CPF: 705.390.424-55, residente no Sítio Lages – Zona Rural – Santo Antônio/RN. Conforme Programação Pactuada Integrada (PPI), uma vez que não dispomos deste serviço em nossa Rede Municipal.

Assim sendo, solicitamos que seja transferida em favor da unidade acima citada, a autorização da devida internação hospitalar.

Santo Antônio/RN, 19 de fevereiro de 2018


José Luciano de Oliveira
CPF 667.210.214-04
Secretário Municipal de Saúde





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Ana de Pontes, 136 - Centro - Santo Antônio/RN
C.N.P.J - 08.144.800/0001-98
Fone: 3282-2427

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH

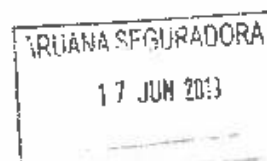
AIH Nº 025/2018

Autorizamos o Estabelecimento de Saúde Hospital Memorial a realizar os Procedimentos Cirúrgicos em **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO (0408020407)**, **TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NÃO ESPECIFICADA (0308010019)**, no (a) paciente **JOÃO PAULO VERÍSSIMO DE LIMA TEIXEIRA**, RG: 003.482.359, CPF: 705.390.424-55, residente no Sítio Lages - Zona Rural - Santo Antônio/RN. Conforme Programação Pactuada Integrada (PPI), uma vez que não dispomos deste serviço em nossa Rede Municipal.

Assim sendo, solicitamos que seja transferida em favor da unidade acima citada, a autorização da devida internação hospitalar.

Santo Antônio/RN, 19 de fevereiro de 2018


José Luciano de Oliveira
CPF: 567.210.214-04
Secretário Municipal de Saúde





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Ana de Pontes, 136 – Centro – Santo Antônio/RN
C.N.P.J - 08.144.800/0001-98
Fone: 3282-2427

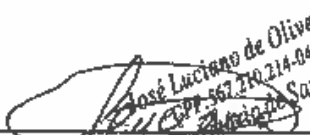
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR – AIH

AIH Nº 025/2018

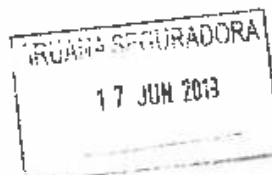
Autorizamos o Estabelecimento de Saúde **Hospital Memorial** a realizar os Procedimentos Cirúrgicos em **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO (0408020407)**, **TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NÃO ESPECIFICADA (0308010019)**, no (a) paciente **JOÃO PAULO VERISSIMO DE LIMA TEIXEIRA**, RG: 003.482.359, CPF: 705.390.424-55, residente no Sítio Lages – Zona Rural – Santo Antônio/RN. Conforme Programação Pactuada Integrada (PPI), uma vez que não dispomos deste serviço em nossa Rede Municipal.

Assim sendo, solicitamos que seja transferida em favor da unidade acima citada, a autorização da devida internação hospitalar.

Santo Antônio/RN, 19 de fevereiro de 2018



José Luciano de Oliveira
CPF: 567.210.214-04
Secretário Municipal de Saúde



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Salinho

RECEITUÁRIO

NOME _____ MATRÍCULA _____

1^o - *ferida*

Abulhizer *oito*

Ja. Heio Ribeiro

(Furúnculo)

←

Dr Hermann Gomes
Cirurgia do Quadril
Reconstrução de Pelve
CRM: 4843 - TEGT: 1887

DATA 1 1

MÉDICO - CRM

**FUMAR FAZ MAL À SAÚDE - USE CINTO DE SEGURANÇA,
PILOTE SEMPRE COM CAPACETE - NÃO BEBA AO DIRIGIR
ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU É NOSSO.**

RUANA SEGURADORA
17 JUN 2013

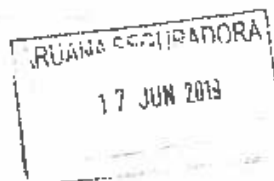




ATESTADO MÉDICO

Atesto para os fins que se fizerem necessários,
que o (a) Sr. (a) João Paulo V. de Lima F. da foi examinado
(a) nesta Unidade de Saúde às 10 horas,
Necessitando de 60 (sessenta) dias de
afastamento do trabalho por motivo de moléstia classificada no C.I.D. com
nº 5525, a partir da presente data.

Pamamirim, RN, 05, 3, 18
TEOFIL 64331622
MARCIO 960781622
Médico / CRM





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, 19 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190383115

Vítima: JOAO PAULO VERISSIMO DE LIMA TEIXEIRA

Data do Acidente: 11/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HALLISON QUIRINO SOARES DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO PAULO VERISSIMO DE LIMA TEIXEIRA

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 14473597

Pag. 01177/01178 - carta_01 - INVALIDEZ





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: 08

Eu, Maria do Socorro de Lima

RG nº 617.656

data de expedição 18/10/17

Órgão SESPDS-RN

portador do CPF nº 047.191-064-39

com domicílio na cidade de Santo Antonio

no Estado

Rio grande do Norte

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Silva Lopes

nº 51W

complemento Zona Rural

declaro, sob as penas da Lei, que o veículo acima mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

João Paulo Veríssimo de Lima Teixeira do Nascimento cujo o condutor é

Veículo: moto

Modelo: Honda/pop 400

Ano: 2011/2012

Placa: NQG-7030

Chassi: 9C2HB0210CR428203

Data do Acidente: 11/02/2018

Local e Data: Santo Antonio 16-05-2019

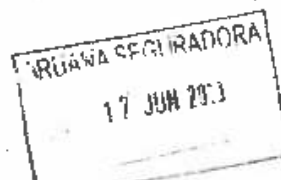
Maria do Socorro de Lima

Assinatura do Declarante

João Paulo Veríssimo de Lima Teixeira do Nascimento

Assinatura do Condutor

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



2º OFÍCIO DE NOTAS
Avenida Lindolfo Gomes Vidal, 263 - Centro, 59255-000, Santo Antonio/RN

Reconhecimento por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de: Maria do Socorro de Lima e João Paulo Veríssimo de Lima Teixeira do Nascimento, Dou e Sr. Antônio, em 16 de maio de 2019.

Lim testemunho da verdade,
Atu Carla Rocha Nascimento / Escrevente Autodidata

AVG-070204



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR
DELEGACIA MUNICIPAL DE POLÍCIA CIVIL DE SANTO ANTÔNIO/RN
Rua Prof. José de Anchieta Lopes, 07(RN 003)- SANTO ANTÔNIO/RN - 3282-4927

BOLETIM DE Ocorrência n.º 213/2019

NATUREZA DA Ocorrência: ACIDENTE DE VEÍCULO PARA FINS DE SEGURO DPVAT.

Local: RN 003 na entrada da cidade de Várzea-RN

Data e Horário: 11/02/2018, aproximadamente às 11:54h

Nome do(a) Comunicante(X) e/ou Vítima(X):

COMUNICANTE: JOÃO PAULO VERISSIMO DE LIMA TEXEIRA DSE NASCIMENTO, brasileiro, natural de Santo Antônio-RN, solteiro, filho de Cristovão Teixeira do Nascimento e Rosilda Verissimo de Lima Francisco de Lima, nascido em 21/09/2000, estudante, portador da RG nº 003.482.359 SSP-RN, CPF nº 705.390.424-55/MF, residente na zona rural Sítio Lages 55, Santo Antônio-RN.
Tel.: 84 998424319

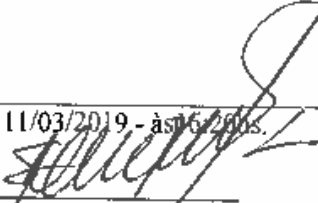
ACUSADO: XXXXXX

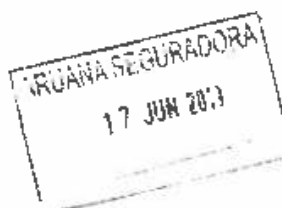
HISTÓRICO DA Ocorrência

Disse O (A) COMUNICANTE/vítima, que na data, local e horário mencionado acima estava conduzindo uma motocicleta HONDA POP 100, de cor PRETA, placa NOG 7030, chassi 9C2HB0210CB428203 de propriedade de MARIA DO SOCORRO DE LIMA e sob RENAVAM 00407428433; que perdeu o controle da motocicleta. Que caiu na lateral da RN e em seguida foi socorrido por uma pessoa de nome Ricardo, até o Hospital REGIONAL LINDOLFO GOMES VIDAL, QUE segue em anexo cópias do Boletim de Atendimento nº 46592. QUE o paciente sofreu fraturas no braço esquerdo. NADA MAIS DISSE

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: Registro do B.O para fins de seguro DPVAT

Todo conteúdo é de responsabilidade do comunicante/vítima.

 Assinatura do(a) Comunicante/Vítima	Data: 11/03/2019 - às 16:20hs.  APC. SANDRO NEGREIROS Mat. 165.167-6
--	---





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:
705-390-424-55 João Paulo Veríssimo de Lima Teixeira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS É FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: João Paulo Veríssimo de Lima Teixeira do Nascimento CPF: 705.390.424-55
Profissão: Estudante Endereço: Sítio Iguares Número: 514 Complemento: Zona Rural
Barrio: CENTRO Cidade: Santo Antônio Estado: RN CEP: 59255-000
E-mail: Tel (DDD): 84-99806-1099

DADOS CADASTRAIS

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 POUPOANÇA (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: BRADESCO

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 5883 CONTA: 000446 (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 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 contestar o caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:
Se Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Se teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

O cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem 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: NATAL, 11-06-2019

Nome: CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: CPF:

Assinatura

2ª Nome: CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (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.

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de João Paulo Veríssimo de Lima Teixeira do Nascimento. Dat. 02 de maio de 2019.

Em testemunha da verdade.

Ana Carla Rocha Nascimento - Escrivã Autorizada



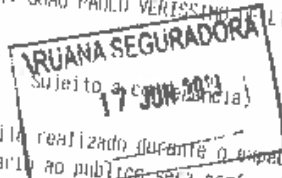


BOM - Bradesco Dia e Noite
Deposito Conta Corrente

Data: 30/05/2019 Term: 050893 Hora: 15:39
N.Trans: 967

Favorcida: Valor: 20,00
Banco: 237
Agencia: 5883 / SANTO ANTONIO
Conta: 0006446-7

Titular: JRAO PAULO VERISSIMO LIMA T



O depósito realizado durante o expediente bancário ao público será conferido e validado no mesmo dia, de acordo com os valores encontrados no interior do envelope.

Após o expediente bancário e aos sábados, domingos e feriados, o depósito será conferido no primeiro dia útil subsequente.

Cheque Expresso Bradesco.
Seu talão de cheques em segundos.
Sem pedir no balcão,
nem esperar pelo correio.

Até Bradesco
SAC - Serviço de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Reclamações e Informações
0800 704 8383
Deficiente Auditivo ou de fala - 0800 722 0000
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana
Ouvindoria - 0800 727 0903
Atendimento de segunda a sexta-feira das
8h às 18h, exceto feriados.

Obrigado
Tenha uma boa tarde

