



Número: **0817076-82.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **27/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>JEFFERSON FERNANDES DE MELO (AUTOR)</b>	<b>ALEXANDRE BRUNO MENDES CORREIA (ADVOGADO)</b>
<b>Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)</b>	<b>LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)</b>

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62732 307	13/11/2020 09:30	<a href="#"><u>2766250_CONTESTACAO_Anexo_03</u></a>	Documento de Comprovação



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

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190430327** Vítima: JEFFERSON FERNANDES DE MELO

**Data do Acidente:** 16/04/2019      **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BRUNO MENDES CORREIA

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a). JEFFERSON FERNANDES DE MELO**

Informações que o pagamento da indenização

abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

PG-1-227-52

Receptor: JEFFERSON FERNANDES DE MELO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 2380

Conta: 000007285-5

Tipo: CONTA POLIPANCA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 13/11/2020 09:30:18  
<https://pjef.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011130930182290000060154334>  
Número de documento: 2011130930182290000060154334

Núm. 62732307 - Pág. 1



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

MANUS CADASTRALIS

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

097416604-99

Jeronimo Fernandes de Melo

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

Jeronimo Fernandes de Melo

Av. das Flores, 123

Belo Horizonte

MG

35

Belo Horizonte



**PRF**

# BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTÓCOLO: Nº 19019929B01



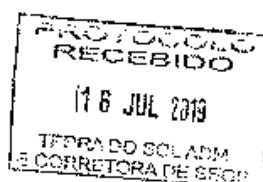
Maiores dúvidas acesse: [www.prf.gov.br/portal](http://www.prf.gov.br/portal)



Para cópia do seu Boletim acesse o site: [www.prf.gov.br/novobat](http://www.prf.gov.br/novobat) /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



**Atenção:** As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ISAC, matrícula 1071007, Polícia Rodoviária Federal, em 17/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 79019929B01 e o número de controle CC2143D00DCDA10C15627B6D48228.

**191**



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 13/11/2020 09:30:18  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011130930182290000060154334>  
Número do documento: 2011130930182290000060154334

Num. 62732307 - Pág. 3



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 19019929B01

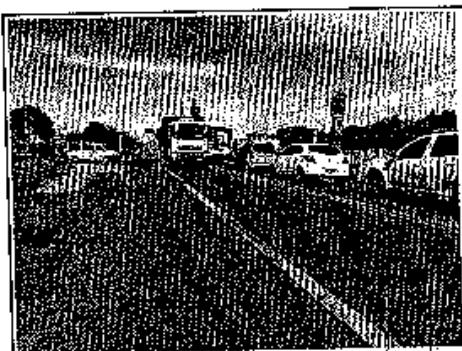
**INFORMAÇÕES GERAIS**

Data: 16/04/2019 Hora: 07:30  
BR: 110 KM: 47,3  
Município: MOSSORÓ/RN  
Sentido: Decrescente  
Policial responsável pelo atendimento: ISAC, 1071007

**ASPECTOS DO LOCAL**

Tipo de via: Principal  
Tipo de pista: Simples  
Estrutura Viária: Reta  
Acostamento: Sim  
Condicion meteorológico: Céu Claro  
Tipo de pavimento: Asfalto  
Condição da Pista: Seca  
Localidade Urbanizada: Sim  
Canteiro Central: Não  
Fase do dia: Pleno dia

**IMAGENS PANORÂMICAS**



SENIDO DECRESCENTE



SENIDO CRESCENTE

**NARRATIVA**

Em Mossoró/RN, no dia 16/04/2019, Por volta das 07:30h, na BR- 110, no Km- 47,3 sentido decrescente. Ocorreu um acidente do tipo: Colisão Traseira, que resultou em duas vítimas com lesões graves. Os veículos envolvidos foram: V1 Fiat/Strada de placa: MZD- 2413/RN e o V2 motocicleta Honda/XRE de placa base na análise dos vestígios materiais; no local do acidente, constatou-se que, quando o semáforo fechou o condutor do V1 parou e o condutor de V2 por dirigir sem os devidos cuidados, colidiu na traseira de V1. Da análise conclui-se que a causa do acidente foi devido à falta de atenção de V2 dirigir sem atenção e os devidos cuidados. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. OBSERVAÇÃO - O local do acidente estava preservado. - Velocidade regulamentar de 50Km/h. - Os V1 e V2 foram entregue aos seus respectivos condutores ou responsáveis. - As vítimas foram socorridas pelo SAMU para o HRTM. - Esteve no local do acidente uma VTR da Polícia Militar.



Documento assinado eletronicamente por ISAC, matrícula 1071007, Policial Rodoviário Federal conforme horário oficial de Brasília, com legendamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. nº 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 07-DG, de 13 de novembro de 2012.  
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobair/authenticar>, informando o protocolo 19019929B01 e o número de controle CC2443D30DCDA30C16627B6D48328.

em 17/04/2019,

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 19019929B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE

IR-102  
Km 0  
47,0

Lugar preservado

50  
m



UPANEMARN

AREIA BRANCA/RN

AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Local	Tipo de Evento	Veículos envolvidos
1		Colisão traseira	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento

V1 - VEÍCULO 1 - MZD2413 - CAMINHONETE

V1 - Informações

Placa: MZD2413	Marca/modelo: FIAT/STRADA FIRE FLEX	Renavam: 00966612000
Ano fabricação: 2008	Chassi: 9BD27803A87052558	Tipo de veículo: Caminhonete
Espécie: Carga	Categoria: Particular	Cor: Fantasia
Manobra no momento do acidente:	Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	
Informações complementares:	Danos: quebrou a lanterna traseira direita.	



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ISAC, matrícula 1071007, Policial Rodoviário Federal, em 17/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2016 e na alínea f do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/nova/pautenticar>, informando o protocolo 19019929B01 e o número de controle CC2443000DCDA30CT5627B6D48328.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 19019929B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / FIAT/STRADA FIRE FLEX

Placa: MZD2413

Nº BOAT: 19019929B01

Nome do Agente: ISAC

Matrícula do Agente: 1071007

Data: 16/04/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	N/A
1	Painel corta-fogo		X		
2	Longarina dianteira esquerda		X		
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X		
4	Estrutura da soleira esquerda		X		
5	Air Bags Frontais		X		
6	Air Bags Laterais		X		
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X		
8	Estrutura da coluna central esquerda		X		
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X		
10	Caixa de roda traseira esquerda		X		
11	Assoalho central esquerdo		X		
12	Longarina traseira esquerda		X		
13	Assoalho portamalas ou caçamba		X		
14	Longarina traseira direita		X		
15	Caixa de roda traseira direita		X		
16	Estrutura da coluna traseira direita		X		
17	Estrutura da soleira direita		X		
18	Estrutura da coluna central direita		X		
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X		
20	Assoalho central direito		X		
21	Caixa de roda dianteira direita		X		
22	Longarina dianteira direita		X		

Dano de Monta: Pequena



Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ISAC, matrícula 1071007, Policial Rodoviário Federal, em 17/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 4º do Decreto Nº 6.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.poderjudicial.gov.br>, o protocolo 19019929B01 e o número de controle CC2443D00DDCDA30C75627B6D48320.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO Nº 19019929B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / HONDA/XRE 300

Nome do Agente: ISAC

Placa: ORR5D00

Matrícula do Agente: 1071007

Nº BOAT: 19019929B01

Data: 16/04/2019

Item: Descrição do item

Valor

Item danificado no acidente

Sim Não NA

1 Garfo dianteiro

X

2 Mesa superior da suspensão dianteira

X

3 Mesa inferior da suspensão dianteira

X

4 Coluna de direção

X

5 Chassi

X

6 Garfo traseiro

X

7 Eixo traseiro (triciclos)

X

Dano de Monha: Pequena

V2 - Imagens Obrigatórias

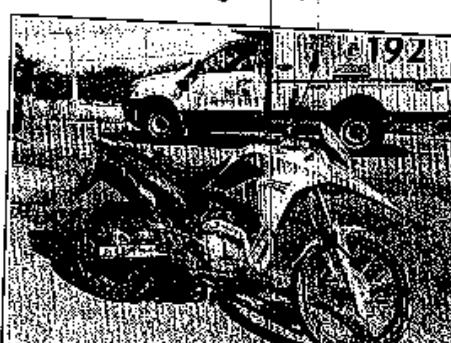


IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ISAC, matrícula 1071007, Policial Rodoviário Federal, em 17/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea li do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/authenticar>, informando o protocolo 19019929B01 e o número de controle CC2413D0000CDCA30C15627B6D46328.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 19019929B01



**V2 - Proprietário**

Nome: ADEIRTON CARVALHO DA SILVA CPF/CNPJ: 090.838.734-20  
Email: Telefone: 84 - 9.8611 - 6955  
Endereço: TV - DR. AMAURI, 038, ALTO DE SÃO MANOEL, MOSSORÓ-RN

**V2C - CONDUTOR DE V2 - ADEIRTON CARVALHO DA SILVA**

**V2C - Informações**

Nome: ADEIRTON CARVALHO DA SILVA Data de Nascimento: 12/10/1985  
CPF: 090.838.734-20 Estado civil: Solteiro(a)  
Sexo: Masculino Estado físico: Lesões Graves  
Usava capacete: Sim

**V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor**

Categoria: Primeira habilitação: Nº Registro:  
UF: Vencimento da habilitação: Motorista profissional: Não  
Observações CNH:

**V2C - Alterações da Capacidade Motoria**

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não Condutor se recusou a realizar o teste: Não  
Visíveis sinais de embriaguez: Não Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

**V2C - Dados do Contato**

Endereço: TRAVESSA DOUTOR AMAURY, 38, ALTO SAO MANOEL, MOSSORÓ-RN  
Telefone: 84 - 9 86 - 65955 Email:

**V2P1 - PASSAGEIRO 1 DO V2 - JEFFERSON FERNANDES DE MELO**

**V2P1 - Informações**

Nome: JEFFERSON FERNANDES DE MELO Data de Nascimento: 27/01/1990  
CPF: 097.416.604-99 Sexo: Masculino  
Estado físico: Lesões Graves Usava capacete: Sim

**V2P1 - Dados do Contato**

Endereço: TV OLINDA, 35, ALTO DE SAO MANOEL, MOSSORÓ-RN  
Telefone: 84 9 8835- 6692 Email:



Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ISAC, matrícula 1071007, Policia Rodoviária Federal, em 17/04/2019,  
conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de  
agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 6.539, de 13 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da  
Instrução Normativa Nº 01-TIC, de 13 de novembro de 2016.  
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novocertificado>, inserindo o protocolo 19019929B01 e o número de controle CC2443D0000CDA30C1582786D48928.

191







MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 19019929B01



V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA

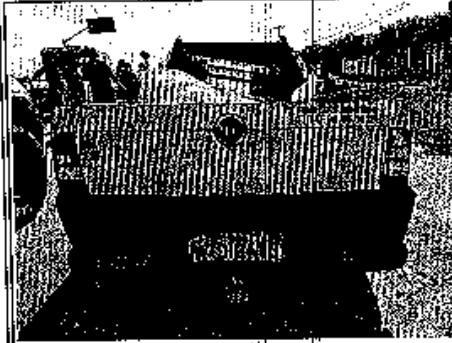


IMAGEM DA TRASEIRA

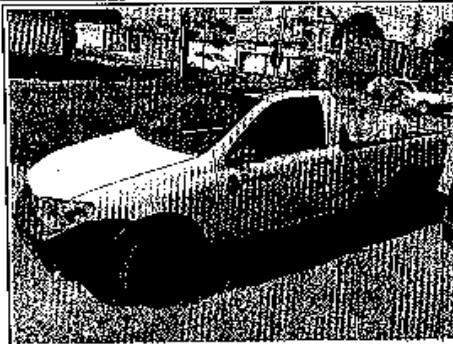


IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA

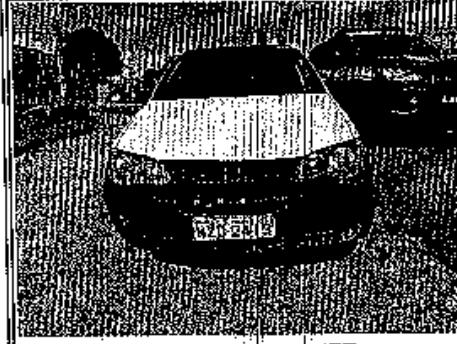


IMAGEM DA FRENTE



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ISAC, matrícula 1071007, Policial Rodoviário Federal, em 17/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2007, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 01/2016, de 10 de setembro de 2016.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/holografautenticar>, informando o protocolo 19019929B01 e o número de controle CC2443D00DDCDA30C15627B6D48328.

191





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	097.416.604-99	Jeronides de Melo	

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Telefone:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:	16 - Tel (DDD):	17 - Telefone:	18 - Celular:

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

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

Declaro, para todos os fins de direito, residir na endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

## 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> RS2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Name do BANCO:
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA:	CONTA: 00000000000000000000000000000000	AGÊNCIA:	CONTA: 00000000000000000000000000000000
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(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.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AusÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro que não tenho laudo de periciamento apresentado à Seguradora Líder para a validade da cobertura de indenização permanente (máxima indenização das séries).
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
<input type="checkbox"/> 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 invalidade permanente, com base na documentação 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

24 - Data de nascimento:	25 - Cidade de nascimento:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
--------------------------	----------------------------	--	---

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (velho/criança)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, Informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
---	---	--	---	---	--

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

34 - Testemunha digitalizada e assinada no documento	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
38 - 1 <sup>a</sup>   Nome: CPF:	39 - 2 <sup>a</sup>   Nome: CPF:	Assinatura da testemunha	
40 - Local e Data:	Assinatura da testemunha		

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	43 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---





SAMU  
MOSSORÓ  
192

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

**DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO N° 242**

Mossoró 02 de Maio de 2019

Em resposta a solicitação do (a) Sr. (a): **SUELÍ DIAS MARTINS, 36 anos.**

RG: 1.972.785 passo a informar o que consta em nosso registro.

**Identificação da ocorrência: 13**

**Nome do Paciente:** JEFFERSON FERNANDES DE MELO, 29 anos.

**Data:** 16/04/2019

**Local da ocorrência:** BR-110 (próximo a UFERSA)

**Viatura:** BRAVO – Unidade de Suporte Básico de Vida - 02

**Hora do Chamado:** 08h 15min.

**Natureza da Ocorrência:** Colisão moto x carro

**Procedimento no Local:** Paciente socorrido de acordo com os protocolos SAMU, encaminhado para o Hospital Regional Tarcísio Maia, conforme regulação médica.

**Silvana do Monte Santiago**

Matrícula 58682-1

Agente administrativo SAMU/Mossoró

**Dixon Fradik Medeiros Lima**

Matrícula 405418-3

Diretor do SAMU/ Mossoró

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



# 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: 01/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: JEFFERSON FERNANDES DE MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02380

CONTA: 00000007285-5

---

Nr. da Autenticação CBD5F5C0582D2F35



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 13/11/2020 09:30:18  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011130930182290000060154334>  
Número do documento: 2011130930182290000060154334

Num. 62732307 - Pág. 13



Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
Av. Newton 150, Belfort - RN - CEP 59125-250  
CNPJ 08.324.105/0001-81 | Fone: Ext. 21661099-6 | [www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br)

**DETALHES DA FATURA:**

ANTONIA LIMA DE FERNANDES

**ENTREGA:** Domicílio / Endereço Anterior

TV QUNDA 35

CPF: 201 329 214-12 NIS: 10642021495

AVTO DE SAO MANDE/AREA URBANA

RESIDENCIAL

MOSSORÓ/RN

BL RESIDENCIAL

59626-135

BN4A RENDA COM MS

CNPJ: 20.000.000/0001-00

0854974629 - 04/2019

DATA DE VENCIMENTO: 02/05/2019

VALOR TOTAL: R\$ 89,62

DETALHES DA NOTA FISCAL:

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo inferior a 30 kWh	30.000,000	C 21930000	6,55
Consumo Ativo superior a 30 ate 100 kWh	70.000,000	0,374357%	26,20
Consumo Ativo superior a 100 ate 220 kWh	77.000,000	0,681690%	43,23
Corrida Iuri Pólvora Municipal			5,74
KMS-Faixa da Subvenção			8,33

Passo 09/04/2019  
09.03.11

**TOTAL DA FATURA:**

DESCRIÇÃO DO CONSUMO DEBAIXO DA LINHA							89,62
TIPO DE MEDIDOR	TIPO DE FUNDIÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	PERÍODO PÁS	VALOR
00521440	CAT	04/04/2019	24.000,00	05/04/2019	24.000,00	28	89,62

**HISTÓRICO DE CONSUMO:**

PERÍODO	DATA INÍCIO	DATA FIM	VALOR	DETALHAMENTO
ABR19 - 17	01/04/2019	12/04/2019	0,00	Consumo Ativo inferior a 30 kWh
ABR19 - 18	13/04/2019	24/04/2019	75,28	Consumo Ativo superior a 30 ate 100 kWh
ABR19 - 19	25/04/2019	05/05/2019	75,28	Consumo Ativo superior a 100 ate 220 kWh
ABR19 - 20	06/05/2019	26/05/2019	76,59	Corrida Iuri Pólvora Municipal
ABR19 - 21	27/05/2019	13/06/2019	0,00	KMS-Faixa da Subvenção
ABR19 - 22	14/06/2019	24/06/2019	0,00	
ABR19 - 23	25/06/2019	13/07/2019	0,00	
ABR19 - 24	14/07/2019	24/07/2019	0,00	
ABR19 - 25	25/07/2019	11/08/2019	0,00	
ABR19 - 26	12/08/2019	22/08/2019	0,00	
ABR19 - 27	23/08/2019	09/09/2019	0,00	
ABR19 - 28	10/09/2019	20/09/2019	0,00	
ABR19 - 29	21/09/2019	07/10/2019	0,00	
ABR19 - 30	08/10/2019	28/10/2019	0,00	
ABR19 - 31	29/10/2019	14/11/2019	0,00	
ABR19 - 32	15/11/2019	05/12/2019	0,00	
ABR19 - 33	06/12/2019	26/12/2019	0,00	
ABR19 - 34	27/12/2019	12/01/2020	0,00	
ABR19 - 35	13/01/2020	02/02/2020	0,00	
ABR19 - 36	03/02/2020	23/02/2020	0,00	
ABR19 - 37	24/02/2020	10/03/2020	0,00	
ABR19 - 38	11/03/2020	20/03/2020	0,00	
ABR19 - 39	21/03/2020	05/04/2020	0,00	
ABR19 - 40	06/04/2020	26/04/2020	0,00	
ABR19 - 41	27/04/2020	12/05/2020	0,00	
ABR19 - 42	13/05/2020	06/06/2020	0,00	
ABR19 - 43	07/06/2020	27/06/2020	0,00	
ABR19 - 44	28/06/2020	13/07/2020	0,00	
ABR19 - 45	14/07/2020	07/08/2020	0,00	
ABR19 - 46	08/08/2020	28/08/2020	0,00	
ABR19 - 47	29/08/2020	15/09/2020	0,00	
ABR19 - 48	16/09/2020	06/10/2020	0,00	
ABR19 - 49	07/10/2020	27/10/2020	0,00	
ABR19 - 50	28/10/2020	12/11/2020	0,00	
ABR19 - 51	13/11/2020	06/12/2020	0,00	
ABR19 - 52	07/12/2020	27/12/2020	0,00	
ABR19 - 53	28/12/2020	10/01/2021	0,00	
ABR19 - 54	11/01/2021	04/02/2021	0,00	
ABR19 - 55	05/02/2021	25/02/2021	0,00	
ABR19 - 56	26/02/2021	12/03/2021	0,00	
ABR19 - 57	13/03/2021	06/04/2021	0,00	
ABR19 - 58	07/04/2021	27/04/2021	0,00	
ABR19 - 59	28/04/2021	12/05/2021	0,00	
ABR19 - 60	13/05/2021	06/06/2021	0,00	
ABR19 - 61	07/06/2021	27/06/2021	0,00	
ABR19 - 62	28/06/2021	12/07/2021	0,00	
ABR19 - 63	13/07/2021	06/08/2021	0,00	
ABR19 - 64	07/08/2021	27/08/2021	0,00	
ABR19 - 65	28/08/2021	12/09/2021	0,00	
ABR19 - 66	13/09/2021	06/10/2021	0,00	
ABR19 - 67	07/10/2021	27/10/2021	0,00	
ABR19 - 68	28/10/2021	12/11/2021	0,00	
ABR19 - 69	13/11/2021	06/12/2021	0,00	
ABR19 - 70	07/12/2021	27/12/2021	0,00	
ABR19 - 71	28/12/2021	10/01/2022	0,00	
ABR19 - 72	11/01/2022	04/02/2022	0,00	
ABR19 - 73	05/02/2022	25/02/2022	0,00	
ABR19 - 74	26/02/2022	12/03/2022	0,00	
ABR19 - 75	13/03/2022	06/04/2022	0,00	
ABR19 - 76	07/04/2022	27/04/2022	0,00	
ABR19 - 77	28/04/2022	12/05/2022	0,00	
ABR19 - 78	13/05/2022	06/06/2022	0,00	
ABR19 - 79	07/06/2022	27/06/2022	0,00	
ABR19 - 80	28/06/2022	12/07/2022	0,00	
ABR19 - 81	13/07/2022	06/08/2022	0,00	
ABR19 - 82	07/08/2022	27/08/2022	0,00	
ABR19 - 83	28/08/2022	12/09/2022	0,00	
ABR19 - 84	13/09/2022	06/10/2022	0,00	
ABR19 - 85	07/10/2022	27/10/2022	0,00	
ABR19 - 86	28/10/2022	12/11/2022	0,00	
ABR19 - 87	13/11/2022	06/12/2022	0,00	
ABR19 - 88	07/12/2022	27/12/2022	0,00	
ABR19 - 89	28/12/2022	10/01/2023	0,00	
ABR19 - 90	11/01/2023	04/02/2023	0,00	
ABR19 - 91	05/02/2023	25/02/2023	0,00	
ABR19 - 92	26/02/2023	12/03/2023	0,00	
ABR19 - 93	13/03/2023	06/04/2023	0,00	
ABR19 - 94	07/04/2023	27/04/2023	0,00	
ABR19 - 95	28/04/2023	12/05/2023	0,00	
ABR19 - 96	13/05/2023	06/06/2023	0,00	
ABR19 - 97	07/06/2023	27/06/2023	0,00	
ABR19 - 98	28/06/2023	12/07/2023	0,00	
ABR19 - 99	13/07/2023	06/08/2023	0,00	
ABR19 - 100	07/08/2023	27/08/2023	0,00	
ABR19 - 101	28/08/2023	12/09/2023	0,00	
ABR19 - 102	13/09/2023	06/10/2023	0,00	
ABR19 - 103	07/10/2023	27/10/2023	0,00	
ABR19 - 104	28/10/2023	12/11/2023	0,00	
ABR19 - 105	13/11/2023	06/12/2023	0,00	
ABR19 - 106	07/12/2023	27/12/2023	0,00	
ABR19 - 107	28/12/2023	10/01/2024	0,00	
ABR19 - 108	11/01/2024	04/02/2024	0,00	
ABR19 - 109	05/02/2024	25/02/2024	0,00	
ABR19 - 110	26/02/2024	12/03/2024	0,00	
ABR19 - 111	13/03/2024	06/04/2024	0,00	
ABR19 - 112	07/04/2024	27/04/2024	0,00	
ABR19 - 113	28/04/2024	12/05/2024	0,00	
ABR19 - 114	13/05/2024	06/06/2024	0,00	
ABR19 - 115	07/06/2024	27/06/2024	0,00	
ABR19 - 116	28/06/2024	12/07/2024	0,00	
ABR19 - 117	13/07/2024	06/08/2024	0,00	
ABR19 - 118	07/08/2024	27/08/2024	0,00	
ABR19 - 119	28/08/2024	12/09/2024	0,00	
ABR19 - 120	13/09/2024	06/10/2024	0,00	
ABR19 - 121	07/10/2024	27/10/2024	0,00	
ABR19 - 122	28/10/2024	12/11/2024	0,00	
ABR19 - 123	13/11/2024	06/12/2024	0,00	
ABR19 - 124	07/12/2024	27/12/2024	0,00	
ABR19 - 125	28/12/2024	10/01/2025	0,00	
ABR19 - 126	11/01/2025	04/02/2025	0,00	
ABR19 - 127	05/02/2025	25/02/2025	0,00	
ABR19 - 128	26/02/2025	12/03/2025	0,00	
ABR19 - 129	13/03/2025	06/04/2025	0,00	
ABR19 - 130	07/04/2025	27/04/2025	0,00	
ABR19 - 131	28/04/2025	12/05/2025	0,00	
ABR19 - 132	13/05/2025	06/06/2025	0,00	
ABR19 - 133	07/06/2025	27/06/2025	0,00	
ABR19 - 134	28/06/2025	12/07/2025	0,00	
ABR19 - 135	13/07/2025	06/08/2025	0,00	
ABR19 - 136	07/08/2025	27/08/2025	0,00	
ABR19 - 137	28/08/2025	12/09/2025	0,00	
ABR19 - 138	13/09/2025	06/10/2025	0,00	
ABR19 - 139	07/10/2025	27/10/2025	0,00	
ABR19 - 140	28/10/2025	12/11/2025	0,00	
ABR19 - 141	13/11/2025	06/12/2025	0,00	
ABR19 - 142	07/12/2025	27/12/2025	0,00	
ABR19 - 143	28/12/2025	10/01/2026	0,00	
ABR19 - 144	11/01/2026	04/02/2026	0,00	
ABR19 - 145	05/02/2026	25/02/2026	0,00	
ABR19 - 146	26/02/2026	12/03/2026	0,00	
ABR19 - 147	13/03/2026	06/04/2026	0,00	
ABR19 - 148	07/04/2026	27/04/2026	0,00	
ABR19 - 149	28/04/2026	12/05/2026	0,00	
ABR19 - 150	13/05/2026	06/06/2026	0,00	
ABR19 - 151	07/06/2026	27/06/2026	0,00	
ABR19 - 152	28/06/2026	12/07/2026	0,00	
ABR19 - 153	13/07/2026	06/08/2026	0,00	
ABR19 - 154	07/08/2026	27/08/2026	0,00	
ABR19 - 155	28/08/2026	12/09/2026	0,00	
ABR19 - 156	13/09/2026	06/10/2026	0,00	
ABR19 - 157	07/10/2026	27/10/2026	0,00	
ABR19 - 158	28/10/2026	12/11/2026	0,00	
ABR19 - 159	13/11/2026	0		

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
ALDAS CARNAUBERAS, 633 TERREO - CONJ ULRICK GRAFF  
MOSSORÓ - RN  
59625-410

RECEBIDO

16 JUL 2019

TELEFONE SUCURSAL  
CORRETORA DE SEGUROS

ALEXANDRE BRUNO M CORREIA  
RAMUNDO L DE M 203 B AP 303  
MOSSORÓ - RN

69611-320

BE548999908BR

N82-7112 OP-180313 COR-V88EC011.D120903 TH-DOM

CAIXA

## Chegou seu novo Cartão de Débito CAIXA Elo com chip.

Aproveite!



O seu cartão de Débito CAIXA é o cartão de débito mais seguro da caixa financeira. Além disso, a CAIXA oferece um novo nível de segurança para o seu cartão a cada vez que você faz uma compra com seu cartão de débito. Basta se cadastrar no Internet Banking CAIXA, nos terminais de autoatendimento CAIXA ou no PAE.

[caixa.gov.br](http://caixa.gov.br)

- Ao recarregar seu cartão, certifique-se de seu número correto e assine seu visto, no local indicado. Se você não tiver conselhos sobre sua assinatura, entre em contato com o seu agente de atendimento ou do Banco 24 Horas.
- Nunca diga seu número de terceiros ou utilizar os terminais de autoatendimento ou do Banco 24 Horas.
- Não escreva no cartão ou grava a ele a sua senha.
- Jamais forneça sua senha a terceiros.
- Nunca digite sua senha em telefones ou celulares de terceiros, sob qualquer pretexto.
- Se seu cartão for roubado ou fizer parte em algum equipamento de roubo, entre em contato com o seu agente de atendimento ou do Banco 24 Horas, não digite novamente a sua senha e ligue para os Centrais de Atendimento à Clientela da CAIXA.
- Seu cartão é pessoal e intransferível e, portanto, o uso por terceiros não é autorizado pela CAIXA. Sua utilização irregular sujeita o titular do cartão às penalidades legais.

### TELEFONES ÚTEIS

Atendimento Contábil: 3024 1105 (Capitais e Regiões, Monopólio) / 0800 724 0505 (Demais Regiões) - Seção, extrato, validação de instituição de saída de cheques, bloqueio de cartão de débito e outros serviços.  
SAC pessoas com deficiência auditiva ou de ouvido: 0800 776 2492  
SAC CAIXA: 0800 724 6101 - Informações, reclamações, sugestões e elogios.  
Guiafone: 0800 725 7474



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

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1396 / 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 9135

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu	<i>Alexandre Junes Freitas Ferreira</i>	
inscrito (a) no CPF/CNPJ	<i>05979634-79</i>	na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
<i>Alexandre Junes de Mello</i>		inscrito (a) no CPF sob o N <sup>o</sup> <i>097.716.604-99</i>
do sinistro de DPVAT cobertura	<i>Juselíder</i>	da Vítima <i>Alexerson Fernandes de Mello</i>
Inscrito (a) no CPF sob o N <sup>o</sup> <i>097.716.604-99</i>		, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão:	<i>Valejado</i>	Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios;
<input checked="" type="checkbox"/> Recuso informar		

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.			
Endereço:	<i>Rua Bernardo S. de Menezes</i>	Número:	<i>503</i>
Bairro:	<i>Varalheira</i>	Cidade:	<i>Florianópolis</i>
E-mail:	<i>alexandrejunesferreira@outlook.com.br</i>		
CEP:	<i>59611-340</i>		
Tel. (DDD):	<i>(41) 99864-7997</i>		

Local e Data: *Florianópolis/SC, 03/07/2019*

Assinatura do Declarante

PROTÓCOLO  
RECEBIDO

16 JUL 2019

ENTREGUE  
CORRETO

## SESAF/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 46187 /2019

Admissão: 16/04/2019 08:49:46

## ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

D 10 41

R.F.

Paciente: 38107 - JEFFERSON FERNANDES DE MELO (29 a 2 m 20 d)

Nascimento: 27/01/1990

Natural: MOSSORÓ-BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 700404940795242

CPF:

Prof:

Mãe: ANTONIA IZANEIDE FERREIRA

Pai: JOSIMAR ARAUJO MELO

Logradouro: DR AUMAIR, 10

CEP: 59607100

Telefone: 84.33153390

Bairro: SAO MENAOEL

Cidade: MOSSORÓ

Compl:

PROTÓCOLO  
RECEBIDO

16 JUL 2019

TERRA DO SOL ARM  
E CORRETORA DE SEGUROS

Motivo (elegido pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Origem: SAMU RN

Tipo: REGULADO

\*Empresa:

OBS: SAMU MOSSORÓ

Classificação:

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
130 80			98		22				

## HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO, COM SUSPEITA DE FRATURA EM COLO DE FERMUR ESQUERDA.

Hora: 16:00 Paciente trazido p/ Dr. Antônio Helio da Silva e conforme relatado ao preenchimento, paciente temerava estar cervical. Paciente não apresenta lesões ósseas e cutâneas na região do pescoço no nível cervical. Refere dor nas costas e pescoço. Diz que sente dor nas costas, regas nas costas e náuseas e vômitos.

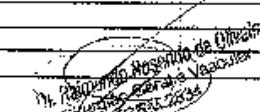
A= dor cervical, não envolvendo o cervicalgico. B= dor cervical envolvendo o nível cervical. C= dor cervical envolvendo o nível cervical e o nível lombar. D= dor cervical envolvendo o nível lombar.

D: dor cervical envolvendo o nível cervical e lombar. E: dor cervical envolvendo o nível cervical e lombar e envolvendo o nível lombar.

Melhor flacidez e intensidade à palpação nem menor que forte. Mais um mobilizador e saliente. Rx: gálio IR e analgésico anti-inflamatório.

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:



VIA HORARIO ASSINT.

① 165 LM			
② Drogaria: 01/07 + 01/07 CV			
③ Tlantil 01/07 + AGT CV			
✓ Xerolito CT-06 01/07			
-01 Segunda 00 C.C.H			
PI CICLO 7 1/4			

Ramón de Esteban Pinell  
Médico e Traumatologista  
CID 1437  
CRM/RN 637

\*SAÍDA: ( ) Decisão médica ( ) Transferido ( ) Evasão ( ) Óbito

X Interna: (Preencher CID, PROC, DATA)

CID 1025 Proc. 3083000

Data: 16/04/2019

Médico:

(Assinar e Colocar foto)

Gerado via SX por ANTONIO HELIO DA SILVA. Impresso em 16 de Abril de 2019.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAMU MOSSORÓ 03/06/2019

SAME / ARQUIVO

R. Pablo Pinell da Traumatologia  
Ortopedia e Traumatologia  
CID/RN 637



OR409601

Pj c/ Fratura hérnia d. Abdôminal Of  
Fratura de costela.

CIA: Sobeiro TC

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
FAXE MESSORÓ 03/06/2019

B1/M  
SAME ARQUIVO



Prontuário: 207041



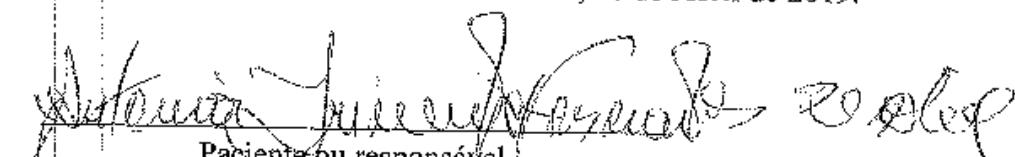
SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO  
RN  
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

**PERMISSÃO**

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcisio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **JEFFERSON FERNANDES DE MELO** (Fia: 1915/2019), CPF:09741660499.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 16 de Abril de 2019.

  
Paciente ou responsável

NUCLEO DE  
ESTUDOS CLÍNICOS  
DATA: 16/04/2019  
Assinatura

16/04/2019  
16/04/2019  
ADM. DE STICL. MAGALHÃES

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAIS  
SAME MOSSORÓ 03/06/2019  
BIM  
SAME/ARQUIVO







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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Júlio Fernando de Almeida Reg Nº \_\_\_\_\_

Diagnóstico pré-operatório: Fixação de dente + lesão apical (C)

Indicação terapêutica:

INTERVENÇÃO

Inicio: 27/07/2019 Fim: 27/07/2019 Duração: \_\_\_\_\_

Operador D. Pottke

1º Auxiliar: \_\_\_\_\_

2º Auxiliar: \_\_\_\_\_

3º Auxiliar: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_

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

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - Ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

Limpa     Pot. Contaminada     Contaminada     Infectada

01 abertura da mucoperióstica

02 hastes enunciadas (C)

03 Anágua e progressão do fogo

04 Colgacorão e frangos esquálidos mandibular

05 Cervelos

Dr. Paulo Romano da Fonseca Dutra  
Ortopedia e Traumatologia  
TEOT 14391  
CRM/RN 5924

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGEM  
NAME MOSSORÓ 03/08/2019

SAMPAI ARQUIVO



GOVERNADOR ESTADUAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MELO

Nome do paciente: Jefferson Fernando de Melo - RG/PAM 473.183  
Clínica: Trauma - Unidade de trauma e fraturas. (61) 3211-1109  
Unidade: Fábris - Andar: 1 - Instalações: 1  
Anestesiador: Edilson - Especialista: Roger  
Início da Cirurgia: 15:00 - Fim:

MATERIAL USADO	QUANTIDADE
* COMPRESAS	5 pac.
* CASES	6 pac.
* ESCARRAPARO	6 pac.
* COMPRESAS	1 pac.
* LÂMINA DE BISTURI N° 2	1 pac.
* LÂMINAS	3 pac.
* EQUIPO PARA SÉRIO	
* SCAIPS M	
* JELCOS	
CATETER PARA SUBGLÁVIA	
* SERINGAS DE 01 ML	24
* SERINGAS DE 03 ML	24
* SERINGAS DE 05 ML	24
* SERINGAS DE 10 ML	24
* SERINGAS DE 20 ML	24
* AGULHAS DE CÁRTEVILS	
* SONDA ENDOTRAQUEAL N°	
* TRAQUEOSTOMO	
* SONDA URETRAL N°	
* SONDA COLEMAN N°	
* SONDA NASOGASTROICA N°	
CATETER BAICA 02	1 pac.
* SONDA PARA ASPIRAÇÃO	
COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	
BOLSA DE COLESTOMA	
LAVAGEM DE TUBO	
LAVAGEM DE TUBO	
A ÁGUA SEPARADA	
FAINA DE COTTON	
ALGODÃO 01% OFERTA	
CALÇOT CRISTALADO	
CALÇOT CRISTALIZADO	
* FIO DE ALGODÃO	
* MONOCRYL 01	
OUTROS HCT	
LUGO DO BISTURI E TACO	
USC DE 000 MM	
SOLUÇÃO DE SÓDIO BICARBONATO	
SOLUÇÃO DE SÓDIO BICARBONATO	± 500
SOLUÇÃO DE SÓDIO BICARBONATO	
* BOLINHA DE ETER	
SOLUÇÃO DE AZOTÔNICO 10%	
SOLUÇÃO DE GLICOZOL 0,9% 500 ml 20	200 ml
SOLUÇÃO DE GLICOZOL 0,9%	
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO	
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO	
SOLUÇÃO DE RINGER SIMPLES	
* MANITOL	
XILOCAÍNA A 2%	
AMF forte	
... secante	

ITAC REGIONAL TARCISIO MELO

CONFORME D'ORIGEM

MISSOURÓ 02/06/2019

NAME / ARQUIVO

Rian



DATA: 07/05/2019

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

Nome: JEFERSON FERNANDES DE MELO 29 ANOS  
CLÍNICA CIRÚRGICA + ENFERMARIA: CC Leito: 209-1  
DATA DA ADMISSÃO: 16/04/19 MOSSORÓ - RN CODIGO: 38107

DATA	Evolução
	21º DIH: LX DE QUADRIL E. + FX DE ACETABULÔ E. REALIZADO REDUCAO INCRUENTA + TRACAO TRANSTROCANTERICA  QP: SEM QUEIXAS.  EF: BEG, COTE, AAA, NORMOCORADO E HIDRATADO ACV: RCR, 2T, SEM SOPRO, BNF AR: MV + EM AMBOS OS HEMITORAX, SRA ABDOME: ATÍPICO, FLACIDO E INDOLOR A PALPÁCÃO. RHA +  SITUAÇÃO: LABORATÓRIO: (28/04/19): HB: 12.4 LEUCO: 12200 PLAQ: 468.000 UREIA: 25 (18/04) CR: 1.0 (18/04) TGO: 81 TGP: 49 INCLUSO NO SISREG RISCO CIRURGICO BAIXO  CD: VPM

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA LIVRE	
2	SFO,9% 1500 ML EV PARA 24 HORAS	
3	DIPIRONA 500MG/ML 2ML + ABD EV 6/6 HORAS.SN	
4	OMEPRAZOL 40MG VO JEJUM 1XDIA	
5	BROMOPRIDA 10MG 8/8 HORAS SE NAUSE E/OU VOMITO	
6	CLEXANE 60MG SC 1X DIA	
7	FISIOTERAPIA MOTORA	

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAIS  
SAME MOSSORÓ 03/05/2019  
B.145  
SAME / ARQUIVO





Sistema  
Único de  
Saúde

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

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE OCÉLIO MARQUES DE LUCENA

2- CNES

3515168

5- PACIENTE

JEFFERSON FERNANDES DE MELO

8- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

165828

7- CARTÃO NACIONAL SUS

700 4049 4079 5242

**Identificação do Paciente**

8- DATA DE NASCIMENTO

27/01/1990

9- SEXO

MASCULINO

10- RACIAÇÃO

PARDA

11- NOME DA MAE

ANTONIA ZINEILDE FERNANDES DE MELO

12- TELEFONE DE CONTATO

988356692

13- NOME DO RESPONSAVEL

TIA / INEZ

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, N°)

TV OLINDA 35

16- MUNICIPIO

MOSSORÓ

17- BAIRRO

ALTO S MUNICIPAL URBANA

18- UF

RN

19- CEP

59625165

**Justificativa de Internação**

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Recém encaminhado de Mossoró - RN  
com fratura aberta na 16 vértebra*

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

*cirurgia*

22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVOS DIAGNOSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

23- DIAGNOSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

*Fratura* *accidente*

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

*Rogério Santos*

Ortopedia e Traumatologia:

CNPJ/MF 1226-38072341

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

*Traut cirurgia*

**Procedimento Solicitado**

27- CODIGO DO PROCEDIMENTO

28- CLÍNICA

29- CARÁTER DA INTERNACAO

31- DOCUMENTO

32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

36- ( ) AC. TRÂNSITO

37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO

38- ( ) AC. TRABALHO TRAJETO

46- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

**Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)**

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- N° DO BILHETE

41- SÉRIE

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51- ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

**CONFERIR COM ORIGINAL**

**DATA:** 18/11/2020

*Ribeiro*

*Assinatura*



## PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA ORTOPEDIA	REGULAÇÃO	OBS		
ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO 165628		
DATA 07/05/2019	HORA 14:15	CATEGORIA OB		
PACIENTE JEFFERSON FERNANDES DE MELO		DATA DE NASCIMENTO 27/01/1980		
ESTADO CIVIL SOLTEIRO		PROFISSAO AGRICULTOR		
ENDERECO (RUA, N°) TV OLINDA 35		BAIRRO ALTO S MARETA URBANA	UF RN	CEP 59625165
MUNICÍPIO MOSSORÓ				TELEFONE
LOCAL DE TRABALHO				
FILIAÇÃO ANTONIA IZINEILDE FERNANDES DE MELO	JOSIMAR ARAUJO DE MELO			
RESPONSÁVEL, TIA / INEZ		TELEFONE 988356692		
ENDERECO O MESMO				
DIAGNOSTICO PROVISORIO				
DIAGNOSTICO DEFINITIVO				
DATA DE ADMISSÃO	ALTA 27/05/19	OBITO		
HISTÓRIA CLÍNICA				
CONFERE COM ORIGINAL DATA: 26/05/19 <i>Ridellente</i> Assinatura				



PF 297413604.99  
US-700 404940795242 Ref. 98835 6692 inf.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA

PARNAMIRIM /RN

Mde - Autônoma Izimende Oliveira de Melo

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 41

OME: Jeferson Souza de Melo	DATA: 17/01/1990	COR: PRETO	SEXO: Masculino	ESTADO CIVIL: Solteiro
NATURALIDADE: Mossoró RN	PROFISSÃO: Professor	PROCEDÊNCIA:		
ENDEREÇO: Rua. Oliveira 35		BAIRRO: Nossa Senhora das Neves		
IDADE: 26 anos RN	DATA: 07/05/2019		HORA: 12:00 AM	

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	COM DISPNEIA <input type="checkbox"/>	CHOCADO <input type="checkbox"/>	COMATOSO <input type="checkbox"/>
C/ HEMORRAGIA <input type="checkbox"/>	EM CONVULSÃO <input type="checkbox"/>	POLITRAUMATIZADO <input type="checkbox"/>	AGITADO <input type="checkbox"/>	OUTROS <input type="checkbox"/>

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
----------------------------	------------------------------	------------------------------

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)			
acidente com fratura automóvel de moto - RN			

EXAME FÍSICO						
--------------	--	--	--	--	--	--

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL	Fratura automóvel
---------------------	-------------------



**ANEXOS COMPLEMENTARES**

Ass. do Responsável

**ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE**

HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

**CONDUTA**

Ass. do Responsável

**DESTINO DO PACIENTE**

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>Dr. Roberto</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____ / _____ / _____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> A FAMÍLIA <input type="checkbox"/> MÉDICO (CNPJ/MF) _____ / _____ / _____ <i>Rogerio Santos Ortopedia e Traumatologia Médico (CRM-MG 1203-SBOT 1341)</i>	HORA _____ HORA _____ S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo) <i>Roberto Roberto</i>		

CONFIRMADO  
DATA: 13/11/2020  
*Roberto Roberto*

Hospital

Nome do paciente		MEFFERON F. DE MELLO		Nº prontuário
Data operação	Enf.	Lotto		
Operador		1º auxiliar	Viazi	
2º auxiliar	3º auxiliar	Instrumentador		
Anestesista	N. Lúcio Prado et. Mello Góes			
Diagnóstico pré-operatório	Plaque de Fnd. de cestáculo (E)			
Tipo de operação	Fnd. e Fnd. de cestáculo (E)			
Diagnóstico pós-operatório				
Relatório imediato do patologista				
Exame radiológico no ato				
Acidente durante a operação				

#### DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras

Via de acesso portas laterais e (E)  
 Ligaduras  
 Sutura e frequentemente constatado visoramente  
 Ligaduras + flocos ai os parafusos + ol  
 placa 3.5  
 Duração de 3 horas.  
 Sutura per plaus.  
 Outro opion

Dr. Henrique Vito Morais  
 Cirurgião-Dentista  
 CRM 31115507722

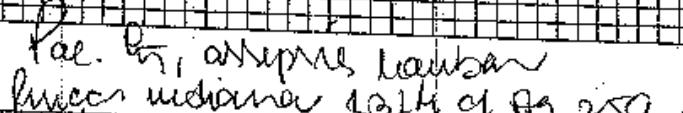
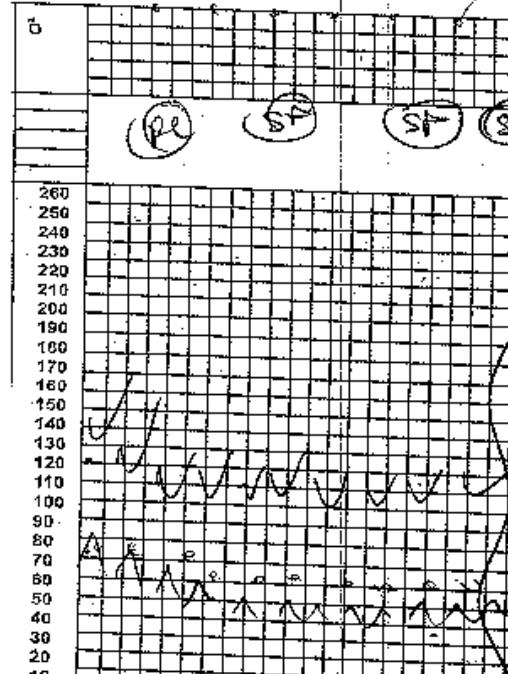
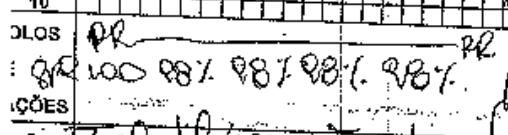
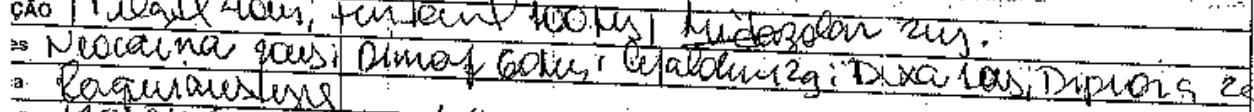
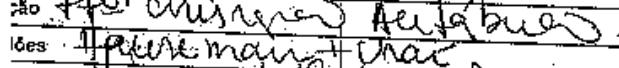
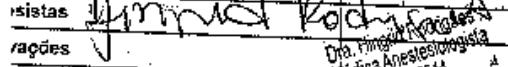
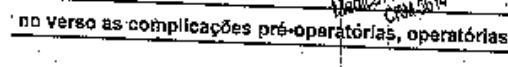
CONFIRMADO PELA:

DATA: 18/07/2020

*livia karina*  
 Assinatura



nºBia Lofnlo cLa°KzL° IsLo°Llo°ykaBN; 24  
**Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia**

		Enfermaria	Lito	Nº prontuário
		Idade	Sexo	Cor
Anderson de Melo		20	M	
sanguíneo	Presão arterial	P脉	Respiração	Temperatura
	Hemalhes	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia
	Urina			Urínia
respiratório				
Cardiopulmonar				
Digestório				
Sistema nervoso central				
Exame pré-operatório				
Lesões anteriores				
Ação pré-anestésica				
			Aplicada às	Efeito
       				
				
Perda sanguínea				

Dra. Livia Karina Freitas da Silva  
 Anestesiologista  
 CRM 5514



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

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

Nome: Jefferson Fernandes da Silva Idade: 27 D/N: 27/01/2020  
 Pront.: 165628 Município: NOSSA PROCEDÊNCIA: ( ) Interno ( ) Externo  
 Data da cirurgia: 16/05/19 Hora Admissão: Bloco: Sala: Hora Saída: Peso:  
 Alergias: ( ) Não ( ) Sim P: ( )  
 Uso de medicações: ( ) Não ( ) Sim Jejum: ( ) Não ( ) Sim  
 SSW Admissão: PA: mmHg Pulso: bpm FL: rpm FC: bpm SpO<sub>2</sub>: % T: °C

Enfermeiro(a): Instrumentador (a): Glória Circulante: Anne Moreira  
 Cirurgia: TPI Cirúrgico / Acetabulo Especialidade: SETOPEDEIA Sala: 03  
 Hora Início: 21:20 Hora Término: 23:00 Tipo de cirurgia: ( ) Eletiva ( ) Urgência ( ) Limpa ( ) Contaminada ( ) Infectada  
 1º Cirurgião: Dr. Hauzim Aux.: Dr. Uziel Residente:

Anestesia: ( ) Local ( ) Sedação ( ) Geral TOT: ( ) Bloqueio ( ) Raquidiana Ag. n° 26 ( ) Peridural ( ) c/cateter ( ) s/cateter  
 Ag. n° \_\_\_\_\_ Cateter n° \_\_\_\_\_ Início: 20:45 Garrote: ( ) Smarch ( ) Pneumático Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_  
 Anestesiologista: na Ingrao

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
( ) Consciente	Normocorada	X Normotensão	Kielco	ECG
( ) Letárgico	Hipocorada	Hipotensão	Acesso V. Central	Oximetria
( ) Coma	Cianótica	Hipertensão	Cat. Diálise	Capnógrafo
( ) Orientado	Ictérica	Normocárdico	Fistula	PA
( ) Desorientado	Desidratada	Bradicardia	Arteriovenosa	Estimul. Nervo
( ) Sedado	Integra	Taquicardia	SNG	Diprifusor
( ) Ansioso	Cicatrizes	Choque	X SVD	BIC
( ) Deambula	Sudorese	Normoesfígmico	Colostomia	Desfibrilador
( ) dificuldade	Cicatriz cirúrgica	Eupnéia	Gistostomia	
( ) Acamado	Higiene Satisfatória	Dispneia	Dreno:	
( ) Paraplégico	Higiene deficiente	Dispositivo O <sub>2</sub>	Aparelho gessado	
( ) Tetraplégico	Marchas		Tração	
( ) Amputações	S/Triicotomia		Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.	POSIÇÃO	COXIM	MMSS
FC	75	78	102	Bpm	Dorsal	Cabeça	Anatômicos
Pulso	78	78	102	Bpm	Ventral	Pescoco	Abduzidos
Oximetria	100	100	98	%	Lateral	Tórax	Fletidos
Capnografia	—	—	—	%	Litotómica	Lombar	MMII
PA	130/80	120/70	108/96	mmHg	Trendelenburg		Anatômicos
					Canivete		Abduzidos
					Proclive		Fletidos

ACESSO VENOSO

Punção Arterial		PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
X Punção Venosa Periférica		( ) Sim ( ) Não ( ) Metal ( ) Descartável
Punção Venosa Central		Local: Dorsal
Dissecção venosa		
Local: NS		
Cateter: Jelco 18		
		DEGERMAÇÃO
		( ) Sim ( ) Não + suave ( ) Sim ( ) Não
		Local: Perna Solução: Cloralg Local:

SONDAGEM GÁSTRICA

SNG n°		IMPLANTE CIRÚRGICO
Retorno:		Drenos: CONFECCAO ORIGINAL
		Tela: DATA: 20/05/19
CATETERISMO VESICAL		Cateter: Fissurado
SVF n° 18	SVA n° 20	Ostomia: Parafuso - tipo:
Diurese:		Fig de KC: Parafuso - tipo:
Profissional responsável:		Placa - Tipo:
		Outros:

EXAMES SOLICITADOS	ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
( ) Hemograma	( ) Gasometria
( ) Coagulograma	( ) Outros
( ) Tipagem Sanguínea	( ) Glicosimetria:
( ) Radioscopia (Raio X)	
	Caixa cirúrgica: boxicca Quant. Material: 39 Pcs
	Val: 13/08/19 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 \_\_\_\_\_  
( ) Álbumina \_\_\_\_\_ Unid.

Unid. ( ) Plasma \_\_\_\_\_ Unid. ( ) Plaquetas \_\_\_\_\_ Unid.  
( ) Expansor plasmático \_\_\_\_\_ Unid.

Titóte 4000 h:  
Suprone h:  
Anestetico h:

22:00 endotubos h: 22:00  
20:00 8 mg h:  
20:00 h:  
h:  
h:  
h:

( ) Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_  
( ) Soro Glicosado: \_\_\_\_\_

ml ( ) Soro Ringer Simples: 1.000 ml Quantidade total de volume administrado:  
ml ( ) Soro Ringer Lactato: \_\_\_\_\_ ml

( ) Não ( ) Sim Pega:

Swab para cultura:

**ANATOMO PATOLÓGICO**

Pega para sepultamento: ( ) Não ( ) Sim  
Líquido:

FO de aspecto: (X) limpo ( ) c/ exsudato ( ) Contaminada ( ) Aparelho gessado ( ) Bandagens ( ) Talas ( ) Outros:  
**INTERCORRÊNCIAS:**

**CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES**

Ass: *Ana*

Coren: *361424*

**CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO**

Nível de consciência: (X) Consciente ( ) Inconsciente ( ) Narcose ( ) Coma ( ) Vigil ( ) Agitado  
Respiratório: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel ( ) O2 ambiente Curativo. ( ) Oclusivo ( ) Compressivo ( ) Bolsa de colostomia ( ) Outro:

Diurese: ( ) Espontânea ( ) Normal ( ) Hematúria ( ) Irrigação Vesical ( ) Oligúrico Destino após a cirurgia: *SRPA*

**UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO**

Horas: 23:05 Data: 16/05/17 Nível de consciência: (X) Acordado ( ) Sonolento ( ) Narcose ( ) Orientado  
( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Choroço Vias aéreas: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel ( ) Cateter O2 ( ) O2 Ambiente Mobilização MMII: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade Mobilização MMSS: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade Venoclise: ( ) Não ( ) Sim Tipo: *PVC* Local: \_\_\_\_\_ Sondas: ( ) Gástrica ( ) Enferal ( ) Vesical Drenos: ( ) Succão ( ) Torácico ( ) Penrose ( ) Kheir Ostomias: ( ) Sim ( ) Não Especifique: Irrigação vesical contínua: ( ) Retorno satisfatório ( ) Retorno Insuficiente ( ) Coágulos Curativo: ( ) Oclusivo ( ) Descoberto ( ) Limpo ( ) Sujo Monitorização: ( ) ECG ( ) Oxímetro ( ) PA

**INTERCORRÊNCIAS NA URPA** ( ) Náuseas ( ) Vômitos ( ) Sangramento ( ) Dor ( ) Bexiga ( ) Alteração PA ( ) Alteração FC  
Relate: \_\_\_\_\_  
**SINAIS VITais**

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor	Líquidos administrados na URPA:	
							Soro glicosado: _____ ml	Soro Fisiológico: _____ ml
Admissão		70			100	NÃO		
30'		82			77	NÃO		
60'								
Alta								

**Medicações administradas URPA:**

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

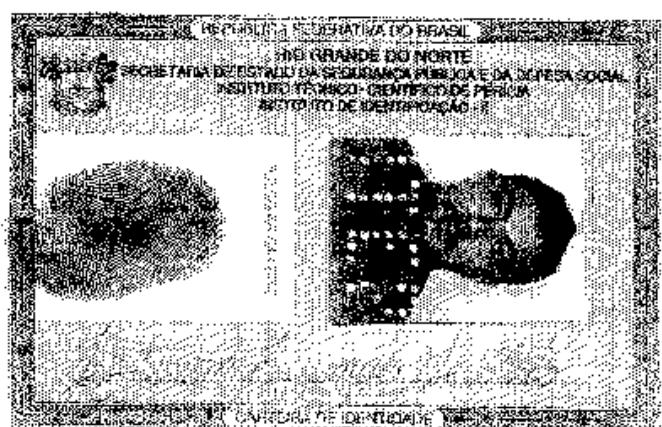
**Eliminações:**

	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação
Recebido da SO				
Desprezado URPA				

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:** Paciente encaminhado para RX.

Ass: *Sayonara* Coren: *534067*





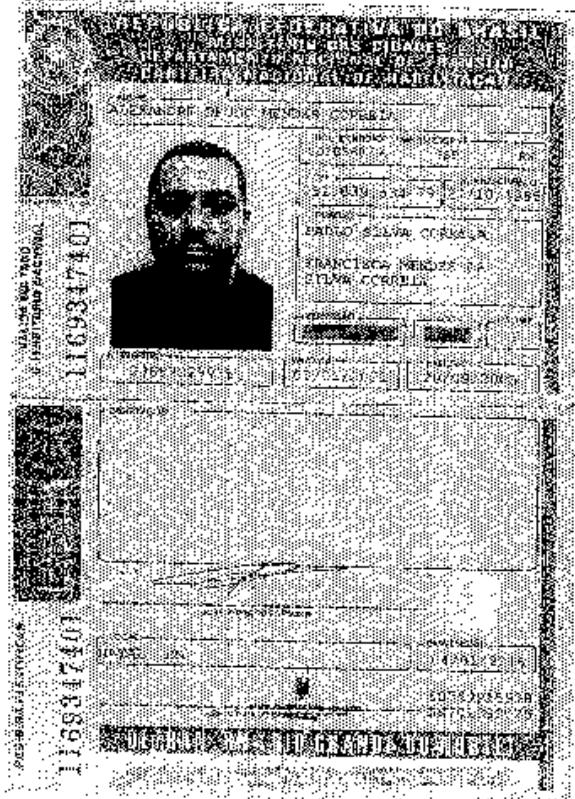
Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 13/11/2020 09:30:18  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011130930182290000060154334>  
Número do documento: 2011130930182290000060154334

Num. 62732307 - Pág. 32



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 13/11/2020 09:30:18  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011130930182290000060154334>  
Número do documento: 2011130930182290000060154334

Num. 62732307 - Pág. 33



1169317401  
ALEXANDRE OLIVEIRA MENDES  
SANTO ANDRÉ - SP  
10/10/2025



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190430327      **Cidade:** Mossoró      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JEFFERSON FERNANDES DE MELO      **Data do acidente:** 16/04/2019      **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

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

**Data da análise:** 29/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO ACETÁBULO E LUXAÇÃO DO QUADRIL À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PG 12 E 13 - FOLHA DE CIRURGIA

**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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>		<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>	





Bruno Mendes Urbano Júnior  
Advogado OAB/RN 13.397 Advogado OAB/RN 13.776

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

JEFFERSON FERNANDES DE MELO, brasileiro, solteiro, Trabalhador Agrícola, portador do CPF nº 097.416.604-99, residente e domiciliado a Rua Travessa Olinda, 35, Alto de São Manoel, Mossoró/RN, CEP: 59625-165. (84-99902-7074).

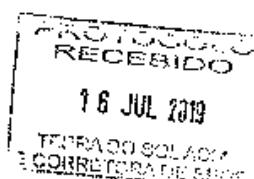
OUTORGADO

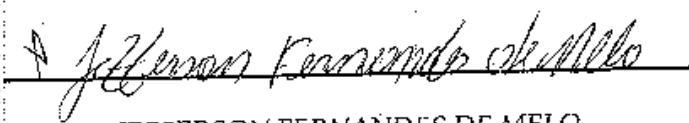
ALEXANDRE BRUNO MENDES CORREIA, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 13.397, com endereço para intimações de estilo no rodapé.

PODERES:

A quem confere(m) amplos e ilimitados poderes, para o foro em geral, com as Cláusulas "ad-judicia e et extra", para o foro em geral; perante qualquer instância (grau de jurisdição), e especialmente para junto a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A ou ainda perante qualquer outra Seguradora participante do Convênio DPVAT, possa requerer e receber valores referentes a indenização proveniente do Seguro Obrigatório DPVAT, onde com esta se apresente/m, possa defender os interesses da parte outorgante em qualquer ação em que o mesmo seja autor ou réu, assistente, oponentes, ou de qualquer modo interessado, podendo interpor todos os recursos em direito permitidos; propor ações e delas variar ou desistir, acompanhando-as em todos os termos, até o final; entrar em acordo, agravar ou apelar de qualquer despacho ou sentença, fazer e assinar requerimentos, assim como todos os documentos necessários ao feito, requerer falência ou concordata; transgredir; firmar compromisso; passar recibos, inclusive receber Alvará judicial e/ou bens móveis apreendidos, dar quitação, assinar termos e compromissos de inventariante, e tudo o mais usar e praticar, requerer e assinar para o completo desempenho deste mandato, inclusive substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim lhe convier, e praticar(em) todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato.

Mossoró/RN 3 de julho de 2019



  
JEFFERSON FERNANDES DE MELO

Rua Meireles, 293 - Ed. SS Moinhos - Sala 01  
Mossoró/RN - Tel: (84) 3317-2899

advbrunomendes@outlook.com.br  
urbanogljunior@gmail.com





**Bruno Mendes** Advogado OAB/RN 13.397    **Urbano Júnior** Advogado OAB/RN 13.776

## **PROCURAÇÃO**

## OUTORGANTE

**JEFFERSON FERNANDES DE MELO**, brasileiro, solteiro, Trabalhador Agrícola, portador do CPF nº 097.416.604-99, residente e domiciliado a Rua Travessa Olinda, 35, Alto de São Manoel, Mossoró/RN, CEP: 59625-165. (84-99902-7074).

**OUTORGADO**

**ALEXANDRE BRUNO MENDES CORREIA**, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 13.397, com endereço para intimações de estilo no rodapé.

## **PODERES:**

A quem confere(m) amplos e ilimitados poderes, para o foro em geral, com as Cláusulas "ad-judicia e et extra", para o foro em geral, perante qualquer instância (grau de jurisdição), e especialmente para junto a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A** ou ainda perante qualquer outra **Seguradora participante do Convênio DPVAT**, possa requerer e receber valores referentes a indenização proveniente do Seguro Obrigatório DPVAT, onde com esta se apresente/m, possa defender os interesses da parte outorgante em qualquer ação em que o mesmo seja autor ou réu, assistente, oponentes, ou de qualquer modo interessado, podendo interpor todos os recursos em direito permitidos; propor ações e delas variar ou desistir, acompanhando-as em todos os termos, até o final; entrar em acordo, agravar ou apelar de qualquer despacho ou sentença, fazer e assinar requerimentos, assim como todos os documentos necessários ao feito, requerer falência ou concordata; transgredir; firmar compromisso; passar recibos, inclusive receber Alvará judicial e/ou bens móveis apreendidos, dar quitação, assinar termos e compromissos de inventariante, e tudo o mais usar e praticar, requerer e assinar para o completo desempenho deste mandato, inclusive substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim lhe convier, e praticar(em) todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato.

Mossoró/RN 22 de julho de 2019

卷之三

50

Jefferson Farro de Melo

JEFFERSON FERNANDES DE MELO

## Review of literature

1

advb  
verb

Rua Meire e Sá, 293 - Ed. SS.Moura - Sala 01  
Centro - Macau/RN - Tel.: (84) 3317-2899

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0239878/19

Número do Sinistro: 3190430327

Vítima: JEFFERSON FERNANDES DE MELO

CPF: 097.416.604-99

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/04/2019

Titular do CPF: JEFFERSON FERNANDES DE MELO

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

ALEXANDRE BRUNO MENDES CORREIA : 051.839.634-79

Procuração

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/07/2019  
Nome: ALEXANDRE BRUNO MENDES CORREIA  
CPF: 051.839.634-79

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/07/2019  
Nome: FERNANDA XAVIER DE MEDEIROS VIEIRA  
CPF: 061.400.284-26

ALEXANDRE BRUNO MENDES CORREIA

FERNANDA XAVIER DE MEDEIROS VIEIRA



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 13/11/2020 09:30:18  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011130930182290000060154334>  
Número do documento: 2011130930182290000060154334

Num. 62732307 - Pág. 38



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

---

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190430327**      **Vítima: JEFFERSON FERNANDES DE MELO**

**Data do Acidente: 16/04/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRE BRUNO MENDES CORREIA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JEFFERSON FERNANDES DE MELO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14573582

Pag. 01297/01298 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020649



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 13/11/2020 09:30:18  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011130930182290000060154334>  
Número do documento: 2011130930182290000060154334

Num. 62732307 - Pág. 39