

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: 07/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00756

CONTA: 000000062178-4

Nr. da Autenticação D9F8F78911075A98

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2012108984 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez
Vítima: LEONARDO BRUNO SILVA DO **Data do acidente:** 01/01/2012 **Emissor do parecer:** Juliana
 NASCIMENTO **Prestadora:** Visão Médica Ltda **parecer:** dos S Wanis
Seguradora: FEDERAL DE SEGUROS S/A **CRM do médico:** 88043-4

PARECER

Data da análise: 20/03/2012
Valoração do IML:
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURA DA PATELA ESQUERDA
Resultados terapêuticos:
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO
Sequelas: Com sequela
Conduta mantida: Não
Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / JOELHO ESQUERDO: 50% DE 25% = 12,5%
Documentos complementares:
Observações:
Valor pleiteado: 13.500,00
Médico avaliador: JULIANA WANIS
UF do CRM do médico: RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um joelho	25	1	50

Valor avaliado: 1.687,50



FEDERAL DE SEGUROS S.A.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO
SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT - N° DO SINISTRO

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO, PORTADOR (A) DO RG N° 3350812155 EXPEDIDO POR DETRAN EM 10/08/09 E CPF N° 067.406.064-47, PROFISSÃO AUTONÔMO E RENDA MENSAL 600,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO/REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO AUTORIZO A **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT** A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (QUALQUER BANCO)

N° DO BANCO _____

N° AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

N° CONTA _____

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA BANCO BRADESCO N° BANCO 237

N° AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

N° CONTA _____

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA BANCO ITAÚ N° BANCO 341

N° AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

N° CONTA _____

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA BANCO DO BRASIL N° BANCO 001

N° AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

N° CONTA _____

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL N° BANCO 104

N° AGÊNCIA 2008 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

N° CONTA 29121-9

PARNAMIRIM, RN 08/03/12

LOCAL / DATA

LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

Assinatura do / da Beneficiário / a

RECEBEMOS EM
09 MAR. 2012 23
FEDERAL SEGUROS S/A

12 MAR 2012

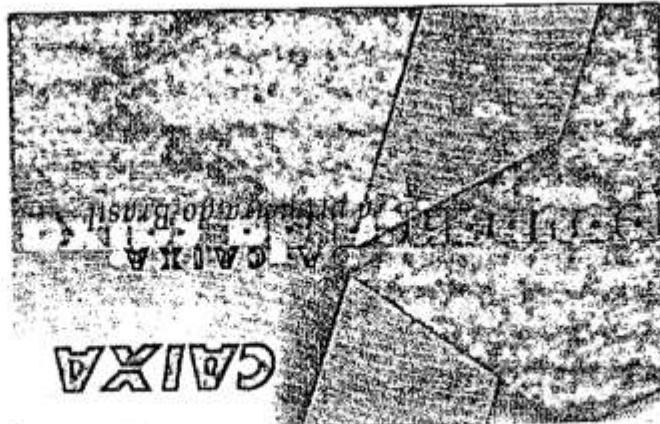
FEDERAL SEGUROS S/A
12 MAR 2012



FEDERAL SEGUROS S/A.

12 MAR 2012

RECEBEMOS EM
24
09 MAR. 2012
FEDERAL SEGUROS S/A



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1004026



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
PÓLICIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE
SETOR DE TRÁFEGO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE
ACIDENTE DE TRÂNSITO

Nº

50816

1 - LOCAL E DATA

Local Tv. Edgar de Medeiros Bairro Pium
Cidade/UF Parnamirim - RN P. Ref. Posto Pium
Data 01/01/2012 Hora do acidente 21 00 Hora do registro 21 48 Dia/semana domingo

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- colisão frontal - colisão lateral - capotamento - atropelamento
 - colisão posterior - colisão transversal - choque - outros

3 - VEÍCULO 01

Placa /Chassi	<u>NNS-6263</u>	Cidade	<u>Parnamirim</u>	UF	<u>RN</u>
Marca/Mod.	<u>YAMAHA/ XTZ</u>	Cor	<u>Azul</u>	Ano	<u>2011</u>
Proprietário	<u>Leonardo Bruno Silva do Nascimento</u>			Nº de Ocup.	<u>01</u>
Condutor	<u>Leonardo Bruno Silva do Nascimento</u>			D. N.	<u>12/06/1985</u>
Endereço	<u>Rua da Aurora</u>	Nº	<u>57</u>	Tel	<u>9134-1561</u>
Bairro	<u>Pium</u>	Cidade	<u>Parnamirim</u>	UF	<u>RN</u>
CPF Nº	<u>067406064-47</u>	CNH Nº	<u>033.508.121.55</u>	Validade	<u>06/08/2014</u>
Local de Trabalho	<u>Corais de Cotovelo</u>			Categoria	<u>AB</u>
End. Completo	<u>Rua Joaquim Patrício, Pium, Parnamirim - RN.</u>				

4 - VEÍCULO 02:

Placa /Chassi		Cidade		UF	
Marca/Mod.		Cor		Ano	
Proprietário				Nº de Ocup.	
Condutor				D. N.	
Endereço		Nº		Tel	
Bairro		Cidade		UF	
CPF Nº		CNH Nº		Validade	
Local de Trabalho				Categoria	
End. Completo					

5 - VEÍCULO 03:

Placa /Chassi		Cidade		UF	
Marca/Mod.		Cor		Ano	
Proprietário				Nº de Ocup.	
Condutor				D. N.	
Endereço		Nº		Tel	
Bairro		Cidade		UF	
CPF Nº		CNH Nº		Validade	
Local de Trabalho				Categoria	
End. Completo					

6 - VEÍCULO 04:

Placa /Chassi		Cidade		UF	
Marca/Mod.		Cor		Ano	
Proprietário				Nº de Ocup.	
Condutor				D. N.	
Endereço		Nº		Tel	
Bairro		Cidade		UF	
CPF Nº		CNH Nº		Validade	
Local de Trabalho				Categoria	
End. Completo					



SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS

Tabernáculo Paiva Amorim

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do
original que me foi exibido: dia 08 de MARÇO de 2012.

Parnamirim/RN, 08 DE MARÇO DE 2012.

Up. 1

E-mail: R\$ 2,50 *

Pedro Eraclio de Paiva Amorim

Substituto *

Valido somente com o selo de autenticidade.

09 MAR. 2012

FEDERAL SEGUROS S/A

7 – VERSÕES DOS ENVOLVIDOS NO ACIDENTE DO TRÂNSITO

SOBRE V1: Onde transitava?	Em que sentido?	Em que faixa?
<u>Versão do condutor do V1:</u>		

SOBRE V2: Onde transitava?	Em que sentido?	Em que faixa?
<u>Versão do condutor do V2:</u>		

SOBRE V3: Onde transitava?	Em que sentido?	Em que faixa?
<u>Versão do condutor do V3:</u>		



SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS
Tabelionato Paiva Amaral
AV TEN. MEDEIROS, 850 - CENTRO - CEP 59140-020 - PARNAMIRIM - RN - FONE/FAX: (84) 3272-2670 / 3272-2312

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do
original que me foi exibido: dou fé.
Parnamirim/RN, 08 DE MARÇO DE 2012.
Op.: 1 Pedro Erasmo de Paiva Nun
Emol.R\$ 2,50 Substituto
Válido somente com o selo de autenticidade.

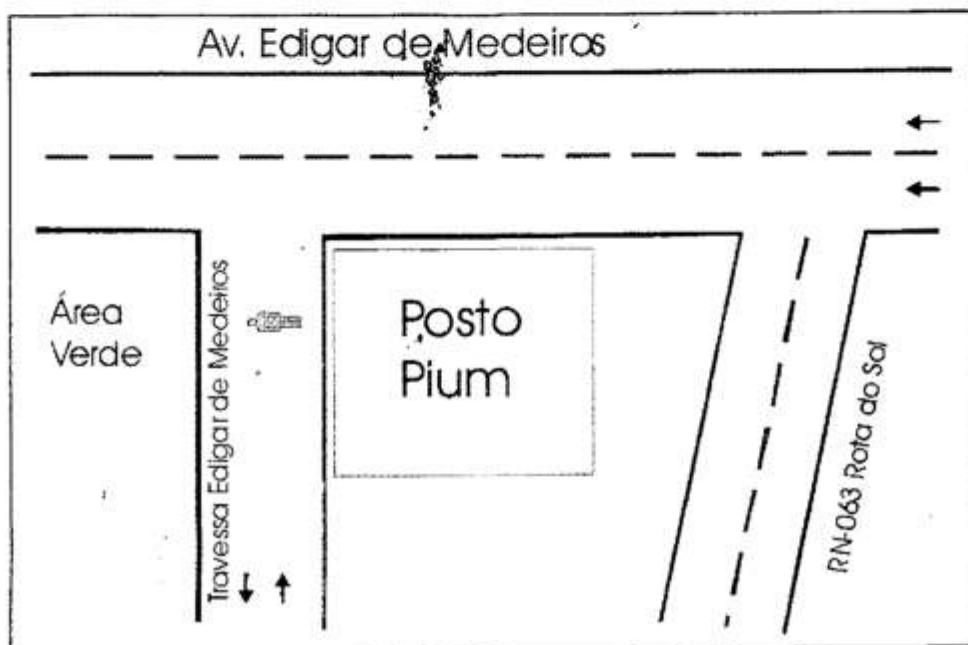
SOBRE V4: Onde transitava?	Em que sentido?	Em que faixa?
<u>Versão do condutor do V4:</u>		

FEDERAL SEGUROS S/A
12 MAR 2012 02
RECEBEMOS EM
09 MAR 2012
FEDERAL SEGUROS S/A

CONDICOES DA VIA:

Luminosidade	Cond./tempo	Tipo de pista	Caract./pista	Cond./pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> amanhecer	<input checked="" type="checkbox"/> bom	<input type="checkbox"/> asfalto	<input checked="" type="checkbox"/> reta	<input checked="" type="checkbox"/> seca	<input checked="" type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> Pleno dia	<input type="checkbox"/> nublado	<input checked="" type="checkbox"/> paralelepípedo	<input type="checkbox"/> curva	<input type="checkbox"/> molhada	<input type="checkbox"/> Do PM
<input type="checkbox"/> anoitecer	<input type="checkbox"/> chuva	<input type="checkbox"/> concreto	<input type="checkbox"/> Aclive	<input type="checkbox"/> inundada	<input type="checkbox"/> semafórica
<input checked="" type="checkbox"/> Noite c/ iluminação	<input type="checkbox"/> neblina	<input type="checkbox"/> cascalho	<input type="checkbox"/> Declive	<input type="checkbox"/> Poças d'água	<input type="checkbox"/> Faixa de pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ iluminação	<input type="checkbox"/> outro _____	<input type="checkbox"/> terra	<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> oleosa	<input type="checkbox"/> Linha contínua
		<input type="checkbox"/> outro _____	<input type="checkbox"/> cruzamento	<input type="checkbox"/> enlameada	<input type="checkbox"/> Linha descontínua
			<input type="checkbox"/> rotatória	<input type="checkbox"/> Em obras	<input type="checkbox"/> Placa:
			<input type="checkbox"/> retorno	<input type="checkbox"/> Com defeito	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica:
			<input type="checkbox"/> entroncamento	<input type="checkbox"/> Com areia	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. perm
			<input type="checkbox"/> bifurcação	<input type="checkbox"/> outro	<input type="checkbox"/> Km/h
			<input type="checkbox"/> Outros		

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO



10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

AVARIAS DO VEÍCULO 2

AVARIAS DO VEÍCULO 3

AVARIAS DO VEÍCULO 4

12 MAR 2012

RECEBEMOS EM

09 MAR. 2012

FEDERAL SEGUROS S/A



SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS
Tabelionato Pava Amaral
AV. TEN. MEDEIROS, 155 - CENTRO - CEP 59140-020 - PARNAMIRIM - RN - FONE/FAX: (84) 3272-2670 / 3272-2392

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do
original que se foi exibido: dou fé.
Parnamirim/RN, 08 DE MARÇO DE 2012.
Bp.: 1 Pedro Erasmo de Paiva Nun
Enol: R\$ 2,50 * * * * * Substituto * * * * *
Valido somente com o selo de autenticidade. * * * * *

11- VITIMA TESTEMUNHA CONDUTOR V1 V2 V3 PASSAGEIRO V4 V5 V6 PEDESTRE

Nome	Leonardo Bruno Silva do Nascimento	Data de Nascimento	12/06/1995
RG Nº	Órgão Expedidor	Nº	57 FONE: 9139-1561
Endereço	Rua da Aurora	Cidade	Parnamirim
Bairro	Pium	UF	RN
Versão:			

12- <input type="checkbox"/> VITIMA / <input type="checkbox"/> TESTEMUNHA / CONDUTOR <input type="checkbox"/> VI - <input type="checkbox"/> V2 - <input type="checkbox"/> V3 / PASSAGEIRO <input type="checkbox"/> VI - <input type="checkbox"/> V2 - <input type="checkbox"/> V3 / <input type="checkbox"/> PEDESTRE		<input type="checkbox"/>		
Nome	RG Nº	Órgão Expedidor	Data de Nascimento	
Endereço			Nº	FONE:
Bairro		Cidade		UF
Versão:				

13- VÍTIMA / TESTEMUNHA / CONDUTOR V1 - V2 - V3 / PASSAGEIRO V1 - V2 - V3 / PEDESTRE

Nome _____ RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
 Endereço _____ Cidade _____ UF _____
 Bairro _____
 Versão: _____

14- VÍTIMA / TESTEMUNHA / CONDUTOR V1 - V2 - V3 / PASSAGEIRO V1 - V2 - V3 / PEDESTRE

Nome _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
 RG Nº _____ Nº _____ FONE: _____
 Endereço _____ Cidade _____ UF _____
 Bairro _____
 Versão: _____

AUTORIZADO
A.J.G.
AUTORIZADO
A.J.G.

15 - SOCORRISTA
Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/modelo _____
Nome _____ RG N° _____ Órgão Expedidor _____
Endereço _____ N° _____ FONE: _____
UF _____

16-OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

Informo que ao chegar no local só encontrava-se o condutor do V-1 caído ao solo e o V-1 não se encontrava no local, onde a mesma teria sido levada por populares da família do condutor do V-1 para sua residência, já o condutor do V-1 foi conduzido ao PS Clóvis Sarinho pelo SAMU, não sendo possível colher a sua versão devido o mesmo estar na sala de cirurgia, informo ainda que segundo informações no local o acidente aconteceu através de uma queda ~~de~~ ^{de} condutor do V-1.

17- CONCLUSÃO DO SETOR DE TRAFEGO

Deixo de emitir parecer, por insuficiência de informações sobre o ocorrido.

Nome Completo do PM que registrou a ocorrência	<i>Antônio de Souza Júnior</i>				
Posto/Grad.	3º SGT	PM N°	86028	Viatura	19

Local e Data: Natal/RN, 24 de fevereiro de 2013
RE :
FEDERAL SEGUROS
C/ Ano Styvenson 654, 11
Eann Styvenson Valentim Mendes - 1º Ten QOPM
Mat. 170.086-3
CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VITIMA:

Leonardo Bruno S. Nascimento

NÚMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

01.01.2012

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

01.01.2012

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

Vandy Ernesto de Andrade CRM 1608

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Fratura de Patela E com operamento
corpo contuso do Joelho E

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Tratamento cirúrgico

RECEBEMOS EM
09 MAR. 2012

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?
CASO POSITIVO DESCREVER:

[] SIM NÃO

06
FEDERAL SEGUROS S/A

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

[] A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

[x] A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

FEDERAL SEGUROS S/A

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

12 MAR 2012

- 1º Fratura de Patela E
- 2º Fermimento corpo contuso do joelho E
- 3º Iata Hospitalar 07.01.2012
- 4º
- 5º

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VITIMA NO PERÍODO DE
QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Nome: Cruz
LOCAL:

DATA: 08.02.2012

Dr. Vandy Ernesto de Andrade
Médico
CRM 1608
ASSINATURA DO MÉDICO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO
ASSINATURA DA VITIMA



PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
[UNITRAUMA] - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

DATA: 01/01/2012

HORA: 23:42:21

Nº BAA: 276/2012

NOME: LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

DATA NASC: 12/06/1985

IDADE: 26 COR: PARDA

SEXO: M

CPF: 06740606447

RG: 2175501

NOME DA MÃE: SEVERINA MARIA DA SILVA GOMES

NOME DO PAI: JOAO BATISTA DO NASCIMENTO

ENDERECO: RUA AURORA, 5

COMPLEMENTO:

FONE: 84 / /

CIDADE: PARNAMIRIM

NATURALIDADE:

ORIGEM: SAMU METROPOLITANA

MOTIVO DO ATENDIMENTO: ACIDENTE DE TRANSITO - MOTOQUEIRO

BAIRRO: PIUM (DISTRITO LITORAL)
SUS

PROFISSÃO: PINTOR

ESTADO: RN

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Alma de passageiro de moto. Vai a pronto atendimento às 23 horas. Estava usando capacete. Vem encaminhado para ortopedia por fratura de perna (L. C.). Nega perda de consciente, náuseas e vomitos.

RECEBEMOS

A EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

09 MAR 2012

A Cauda equina sem evasologia;

FEDERAL SEGUROS

B M + e simetria exposta ao ar ambiente

C RER, QT, BM =

D Averado, sem defesa.

E Fumento cefo-contuso em mento, escoriações em pt esquerdo.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdome firme, sem dor à palpação.

FEDERAL SEGUROS 07 SIA.

12 MAR 2012

M. V. 2012

HORA	PRESSAO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATORIA	FREQ. CARDIACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL
00:30				20	80	15	

DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura colo ciliar esq.
Ponto é a espinha cervical.

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A

8

6

D

E

A (ALERGIAS): nuga

M (MEDICAÇÃO EM USO): sim

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):

L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS):

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

V (PASSADO VACINAL): Atualizada

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM) ***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

ANOTACÕES DE ENFERMAGEM

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Alts in class

11 Duct line
41 RS 1000 - 100
31 Kefan 18 100
41 Petronas jet 500
07 C660, C600

Assinatura e Carimbo do Responsável

- Assinatura e Carimbo do Responsável

~~ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE~~

ESPECIALISTA 1: Bueno y lo que

HORA: 00.10

DATA: 02/01/10

ESPECIALISTA 2: Ortufoglia

HORA: 00.10.

DATA: 07/01/16

ESPECIALISTA 3:

HORA

DATA:

PARECERES

68
FEDERAL SEGMENT
12 MAR 2017

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO (2 - 33/2012)

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

12/06/1985

9 - SEXO

Masc 1 Fem. 3

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

15594

10 - RACA/COR

PARDA

11 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

SEVERINA MARIA DA SILVA GOMES

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

SEVERINA MARIA DA SILVA GOMES

15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

RUA AURORA, 5 - PIUM (DISTRITO LITORAL)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PARNAMIRIM

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

240325

18 - UF

RN

19 - CEP

59160830

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Ass. dura da coxa direita trê
Ass. dura.*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*Perda de culto cultural do lado direito
E a exaustão das caras.*

RECEBEMOS EM

09 MAR. 2012

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

*Exame de sangue
Exames de urina*

23 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO

*Fractura de cintura da
costela da cintura da
costela da cintura da*

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOC

FEDERAL SEGUROS SIA

FEDERAL SEGUROS SIA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

09 MAR. 2012

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

09 MAR. 2012

09 MAR. 2012

CONFERE COM O CONSELHO

31 - DOCUMENTO 32 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO SOLICITANTE

09 MAR. 2012

30 - CÁRATER DA INTERNAÇÃO

33 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

09 MAR. 2012

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

35 - APOSENTADO / REGISTRO NO CONSELHO

09 MAR. 2012

09 MAR. 2012

FRANCISCO DE ASSIS FREIRE DE SOUZA

36 - N.º DO BILHETE

09 MAR. 2012

41 - SÉRIE

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURODORA

09 MAR. 2012

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

40 - N.º DO BILHETE

09 MAR. 2012

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

41 - CNAE DA EMPRESA

09 MAR. 2012

45 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

42 - CNPJ EMPRESA

09 MAR. 2012

() EMPREGADO

43 - CNAE DA EMPRESA

09 MAR. 2012

() EMPREGADOR

44 - CBOF

() AUTÔNOMO

45 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

() DESEMPREGADO

46 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

() APOSENTADO

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

() NÃO SEGURADO

48 - DOCUMENTO

49 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

() CNS

51 - ASSIN. E CARIMBO (N.º REGISTRO DO CONSELHO)

() CPF

52 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

53 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

54 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

55 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

56 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

57 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

58 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

59 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

60 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

61 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

62 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

63 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

64 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

65 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

66 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

67 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

68 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

69 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

70 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

71 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

72 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

73 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

74 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

75 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

76 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

77 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

78 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

79 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

80 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

81 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

82 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

83 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

84 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

85 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

86 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

87 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

88 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

89 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

90 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

91 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

92 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

93 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

94 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

95 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

96 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

97 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

98 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

99 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

100 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

101 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

102 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

103 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

104 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

105 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

106 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

107 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

108 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

109 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

110 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

111 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

112 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

113 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

114 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

115 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

116 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

117 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

118 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

09824677453

119 - N.º AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
 AVENIDA SENADOR SALGADO FILHO
 Bairro: TIROL - Fone: 84-2327532 - CEP: 59015000 - NATAL - RN

FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

02/01/2012 08:41

Paciente 99192 - LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO		CPF 067.406.064-47	Número Arquivo 2 / 15594	Nascimento 12/06/1985
Residência RUA AURORA, 5		Bairro PIUM (DISTRITO LITORAL)		
Cidade PARNAMIRIM		UF RN	CEP 59160830	País (do endereço) BRASIL
Naturalidade		UF	Nacionalidade BRASIL	
Telefone	Estado Civil SOLTEIRO	Tipo Documento CPF	Núm. Documento 06740606447	Órgão Emissor Pré-Natal
Data Internação 02/01/2012 08:41:02	Idade 26	Sexo M	Cor PARDA	Nr. Filhos Religião Profissão PINTOR
Nome Pai JOAO BATISTA DO NASCIMENTO		Nome Mãe SEVERINA MARIA DA SILVA GOMES		
Responsável SEVERINA MARIA DA SILVA GOMES	Grau Parentesco MÃE	Endereço RUA AURORA, 5	Telefone	
Cidade PARNAMIRIM		UF RN	CPF Responsável	
Número FIA 2 - 33/2012	Unidade 5 - CRO - CEN. RECUP. OP	Tipo Quarto 1 - ENFERMARIA		Quarto 1 707
Convênio 1-SUS	Tipo Plano 1-SUS - SISTEMA UNICO DE SAL	Num. Carteira	Dt. Validade / /	Clinica ORT - ORTOPEDICA
Leito Superior	Pagto. Diferença			Valor Depósito
Hipótese Diagnóstica (CID)		Diagnóstico Definitivo		
Médico Responsável 423-FRANCISCO DE ASSIS FREIRE DE SOUZA		Conselho CRM 3635/RN	Data 12 MAR 2012	
Motivo de Alta		FEDERAL SEGUROS S/A		
Funcionário SUERDA MARCA GOMES BRANDAO NATAL/01/02/11	RECEBEMOS EM 09 MAR. 2012			
Observações	FEDERAL SEGUROS S/A			

Assinatura Paciente

Assinatura Responsável

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO - 15594

Paciente: 99192 - LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO FIA: 33/ 2012
Idade: 26 Anos Sexo: M Estado civil: SOLTEIRO
Pai: JOAO BATISTA DO NASCIMENTO
Mãe: SEVERINA MARIA DA SILVA GOMES
Endereço: RUA AURORA, 5, PIUM (DISTRITO LITORAL) - 59160830
Responsável: SEVERINA MARIA DA SILVA GOMES
Especialidade: ORTOPEDICA Unidade: CRO - CEN. RECUP. OP Leito: 707

Admissão: 02/01/2012 08:41:02 Alta: ___/___/___ Óbito: ___/___/___ Dias de Permanência: ___

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final:

Fevereiro entre ondas de
exacerbos crise dia a
dia. Cx

- fractura estenose l4
sobre artrite artrodesis l4/5
truncou.

Reitoria: curva caudal
e luxa

CONFIRMAR COM ORIGINAL
NATAL: 03/09/12
M. Bruno

~~12 MAR 2012~~ RECEBEMOS EM
FEDERAL SEGUROS S/A 12
09 MAR. 2012
FEDERAL SEGUROS S/A

Dr. Francisco de Assis F. de Souza
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3635-PN

Natal: ___/___/___

Assinatura do Médico - CRM



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA DE EXAME FÍSICO

Nome: Leandro Pimenta Soares N° Registro: _____
Serviço: Ortopedia Idade: 27 a Leito: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

Artrite da cintura do lado
traseira com envolvimento
forante

Franco com envolvimento forante
mais escurecimento
zona

J. Francisco de ASSIS P. de Souza
Ortopedia, Traumatologia
CRM 36.155-PN

04/01/12

CONFERE COM:

NATALIA B. V. 12

M. P. Soares

ASSINATURA

FEDERAL SEGUROS S/A.

12 MAR 2012

RECEBEMOS EM
10
09 MAR. 2012

FEDERAL SEGUROS S/A



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

Nome:

Serviço:

Carvalho Bruno E de 04

Nº Registro:

Idade:

Leito:

DATA

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

20/03/11

*Folia, curativo
17/03 - evolução.*

*Dr. Francisco de Assis F. de Souza
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3635-PN*

19/03/11

*Folia, curativo
mão, lesões
a curva.*

6/3

*Dr. Francisco de Assis F. de Souza
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3635-PN*

CONFERE COM PROFISSIONAL
NATALIA (2-12)
Até hoje

RECEBEMOS EM

09 MAR. 2012

FEDERAL SEGUROS S/A

FEDERAL SEGUROS S/A

12 MAR 2012



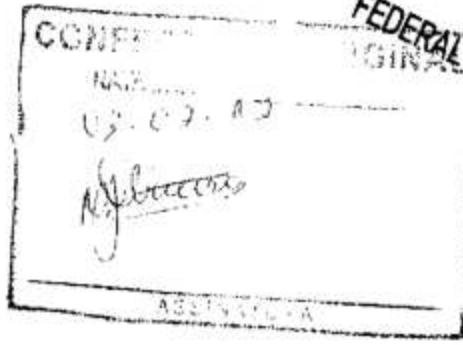
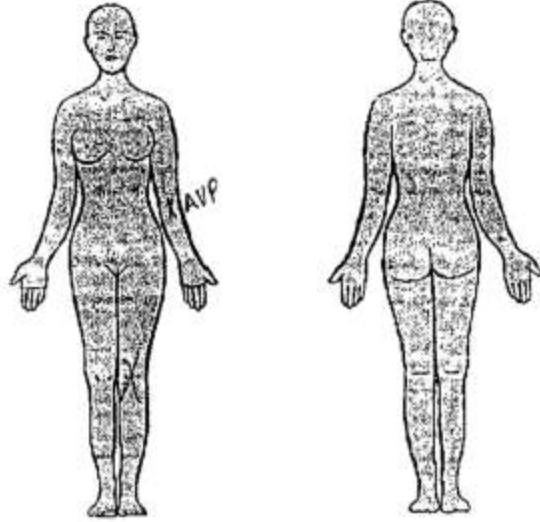
FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Joernando Bruno Silva da Nascimento
 DATA DE NASCIMENTO: 12.06.1985 IDADE: 26 anos
 REGISTRO: HIA 33/2012
 DATA DE ADMISSÃO: 04.01.2012 HORA: 09:30h
 ADMISSÃO DO PACIENTE:
 CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Ortopedia
 HIDRATAÇÃO: SIM NÃO VIA: PERIFÉRICO: ACESSO CENTRAL:
 NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE ORIENTADO VIGIL AGITADO
 INCONSCIENTE
 ESTADO GERAL: BOM REGULAR GRAVE
 SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE M.V. ENTUBADO TRAQUEOSTOMIZADOR
 ALÉGICO: SIM NÃO HIPERTENSO: SIM NÃO
 DIABÉTICO: SIM NÃO ASMÁTICO: SIM NÃO
 DOENÇA RENAL: SIM NÃO OUTRAS PATOLOGIAS:
 MEDICAÇÕES EM USO:
 CIRURGIAS ANTERIORES:
 EXAMES COMPLEMENTARES: SIM NÃO
 OBSERVAÇÃO:

ÁREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____

ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____

OBS.: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA.



RECEBEMOS EM
09 MAR. 2012

FEDERAL SEGUROS S/A
11

FEDERAL SEGUROS S/A
12 MAR 2012

JELCO Nº _____ ACESSO CENTRAL: _____

INSTRUMENTADOR: Rosiane

CIRCULANTE: Cynthia

TIPO DE ANESTESIA:

GERAL RAQUI PERIDURAL B.P.B. LOCAL

OBS.: _____

ANESTESISTA: Dr. Víncius

INÍCIO DE ANESTESIA: _____

TÉRMINO DE ANESTESIA: _____

ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: _____

HORA: _____

INÍCIO DE CIRURGIA: _____

CIRURGÃO: Dr. Francisco de Almeida

1º AUXILIAR: _____

2º AUXILIAR: _____

3º AUXILIAR: _____

TIPO DE CIRURGIA: limpeza cirúrgica de ferimento de jacto e _____

TÉRMINO DE CIRURGIA: _____

SONDAGEM VESICAL: SIM () NÃO (X)

Nº DA SONDA: _____

SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (X)

Nº DA SONDA: _____

EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (X)

RX: SIM () NÃO (X)

RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO (X) TIPO: _____

RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO (X)

TIPO: _____

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO (X) FEITO FICHA: SIM () NÃO (X)

MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO (X) ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO: SIM () NÃO (X)

FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM () NÃO (X)

DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO (X)

QUANTIDADE: 16

COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM (X) NÃO ()

GAZES CONFERIDAS: SIM () NÃO (X) QUANTIDADE: 6 pacotes

CAIXA CIRÚRGICA: Boá

COMPLETA: SIM (X) NÃO () OBS.: _____

ÓBITO: SIM () NÃO (X) HORA: _____ REALIZADO RCP: SIM () NÃO (X)

RESPONSÁVEL PELA RCP: _____

PACIENTE ENCAMINHADO: CRO (X) UTI () ALTA ()

EM AR AMBIENTE: SIM (X) NÃO () TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO (X)

ENTUBADO: SIM () NÃO (Y)

PREENCHIDO AIH: SIM () NÃO ()

FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGÃO: SIM () NÃO ()

FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM (Y) NÃO ()

OBSERVAÇÕES: Paciente admitido em SA para realização de procedimento cirúrgico, em O2 ambiente, AVP em MSE. Submetido a anestesia raquidiana, sem intercorrências. Feito limpeza com xero e salão. Feito assepsia com PVP tópica. Feito sutura e curativo e colocado lenço de gesso. Odorato denso de pinhão, nº 2. Encaminhado ao CRO em O2 ambiente, AVP em MSE e sob efeito de anestesia raquidiana. — Tec. Cynthia Xavier

PA: 129 x 67 mmHg

FC: 73 bpm

SPO2: 98%

FEDERAL SEGUROS SIA
12 MAR 2012

RECEBEMOS EM
09 MAR 2012

FEDERAL SEGUROS SIA



BOLETIM OPERATÓRIO

Nome:

Reg. N°

Diagnóstico pré-operatório:

Indicação terapêutica:

INTERVENÇÃO

INICIO

Figure

Duração

Operador:

1º Auxiliar

2º Auxiliar

3º Auxiliar:

Annotazioni

RELATO DA INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - Ligaduras e suturas empregadas - Drenagem - Curativos

Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Obs

RECEBEMOS EM

09 MAR. 2012

jurativos
FEDERA

16
L SEGUROS SIA

Información, en forma
directa, de la persona
afectada con anamnesis
y antecedentes de fondo
genéticos, fechas desvalorizadas
y una revisión de sus
antecedentes.
Supra. aclaraciones
peli.
Costuración de lomos.
Cirugías
Piel

Dr. Francisco de Assis F. de Souza
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3635-RN

Yocantl responde: "I
espero. Nego perdón de conciencia e ignorancia enérgica.

EXAME FÍSICO	Presente espontâneo ferimento contuso - contuso em mento e surrencio engendrado
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	Ferimento contuso - contuso
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM) ****	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
	OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	
<p>(02:30) - Exame Clínico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antagonista - Anestesia - Sutura - Curativo <p><i>liberado de BMF</i></p>	
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
<p><i>FEDERAL SEGUROS S.A.</i></p> <p><i>12 MAR 2012 /</i></p> <p><i>CONFIRMADO ORIGINAL</i></p> <p><i>C3 RECEBEMOS</i></p> <p><i>Neto</i></p> <p><i>09 MAR 2012</i></p> <p><i>FEDERAL SEGUROS S.A.</i></p>	
<p><i>Assinatura e Carimbo do Responsável</i></p>	

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	6
Otros se abren espontáneamente	
Otros se abren al llamado verbal (Noa contiene cada 10 segundos un sonido potente intencionado, en especial el ronroneo de un gato)	3
Otros se abren al dolor	2
Otros no se abren	1
Motriz respiratoria vertical (MRV)	
Dependiente (Responde regularmente a estímulos potentes sin coordinar sus movimientos. Mantiene ojos abiertos o parpadea, si tiene dolor)	3
Confusa (Responde de manera confusa, pero bien regularmente según las demandas)	4
Potencial (Responde bien, pero lento, más bien lento que el paciente normal)	5
Sin respuesta voluntaria (Demandando para responder permanece)	2
Ausente	1
Motriz respiratoria lateral (MRL)	
Cooperante e ordena verbal (El paciente responde cuando le es ordenado)	6
Loculación espontánea intencionada	3
Respiración intencionada e airada	4
Patadas fuertes o dolor (percusión patológica)	3
Patrón estremecedor o descoordinación	2
Sin respuesta motora	1
Total	

4 ^ª ESCOLA DE TRABALHO DE TRABALHO REVISADA - RFB	
ESCRITURAMENTO	PONTUAÇÃO
13-150	=0
14-120	=3
12-80	=2
8-60	=1
5-50	=1
1-50	=1
0-200	=4
>200	=5
6-30	=2
1-50	=1
00	=0
>100	=4
10-50	=3
5-20	=2
1-50	=1
00	=0

¹⁷ Escola de Trauma Resende (RT): Bom Indicador de sobrevivência para pacientes de trauma leves/letras. Referência: Adegrade da Cunha M, R. Senna W, L. Cope, et al. A revision of the Trauma score. J Trauma 2005; 62:4. 1998.

CLASIFICAÇÃO DO TCM
(ATLIS 2009)

03-08 = grana (necessidade de
manutenção regular);
09-13 = moderado;
14-15 = leve.

→ Rutherford, J. (1981) ASKING FOR JENNIFER B. Assesment of come and imagined conclusions. A practical guide. Leningrad 1975. 2. 81-84

¹¹ A escala proposta aplica-se a docentes competentes e que colaboraram com a rede sur, entre 3 a 5 anos. Na Escala Qualitativa aplica-se ao docente que identifique a vulnerabilidade da sua carreira num ou mais adjetivos.

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

1004037





Eu, LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO, portador da carteira de identidade nº 3350 8121SS e inscrito no CPF/MF sob o nº 067.406.064-47, residente e domiciliado na RUA AURORA 57 - PIUM, Cidade PARNAMIRIM, Estado RN, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à pericia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

FEDERAL SEGUROS S/A.

12 MAR 2012

RECEBEMOS EM

09 MAR. 2012

LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

PARNAMIRIM, RN 08/03/12

Local e data