



Número: **0871160-57.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **25ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **01/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO MARIA DE PONTES (AUTOR)		ERIC TORQUATO NOGUEIRA (ADVOGADO) CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO (ADVOGADO) BRUNO HENRIQUE CORTEZ DE PAULA (ADVOGADO)	
MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A. (RÉU)			
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64210339	08/01/2021 11:46	2777565_CONTESTACAO_Anexo_04	Outros documentos



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

Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200309610

Vítima: JOAO MARIA DE PONTES

Data do Acidente: 04/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DOS NAVEGANTES MARTINS DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO MARIA DE PONTES

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 16079443





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

Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200309610

Vítima: JOAO MARIA DE PONTES

Data do Acidente: 04/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DOS NAVEGANTES MARTINS DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOAO MARIA DE PONTES

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01817/01818 - carta_02 - INVALIDEZ

00030909



Carta nº 16205998





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

Rio de Janeiro, 27 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200309610

Vítima: JOAO MARIA DE PONTES

Data do Acidente: 04/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DOS NAVEGANTES MARTINS DE OLIVEIRA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO MARIA DE PONTES

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 21/10/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 0110101102 - carta_09 - INVALIDEZ

00020551



Carta nº 16255052



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 047-186-704-70 4 - Nome completo da vítima: Joca Marini de Pontes

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

5 - Nome completo: Joca Marini de Pontes 6 - CPF: 047-186-704-70
7 - Profissão: Técnico 8 - Endereço: Rua Antonio Corneio 9 - Número: 2009 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Roco Branco 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59360-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 084 9-8859-2360

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/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 no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0760 CONTA: 00058659 0
(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, 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 IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(v) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Roco Branco 25-08-2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

0003/2018



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: Delegacia Municipal de Taiapu

Endereço: Rua Vereador Gerardo Jeralda da Cruz, S/N, Centro, TAIPU, FONE/FAX: 32842350

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020215000142

1.2 Data de Expedição: 06/08/2020 12.40.21

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 04/08/2020 16.30.00

2.2 Autoria: Conhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.7 Logradouro: BR 406, COM RN QUE LIGA A CIDADE DE POÇO BRANCO

2.8 Número: S/N

2.9 CEP:

2.10 Complemento:

2.11 Ponto de Referência: AO LADO DO POSTO DE GASOLINA

2.12 Bairro: null

2.13 Cidade: TAIPU

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOÃO MARIA DE PONTES

3.2 Estado civil: Casado(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: FRANCISCO MOIZIM DE PONTES

3.5 Etnia: Sem Informação

3.6 Mãe: ROSA SABRINA DE PONTES

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 04718870470

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 27/04/1983

3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)

3.14 RG: 002118979 - ITEP/RN

3.15 Telefone(s): 84 968515292 / 84 993590542

3.15 Passaporte:

3.17 Número: 519

3.18 Naturalidade: CEARA-MIRIM RN

3.19 Bairro: CENTRO

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: RUA 12 DE OUTUBRO

3.23 Cidade: POÇO BRANCO

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S)

5.1.1 Nome Completo: A ESCLARECER

5.1.2 Alcunha:

5.1.3 Nome Social:

5.1.4 Pai:

5.1.5 Estado civil:

5.1.6 Mãe:

5.1.7 Etnia:

5.1.8 Identidade de Gênero:

5.1.9 Data de Nascimento:

5.1.10 Orientação Sexual:

5.1.11 RG: Não Informado

5.1.12 Sexo: NÃO IDENTIFICADO / SEM INFORMAÇÃO

5.1.13 Profissão:

5.1.14 CPF:

5.1.15 Passaporte:

5.1.16 Nacionalidade:

5.1.17 Características:

5.1.18 Logradouro:

5.1.20 CEP:

5.1.19 Número:

5.1.22 Cidade:

5.1.21 Bairro:

5.1.23 Estado:

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S)

(NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: 9C2JC4110CR561219

7.1.4 Renavam: 00477188516

7.1.5 Placa: UJR0185

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: CG 125 FAN KS

7.1.9 Ano do Modelo: 2012

7.1.10 Ano da Fabricação: 2012

7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: LEONARDO SILVA DE OLIVEIRA

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor: JOSÉ MARIA DE PONTES

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA INFORMAR QUE VINHA NO BAGAGEIRO DA MOTOCICLETA ACIMA CITADA, QUE A PESSOA QUE VINHA CONDUZINDO E SEU IRMÃO, JOSÉ MARIA DE PONTES, POSSUIDOR DA CNH Nº 04600621077, CXT: AB, VALIDADE: 17/12/2023, RG: 002408511 ITEPIRA, QUE VINHA SENTIDO CEARÁ MIRIM A POÇO BRANCO, MOMENTO QUE PRÓXIMO A ENTRADA DA CIDADE DE POÇO BRANCO, SINALIZOU E ENTROU NA RN-051, EM SEGUIDA SURTIU OUTRA MOTOCICLETA PILOTADA PELO UM MENOR, ESTE (MENOR) FAZENDO UMA MANOBRA ILEGAL, EMPINANDO A MOTOCICLETA E COLIDIU COM A MOTOCICLETA DO COMUNICANTE NA PARTE LATERAL, IMPRENSANDO A PERNA DO COMUNICANTE, QUE COM IMPACTO O CONDUTOR PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIRAM AO SOLO. QUE CERCA DE 20 MINUTOS APÓS O ACIDENTE A AMBULÂNCIA DE POÇO BRANCO A VÍTIMA ATÉ O HOSPITAL DE POÇO BRANCO PARA ATENDIMENTO, ONDE FOI ATENDIDO E EM SEGUIDA ENCAMINHADO PARA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL CLOVIS SARINHO EM NATAL, QUE NOVAMENTE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DIOCLECIO MARQUE EM PARNAMIRIM, QUE A VÍTIMA PRECISOU FAZER UMA CIRURGIA NO JOELHO ESQUERDO. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data: 06/08/2020 12.40.21

Protocolo: J2020215000142 - Código de autenticação: 17a4876e023eae3f8a09224871982d5

Página 12



 196.828-9
Policial


Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1968289 - Tonaldo Morais Nobre

Impresso por: 1968289 - Tonaldo Morais Nobre em 06/08/2020 12:40:31

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

379-0219603142

Protocolo: 32428219603142 - Código de autenticação: 5794275e23ca87da6f8912a074032d5

Página 2 2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 047-186-704-70 4 - Nome completo da vítima: Joca Marui de Pontes

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

5 - Nome completo: Joca Marui de Pontes 6 - CPF: 047-186-704-70
7 - Profissão: Técnico 8 - Endereço: Rua Antonio Corneio 9 - Número: 2009 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Pico Branco 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59360-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 084 9-8859-2360

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/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 no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0760 CONTA: 00058659 0
(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, 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 IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vários)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Pico Branco 25-08-2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

0003/2018

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:	14/09/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO MARIA DE PONTES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00760

CONTA: 000000058659-0

Nr. da Autenticação 37E8C06DF924B29C





COSERN

Companhia Saneamento de Rio Grande do Norte
Rua Normas, 150, Fátima Natal - RN. CEP 52025-250
GRF 208.924.156/9241-21 | Ins. Est. 20055490-0 | www.cosec.com.br

BANCOS Y CREDITO

$$\| \mathbf{z}^{\text{new}} - \mathbf{z}^{\text{old}} \|_2 \leq \epsilon, \quad \text{where } \mathbf{z}^{\text{old}} = \mathbf{z}^{\text{old}}(\mathbf{p}^{\text{old}}) \text{ and } \mathbf{z}^{\text{new}} = \mathbf{z}^{\text{new}}(\mathbf{p}^{\text{new}}).$$

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΕΥΧΕΡΙΔΙΑΣ

PUAAT/0102/CARTELLO 2004

114 JOURNAL OF DOCUMENTATION, vol. 55, no. 1, 2000

U. ENFRANZARELLI, *Università
di Bari, Bari (Italy)*
58500 (00)

CLASSIFICATION

[illegible]

DATE: 10/10/1964	TIME: 10:00	LOCATION: 1000000
NAME: 1000000	AGE: 1000000	SEX: 1000000
WEIGHT: 1000000	HEIGHT: 1000000	HAIR: 1000000
COLORED: 1000000	SCARS: 1000000	TEETH: 1000000
POSS. 1000000	1000000	1000000

0855160781	08/2020
25/09/2020	18/08/2020
18,25	

DISCARTAB DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Companhia Telefônica Brasileira	60,00000000		0,00
Companhia Brasileira de Cimento Portland	25,00000000	0,15344655	3,84
Companhia Brasileira de Cimento Portland	50,00000000		0,00
Companhia Brasileira de Cimento Portland	25,00000000	0,15375000	3,84
Companhia Brasileira de Cimento Portland			1,00
Companhia Brasileira de Cimento Portland			7,44

40, [0] 1101, 21111000

18,25

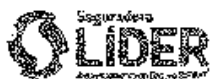
DEMONSTRACIÓN DE CONTAS DE EJERCICIO									
Nº DE CÓMPUTO	TIPO DE FUNGCIÓN	ANTERIOR DEBITO	ANTERIOR CREDITO	ACTUAL DEBITO	ACTUAL CREDITO	Nº DE CÓMPUTO	COMPARANTE	ANALISTE	COMPROBADO POR
00100000	- F.F.	30 000,00	13 622,00	12 186,00	13 622,00	90	1,0000		75,00

[illegible]

11.1.10 1385 055-0 01-50 7824 H(14) 303F 624E

MR. HENRY C. HALL, JR.
 10000 W. 10th Ave., Suite 100, Denver, CO 80231
 303-751-1000
 303-751-1001
 303-751-1002
 303-751-1003
 303-751-1004
 303-751-1005
 303-751-1006
 303-751-1007
 303-751-1008
 303-751-1009
 303-751-1010
 303-751-1011
 303-751-1012
 303-751-1013
 303-751-1014
 303-751-1015
 303-751-1016
 303-751-1017
 303-751-1018
 303-751-1019
 303-751-1020
 303-751-1021
 303-751-1022
 303-751-1023
 303-751-1024
 303-751-1025
 303-751-1026
 303-751-1027
 303-751-1028
 303-751-1029
 303-751-1030
 303-751-1031
 303-751-1032
 303-751-1033
 303-751-1034
 303-751-1035
 303-751-1036
 303-751-1037
 303-751-1038
 303-751-1039
 303-751-1040
 303-751-1041
 303-751-1042
 303-751-1043
 303-751-1044
 303-751-1045
 303-751-1046
 303-751-1047
 303-751-1048
 303-751-1049
 303-751-1050
 303-751-1051
 303-751-1052
 303-751-1053
 303-751-1054
 303-751-1055
 303-751-1056
 303-751-1057
 303-751-1058
 303-751-1059
 303-751-1060
 303-751-1061
 303-751-1062
 303-751-1063
 303-751-1064
 303-751-1065
 303-751-1066
 303-751-1067
 303-751-1068
 303-751-1069
 303-751-1070
 303-751-1071
 303-751-1072
 303-751-1073
 303-751-1074
 303-751-1075
 303-751-1076
 303-751-1077
 303-751-1078
 303-751-1079
 303-751-1080
 303-751-1081
 303-751-1082
 303-751-1083
 303-751-1084
 303-751-1085
 303-751-1086
 303-751-1087
 303-751-1088
 303-751-1089
 303-751-1090
 303-751-1091
 303-751-1092
 303-751-1093
 303-751-1094
 303-751-1095
 303-751-1096
 303-751-1097
 303-751-1098
 303-751-1099
 303-751-1100
 303-751-1101
 303-751-1102
 303-751-1103
 303-751-1104
 303-751-1105
 303-751-1106
 303-751-1107
 303-751-1108
 303-751-1109
 303-751-1110
 303-751-1111
 303-751-1112
 303-751-1113
 303-751-1114
 303-751-1115
 303-751-1116
 303-751-1117
 303-751-1118
 303-751-1119
 303-751-1120
 303-751-1121
 303-751-1122
 303-751-1123
 303-751-1124
 303-751-1125
 303-751-1126
 303-751-1127
 303-751-1128
 303-751-1129
 303-751-1130
 303-751-1131
 303-751-1132
 303-751-1133
 303-751-1134
 303-751-1135
 303-751-1136
 303-751-1137
 303-751-1138
 303-751-1139
 303-751-1140
 303-751-1141
 303-751-1142
 303-751-1143
 303-751-1144
 303-751-1145
 303-751-1146
 303-751-1147
 303-751-1148
 303-751-1149
 303-751-1150
 303-751-1151
 303-751-1152
 303-751-1153
 303-751-1154
 303-751-1155
 303-751-1156
 303-751-1157
 303-751-1158
 303-751-1159
 303-751-1160
 303-751-1161
 303-751-1162
 303-751-1163
 303-751-1164
 303-751-1165
 303-751-1166
 303-751-1167
 303-751-1168
 303-751-1169
 303-751-1170
 303-751-1171
 303-751-1172
 303-751-1173
 303-751-1174
 303-751-1175
 303-751-1176
 303-751-1177
 303-751-1178
 303-751-1179
 303-751-1180
 303-751-1181
 303-751-1182
 303-751-1183
 303-751-1184
 303-751-1185
 303-751-1186
 303-751-1187
 303-751-1188
 303-751-1189
 303-751-1190
 303-751-1191
 303-751-1192
 303-751-1193
 303-751-1194
 303-751-1195
 303-751-1196
 303-751-1197
 303-751-1198
 303-751-1199
 303-751-1200
 303-751-1201
 303-751-1202
 303-751-1203
 303-751-1204
 303-751-1205
 303-751-1206
 303-751-1207
 303-751-1208
 303-751-1209
 303-751-1210
 303-751-1211
 303-751-1212
 303-751-1213
 303-751-1214
 303-751-1215
 303-751-1216
 303-751-1217
 303-751-1218
 303-751-1219
 303-751-1220
 303-751-1221
 303-751-1222
 303-751-1223
 303-751-1224
 303-751-1225
 303-751-1226
 303-751-1227
 303-751-1228
 303-751-1229
 303-751-1230
 303-751-1231
 303-751-1232
 303-751-1233
 303-751-1234
 303-751-1235
 303-751-1236
 303-751-123





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradolider.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: 0800-1556 / 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): 0800-022.82.96 | Central Ombudsman: 0800-021.91.35

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/BIBLIOTECASWEB/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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGURANÇA PRIVADA - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.131/96.

Pelo exposto, eu

Marcelo dos navegantes Martins de Oliveira

inscrito (a) no CPF/CNPIS 059.565.974, 69, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

João Manoel de Pontes

inscrito (a) no CPF sob o Nº 047-186-704, 70

do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da vítima João Manoel de Pontes

inscrito (a) no CPF sob o Nº 047-186-704, 70, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia da 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: <u>Rua Antônio Bonari</u>	Número: <u>3004</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Poco Branco</u>	Estado: <u>PA</u>
E-mail: _____	CEP: <u>59560-000</u>	Tel. (DDD): _____

Local e Data:

Poco Branco 25-08-2020

Marcelo dos navegantes Martins de Oliveira
Assinatura do Declarante

3LDRL001 V001/2017





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL MANOEL TARGINO SOBRINHO



11

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome: João Maria de Jesus Sexo: M Idade: 37
Endereço: Rua 12 de outubro Nº:
Naturalidade: Poço Branco Profissão:
Entrada às: 12:23 Hrs do Dia: 04/06/2020
Cartão SUS: 898001192443455

SpO2 = 95%

Urgência: ()
PULSO: 82 bpm TA: 120/80 Ambulatório: ()
Temperatura: Peso:

História: Achate de tórax

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório: Fratura de tórax

Tratamento: Valpro - Opang Du
troxilar 40 + 4AD DU lento

Destino do Paciente: Walredo Inepel
Liberado () Óbito () Observação das Hrs. as Hrs.
Encaminhado para H - Walredo Inepel

Ass. do Médico Walredo Inepel
Carimbo
Ass. do Médico
04/06/2020
12:25

Av. Nóbrega Machado, s/n - Centro - CEP: 59.560-000 - Poço Branco/RN
CNPJ: 08.311.904-0001-40 - Fone: 0** (84) 3265-2281



POCO BRANCO
Sociedade de medicina

Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Municipal de Saúde
CNPJ: 19.233.722/0001-00



Dr. H. Walfre do
Fangel.

Exatidão por
Maria de Paiva
37 anos, acidente
de trânsito, com tra-
matismos na perna
Esquerda Fratura?
Necrose da avulsão
do osso da tíbia
Correlato. Dra. Nayara.
Feito T.A. em 100
teorizar 40%
Velocidade 73km/h

DATA: 04/06/20

"Exploração Sexual Infantil da Pena de 1 a 12 anos
de prisão"



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2: ~~XX NCR 19/52 ou 40X~~

ANAMNESE

ECG 15, PEA, sem déficit (UE nos gâmbos do por natura)

EXAME FÍSICO

TC: Sem lesões reconhecíveis

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

col: Alta da NCR com orientações

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO
Marlon Souza
Médico
CRM-AM 2823

OUTROS

CONDUÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

BMF Paciente apresenta trauma de BB, sem epistaxe, mas com protuberância nasal Encomendado ao NAST

Dr. Charles M. Barba
CRM-AM 22354

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 13/08/20
MAT. Nº 182575
SAME
CF

ASSINATURA
Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

AÍDA:

DATA: / /

HORA:

Prescrição Médica ☐

A Revelia ☐

Transferido para:

BITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

ESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

TERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

IDA:

DATA: / /

HORA:

Prescrição Médica ☐

A Revelia ☐

Transferido para:

BITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WILFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou

CNES: 2653923
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **175427 JOAO MARIA DE PONTES**

CNS: 705005830165355

Nascimento: 27/04/1983

Sexo: Masculino

Prontuário:

Cor: PARDA

Mãe: ROSA SABRINA DE PONTES

Pai: FRANCISCO MOIZIM DE PONTES

Endereço: RUA 12 DE OUTUBRO, 519 - POÇO BRANCO - POÇO BRANCO

Fone: 94147451 /

Município: POÇO BRANCO

Código Municipal IBGE:

241010 UF: RN

CEP: 59560-000

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 19746 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

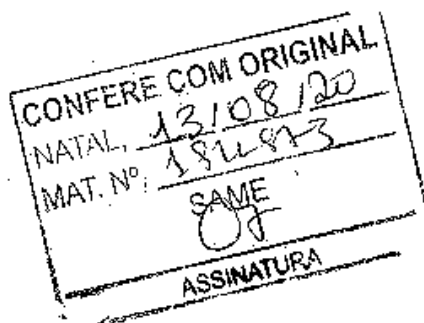
FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

TTO CIRURGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX



Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.8 FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA*408050551. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

PLATO TIBIAL, FX;1

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão

Dr. Maxsuelton Alves
Ortopedista
Cir. Ombro e Cotovelo
CRM 7569 TEOT 15233
CRM Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

ANTONIO MAXSUELTON ALVES DE SOUZA

CRM: 7569 / RN

Data da Solicitação 04/06/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: Nº do bilhete: Série:

() Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: CNAE da Emp.: CBOR:

() Acidente de Trabalho Trajeto CNPJ da Empresa: CNAE da Emp.: CBOR:

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: Órgão Emissor:

Número da Autorização:

Data da Autorização: Assinatura/Carimbo:

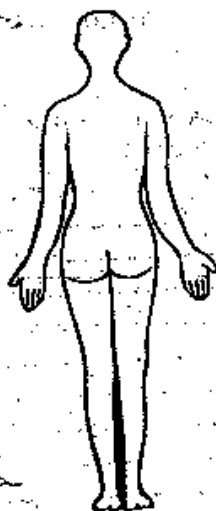
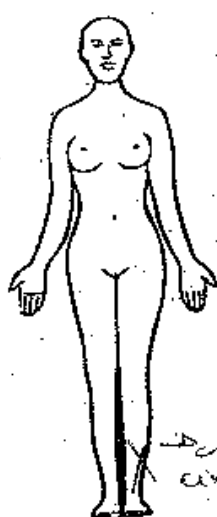




GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: João Maria de Pontes IDADE: 37 anos
DATA DE NASCIMENTO: 07/04/1983
REGISTRO: 175427 Nº Fica: 5426/2020
DATA DE ADMISSÃO: 04/06/2020 HORA: 21h30'
ADMISSÃO DO PACIENTE:
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Integridade
HIDRATAÇÃO: SIM () NÃO () VIA: PERIFÉRICO: () ACESSO CENTRAL: ()
NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE (x) ORIENTADO (x) VIGIL (x) AGITADO ()
INCONSCIENTE: ()
ESTADO GERAL: BOM (x) REGULAR () GRAVE ()
SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE (x) M.V. () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()
ALÉRGICO: SIM () NÃO (x) HIPERTENSO: SIM () NÃO ()
DIABÉTICO: SIM (x) NÃO () ASMÁTICO: SIM () NÃO (x)
DOENÇA RENAL: SIM () NÃO (x) OUTRAS PATOLOGIAS: _____
MEDICAÇÕES EM USO: _____
CIRURGIAS ANTERIORES: _____
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO (x)
OBSERVAÇÃO: _____
ÁREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____
ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____
OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: PUNÇÃO E TRICOTOMIA



CONFERE COM ORIGINAL
NATAL: 13/08/20
MAT. Nº: 182523
SAME
ASSINATURA

JALECO Nº: _____ ACESSO CENTRAL: _____
INSTRUMENTADO: Fernanda
CIRCULANTE: Karolina Carvalho
TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUI (x) PERIDURAL () B.P.B. () LOCAL ()
OBS: _____
ANESTESISTA: Dr. Priscila Mesquita
INÍCIO DE ANESTESIA: 21h20'
TÉRMINO DE ANESTESIA: 22h
ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: _____
HORA: _____

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 5426/2020

Prontuário: 1197512

Paciente: 175427 - JOAO MARIA DE PONTES

Cartão SUS: 705005830165355

Idade: 37 anos 1 mes 7 dias

Sexo: M

CPF: 04718870470

Etnia: PARDA

Dt Nasc: 27/04/1983

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: ROSA SABRINA DE PONTES

Nome do pai: FRANCISCO MOIZIM DE PONTES

Rua/Av: 12 DE OUTUBRO

Complemento:

CEP: 59560000

Nº: 519

Bairro: POCO BRANCO

Telefone: 84 94147451 84 94147451

Cidade: POCO BRANCO

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: 2 ANDAR

Leito: 207

Responsável: JOAO MARIA DE PONTES -

Usuário: SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS

Admissão: 04/06/2020 20:08:54

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.8 - FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA
408050551 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

NATAL, 04 de Junho de 2020.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A
B
C
D
E

A(ALERGIAS) *beja*
M(MEDICAÇÃO EM USO)
P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)
L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)
A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)
V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

*Rx perna @ Mel
Rx joelho @ Mel
tc crânio / fce / pnc*

CONDUTA PRIMÁRIA(MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

VAT

Dr. G. T. Soares @

Alta da CG

*Dr. G. T. Soares
MEDICO
CRM 9561*

*Procedido da Santa Casa
CRM 4011
Colaboração*

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Tipagem AB e Rh

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1 *Dr. G. T. Soares*

HORA: *18h*

DATA: *04/16/2022*

ESPECIALISTA 2 *Dr. G. T. Soares*

HORA: *18h*

DATA: *04/16/2022*

HORA: *18h*

DATA: *04/16/2022*

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:

OBITO: DATA *04/16/2022* HORA *18h*

ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Página 1 de 1

CCMV004_R - Relatório de Cirurgia

Período: 04/06/2020 22:28 a 04/06/2020 22:28

04/06/2020 22:30

FIA / BAA: 5426 / 2020

Paciente: JOAO MARIA DE PONTES

Convênio: SUS

Categoria: GRATUITO

Unidade: RPA

Quarto / Letto: 1 / 712

Tipo de Cirurgia: 3

Prontuário: 1197512

Data Agendamento: 04/06/2020 23:15

Cirurgia: TTO CIR FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

Data Realização: 04/06/2020 21:20

Potencial de Contaminação:

Cirurgião: FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA

Anestesista: PRISCILA MESQUITA DE SOUZA

Tipo Anestesia: RAQUE

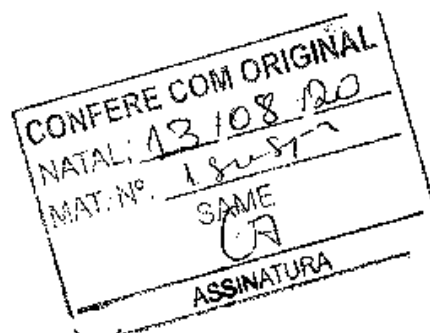
Instrumentador: KAMILA - Hospital

Equipe:

Data do Relatório: 04/06/2020 22:28 Profissional: FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA

Relato da Cirurgia: 1 - PACIENTE EM DDH SOB RAIA NAESTESIA
2 - ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS
3 - DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
4 - LIMPEZA CIRÚRGICA EXAUSTIVA COM SF 0,9%
5 - COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR PARA ESTABILIZAÇÃO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL
6 - SUTURA DA PELE
7 - CURATIVO

CRM: 7036 - FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA



① 0408050500(4)582.2(846,36).

Fx= 0702030406

② 04/30/0178(3) L90.8(741,63).





União de
Saúde

da
Saúde

DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

0- DATA	1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2- CNES
14/08/2020	HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA	3515168
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4- CNES
HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA		3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE	6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO		
JOAO MARIA DE PONTES	168654		
7- CARTÃO NACIONAL/SUS	8- DATA DE NASCIMENTO	9- SEXO	10- RAÇA/COR
705 0058 3016 5355	27/04/1983	MASCULINO	
11- NOME DA MÃE	12- TELEFONE DE CONTATO		
ROSA SABRINA DE PONTES	988515282		
13- NOME DO RESPONSÁVEL	14- TELEFONE DE CONTATO		
ESTEVAM MARTINS DE OLIVEIRA / CUNHADO			
15- ENDEREÇO (RUA, Nº)			
AV NOBREGA MACHADO 1053			
16- MUNICÍPIO	17- BAIRRO	18- UF	19- CEP
POÇO BRANCO	CENTRO	RN	59560000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pronto socorro @ um
motociclista

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Acidente

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

Rx + EFO

23- DIAGNÓSTICO INICIAL	24- CID 10 PRINCIPAL	25- CID 10 SECUND.	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
Fratura	S82		

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
10035-01 - Fratura			
29- CLÍNICA	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31- DOCUMENTO	32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
Ortopedia		() CNS () CPF	Frederico de Lima Ortopedia e Traumatologia
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34- DATA DA SOLICITAÇÃO	35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
Dr. L. P. P.	15/6/20		

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AC. TRÂNSITO	39- CNPJ DA SEGURADORA	40- Nº DO BIJETER	41- SÉRIE
37- () AC. TRABALHO TÍPICO	42- CNPJ DA EMPRESA	43- CNAE DA EMPRESA	44- CBOR
38- () AC. TRABALHO TRAVEJO			

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47- COD. ORGÃO EMISSOR	52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48- DOCUMENTO	49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
() CNS () CPF		
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO	51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

HRDML / SESAP
CONFERIR C/O ORIGINAL
Pantufre RN 15.12.20

Mat 219627-9





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

ORF. URG

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: JOÃO MARIA DE PONTES ASA: IE
Idade: 37 Sexo: M Registro: 1197512
Diagnóstico: Fratura Exposta ME Data: 04.06.2020
Cirurgia Realizada: Osteossíntese ME
Cirurgião: Fabio Roberto Auxiliar: X
Anestesiologista: Priscila Enfermagem: Kamilla Fran / Carla Fox
História Clínica Admissional: Amigdalite Estável. Trauma no braço
na alça / comorbidades: acesso ex. braço
Em uso epalotina

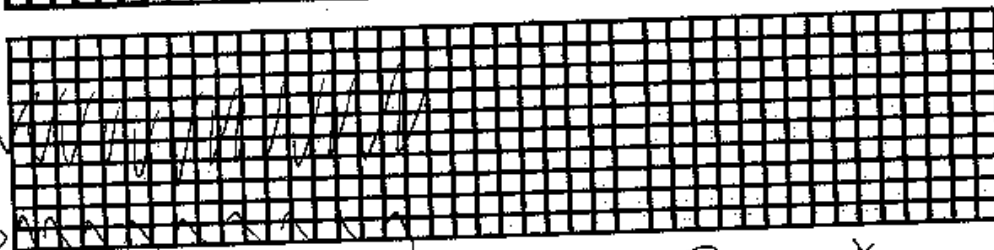
Técnica Anestésica: Raquiánestesia 25g Amido amido
mediante, bloqueio interbraço com rotação
+ Lidocaína (ventilação espontânea)
+ Cateter de oxigênio

SpO₂
MSD



ECG
PANI
SpO₂

200
175
150
125
100
75
50



HR
SEM 1

Início: X 21.20 ○ 21.40 Término: ○ X

Anestésicos Utilizados:

1. Lidoc 1% 100mg SC 1amp
2. Neopres 0.5% 100mg IV 1amp
3. Morfina 50mg IV 1amp
4. Ag 25g
5. Diazepam 2mg IV 1amp
6. Etomidato 10mg IV
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.

Encaminhamento: A SRPA adrete Kaulis SMO.

Dr. Priscila Mendes
Anestesiologista
CRM-RN 6252

Assinatura do Anestesiologista - CRM

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



CLINICA
ORTOPEDIA

REGULAÇÃO
WALFREDO GURGEL

ops

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO
		169654
CATEGORIA	GRU	DATA
		14/06/2020
PACIENTE		HORA
JOAO MARIA DE PONTES		10:27
ESTADO CIVIL	PROFISSAO	DATA DE NASCIMENTO
CASADO	GESSEIRO	27/04/1983
ENDEREÇO (RUA, Nº)		
AV NOBREGA MACHADO 1053		
MUNICIPIO	BAIRRO	UF
POÇO BRANCO	CENTRO	RN
LOCAL DE TRABALHO		CEP
		59580000
		TELEFONE
FILIAÇÃO		
ROSA SABRINA DE PONTES	FRANCISCO MOIZIM DE PONTES	
RESPONSÁVEL		TELEFONE
ESTEVAM MARTINS DE OLIVEIRA / CUNHADO		988515292
ENDEREÇO		
4718670470		

DIAGNOSTICO PROVVISORIO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSÃO

ALTA

QBTQ

HISTORIA CLINICA

HRDML / SESAP
CONFERENCE ORIGINAL
12/15/81 - PN. 151042

Mat



Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

NEATOLOGIA	☐ NEUROLOGIA	☐ NEFROLOGIA	☐ CIR. VASCULAR	☐ ENDOSCOPIA
INICA MÉDICA	☐ CIRURGIA GERAL	☐ ORTOPEDIA	☐ BUCO-FACIAL	☐ UROLOGIA
UROCIURURGIA	☐ OTORRINO	☐ OFTALMOLOGIA	☐ C. PLÁSTICA	☐

CONDUTA

Bruno G. Wanderley
Ortopedia-Traumatologia
CRM 5701

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

☐ FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	☒ INTERNADO NO SERVIÇO DE HORA _____ HORA _____	☐ REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
ETIROU-SE POR ATA ____/____/____ BITO ____/____/____	DECISÃO MÉDICA ☐ HORA _____ HORA _____	A REVELIA ☐ I.T.E.P. ☐
NTREGUE À FAMÍLIA ☐	S.V.O. ☐	
MÉDICO (Carimbo)		CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)





SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DE OCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº

008

NOME: João Maria Pires
IDADE: 27/10/83 COR: Morena SEXO: MASC ESTADO CIVIL: Casado
NATURALIDADE: Pernambuco PROFISSÃO: Desseleto PROCEDÊNCIA: UFPA
ENDEREÇO: R. Avelar Nobre - 1053 BAIRRO: Capão
CIDADE: Picos - PI DATA: 13/06/2020 HORA: 09:07

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO

SIM ☐

NÃO ☐

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

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

TEMP. 36,5 RESPIRAÇÃO 18 PULSO 90 T.A. 120/80

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Quedada com pedras na pista de terra

EXAME FÍSICO

Pe com hematomas

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Trauma no Pto. Torso

HRDML / SESAP
CONFERI O ORIGINAL

Mat. 219727-9



Nome do paciente

Nº prontuário

JOÃO MARIA DE PONTES

Data operação	Enf.	Leito
Operador	1º auxiliar	
2º auxiliar	3º auxiliar	Instrumentador
Anestesieta	Tipo de anestesia	
Diagnóstico pré-operatório		
Tipo de operação		
Diagnóstico pós-operatório		
Relatório imediato do patologista		
Exame radiológico no ato		
antes durante a operação		
NOTA OPERATORIA		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL APÓS RAQUI-ANESTESIA
2. ASSEPSIA, ANTISSEPSIA E COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR (JOELHO)
4. FRATURA SEM SINAIS DE CONSOLIDAÇÃO
5. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%
6. CURATIVO ESTÉRIL

Renato Costa
Ortopedista

HIDML / SESAP
CONFÉRCIO ORIGINAL
Participante: 1510120

Mat 3192121-9



Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

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

CONDUTA

Bruno G. Wanderley
Ortopedia Traumatologia
CRM 5701

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

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



Hospital							
Nome				Idade		Sexo	
Data		Pressão arterial		Pulso		Respiração	
Tipo sanguíneo		Hemoglobina		Hematócrito		Glicemia	
		Urina		Urela		Outros	
Ap. respiratório				Asma		Bronquite	
Ap. circulatório				Eletrocardiograma			
Ap. digestivo				Dentes		Pescoco	
Estado mental				Ataraxicos		Corticoides	
Diagnóstico pré-operatório				Estado físico		Risco	
Anestésias anteriores							
Medicação pré-anestésica				Aplicada às		Efeito	

Agentes Anestésicos	Líquidos	Oper.	Anest.	O Resp.	P Pulso	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	110	120	130	140	150	160	170	180	190	200	210	220	230	240	250	260	270	280	290	300	310	320	330	340	350	360	370	380	390	400	410	420	430	440	450	460	470	480	490	500	510	520	530	540	550	560	570	580	590	600	610	620	630	640	650	660	670	680	690	700	710	720	730	740	750	760	770	780	790	800	810	820	830	840	850	860	870	880	890	900	910	920	930	940	950	960	970	980	990	1000

SÍMBOLOS	
ANOTAÇÕES	
POSICÃO	
Agentes	
Técnica	
Operação	
Cirurgiões	
Anestesiistas	
Observações	
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias	
Perda sanguínea	



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Maria de Lourdes Idade: 37 D/N: 27/04/83
 Pront.: 869.654 Município: Itapetininga Procedência: () Interno () Externo
 Data da cirurgia: 12/06/2020 Hora Admissão: Bloco 12 Sala 02 Hora Saída: 12:30 Peso: 65
 Alergias: () Não () Sim Comorbidades: () HAS () DM () Outras
 Uso de medicações: () Não () Sim Medicamentos Jejum: () Não () Sim
 SSW Admissão: PA: 120x80 mmHg Pulso: 90 bpm FL: 90 rpm FC: 90 bpm SpO2: 98 % T: 36 °C

Enfermeiro(a): Juliana Instrumentador(a): _____ Circulante: Rafaela e Cynthia

Cirurgia: REPARAÇÃO DE FURADO EXTERNO DE M.I.E. Especialidade: ORTOPEDIA Sala: 03
 Hora Início: 08:30 Hora Término: _____ Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
 1º Cirurgião: Dr. Carlos Augusto Aux.: _____ Residente: _____

Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: _____ () Bloqueio () Raquidiana Ag.nº _____ () Peridural () c/cateter () s/cateter
 Ag.nº _____ Cateter nº _____ Início: _____ Garrote: () Smarch () Pneumático Início: _____ Término: _____
 Anestesiologista: _____

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
☒ Consciente	☒ Normocorada	☒ Normotenso	☒ Jato <u>17SD</u>	☒ ECG
☐ Letárgico	☐ Hipocorada	☐ Hipotensão	☐ Acesso V. Central	☒ Oximetria
☐ Coma	☐ Cianótica	☐ Hipertensão	☐ Cat. Diálise	☐ Capnógrafo
☒ Orientado	☐ Ictérica	☐ Hipertensão	☐ Fístula	☒ PA
☐ Desorientado	☐ Desidratada	☒ Normocárdico	☐ Arteriovenosa	☐ Estimul. Nervo
☐ Sedado	☐ Integra	☐ Bradicardia	☐ SNG	☐ Difusor
☒ Ansioso	☒ C/lesões	☐ Taquicardia	☐ SVD	☐ BIC
☐ Deambula	☐ Sudorese	☐ Choque	☐ Colostomia	☐ Desfibrilador
☒ Tr. dificuldade	☐ Cicatriz cirúrgica	☐ Normoesfígmico	☐ Cistostomia	☒ Fístula <u>80cm</u>
☐ Acamado	☒ Higiene Satisfatória	☒ Eupnéia	☐ Dreno	☐ 10 cm MIE
☐ Paraplégico	☐ Higiene deficiente	☐ Dispneia	☐ Aparelho gessado	
☐ Tetraplégico	☐ Manchas	☐ Dispositivo O2	☐ Tração	
☐ Amputações	☒ S/Tricotomia		☐ Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Melo	Fim	Unid.
FC	<u>84</u>	<u>84</u>	<u>85</u>	Bpm
Pulso	<u>84</u>	<u>84</u>	<u>85</u>	Bpm
Oximetria	<u>98</u>	<u>98</u>	<u>98</u>	%
Capnografia	<u>---</u>	<u>---</u>	<u>---</u>	%
PA	<u>120x80</u>	<u>120x80</u>	<u>120x80</u>	mmHg

ACESSO VENOSO
☐ Função Arterial
☐ Função Venosa Periférica
☐ Função Venosa Central
☐ Dissecção venosa
Local: <u>_____</u>
Cateter: <u>_____</u>

SONDAGEM GÁSTRICA
☐ SNG nº <u>_____</u>
Retorno: <u>_____</u>

CATETERISMO VESICAL
☐ SVF nº <u>_____</u>
☐ SVA nº <u>_____</u>
Diurese: <u>_____</u>
Profissional responsável: <u>_____</u>

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

POSICÃO	COXIM	MMSS
☒ Dorsal	☐ Cabeça	☒ Anatômicos
☐ Ventral	☐ Pescoço	☐ Abduzidos
☐ Lateral	☐ Tórax	☐ Fletidos
☐ Litômica	☐ Lombar	☐ MMH
☐ Trendelenburg		☒ Anatômicos
☐ Carívefe		☐ Abduzidos
☐ Proclive		☐ Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
() Sim () Não () Metal () Descartável
Local: <u>_____</u>

DEGRMAÇÃO	TRICOTOMIA
() Sim () Não	() Sim () Não
Local: <u>02</u>	Solução: <u>0,05% Iodine</u>

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos: <u>_____</u>
Tela: <u>_____</u>
Cateter: <u>_____</u>
Ostomia: <u>_____</u>
Fio de KC: <u>_____</u>
Placa - Tipo: <u>_____</u>
Outros: <u>_____</u>

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: <u>DE ENFERMAGEM</u>
Quant. Material: <u>03</u>
Val. <u>24/06/2020</u> Contagem de gaze e compressa: <u>NÃO / SIM</u>



Nome do paciente		Nº prontuário	
João Maria Pontes			
Data operação	Enf.	Leito	
29/06/2020			
Operador	1º auxiliar	Instrumentador	
Dr Carlos Augusto		Dr Fabio Roberto	
2º auxiliar	3º auxiliar		
Anestesiista	Tipo de anestesia		
Dr Paulo Roberto	RA9 VR		
Diagnóstico pré-operatório			
Protrusão do platô tibial (E) - Lesão tendão patelar (E)			
Tipo de operação			
Trat. artroscópico do platô.			
Diagnóstico pós-operatório			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - fática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - víceras

- 1) Forme la un distalitate dorsal, sub rasu
- 2) Incaie un tace medial e lateral de tibia, mare (2)
- 3) Corp de placa cu poate un platou fibul lateral + medial
- 4) Fin d placa lateral ("L" ot fixa + } condicari: 28, 30, 36, 36
- 5) Fin d placa medial de 4.5 in extinz } 38, 40
- 6) Incaie de ryl, anterior de tibia (2)
- 7) Incaie de plat mare de patela + tibia transversa
- 8) Etchbawd.
- 9) Incaie uncaie d sf 0.5.
- 10) Incaie pl - plux

~~MEMORANDUM~~

CONFIDENTIAL ORIGINAL

Parsons, R.N. 1516-11 24

Mar 24 1974

1990



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: João da Silva Idade: 37a D/N: 27/04/1983
 Pront: 129654 Município: Recife Propriedade: () Interno () Externo
 Data da cirurgia: 29/06/2020 Hora Admissão: Bloco 12 Hora Saída: 12:00 Peso: 70
 Alergias: Não () Sim Comorbidades: () HAS () DM () Outras
 Uso de medicações: () Não () Sim Metformina Jejum: () Não () Sim
 SSW Admissão: PA: 120/80 mmHg Pulso: 78 bpm FL: 100 rpm FC: 100 bpm SpO2: 98 % T: 36 °C

Enfermeiro(a): af. Oliveira Instrumentador (a): Rita Circulante: Pollyanna
 Cirurgia: tit na # de platis Especialidade: Plástica Sala: 03
 Hora Início: 15:00 Hora Término: 17:00 Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
 1º Cirurgião: Carlo Augusto Aux: Fabio Roberto Residente: ---
 Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: --- () Bloqueio () Raquidiana Ag. nº 21 () Peridural () c/cateter () s/cateter
 Ag. nº --- Cateter nº --- Início: 14:46 Garrote: () Smarch () Pneumático Início: --- Término: 17:00
 Anestesiologista: João Augusto

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
☒ Consciente	☒ Normocrada	☒ Normotensão	☒ Jeico <u>MSD</u>	☒ ECG
☐ Letárgico	☐ Hipocrada	☐ Hipotensão	☐ Acesso V. Central	☐ Oximetria
☐ Coma	☐ Cianótica	☐ Hipertensão	☐ Cat. Diálise	☐ Capnógrafo
☐ Orientado	☐ Ictérica	☐ Hipercálcico	☐ Fistula	☐ PA
☐ Desorientado	☐ Desidratada	☐ Bradicardia	☐ Arteriovenosa	☐ Estimul. Nervo
☐ Sedado	☐ Intgra	☐ Taquicardia	☐ SNG	☐ Dipnifusor
☐ Ansioso	☐ C/lesões	☐ Choque	☐ SVD	☐ BIC
☐ Deambula	☐ Sudorese	☐ Normoesfígmico	☐ Colostomia	☐ Desfibrilador
☐ t/ dificuldade	☐ Cicatriz cirúrgica	☐ Eupnéia	☐ Cistostomia	
☐ Acamado	☐ Higiene Satisfatória	☐ Dispneia	☐ Dreno:	
☐ Paraplégico	☐ Higiene deficiente	☐ Dispositivo O2	☐ Aparelho gessado	
☐ Tetraplégico	☐ Manchas		☐ Tração	
☐ Amputações	☐ S/Tricotomia		☐ Talas <u>MTF</u>	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>58</u>	<u>86</u>	<u>78</u>	Bpm
Pulso	<u>58</u>	<u>86</u>	<u>78</u>	Bpm
Oximetria	<u>94</u>	<u>100</u>	<u>100</u>	%
Capnografia	<u>---</u>	<u>---</u>	<u>---</u>	%
PA	<u>120/80</u>	<u>120/80</u>	<u>120/80</u>	mmHg

ACESSO VENOSO
☐ Punção Arterial
☐ Punção Venosa Periférica
☐ Punção Venosa Central
☐ Dissecção venosa

Local: ---
 Cateter: ---

SONDAGEM GÁSTRICA
☐ SNG nº <u>---</u>
Retorno: <u>---</u>

CATETERISMO VESICAL
☐ SVF nº <u>---</u>
☐ SVA nº <u>---</u>
Diurese: <u>---</u>
Profissional responsável: <u>---</u>

EXAMES SOLICITADOS	
☐ Hemograma	☐ Gasometria
☐ Coagulograma	☐ Outros
☐ Tipagem Sanguínea	☐ Glicosimetria
☐ Radioscopia (Raio X)	

POSICÃO	COXIM	MMSS
☐ Dorsal	☐ Cabeça	☐ Anatômicos
☐ Ventral	☐ Pescoço	☐ Abduzidos
☐ Lateral	☐ Tórax	☐ Fletidos
☐ Litotômica	☐ Lombar	☐ MMII
☐ Trendemburg		☐ Anatômicos
☐ Canivete		☐ Abduzidos
☐ Proclive		☐ Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
☒ Sim () Não ☒ Metal () Descartável
Local: <u>Tricotomia</u>

DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA
☒ Sim () Não	☒ Sim () Não
Local: <u>MTF</u>	Solução: <u>Alcool 70%</u> Local: <u>João R</u>

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos: <u>---</u>
Tela: <u>---</u>
Cateter: <u>---</u>
Ostomia: <u>---</u>
Fio de KC: <u>---</u>
Placa - Tipo: <u>---</u>
Outros: <u>---</u>

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: <u>---</u>
Quant. Material: <u>37</u>
Vai: <u>---</u>
Contagem de gaze e compressa: () Não () Sim



Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou _____

CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **175427 JOÃO MARIA DE PONTES**

Prontuário: 1197512

CNS: 705005830165355

Nascimento: 27/04/1983

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: ROSA SABRINA DE PONTES

Pai: FRANCISCO MOIZIM DE PONTES

Endereço: RUA 12 DE OUTUBRO, 519 - POÇO BRANCO - POÇO BRANCO

Fone: 94147451 /

Município: POÇO BRANCO

Código Municipal IBGE:

241010 UF: RN

CEP: 59560-000

Linha de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo Nº 19746 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

FRATO CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

2.8 FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA*408050551. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

Plataforma de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

FRATURA TIBIAL, FX;1

Formações importantes sobre as condições do paciente:

☒ Diabetes

☐ Hipertensão

☒ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão

☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

ANTONIO MAXSUELTON ALVES DE SOUZA

CRM: 7569 / RN

Data da Solicitação 04/06/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

☐ Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____

Série: _____

☐ Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____

CBOR: _____

☐ Acidente de Trabalho Trajetado

Regime de previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____

HRDML / SESAP

CONFIRMAÇÃO ORIGINAL

Participante em RN

Mat. 219427-9



Unidade Solicitante: _____ Município: _____
Paciente: João Marcos Mendes Prontuário: _____

Motivo da Consulta:

Frederico de O. Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 7514

Médico

CRM

Data

Encaminhado à especialidade: Cardiologia
Consulta marcada para a Unidade: _____ Município: _____
Para o (a) Dr. (a): _____ às _____ horas do dia

RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante: _____ Município: _____
Paciente: João Marcos Mendes Prontuário: 37705

(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)

Preop. TÍBIA

ANT. PATOLÓGICOS

→ HIPERTENSÃO BRV

→ DIABÉTICO

→ TABAGISTA

Diagnóstico:

→ NEG IAM

→ CÂNCER: 0

MED: METFORMINA 850mg 2X
NCT 25g 1X

Assintomático
em diálise

ECG: RSITragado
Normal

R. 130/70mmHg
PCR sem SPM
MVE 5L

CRM

Data

HRDML / SESAP

CONFIRMAÇÃO ORIGINAL
Prestar: 15/01/2021

Retornar à clínica solicitante: _____ Unidade: _____
Para o (a) Dr. (a): _____ às _____ horas do dia

Dr. Jorge Barreto Miranda
Cardiologia Clínica Médica
CRM-RN 578

Moderno USG CV Pericardio
→ AQUIÇÃO EXAMES
LABORATORIAIS

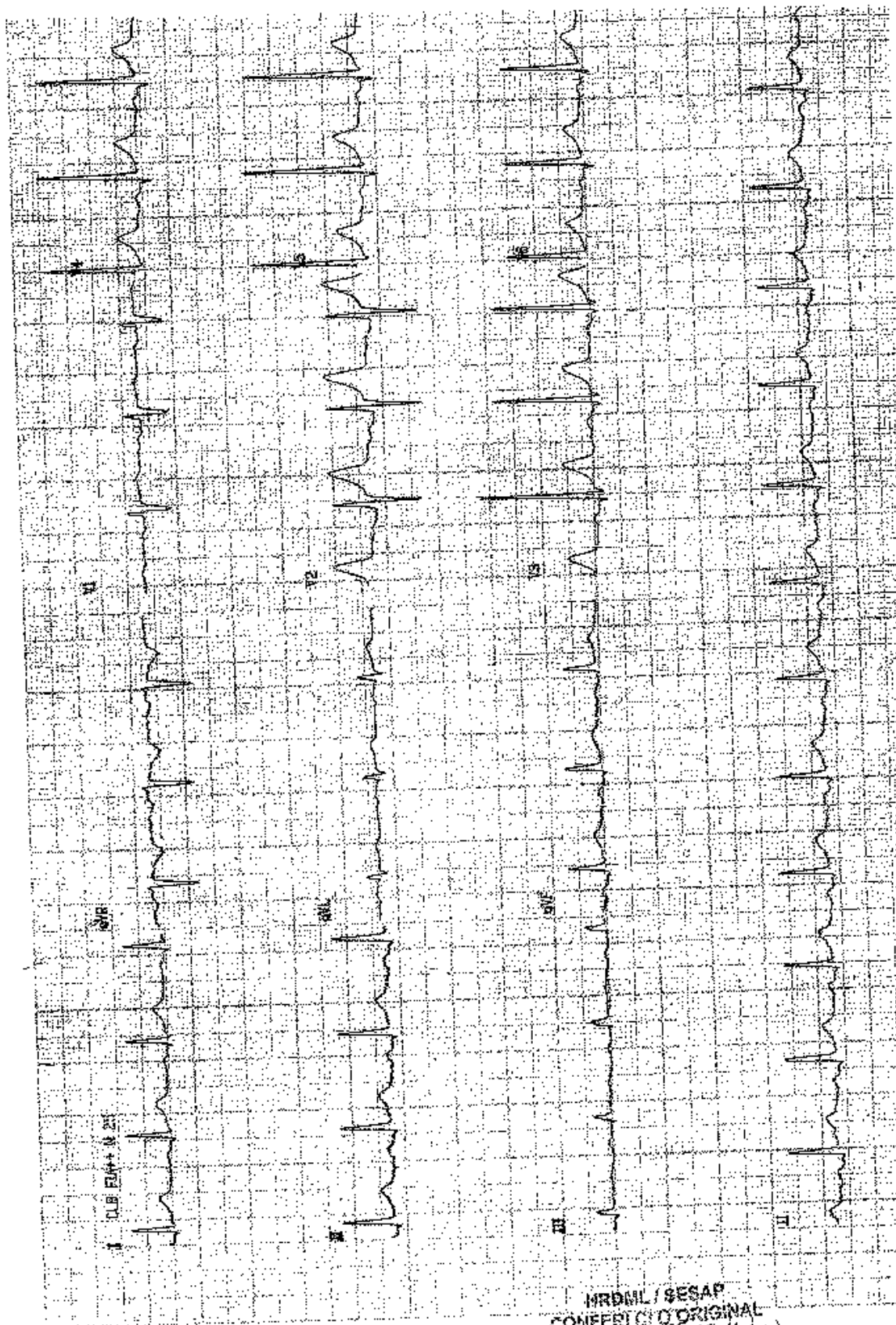


João Maria de Pontes

37a

16/06/2020

09:22



MRDML / SESAP
CONFÉRCIA ORIGINAL
Parnatrim-RN. 1210-420
Mat. 19927-9
[Signature]





HOSPITAL MONSENHOR WALTER DO GURGEL

04/01/2021 11:46:28

04/01/2021 11:46:28

Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 08/01/2021 11:46:28

CLINICA HOPE
LABORATÓRIO HAPPY

LAUDO MÉDICO

JOÃO MARIA DE PONTES, sofreu fratura do platô tibial esquerdo complexa com lesão do tendão patelar.

Foi submetido a tratamento cirúrgico.

Apresenta limitação para flexão do joelho esquerdo, hipotrofia de musculatura de coxa e perna, déficit para extensão do tornozelo esquerdo.

Invalidez ANATÔMICA e FUNCIONAL ao nível do membro inferior a esquerda com DISFUNÇÃO PERMANENTE de MIE.

ATA DEFINITIVA

NATAL

Av. das Américas, 1500 - Praia dos Manjuns, 01 - Cidade da Esperança - Natal/RN.
(em frente ao posto de saúde)
(84) 3205-7400 / 3205-5042

Dr. Oral de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 4315



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

002.420.530

DATA DE
EXPEDIÇÃO

15/09/2017

NOME

MARIA DOS NAVEGANTES MARTINS DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO

MANDEL MARTINS DE OLIVEIRA
MARIA SALOME DE OLIVEIRA

NATURALIDADE

CEARA-MIRIM RN

DATA DE NASCIMENTO

17/04/1983

DOC. ORIGEM

CERT. DE CASAMENTO L-803 F-106 RG-502
POCO BRANCO RN-CARTORIO UNICO CARTORIO

CPF

059.565.474-64

Josebias Ferreira do N. Junior

DIRETOR DE REGISTRAÇÃO

2a. VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Digitalizado com CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE PERÍCIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO



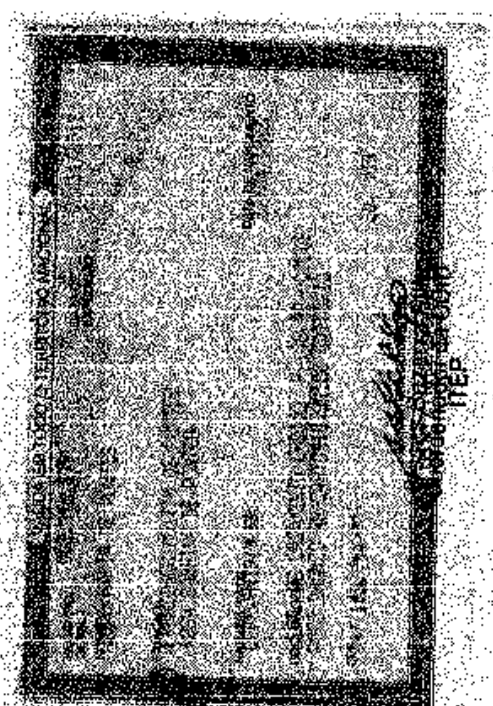
Maria dos Santos Aguiar M. de Oliveira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Digitalizado com CamScanner



Último-



TÍTULO ELEITORAL		IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA	
NOME DO ELEITOR JOÃO MARIA DE PONTES			
NASCIMENTO	CPF	ZONA	SEÇÃO
27/04/1983	0184 5823 1556	062	0010
MUNICÍPIO / UF		DATA DE EMISSÃO	
ROCO BRANCO/RN		08/03/2018	
ASSINATURA OU IMAGEM DIGITAL DO ELEITOR			
			
ASSINATURA DO TITULAR DO TÍTULO			
			



MINISTRIE DAE CIOARDORE

EXERCÍCIO

PHONE _____

32

181.152-364-13

1915-1916

ESPECIFIC PRO

ALAPCA FOLD TO
AND TAB

CA²⁺/PO₄³⁻ Cl₂ 100

USA TODAY

1002 B&B 35

100% Satisfaction Guarantee

100

Abstract

Appendix

100

2000

TRANSPORTAÇÃO - SEGURO DP'VA

WALTER SODERSTRAND, C. CHS., JR.

100

2014 22/05/2014

100

... ..

1. *What is the purpose of the study?*

2000

05-21-2006 10:44:43

Correlation

49

1. *Introduction*
 2. *Background*
 3. *Method*
 4. *Results*
 5. *Conclusion*
 6. *References*
 7. *Appendix*
 8. *Table 1*
 9. *Table 2*
 10. *Table 3*
 11. *Table 4*
 12. *Table 5*
 13. *Table 6*
 14. *Table 7*
 15. *Table 8*
 16. *Table 9*
 17. *Table 10*
 18. *Table 11*
 19. *Table 12*
 20. *Table 13*
 21. *Table 14*
 22. *Table 15*
 23. *Table 16*
 24. *Table 17*
 25. *Table 18*
 26. *Table 19*
 27. *Table 20*
 28. *Table 21*
 29. *Table 22*
 30. *Table 23*
 31. *Table 24*
 32. *Table 25*
 33. *Table 26*
 34. *Table 27*
 35. *Table 28*
 36. *Table 29*
 37. *Table 30*
 38. *Table 31*
 39. *Table 32*
 40. *Table 33*
 41. *Table 34*
 42. *Table 35*
 43. *Table 36*
 44. *Table 37*
 45. *Table 38*
 46. *Table 39*
 47. *Table 40*
 48. *Table 41*
 49. *Table 42*
 50. *Table 43*
 51. *Table 44*
 52. *Table 45*
 53. *Table 46*
 54. *Table 47*
 55. *Table 48*
 56. *Table 49*
 57. *Table 50*
 58. *Table 51*
 59. *Table 52*
 60. *Table 53*
 61. *Table 54*
 62. *Table 55*
 63. *Table 56*
 64. *Table 57*
 65. *Table 58*
 66. *Table 59*
 67. *Table 60*
 68. *Table 61*
 69. *Table 62*
 70. *Table 63*
 71. *Table 64*
 72. *Table 65*
 73. *Table 66*
 74. *Table 67*
 75. *Table 68*
 76. *Table 69*
 77. *Table 70*
 78. *Table 71*
 79. *Table 72*
 80. *Table 73*
 81. *Table 74*
 82. *Table 75*
 83. *Table 76*
 84. *Table 77*
 85. *Table 78*
 86. *Table 79*
 87. *Table 80*
 88. *Table 81*
 89. *Table 82*
 90. *Table 83*
 91. *Table 84*
 92. *Table 85*
 93. *Table 86*
 94. *Table 87*
 95. *Table 88*
 96. *Table 89*
 97. *Table 90*
 98. *Table 91*
 99. *Table 92*
 100. *Table 93*
 101. *Table 94*
 102. *Table 95*
 103. *Table 96*
 104. *Table 97*
 105. *Table 98*
 106. *Table 99*
 107. *Table 100*
 108. *Table 101*
 109. *Table 102*
 110. *Table 103*
 111. *Table 104*
 112. *Table 105*
 113. *Table 106*
 114. *Table 107*
 115. *Table 108*
 116. *Table 109*
 117. *Table 110*
 118. *Table 111*
 119. *Table 112*
 120. *Table 113*
 121. *Table 114*
 122. *Table 115*
 123. *Table 116*
 124. *Table 117*
 125. *Table 118*
 126. *Table 119*
 127. *Table 120*
 128. *Table 121*
 129. *Table 122*
 130. *Table 123*
 131. *Table 124*
 132. *Table 125*
 133. *Table 126*
 134. *Table 127*
 135. *Table 128*
 136. *Table 129*
 137. *Table 130*
 138. *Table 131*
 139. *Table 132*
 140. *Table 133*
 141. *Table 134*
 142. *Table 135*
 143. *Table 136*
 144. *Table 137*
 145. *Table 138*
 146. *Table 139*
 147. *Table 140*
 148. *Table 141*
 149. *Table 142*
 150. *Table 143*
 151. *Table 144*
 152. *Table 145*
 153. *Table 146*
 154. *Table 147*
 155. *Table 148*
 156. *Table 149*
 157. *Table 150*
 158. *Table 151*
 159. *Table 152*
 160. *Table 153*
 161. *Table 154*
 162. *Table 155*
 163. *Table 156*
 164. *Table 157*
 165. *Table 158*
 166. *Table 159*
 167. *Table 160*
 168. *Table 161*
 169. *Table 162*
 170. *Table 163*
 171. *Table 164*
 172. *Table 165*
 173. *Table 166*
 174. *Table 167*
 175. *Table 168*
 176. *Table 169*
 177. *Table 170*
 178. *Table 171*
 179. *Table 172*
 180. *Table 173*
 181. *Table 174*
 182. *Table 175*
 183. *Table 176*
 184. *Table 177*
 185. *Table 178*
 186. *Table 179*
 187. *Table 180*
 188. *Table 181*
 189. *Table 182*
 190. *Table 183*
 191. *Table 184*
 192. *Table 185*
 193. *Table 186*
 194. *Table 187*
 195. *Table 188*
 196. *Table 189*
 197. *Table 190*
 198. *Table 191*
 199. *Table 192*
 200. *Table 193*
 201. *Table 194*
 202. *Table 195*
 203. *Table 196*
 204. *Table 197*
 205. *Table 198*
 206. *Table 199*
 207. *Table 200*
 208. *Table 201*
 209. *Table 202*
 210. *Table 203*
 211. *Table 204*
 212. *Table 205*
 213. *Table 206*
 214. *Table 207*
 215. *Table 208*
 216. *Table 209*
 217. *Table 210*

100

CPU: 20.22s, 50.00MB, 1.04

•



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200309610 **Cidade:** Taipu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO MARIA DE PONTES **Data do acidente:** 04/06/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações: P.6-10.12_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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200309610

Nome do(a) Examinado(a): JOAO MARIA DE PONTES

Endereço do(a) Examinado(a): RUA ANTONIO CANARIO, 2004, , Poço Branco/RN

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: ITEP-RN / 002118979

Data e local do acidente: 04/06/2020 - Taipu/RN

Data e local do exame: 21/10/2020 - Natal/RN

Coordenadas Geográficas: latitude: -5.81277 , longitude: -35.21338

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura exposta do planalto tibial esquerdo.

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

Realizado limpeza cirúrgica e fixação externa de fratura do platô tibial esquerdo. O fixador foi retirado após 13 dias e feita osteossíntese definitiva com placa e parafusos seguido de fisioterapia. Alta em setembro de 2020.

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

Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta flexão aos 90°, extensão aos 70°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no joelho esquerdo.

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

Sim

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

Sim

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

Limitação dos movimentos do joelho esquerdo. Claudicação.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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

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

() "Vítima em tratamento"

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



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

Joelho Esquerdo - Médio - 50%

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



Dr. Justino Nobrega
Ortopedista/Quadril
CRM 15401 - RBO 11110





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 32003096 10

Nome do beneficiário: João Norue de Pontes

Nome do solicitante: João Norue de Pontes

Data da solicitação: 29/09/2020

CPF do beneficiário: 047-186-704-70

CPF do solicitante: 047-186-704-70

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (84) 9-8856-5292

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Pelo que reanalisem meu processo e
Nasceram uma Parece Medica, foi feita com
sequelas onde consta no laudo Medico. onde
o valor Recebido foi 3.687,50.

Pago Branco 29/09/2020

Local e Data

João Norue de Pontes

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/última não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

Digitalizado com CamScanner



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: João Maria de Pontes, brasileiro(a),
estado civil: casado, Profissão: Peçoso, Data do Acidente 04-06-2020
Cobertura multideg, portador(a) do RG 002.118.975, órgão expedidor
e do CPF: 047-186.704-70 residente no(a)
Rua Antônio Corrêa nº 2004
bairro: Centro, município: Poco Branco, 1

OUTORGADO:

Nome: Maria dos Navegantes Montez de Oliveira, brasileiro(a)
estado civil: solteira, Profissão: Peçosa, portador(a) do RG
002.420.530, órgão expedidor SSP e do CPF: 059-565-474-64, residente
no(a) Rua Antônio Corrêa nº 2004
bairro: Centro, município: Poco Branco, 1 RN

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Poco Branco 25-08-2020
Local e Data

João Maria de Pontes
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0243158/20

Vítima: JOAO MARIA DE PONTES

Data do acidente: 04/06/2020

CPF: 047.186.704-70

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO MARIA DE PONTES

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARIA DOS NAVEGANTES MARTINS DE OLIVEIRA : 059.565.474-64

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOAO MARIA DE PONTES : 047.186.704-70

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/08/2020
Nome: MARIA DOS NAVEGANTES MARTINS DE OLIVEIRA
CPF: 059.565.474-64

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

MARIA DOS NAVEGANTES MARTINS DE OLIVEIRA

GERCIA LOURENCO DA SILVA

