



Número: **0802048-52.2022.8.20.5123**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Parelhas**

Última distribuição : **16/11/2022**

Valor da causa: **R\$ 12.825,00**

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|---|---------------------|--|-------------------|
| FRANCISCO GOMES DE ARAUJO (AUTOR) | | THIAGO LUIZ CARNEIRO PEDROSA (ADVOGADO) | |
| Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (REU) | | ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO) | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data | Documento | Tipo |
| 94803816 | 07/02/2023 12:16 | 2879583_CONTESTACAO_Anexo_03 | Outros documentos |

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1912 CONTA: 611000

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/11/2022

NUMERO DO DOCUMENTO: PAG_8158969

VALOR TOTAL: 675,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO GOMES DE ARAUJO

BANCO: 336

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000012001569

Número da Autenticação

FDB534D1352CC98B



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220052695 **Cidade:** Parelhas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO GOMES DE ARAUJO **Data do acidente:** 29/11/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/10/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NA MÃO ESQUERDA COM FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO. PÁG 8

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER. PÁG 4
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO 5º DEDO DA
MÃO ESQUERDA.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|------------|-----------------------|
| Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão | 10 % | Em grau médio - 50 % | 5% | R\$ 675,00 |
| Total | | | 5 % | R\$ 675,00 |



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0103002/21

Número do Sinistro: 3210125085

Vítima: FRANCISCO GOMES DE ARAUJO

CPF: 100.824.624-70

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/11/2020

Titular do CPF: FRANCISCO GOMES DE ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 13/05/2021
Nome: LILIAN DA COSTA TRINDADE
CPF: 054.922.864-04

LILIAN DA COSTA TRINDADE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/05/2021
Nome: CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA
CPF: 026.685.584-92

CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA





Govorno 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 PARELHAS
Endereço: Rua Alexandrina Pereira, S / N, Centro, PARELHAS

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020130000975
1.2 Data de Expedição: 23/12/2020 15:39:23
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: 29/11/2020 19:00:00
2.2 Autoria: Desconhecida
2.3 Fato: Consumado
2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Outros
2.6 Tipo do local: Outro
2.7 Logradouro: RUA INÁCIO SOARES BARBOSA
2.8 Número: S/N
2.9 CEP:
2.10 Complemento:
2.11 Ponto de Referência:
2.12 Bairro: CENTRO
2.13 Cidade: PARELHAS
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FRANCISCO GOMES DE ARAUJO
3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.3 Nome Social:
3.4 Pai: EDUARDO GOMES DE ARAUJO
3.5 Etnia: Parda
3.6 Mãe: MARIA DO ROZARIO DE ALMEIDA ARAUJO
3.7 Sexo: MASCULINO
3.8 Orientação Sexual:
3.9 CPF: 10082462470
3.10 Identidade de Gênero:
3.11 Nacionalidade:
3.12 Data de Nascimento: 13/01/1990
3.13 Profissão: MARTELEIRO
3.14 RG: 2997614 - ITEP/RN
3.15 Telefone(s):
3.16 Passaporte:
3.17 Número: 20
3.18 Naturalidade: PARELHAS - RN
3.19 Bairro: CRUZ DO MONTE
3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.22 Logradouro: TV. ANTÔNIO EDMUNDO BEZERRA
3.23 Cidade: PARELHAS
3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS VEÍCULOS)

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA, NA DATA DE HOJE, PARA INFORMAR QUE ESTAVA CONDUZINDO A SUA MOTO, RUA INÁCIO SOARES BARBOSA, NESTE MUNICÍPIO, QUANDO UMA MULHER EM OUTRA MOTO ATRAVESSOU NA SUA FRENTE COLIDINDO DE FRENTE, QUE O ACUSADO FOI AO SOLO E SOFREU VÁRIAS LESÕES E FOI SOCORRIDO POR UM POPULAR QUE PASSOU E LEVOU O DECLARANTE PARA O HOSPITAL DE PARELHAS, QUE O DECLARANTE NÃO SABE INFORMAR QUEM FOI A PESSOA QUE LHE SOCORREU, QUE DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS O DECLARANTE FOI ENCAMINHADO PARA O WOLFREDO GURGEL NA CIDADE DE NATAL, QUE O DECLARANTE DEVIDO AO ACIDENTE TEVE UM DOS SEUS DEDOS AMPUTADO (DEDO MINDINHO DO MÃO ESQUERDA), QUE OS DADOS DA SUA MOTO SÃO: PLACA: MNM 3234, MARCAMODELO: HONDA /BIZ 125 ES COR: PRATA ANO MODELO: 2008 FABRICAÇÃO 2006, CHASSI: 9C2JA04206R845086 RENAVAN: 0088453421-9 PROPRIETÁRIO: RAELMA KERCIA PEREIRA DA SILVA CONDUCTOR: FRANCISCO GOMES DE ARAUJO. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências


REGISTRO DE B.O. PARA FINS DE OBTENÇÃO SE SEGURO DPVAT

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data 23/12/2020 15:39:23


Policial


Interessado


Polegar direito



Atendimento: 2072106 - WILSON LIRA DA SILVA
Impresso por: 2072106 - WILSON LIRA DA SILVA em 23/12/2020 15:39:27

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



PROCURAÇÃO

Outorgante: Francisco Gomes de Araújo, Brasileiro(a), Estado Civil SOLTEIRO, Profissão MARTELEIRO, Residente e domiciliado à Rua ANTONIO EDUARDO Bezerra, nº 01, Bairro CRUZ DO MONTE, Município de PARANHOS, Estado RN, Cep 59.360.000, Rg nº 002.997.614, órgão emissor 22/12, e CPF nº 300.824.624.70

Outorgado(a): Juliana Maria da Silva Nascimento, inscrito(a) no CPF sob o nº 111.691.044-60, Rg: 9.272.633, órgão emissor SDS-PE, estado civil: Solteira, Profissão: Empresária. Com endereço na Tv. 3 Sempre Viva, Nº 78, Curado II, Jaboatão dos Guararapes-PE. Cep: 54000-000

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a)

Outorgado (a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto à qualquer

Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Francisco Gomes de Araújo, ocorrido em 29/11/20, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo o(a) dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante junto a seguradora Líder dos consórcios DPVAT, podendo, para tanto, praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste mandato.

SÃO PAULO = 25 de OUTUBRO de 20 22.

Francisco Gomes de Araújo

Outorgante



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220052695 **Cidade:** Parelhas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO GOMES DE ARAUJO **Data do acidente:** 29/11/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/10/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NA MÃO ESQUERDA COM FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO. PÁG 8

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER. PÁG 4
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO 5º DEDO DA
MÃO ESQUERDA.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|------------|-----------------------|
| Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão | 10 % | Em grau médio - 50 % | 5% | R\$ 675,00 |
| Total | | | 5 % | R\$ 675,00 |



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 - II



Francisco Gomes du Araujo

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Digitalizado com CamScanner



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

002.997.614

DATA DE
EXPEDIÇÃO

22/12/2020

NOME

FRANCISCO GOMES DE ARAUJO

FILIAÇÃO

EDUARDO GOMES DE ARAUJO
MARIA DO ROZARIO DE ALMEIDA ARAUJO

NATURALIDADE

PARELHAS - RN

DATA DE NASCIMENTO

13/01/1990

DGC ORIGEM

CERT. DE NASCIMENTO Nº 11 F-206 RB-9790
PARELHAS RN ÚNICO

CPF

100.824.624-70

Brigida Zulad R.M. de Souza
Assinatura do Instituto de Identificação VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



Digitalizado com CamScanner



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 54497 /2020

Admissão: 30/11/2020 01:57:59

CIRURGIA GERAL - VERDE

+1

Paciente: 195779 - FRANCISCO GOMES DE ARAUJO (30 a 10 m 17 d)

Nascimento: 13/01/1990 Natural: PARNAMIRIM, BRASIL Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 704308524490597 CPF: 10082462470 Prof.

Mãe: MARIA DO ROSARIO DA ALMEIDA ARAUJO Pai:

Logradouro: ANTONIO EDIMUNDO BEZERRA, 570

CEP: 59360000

Bairro: CENTRO

Cidade: PARELHAS

Telefone: 84 99671813

Compl:

Motivo: ACIDENTE DE TRANSITO - MOTO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. INTERIOR

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 30/11/2020 01:51:48

| HORA | P.A. | HGT | SatO2 | FiO2 | F.R. | F.C. | TEMP. | Glasgow | RTS |
|------|------|-----|-------|------|------|------|-------|---------|-----|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

BOLETIM FATURADO
EM: 27/11/2020
J. S. SILVA

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISÃO MOTO X MOTO/ FRATURA EXPOSTA EM DEDO DA MÃO ESQUERDA

Hora: *Paciente vindo em ambulância, vítima de colisão moto x moto. Apresenta fratura exposta em 5º DDE. Refere dor intensa, uso TCE e quebras abdo-rais*

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

| |
|---|
| A |
| B |
| C |
| D |
| E |

DD

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

CONFERE COM ORIGINAL

NATAL: 27/10/22

MAT. Nº: 1528432

SAME

[Signature]

*Saída

ASSINATURA

RAIOS-X
20/11/20
J. S. SILVA

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

[Signature]

*Gerado via SIA por HEBERT GONCALVES DE OLIVEIRA, impresso em 30 de Novembro de 2020.



Paciente: 195779 - FRANCISCO GOMES DE ARAUJO

BAA: 4-54497/2020

Idade: 30 ano(s) 10 mes(es) e 17 dia(s)

Nr. Arquivo:

Peso:

Data Atendimento: 30/11/2020 01:57

Início Validade: 30/11/2020 06:09 até 01/12/2020 18:59

Sala: POLITRAUMA

Médico Resp: 1-MEDICO PLANTONISTA

Prescrição Nº: 1
Hospital / Unidade: WG - POLITRAUMA
Convênio: SUS/ERATUITO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

30/11/2020 06:10:12 - FRATURA EXPOSTA F2 5º QDE

CD: ATB + AO CC

*Prescrição segurada e fratura exposta
sem intervenção*

*Fernanda Flor de A. Linares
Osteodonta e Traumatologia
CRM-1195779*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

| NUTRIÇÃO | Quantidade | Und | Via | Intervalo | Velocidade | Horários |
|--|------------|------|-----|-----------|------------|----------|
| 1 - LIVRE | | | | | | |
| SOLUÇÃO | Quantidade | Und | Via | Intervalo | Velocidade | Horários |
| 2 - SOLUÇÃO DE a - SORO FISIOLÓGICO CLOR. DE SÓDIO 0.9% 500 ML SIST. F | 1 500 | BOLS | IV | Contínuo | 21gota/min | |
| Tempo: 11904,76h | | | | | | |
| MEDICAMENTO | Quantidade | Und | Via | Intervalo | Velocidade | Horários |
| 3 - CEFALOTINA 1G (1FA+10ML ABD) - D1/7 Urgência: Início imediato Cta: Iniciado em: 30/11/2020 Dose: 100ml SF0.9% | 1 | FA | IV | 6h/6h | | |
| 4 - DIFERONA 200MG 500MG/ML 2 ML Obs: +18 ml de ABD Diluição: 8ml ABD | 1 | AMP | IV | 6h/6h | | |
| 5 - TRAMADOL 50MG/ML - 2ML S/N em caso de dor Obs: +100 ml de SF0.9% Diluição: 100ml SF0.9% | 1 | AMP | IV | 12h/12h | | |
| 6 - TENOXICAN 40MG - PO | 1 | FA | IV | 24h/24h | | |
| 7 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML S/N vômito náuseas Dose: 2ml ABD | 1 | AMP | IV | 6h/6h | | |
| 8 - OMEPRAZOL 20 MG | 2 | CAP | VO | 24h/24h | | |
| CUIDADOS | Quantidade | Und | Via | Intervalo | Velocidade | Horários |
| 9 - CUIDADOS GERAIS - SINAIS VITAIS | | | | | | |
| 10 - CURATIVO DIÁRIO | | | | | | |

MATHEUS PASSOS MAIA COELHO

CRM-8191/RN

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL: 271 10 1 22
MAT. Nº: 1528432
SAME
ASSINATURA

Matheus Passos Maia Coelho

*Fernanda Flor de A. Linares
Osteodonta e Traumatologia
CRM-1195779*

*Matheus Passos Maia Coelho
CRM-8191/RN*



MONSENHOR WALFREDO GURGEL

R - Relatório de Cirurgia Período 30/11/2020 10:15 a 30/11/2020 10:15

30/11/2020 10:17

FIA / BAA: 11954 / 2020

Paciente: FRANCISCO GOMES DE ARAUJO

Convênio: SUS

Categoria: GRATUITO

Unidade: RPA

Quarto / Leito: 1 / 728

Tipo de Cirurgia: 4

Prontuário: 1203492

Data Agendamento: 30/11/2020 10:30

Cirurgia: TTO CIR FRAT/LESAO FISARIA DAS FALANGES DA MAO (COM FIXACAO)

Data Realização: 30/11/2020 09:15

Potencial de Contaminação:

Cirurgião: GENTIL FERNANDES DE ARAÚJO FILHO

Anestesista: ANDREA KARLA FONSECA PINTO

Tipo Anestesia:

Instrumentador:

Equipe:

Data do Relatório: 30/11/2020 10:15

Profissional: GENTIL FERNANDES DE ARAÚJO FILHO

Relato da Cirurgia: PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
OBSERVADO MA PERFUSÃO DA FALANGE DISTAL DO 5 DEDO COM FERIMENTO
CIRCULAR
REALIZADO LIMPEZA E DEGERMAÇÃO DO MSE
LAVAGEM EXAUSTIVA
ANTISEPSIA CAMPOS
FIXAÇÃO COM FIOS K
SUTURA POR PLANOS
OBSERVADO MELHORA DA PERFUSÃO APOS O PROCEDIMENTO
CURATIVO

RM. 5647 - GENTIL FERNANDES DE ARAÚJO FILH

Gentil Fernandes de A. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM/MT - 5647

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL. 27/10/22
MAT. Nº 1528432
SANE
W. S. M.
ASSINATURA

0408020539(2) 562.6 (192.60)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
 SESAP - SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
 HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL/CLOVIS SARINHO
 DIREÇÃO DE ENFERMAGEM
 GERÊNCIA DO BLOCO CIRÚRGICO
MATERIAL ESPECIAL - OPME

PACIENTE Francisco Gomes de Araújo DN 11/01/1990
 REG 195779 FIA 11954 DATA 30/11/2020 SALA 06

DIAGNÓSTICO Fratura xposta de dedo da mão esquerda

PROCEDIMENTO REALIZADO Amputação cirúrgica de dedo - na espata de 5.00% da Mão esquerda.

CAIXA CIRURGICA UTILIZADA Ortopedia delicada

CAIXA OPME - () PF () GF / COR _____

| DESCRIÇÃO MATERIAL | Quantidade | ETIQUETA |
|----------------------|------------|----------|
| Fio de Kirschner 1,5 | 1 und | |
| Fio de Kirschner 1,5 | 1 und | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

CONFERE COM ORIGINAL
 NATAL: 27/10/22
 MAT. Nº 1528432
 SAME
[Signature]

Imagem RX () SIM () NÃO
 Assinaturas e carimbos

 CÍRURGICO RESPONSÁVEL
Fernando de A. Filho 773 453
 INSTRUMENTADOR

ASSINATURA
[Signature]
 Enfermeira Rosceli de O. Costa
 CREN - RN 298 853
 ENFERMEIRO CENTRO CIRURGICO
Rosandra 411335
 CIRCULANTE

*PF (pequeno fragmento); GF (grande fragmento)
 *COR - item identificado na cx de placas e para usos = GF - 4,5 (preta; verde-filés; vermelha).
 = PF - 3,5 (laranja; verde; preta)



MONSENHOR WALFREDO GURGEL

R - Relatório de Cirurgia Período 30/11/2020 10:15 a 30/11/2020 10:15

30/11/2020 10:17

FIA / BAA: 11954 / 2020

Paciente: FRANCISCO GOMES DE ARAUJO

Convênio: SUS

- Categoria: GRATUITO

Unidade: RPA

Quarto / Leito: 1 / 728

Tipo de Cirurgia: 4

Prontuário: 1203492

Data Agendamento: 30/11/2020 10:30

Cirurgia: TTO CIR FRAT/LESAO FISARIA DAS FALANGES DA MAO (COM FIXACAO)

Data Realização: 30/11/2020 09:15

Potencial de Contaminação:

Cirurgião: GENTIL FERNANDES DE ARAUJO FILHO

Anestesista: ANDREA KARLA FONSECA PINTO

Tipo Anestesia:

Instrumentador:

Equipe:

Data do Relatório: 30/11/2020 10:15

Profissional: GENTIL FERNANDES DE ARAUJO FILHO

Relato da Cirurgia: PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
OBSERVADO MA PERFUSÃO DA FALANGE DISTAL DO 5 DEDO COM FERIMENTO
CIRCULAR
REALIZADO LIMPEZA E DEGERMAÇÃO DO MSE
LAVAGEM EXAUSTIVA
ANTISEPSIA CAMPOS
FIXAÇÃO COM FIOS K
SUTURA POR PLANOS
OBSERVADO MELHORA DA PERFUSÃO APOS O PROCEDIMENTO
CURATIVO

RM 5647 - GENTIL FERNANDES DE ARAUJO FILHO

Gentil Fernandes de A. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-OR - 5647

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 27/10/22
MAT Nº 1528933
SAME
W. Araujo
ASSINATURA

0408020539(2)SR.6(192,60)





Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou

CNES: 2653923
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: 9279 FRANCISCO GOMES DE ARAUJO
CNES: 7.4.255 24490597 Nascimento: 13/01/1990 Sexo: Masculino
Mãe: MARIA DO ROSARIO DA ALMEIDA ARAUJO Pai:
Endereço: RUA ANTONIO EDIMUNDO BEZERRA, 570 - CENTRO - PARELHAS
Município: PARELHAS Código Municipal IBGE: 240890 UF: RN

Prontuário:
Cor: PARDA
Fone: 99671813 /
CEP: 59360-000

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 45418 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

acidente motociclístico.
dor + deformidade + lesão exposta em 5º qda.
fratura exposta f2 5º qda

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO.
as acima

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
rx

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S62.6 FRATURA DE OUTROS DEDOS *408027342. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DAS FALANGE

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

MAO, RX:2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

Diabetes Hipertensão Obesidade Faz Antibioticoterapia Lesão por pressão Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

MATHEUS PASSOS MAIA COELHO

CRM: 8191 / RN

Data da Solicitação 30/11/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho CATE da Seguradora: _____ Nº do bilhete: _____ Série: _____
() Acidente de Trabalho Típico CATE da Seguradora: _____ Nº do bilhete: _____ Série: _____
() Acidente de Trabalho Trajeto CATE da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizante:

Data da Autorização:

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL: 27/10/20
MAT. Nº: 1528432
FONE: 99671813
MATHEUS PASSOS MAIA COELHO

Assinatura

Carimbo:

Número da Autorização:

MATHEUS PASSOS MAIA COELHO
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
M/RN 8191

Scanned with CamScanner





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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 54497 /2020
Admissão: 30/11/2020 01:57:59

CIRURGIA GERAL - VERDE

+1

Paciente: **195779 - FRANCISCO GOMES DE ARAUJO** (30 a 10 m 17 d)
 Nascimento: 13/01/1990 Natural: PARNAMIRIM BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
 CNS: 704808524490597 CPF: 10082462470 Prof.
 Mãe: MARIA DO ROSARIO DA ALMEIDA ARAUJO Pai:
 Logradouro: ANTONIO EDIMUNDO BEZERRA, 570 Cidade: PARELHAS
 CEP: 59360000 Bairro: CENTRO Compl:
 Telefone: 84 99671813

Motivo: ACIDENTE DE TRANSITO - MOTO Tipo: REFERENCIADO
 Origem: AMBUL. INTERIOR *Empresa:

BOLETIM FATURADO
 EM 23/11/2020
[Handwritten signature]

| Fluxograma | | | | | Discriminador | | | | |
|------------|------|-----|-------|------|------------------------------------|------|-------|---------|-----|
| OBS: | | | | | Classificação: 30/11/2020 01:51:48 | | | | |
| HORA | P.A. | HGT | SatO2 | FiO2 | F.R. | F.C. | TEMP. | Glasgow | RTS |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISÃO MOTO X MOTO/ FRATURA EXPOSTA EM DEDO DA MÃO ESQUERDA
 Hora: *Paciente veio em ambulância, vítima de colisão moto x moto. Apresenta fratura exposta em 5º D.D.E. Refere dor intensa. neg TCE e queixas abdominais*

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

| | |
|---|--|
| A | |
| B | |
| C | |
| D | |
| E | |

OUTRAS OBSERVAÇÕES: **CONFERE COM ORIGINAL**
 NATAL: *27/10/22*
 MAT. Nº: *1528432*
 SAME
[Handwritten signature]
 ASSINATURA

RAIOS X
 Realizado em 30/11/2020 Hora 02:00
 J. S. SILVA

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID
[Handwritten signature]

*Gerado via SX por HEBERT GONCALVES DE OLIVEIRA impresso em 30 de Novembro de 2020



FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

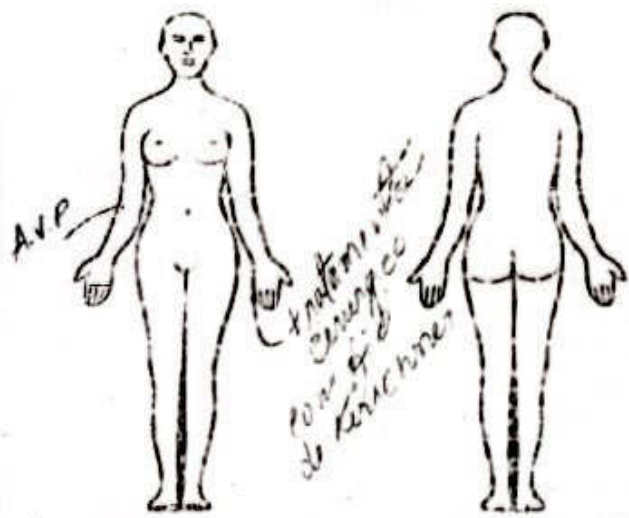
NOME DO PACIENTE: Francisco Gomes de Araújo
 DATA DE NASCIMENTO: 13/10/1990 IDADE: 30 anos
 REGISTRO: 1195412020
 DATA DE ADMISSÃO: 30/11/2022 HORA: 8h55

ADMISSÃO DO PACIENTE:
 CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Oxyprilina
 HIDRATAÇÃO: SIM () NÃO () VIA: PERIFÉRICO: () ACESSO CENTRAL: ()
 NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE () ORIENTADO () VIGIL () AGITADO ()
 INCONSCIENTE: ()

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () GRAVE ()
 SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE () M.V. () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()
 ALÉRGICO: SIM () NÃO () HIPERTENSO: SIM () NÃO ()
 DIABÉTICO: SIM () NÃO () ASMÁTICO: SIM () NÃO ()
 DOENÇA RENAL: SIM () NÃO () OUTRAS PATOLOGIAS: Ansiedade
 MEDICAÇÕES EM USO: Clonazepam

CIRURGIAS ANTERIORES: _____
 EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO ()
 OBSERVAÇÃO: _____

ÁREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____
 ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____
 OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



SSVV
 PA = 111 x 70 (85)
 SpO2 = 100%
 FC = 73

INSTRUMENTAL: Stalena ALECO Nº: _____ ACESSO CENTRAL: _____
 CIRCULANTE: José Sandra
 TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAZUI () PERIDURAL () B.P.B. () LOCAL ()
 OBS: Sedação
 ANESTESISTA: Dr. Antônio F. Carneiro
 INÍCIO DE ANESTESIA: 9h
 TÉRMINO DE ANESTESIA: 9h 55min
 ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: cefazolin 1g
 HORA: _____

CONFERE COM ORIGINAL
 NATAL: 27/10/22
 MAT Nº: 1528432
 CSAME
Woull

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 11954 /2020

Prontuário: 1203492

Paciente: 195779 - FRANCISCO GOMES DE ARAUJO

Cartão SUS: 704306524490597

CPF: 10082462470

Dt Nasc: 13/01/1990

Idade: 30 anos 10 meses 17 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA DO ROSARIO DA ALMEIDA ARAUJO

Nome do pai:

Rua/Av: ANTONIO EDIMUNDO BEZERRA

Nº: 570

Complemento:

Bairro: CENTRO

CEP: 59360000

Cidade: PARELHAS

Telefone: 84 99671813 84 99671813

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1033

Especialidade: ORTOPEDICA

Responsável: FRANCISCO GOMES DE ARAUJO -

Usuário: HEBERT GONCALVES DE OLIVEIRA

Admissão: 30/11/2020 06:31:26

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S62.6 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
408020342 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

NATAL, 30 de Novembro de 2020.

ASSINATURA DO MEDICO RESPONSÁVEL - CRM

NATAL, 27/10/22

MAT. Nº. 1528632

(SAME)

ASSINATURA

Scanned with CamScanner





BOLETIM ANESTÉSICO

Idade: 30 ano(s) 10 mes(es)

Nome: **195779** - FRANCISCO GOMES DE ARAUJO

Nascimento: 13/01/1990

Naturalidade: RN PARNAMIRIM

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

RG:

CPF: 10082462470

CNS: 704306524490597

Prof:

Mãe: MARIA DO ROSARIO DA ALMEIDA ARAUJO

Pai:

Endereço: RUA ANTONIO EDIMUNDO BEZERRA, 570 - CENTRO - PARELHAS

Cidade: PARELHAS

CEP: 59360-000

Telefone: (84) 99671813

Internação:

Atendimento: 11954/2020

Unid Hosp: PS - ORTOPEDI Leito: 1033

Enfermeiro(a):

Sala Cirúrgica

Data boletim: 30/11/2020 09:24

Horário da Anestesia: Início: 09:00

Término: 09:50

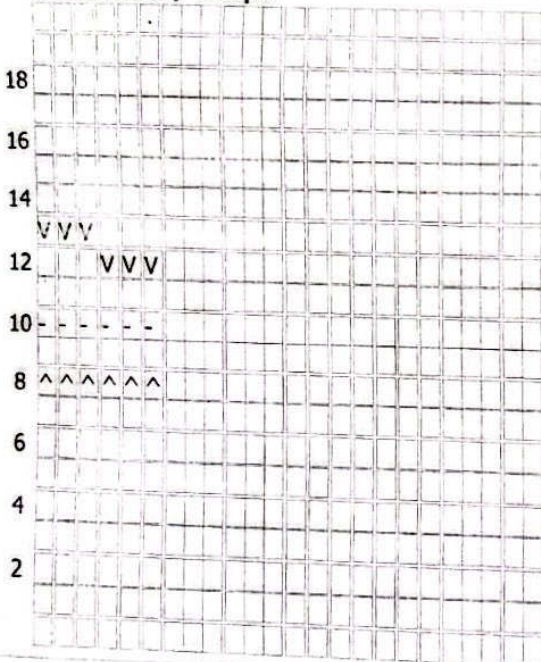
Alergia: Nega

Estado físico: P2

Jejum: 12h

| | Procedimento 1 | Procedimento 2 | Procedimento 3 |
|---------------|----------------|----------------|----------------|
| Código: | | | |
| Descrição: | | | |
| Anestesia: | | | |
| Cirurgião: | | | |
| Anestesiista: | | | |
| Circulante: | | | |
| Instrument: | | | |
| Início: | | | |
| Término: | | | |
| Auxiliar 1: | | | |

Sinais vitais / Tempo



Drogas usadas:

- MIDAZOLAM 2,5MG
- KETAMINA 25MG
- FENTANIL 50MG
- LIDOCAINA 1,5% 15ML
- DIPIRONA 2G
- ONDANSETRONA 8MG
- DEXAMETASONA 10MG
- SFO,9% 1000ML

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 27/10/20
MAT. N°: 1528432
SAME
[Signature]
ASSINATURA

Informações adicionais

PACIENTE VEM AO SO ESTÁVEL CLINICO E HEMODINAMICAMENTE PARA REDUÇÃO CRUENTA DE SQRD ESQ. VENÓCLISE PRÉVIA EM MSD, MONITORIZAÇÃO (CARDIOSCOPIA, BPNI, OXIMETRIA DE PULSO). SEDAÇÃO COM MIDAZOLAM, FENTANIL E KETAMINA. ANESTESIA LOCAL COM LIDOCAINA. AO FIM DO PROCEDIMENTO PACIENTE PERMANECE ESTÁVEL (PA 114*73; FC 81; SAPO2 100%), CONSCIENTE E ORIENTADO. ENCAMINHADO AO CRO.

Destino do Paciente: SRPA UTI Enfermari

Permanência extra em sala Tempo:

Profissional: ANDREA KARLA FONSECA PINTO

Motivo:

Andrea Karla Fonseca Pinto / 3907
Anestesiologia
CPF: 588.625.274-87
CRM 3907

Scanned with CamScanner



INICIO DE CIRURGIA: 9h 15 min.
CIRURGIÃO: Dr. Gentil Fernandes
1º AUXILIAR:
2º AUXILIAR:
3º AUXILIAR:
TIPO DE CIRURGIA: Tratamento cirúrgico de fratura exposta do 5º P.O. da Mão esquerda.

TÉRMINO DE CIRURGIA: 9h 50 min.
SONDAGEM VESICAL: SIM () NÃO (✓)
SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (✓)
EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (✓) RX: SIM (✓) NÃO ()
RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO (✓) TIPO: _____
RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO (✓) TIPO: _____

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO (✓) FEITO FICHA: SIM () NÃO (✓)
MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO (✓) ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO SIM () NÃO (✓)
FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM () NÃO ()
DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO ()
COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM (✓) NÃO () QUANTIDADE: 10 unid.
GAZES CONFERIDAS: SIM (✓) NÃO () QUANTIDADE: 80 unidades.
CAIXA CIRÚRGICA: 1 unit de ostepeidia + ostepeidia de cada
COMPLETA: SIM (✓) NÃO () OBS.:
ÓBITO: SIM () NÃO (✓) HORA: _____ REALIZADO RCP: SIM () NÃO (✓)
RESPONSÁVEL PELA RCP:
PACIENTE ENCAMINHADO: CRO (✓) UTI () ALTA ()
EM AR AMBIENTE: SIM (✓) NÃO () TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO (✓)
ENTUBADO: SIM () NÃO (✓)
PREENCHIDO AIH: SIM (✓) NÃO ()
FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM (✓) NÃO ()
FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM (✓) NÃO ()

OBSERVAÇÕES: 9h 55 min. Admitida paciente no C.C. na Sala Operatória de posicionado em mesa operatória não manipulada, realizado a anestesia do tipo local + sedação, pele limpa + antisséptico e iniciada a cirurgia com introdução de 1 P.O. de Kirschner + sutura e curativo. Grau = mudança das curatelas da S.R.P.A. SSV: SPO2 = 98%
FR = 88 bpm, PA = 114 x 87 (83) mmHg.

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 27/10/22
MAT. Nº 1528432
ASSINATURA

Dr. João Sombra
COREN - RN 259.855
Assinatura do (a) Enfermeiro(a)

Dr. João Sombra 511335
Assinatura do Circulante

Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

Scanned with CamScanner





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:
100.824.624.70

4 - Nome completo da vítima:
francisco gomes de araujo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo:
francisco gomes de araujo

6 - CPF:
100.824.624.70

7 - Profissão:
marteleiro

8 - Endereço:
tv. antonio edmundo bezerra

9 - Número:
01

10 - Complemento:

11 - Bairro:
cruz do monte

12 - Cidade:
parelhas

13 - Estado:
RN

14 - CEP:
59360-000

15 - E-mail:
contatocentralsegsp@gmail.com

16 - Tel. (DDD):
(11)99302-0685

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO C6 BANK

AGÊNCIA:
(Informar o dígito se existir)

CONTA:
(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:
(Informar o dígito se existir)

0001

12001569

2

Autorizo a Seguradora Lider 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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tali dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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 Lider 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) Divorciado 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 nasoturo/vai nascer? 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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

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, PARELHAS 26 DE OUTUBRO DE 2022

Francisco Gomes de Araujo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Digitizado com CamScanner

Scanned with CamScanner





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, 08 de Novembro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220052695

Vítima: FRANCISCO GOMES DE ARAUJO

Data do Acidente: 29/11/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO GOMES DE ARAUJO

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

| | |
|------------------|------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 675,00 |

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: FRANCISCO GOMES DE ARAUJO

Valor: R\$ 675,00

Banco: 336

Agência: 000000001

Conta: 000012001569-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

