



Número: **0800796-17.2022.8.20.5122**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **01/11/2022**

Valor da causa: **R\$ 4.750,00**

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GERSON SILVESTRE DE PAIVA (AUTOR)		KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (REU)		ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO) FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
99765644	08/05/2023 10:59	<a href="#">2880473_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros documentos



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

Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2021

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT:** 3210104449      **Vítima:** GERSON SILVESTRE DE PAIVA

**Data do Acidente:** 28/11/2020      **Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto:** INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

**Senhor(a), GERSON SILVESTRE DE PAIVA**

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. 0170101702 - carta\_02 - INVALIDEZ

00020851



Carta nº 16769907





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

**Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210104449**

**Vítima: GERSON SILVESTRE DE PAIVA**

**Data do Acidente: 28/11/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), GERSON SILVESTRE DE PAIVA**

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\$ 6.750,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 100%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 100%) 50,00%	
Valor a indenizar: 50,00% x 13.500,00 =	R\$ 6.750,00

Recebedor: **GERSON SILVESTRE DE PAIVA**

Valor: **R\$ 6.750,00**

Banco: **001**

Agência: **000002284-5**

Conta: **0000017144-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00413/00414 - carta\_15R - INVALIDEZ





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 261.384.118-46 Nome completo da vítima: Jerson Silvestre de Paiva

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

5 - Nome completo: Jerson Silvestre de Paiva 6 - CPF: 261.384.118-46

7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: R. São Vicente 9 - Número: -- 10 - Complemento: \_\_\_\_\_

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Martim 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59100-000

15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): (84) 99904.2875

### 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:  RECUZO 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ AGÊNCIA: 2284 5 CONTA: 17.144 1  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/-embolso 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 deu ou companheiro(s):  Sim  Não 27 - Se a vítima deu ou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deu ou resíduo (viresas)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deu ou 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 a 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 o pedido (a rogo)  
36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)  
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Martim RN, 22 de março de 2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiária (declarante)  
Jerson Silvestre de Paiva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





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 MARTINS  
Endereço: Rua Francisco Martins, 131, Centro, MARTINS

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM**

1.1 Protocolo: J202115000003  
1.2 Data de Expedição: 05/01/2021 15.56.55  
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: 28/11/2020 19.29.00  
2.2 Autoria: Conhecida  
2.3 Fato: Tentado  
2.4 Flagrante: Não  
2.5 Meio(s) empregado(s): Outros  
2.6 Tipo do local: Via Pública  
2.7 Logradouro: AVENIDA JOAO DA COSTA MELO  
2.8 Número: S/N  
2.9 CEP: 59.800-000  
2.10 Complemento:  
2.11 Ponto de Referência:  
2.12 Bairro: CENTRO  
2.13 Cidade: MARTINS  
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

**3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)**

3.1 Nome Completo: JESSICA DAYANE DE OLIVEIRA PAIVA  
3.2 Estado civil: União Estável  
3.3 Nome Social:  
3.4 Pai: GERSON SILVESTRE DE PAIVA  
3.5 Etnia: Branca  
3.6 Mãe: DENISE MICHELE DE OLIVEIRA PA  
3.7 Sexo: FEMININO  
3.8 Orientação Sexual:  
3.9 CPF: 09775828414  
3.10 Identidade de Gênero:  
3.11 Nacionalidade:  
3.12 Data de Nascimento: 27/05/1999  
3.13 Profissão: ESTUDANTE  
3.14 RG: 003154145 - ITEP/RN  
3.15 Telefone(s):  
3.16 Passaporte:  
3.17 Número: 45  
3.18 Naturalidade: MARTINS RN  
3.19 Bairro: CENTRO  
3.20 E-Mail:  
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
3.22 Logradouro: RUA SAO VICENTE  
3.23 Cidade: MARTINS  
3.24 CEP: 59800000

**4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)**

4.1.1 Nome Completo: GERSON SILVESTRE DE PAIVA  
4.1.2 Estado civil: Viúvo(a)  
4.1.3 Nome Social:  
4.1.4 Pai: JOAO SILVESTRE DE PAIVA  
4.1.5 Mãe: MARIA JOSE DE PAIVA  
4.1.6 Identidade de Gênero:  
4.1.7 Orientação Sexual:  
4.1.8 Etnia: Parda  
4.1.9 Sexo: MASCULINO  
4.1.10 Data de Nascimento: 02/11/1977  
4.1.11 CPF: 26138411846  
4.1.12 RG: 3154214  
4.1.13 Nacionalidade:  
4.1.14 Profissão: AGRICULTOR  
4.1.15 Logradouro: RUA SAO VICENTE  
4.1.16 Passaporte:  
4.1.17 Número: 08  
4.1.18 E-Mail:  
4.1.19 Bairro: CENTRO  
4.1.20 CEP: 59800000  
4.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
4.1.22 Cidade: MARTINS

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

5.1.1 Nome Completo: JUNIOR HAMILTON  
5.1.2 Alcinha:  
5.1.3 Nome Social: JUNINHO DE MITINHA  
5.1.4 Pai: HAMILTON  
5.1.5 Estado civil: Solteiro(a)  
5.1.6 Mãe: FATIMA  
5.1.7 Etnia: Branca  
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: MASCULINO  
5.1.13 Profissão: DESOCUPADO  
5.1.14 CPF:  
5.1.15 Passaporte:  
5.1.16 Nacionalidade:  
5.1.17 Características:  
5.1.18 Logradouro: SITIO JACU  
5.1.19 Número: S/N  
5.1.20 CEP: 59800000  
5.1.21 Bairro: ZONA RURAL  
5.1.22 Cidade: MARTINS  
5.1.23 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

**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: \*\*\*\*\*6782  
7.1.4 Renavam: 0098869900  
7.1.5 Placa: NNK6116  
7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
7.1.7 Marca: HONDA  
7.1.8 Modelo: CG 150 SPORT  
7.1.9 Ano do Modelo: 2008  
7.1.10 Ano de Fabricação: 2008  
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: FRANCISCO EVILASIO DE OLIVEIRA  
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:  
7.1.17 Nome do condutor: GERSON SILVESTRE DE PAIVA  
7.1.18 Observações:

**8. DADOS DA OCORRÊNCIA**

**9. DOS FATOS**

**9.1 Histórico**

A COMUNICANTE VEIO A ESTA DELEGACIA DWE POLICIA CIVIL PARA NOTICIAR QUE A PESSOA DE GERSON SILVESTRE DE PAIVA FOI VITIMA DE ACIDENTE NA DATA E HORARIO ACIMA DESCRITOS; QUE O CITADO É SEU GENITOR E TRAFEGAVA NA AVENIDA JOAO DA COSTA MELO QUANDO DE UMA TRANSVERSAL SAIU A MOTOCICLETA DA PESSOA DE HAMILTON JÚNIOR E O ATINGIU LATERALMENTE; QUE APÓS O IMPACTO A VITIMA FICOU CONSCIENTE E POPULARES LIGARAM PARA A AMBULANCIA DA UNIDADE MISTA DE SAUDE DE MARTINS PARA PRESTAR O SOCORRO NECESSARIO; QUE DE IMEDIATO A PESSOA DE FRANCISCO WILLAMES DE OLIVEIRA QUE ESTAVA NO LOCAL DO FATO ENTROU EM CONTATO COM A COMUNICANTE E RELATOU O OCORRIDO; QUE ALÉM DE FRANCISCO WILLAMES , A PESSOA DE ELIZABETHE CRISTINA DE LIMA PODEM TESTEMUNHAR O OCORRIDO; QUE A VITIMA FICOU SOCORRIDA MINUTOS APÓS O ACIDENTE PARA A UNIDADE MISTA DE SAUDE DE MARTINS E FOI ATENDIDA POR O MÉDICO PLINIO V. DE

Protocolo: J202115000003 - Cdigo de autenticao: c21f529b4da52eac3856c49175941a274

Dicliam Maria Leite  
Agente de Polícia Civil  
Articula 220.164-0

Página 1 2



ALBUQUERQUE - CRM Nº10198 ; QUE O MEDICO REALIZOU OS PRIMEIROS PROCEDIMENTOS E DEVIDO A GRAVIDADE FOI ENCAMINHADO AO HOSPITAL REGIONAL DE PAU DOS FERROS ONDE PERMANECEU ALGUMAS HORAS E APÓS SER INTUBADO FOI ENCAMINHADO PARA CIRURGIA NO HOSPITAL TARCISIO MAIA E LOGO APÓS FOI ENCAMINHADO PARA A UTI; QUE ATUALMENTE A VITIMA RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 24 DE DEZEMBRO DE 2020 E PERMANECE SOB CUIDADOS; QUE A VITIMA TEVE TRAUMATISMO CRANIANO E ENCEFALICO E QUEBROU ALGUMAS COSTELAS; QUE ATUALMENTE A VITIMA ENCONTRA-SE DEAMBULANDO COM DIFICULDADE, POR VEZES SE ALIMENTA SOZINHO E ALGUMAS VEZES FICA DESORIENTADO NECESSITANDO DE CUIDADOS INTENSIVOS; QUE A VITIMA NÃO É HABILITADO; QUE ASSIM DECLAROU E ASSINOU.

**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 05/01/2021 15.56.55

Dicilani Maria Lemos  
Agente de Polícia Civil  
Matrícula 220.164-0

Fernanda Cristina Flor Linhares  
Interessado



Polegar direito



Atendimento: 2201640 - DICILANI MARIA DE LEMOS

Impresso por: 2201640 - DICILANI MARIA DE LEMOS em 05/01/2021 15:57:01

FINAL DO BOLETIM DE OCORRNCIA

05/01/2021 15:57:01





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 261.384.118-46 Nome completo da vítima: Jerson Silvestre de Paiva

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

5 - Nome completo: Jerson Silvestre de Paiva 6 - CPF: 261.384.118-46  
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: R. São Vicente 9 - Número: -- 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Martim 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59100-000  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): (84) 99904.2875

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:  
 RECUZO 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 POUPIANÇA (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 do Brasil  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ AGÊNCIA: 2284 5 CONTA: 17.144 1  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/-embolso 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 deu ou companheiro(s):  Sim  Não 27 - Se a vítima deu ou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deu ou resíduo (viresas)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deu ou 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 a 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 o pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Martim RN, 22 de março de 2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiária (declarante)  
Jerson Silvestre de Paiva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



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: 1234                    CONTA: 12345

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	11/05/2021
NUMERO DO DOCUMENTO:	321010444901
VALOR TOTAL:	6.750,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GERSON SILVESTRE DE PAIVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02284

CONTA: 000000017144

---

---

Número da Autenticação

224779472A5698C9





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE  
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 59016-000  
CNPJ: 06.334.385/001-35 / INSC. Estadual: 29065.426-3  
Admin. Central: (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4562

REGISTRO DE ATENDIMENTO  
Nº 115  
33912224

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS  
IMPRESSO EM 08/01/2021 às 09:32:16

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA:	MÊS/ANO			
FRANCISCO E DE OLIVEIRA RUA SÃO VICENTE, N, SN - CASA - CENTRO MARTINS RN 59800-000		3607232	01/2021			
INSCRIÇÃO	ROTA	SEQ.ROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS			
641.001.135.0172.000	5	4957	RESIDENCIAL COMERCIAL RESIDENCIAL PÚBLICO			
HIDRÔMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO				
Y185020621	LIGADO	POTENCIAL				
CONSUMO ÁGUA (M3): 7		DATA LEITURA:	08/01/2021			
		LEIT. ATUAL:	346			
		LEIT. ANT.:	339			
		DIAS CONSUMO:	32			
HISTÓRICO DE CONSUMO						
REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MEDIA
12/2020	9	10/2020	11	08/2020	10	10
11/2020	13	09/2020	11	07/2020	10	
DESCRIÇÃO						
AGUA			CONSUMO TOTAL (R\$)			
RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)						
CONSUMO DE ÁGUA			7 M3 43,77			
MULTA P/IMPONTUALIDADE 12/2020			0,88			
JUROS DE MORA 10/2020			0,50			
FATURAS EM ATRASO						
REF 202012 45,42						
TRIBUTOS						
	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO			
PIS	43,77	1,65	0,72			
COFINS	43,77	7,6	3,33			
VENCIMENTO:		16/01/2021	TOTAL A PAGAR:		45,15	
DE ACORDO COM A RESOLUCAO 037/2020-ARSEP, A PARTIR DE 01/02/2021 AS FATURAS SERAO REAJUSTADAS EM 6,7243%, CONFORME APROVACAO DA AGENCIA REGULADORA"						
MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA						
Parâmetros	Turbidez	PH	Cond. Total	Cloro Residual Livre	Nitrato (como N)	
VMP e Recomendações	≤ 5,0 uT	6,0 a 9,5	% de Aterro	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L	
Valores Obtidos	0,23	7,86	100,0 %	0,7	--	





Dr. Cir. Cerebral

TC Torax e abdome m  
alterações, exceto por costuras pleurais  
(5).

cd: Alta da cirurgia

~~Flávia C. L. G. de Almeida  
Dr. Cirurgiã - R. O. 10.000/2019  
CRM/RN - 7425~~

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 05/01/2021

SAME/ARQUIVO Bina  
MATRÍCULA Nº 98.955-0





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

Acidente de moto TCE  
grava 29/11 cirurgia  
decompressiva de péis  
foi reabordaada por  
NRC por conta hemo-  
ragia.

Paciente com traqueoz  
tomizada respirando  
em ar ambiente

Paciente consciente,  
confuso em espico.  
acompanhante refere  
melhora do quadro

PNM hosp. 08/12

AP e CV normal

ABD e

FC: 102

Sat 96-1.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 0570113037

BINA  
MATERIAQUIVO 98.955-0  
MATRÍCULA



Prontuário: 216240



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

### PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **GERSON SILVESTRE DE PAIVA** (Fia: 5636/2020), CPF:26138411846.

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

Mossoró/RN, 29 de Novembro de 2020.

*Adelisson Chaves da Costa*

Paciente ou responsável

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA  
EPIDEMIOLÓGICA - H.R.T.M.  
DATA 29/12/20  
Ma Jacqueline B. Soares  
Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 05/10/2021

Bina  
MATRÍCULA Nº 98.955-0

CCIH - HRTM  
DATA 30/12/2020  
Assinatura



**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**Solicitante: HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA  
Executante: O solicitante ouCNES: 2503689  
CNES:**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**Nome: **69029 GERSON SILVESTRE DE PAIVA**

Prontuário:

CNS: 704002810973765

Nascimento: 02/11/1977

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA JOSE DE PAIVA

Pai: JOAO SILVESTRE DE PAIVA

Endereço: RUA SAO VICENTE, 0 - CENTRO - MARTINS

Fone: 999042875 /

Município: MARTINS

Código Municipal IBGE:

240740 UF: RN

CEP: 59800-000

Clínica de Acompanhamento: NEUROCIRURGIA

Laudo: 1748 / 2020

**JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

MOTOXMOTO SEM CAPACETE;

GLASGOW 7T, ANISOCORIA

TC CRANIO: HEDA FP DIREITO; CISTERNAS PARCIALMENTE APAGADAS

CD: AO CC URGENTE

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

RISCO DE MORTE

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ESTA CONFORME O ORIGINAL

SANEADOR 05/01/2021

SANEARQUIVO  
MATRICULA Nº

Bino

98.955-0

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

TC CRANIO HEDA FP DIREITO

Diagnostico e Procedimento Inicial:

S06.4 HEMORRAGIA EPIDURAL\*403010276. TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL

Profissional Solicitante / Assistente:

ANDERSON FELIPE MATOS DE SOUZA

CRM: 7300 / RN

Data da Solicitação 29/11/2020

Anderson Matos  
Neurocirurgia  
CRM/RN 7300**PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)** Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: \_\_\_\_\_

Nº do bilhete: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_

 Acidente de Trabalho Típico Acidente de Trabalho Trajeto

CNPJ da Empresa: \_\_\_\_\_

CNAE da Emp.: \_\_\_\_\_ CBOR: \_\_\_\_\_

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

**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_ Orgão Emissor: \_\_\_\_\_

Nº Autorização da AIH:

Documento: ( ) CNS ( ) CPF nº \_\_\_\_\_

Data da Autorização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_





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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Gerson Silvestre de Paiva Reg Nº \_\_\_\_\_

Diagnóstico pré-operatório: HERNIA

Indicação terapêutica: HIJL

INTERVENÇÃO

Início: \_\_\_\_\_ Fim: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_

Operador Dr. Anônimo Cavatini

1ª Auxiliar: \_\_\_\_\_

2ª Auxiliar: \_\_\_\_\_

3ª Auxiliar: \_\_\_\_\_

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

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

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTAB. SAÚDE ORIGINAL  
SAL. CIRURGIA 0510113031

Bina  
NOME/ARQUIVO 98955-0  
MATRICULA Nº \_\_\_\_\_

INTERVENÇÃO

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

Limpa ( ) Pot. Contaminada ( ) Contaminada ( ) Infectada

- 1) Sob anestesia gel, cateter sobre o umbigo e: redução pl. equm.
- 2) Incisão, escarificação e redução + aprons de campo estéril
- 3) Redução da massa prévia + abstrac em plano equm.
- 4) Drenagem de vulturas herd, presença de sangramento difuso "bubônico" de epidural. 5) curativo dual e higienização pl. equm e bapal.
- 6) fechamento da abertura e pele após suturada de uma parte em 5/4
- 7) 10 UN

Dr. Anônimo Cavatini  
Neurocirurgião  
CRM/RN 6534 ROR 2550





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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome GERSON SILVESTRE DE PAWA Reg Nº 216240

Diagnóstico pré-operatório: HEMATOMA EPIDURAL FRONTO-PARIETAL DIREITO

Indicação terapêutica: HIPERTENSÃO INTRACRANIANA COM REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

INTERVENÇÃO

Início: 04:00 Fim: 06:00 h Duração: 02 horas

Operador DR. ANDERSON MATOS

1ª Auxiliar: \_\_\_\_\_

2ª Auxiliar: \_\_\_\_\_

3ª Auxiliar: \_\_\_\_\_

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

Anestesiologista: \_\_\_\_\_

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
FOLHA Nº \_\_\_\_\_ ORIGINAL  
SABER 05/01/2023

MATRICULA Nº \_\_\_\_\_

INTERVENÇÃO

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

(X) Limpa ( ) Pot. Contaminada ( ) Contaminada ( ) Infectada

1. DRENAGEM DE HEMATOMA EPIDURAL + CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA FP (D)
2. DEBILITO DORSAL + CABEÇA ROTADA PARA ESQUERDA + TRILÓCULO
3. ASSÉPSIA + ANTISÉPSIA DE REGIÃO FTP DIREITA + EXFILTRAÇÃO NA INCISÃO
4. APOSIÇÃO DE CAMPO ESTÉREIS; INUSÃO QUESTION MARK FTP D COM BISTURI FRI
5. FLAP CURVADO + M. TEMPORAL REGIÃO ÂNTMO-INFERODORSAL.
6. CRANIOTOMIA FTP DIREITA + HEMOSTASIA; 7. DRENAGEM DE HEDA
- VOLUMOSO: FP DIREITO; 8. COAGULAÇÃO DA A. MENINGEA INTERNA COM BIPOLAR E DEMAS ANTERIAS SANGUÍFERAS; 9. ANCLAGEM DE DURA-MATER
10. FLAP ÓSSEO DESPREZADO (EMERGENCIAL); 11. FECHAMENTO DO SÚCUTÂNEO COM VICRYL 2-0 / DRENO PORTAL SÚCUTÂNEO 3.2; 12. FECHAMENTO DA PELE COM NYLON 2-0 SUTURA CONTÍNUA ANCLADA, 13. CURATIVO LOCAL.

Anderson Matos  
Neurocirurgia  
CRM/RN 7300



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH

Check List

TRAQUEOSTOMIA

DATA: 15 / 12 / 2020

Período: ( ) Manhã (  ) Tarde ( ) Noite

Situação de emergência: ( ) Sim (  ) Não

Profissional que realizou o procedimento: Dr. Rommel

1. Tipo de cânula de traqueostomia:

(  ) PVC N° 810 (  ) com cuff ( ) sem cuff  
( ) Metálica N° \_\_\_\_\_

2. Instalação:

Higienização das mãos:

( ) clorexidina degermante ( ) PVP-I degermante (  ) sabão ( ) álcool gel  
( ) não lavou

Parâmentação:

(  ) gorro (  ) avental manga longa estéril (  ) máscara ( ) óculos de proteção  
(  ) luvas estéreis

Degermação local da pele do paciente:

(  ) clorexidina degermante ( ) PVP-I degermante ( ) não realizou

Anti-sepsia da pele do paciente em campo ampliado:

( ) PVPI alcoólico (  ) Clorexidina alcoólica ( ) não realizou

Campo estéril para a inserção da cânula:

(  ) ampliado ( ) não ampliado ( ) não usou

Lavagem das mãos após o procedimento:

( ) clorexidina degermante ( ) PVP-I degermante (  ) sabão ( ) álcool gel  
( ) não lavou

Observações:

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTABECIMENTO ORIGINAL  
SANEAMENTO 05/01/2021

Bina

98.955-0





DÉBITO CIRÚRGICO

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ N° do Pront.: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: Troqueostomia Data: 15/12/2020  
Cirurgião: Dr. Rommel Auxiliar: \_\_\_\_\_ Instrumentadora: \_\_\_\_\_  
Anestesista: \_\_\_\_\_ Anestesia: loaxal  
Início da Cirurgia: 19:00 Término: 19:30

MATERIAL USADO	QUANTIDADE
* COMPRESSAS	01 pacote
* GASES	08 pacotes
* ESPARADRAPO	
* COMPRESSAS	
* LÂMINA DE BISTURI N°23	01 und
* LUVAS	06 pares
* EQUIPO PARA SORO	
* S CALPS N°	
* JELCOS	
* CATETER PARA SUBCLAVIA	
* SERINGAS DE 01 ML	
* SERINGAS DE 03 ML	
* SERINGAS DE 05 ML	
* SERINGAS DE 10 ML	02 und
* SERINGAS DE 20 ML	02 und
* AGULHAS DESCARTÁVEIS	04 und
* SONDA ENDOTRAQUEAL N°	
* TRAQUEOSTOMO	01 und
* SONDA URETRAL N°	
* SONDA FOLEY N°	
* SONDA NASOGÁSTRICA N°	
* CATETER PARA 02	
* SONDA PARA ASPIRAÇÃO N°	
* COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	
* BOLSA DE COLESTOMIA	
* DRENO DE PENROSE N°	
* DRENO DE TORAX N°	
* ATADURA GESSADA	
* FAIXA DE CREPOM	
* ALGODÃO ORTOPÉDICO	
* CATGUT CROMADO	
* CATGUT SIMPLES	
* FIO DE ALGODÃO	
* MONONYLON 2.0	01 und
* OUTROS FIOS	
* USO DO BISTURI ELÉTRICO	Sim
* USO DE OXIGÊNIO	
* SOLUÇÃO DE PVPI ALCOOLICA	20ml
* SOLUÇÃO DE PVPI DEGERMANTE	20ml
* SOLUÇÃO DE PVPI TÓPICO	
* SOLUÇÃO DE ETER	
* SOLUÇÃO DE ÁGUA OXIGENADA	
* SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%	
* SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER SIMPLES	
* MANITOL	
* XILOCAINA A 2%	01 frasco
* ABD	

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÉ CONFORME O ORIGINAL

SALVO DATA 05/01/2021

Bina  
MATEMÁTICA Nº 98.955-0





**EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Nome: Gerson Silvestre de Paiva

Leito: 210

DATA	EVOLUÇÃO
24/12/2020	# PO (29/11) HEMICRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA + PO (06/12) DRENAGEM DE HEMA FRONTO-PARIETAL DIRETO POR TCE E PNM
FC: 84 bpm	HOSPITALAR POR PROVÍVEL MMOR (CULTURAS 07/12 NEGATIVAS)
FR: 16 rpm	Paciente evolui com melhora clínica, menos agitado, du-
SpO2: 98%	ta dista. bom sono, funções decoradas preservadas.
PA: 120x80	EFU: REG, vigil, desorientado (T, E), normocorúlo, hilitado, afilad
TAx: 36,5°C	AR: MxO dilatadamente, SIRA ACU: RCR em 2T, DNF, S/Sopras

**PRESCRIÇÃO**

ABD: plano, fúrdido, indolore a palpao, RHA-D, SIVmg

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
24/12/2020	1. Dieta por SNG			
	2. RL 2000 ml, EV, 8/24h			
Inic: 08/12	3. metoprolol 25 + 50ml SFO, 9i, EV, corer em 3h, 8/8h			
Inic: 11/12	4. Polimixina B 500 000 UI + 100 ml SFO, 9i, JV, corer em 3h, 12/12h			
Inic: 11/12	5. clonazepam 2mg + 100 SFO, 9i, JV, corer em 3h, 1x/6h			
	6. Ganaxona 50mg/ml - 2ml + 8ml ABD, IV, 8/8h			
	7. morfina 10mg + 8ml ABD, 1p/6h 2,5ml, JV, 6/6h			
	8. NB2: SFO, 9 5ml } 1 O2 6l/min 4/4h Duroc 5 gts Atrovent 10gts }			
	9. Oxazone 40mg, SC, 1x/dia			
	10. Dexametazol 40mg + diluente, IV, 1x/dia			
	11. Dipirona 500mg/ml - 2ml + 8ml AD, IV, 6/6h SIV			
	12. Plasil 5mg/ml - 2ml + 18ml AD, IV, 8/8h SIV			
	13. Fisioterapia motor e respiratória 2x/dia			
	14. oxibutina a 45° + O2 suplementar 2l x 24h			

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTABELECE O ORIGINAL  
SABE: 05/10/2021  
BIAO  
MATTUELLAP  
98.955-0

Fernanda Rodrigues Maximiano  
CRM: 5025  
Médica Titular de Família e Comunitária  
Médico(a) Infectologista



### RESUMO DE ALTA

**NOME:** Gerson Silvestre de Paiva

**IDADE:** 43 ANOS

**LEITO:** 210

**ADMISSÃO:** 29/11/20

**ALTA:** 24/12/2020

**ADMISSÃO:** Paciente deu entrada no HRTM, vítima de colisão MOTO X MOTO, realizou craniectomia descompressiva e drenagem de hematoma epidural fronto-parietal direito, foi admitido na UTI no dia 30/11/2020. Adquiriu PNM por provável MMDR.

**COMORBIDADES:** Nega.

**Alergia:** Nega.

**Evolução:** Evolui estável clinicamente, aceita alimentação e consegue se alimentar por via oral (após teste com retirada da sonda nasogástrica).

**Ao exame:**

ECT:REG, VIGIL, DESORIENTADO, NORMOCORADO, HIDRATADO, AFEBRIL;

ACV: RCR, 2T, BHF, S/S

AP: MV +, EM AHT, COM RNCOS DE TRANSMISSÃO

ABDOME: PLANO, FLÁCIDO, RHA+, INDOLOR, NÃO PALPO VMG.

**TRATAMENTO INSTITUÍDO:**

Meropenem 2g 8/8h

Polimixina B 500000 ui 12/12h

Gentamicina 240mg – 01x/dia

Fenitoína 50mg/ml – 02ml 8/8h

**RECOMENDAÇÕES:**

- Recomendo reavaliação precoce em serviço de origem
- Curativo diário nas lesões de membros inferiores
- Cuidados de mudança de decúbito no leito
- Cuidados de enfermagem
- Mossoró/RN, 24/12/2020.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SALVADOR, 05/10/2021

SABE-ARQUIVO  
MATRÍCULA Nº

B. MAIA  
98.955-0

Jr. Fabiano Rodrigues Maximino  
CRM/RN 5025  
RQE 2864 - Med. de Família e Comunidade  
RQE 2865 - Infectologista





# Centro Avançado Souseense de Oftalmologia

Dr. José Vicente de Oliveira Neto  
CRM.: 2736 - CPF: 132.529.094-72

ATTESTADO MÉDICO

ATTESTO PARA TI DELIGHT FILLS  
Caso o paciente, Gerson Silveira  
de Paulo, portador de  
catarata bilateral do olho direito  
e vien de refração do olho  
esquerdo. Refrator dos softwares  
delight de modo a totalmen-  
tamento cirúrgico.

Ao exame biomicroscopia do  
pupila em midríase paráltica, de  
perfil normal  
Fundo olho. 01 pupila pupila  
05 " " normal  
Refratômetro esfericidade de olho  
cid) H54.6 05 20/30

CIDADE.: MORTILS

DATA.: 09/02/2021

Consultório  
Rua Bento Freire 37  
Gato Preto  
Tel.: (83) 3521-2623

Sousa-PB

  
CRM: 2736  
CPF: 132.529.094-72  
Residência  
Rua Crizeuda Gadelha, S/N  
Alto Capanema  
Tel.: (83) 3522-2110





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3154214 1.ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 15/06/2009  
NOME GERSON SILVESTRE DE PAIVA

FILIAÇÃO  
JOÃO SILVESTRE DE PAIVA  
MARIA JOSE DE PAIVA

NATURALIDADE MARTINS RN DATA DE NASCIMENTO 02/11/1977

DOC. ORIGEM  
CERT. CASAM. No. 13221 L. 18 F. 273  
de MARTINS RN 02. CARTORIO  
261.384.118-10  
Cristiane Bezerra S. Dantas  
Diretora Geral - ITEP  
ASSINATURA DO OBRTEOR

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - RN

Nº 013832289754

57010898/2018

92766260941

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 2 COD. RENAVAM 00980869900 RNTIC \*\*\*\*\*

NOME/ENDEREÇO  
FRANCISCO EVILASIO DE OLIVEIRA  
R SAO VICENTE, 46  
CASA CENTRO  
CA. 800.000 - OLIVEIRA / RN

CPF/CNPJ 230.015.424-20 PLACA NNK6I16

NOME ANTERIOR  
GERSON SILVESTRE DE PAIVA

PLACA ANT./UF NNK6I16/RN CHASSI 9C2K08608R026782

ESPECIE TIPO PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVEL COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 SPORT ANO FAB 2008 ANO MOD 2008

CAP/POT/CIL 0CV/149 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE VERMELHA

OBSERVAÇÕES  
MOTOR:KCG868026782  
SOMENTE PARA TRANSFERENCIA  
GUARDE EM LOCAL SEGURO

MARTINS/RN DATA 20/12/2018

Sidney Bezerra da Silva  
Coordenador de Registro de Veículos  
DETRAN - RN



**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: [3210104449](#)

Nome do(a) Examinado(a): [GERSON SILVESTRE DE PAIVA](#)

Endereço do(a) Examinado(a): [RUA SÃO VICENTE, 0, , Martins/RN](#)

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: [ITEP-RN / 3154214](#)

Data e local do acidente: [28/11/2020 - Martins/RN](#)

Data e local do exame: [04/05/2021 - Mossoró/RN](#)

Coordenadas Geográficas: [latitude: -5.18304 , longitude: -37.35517](#)

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

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

[Traumatismo crânio-encefálico com hematoma extra dural agudo fronto parietal direito volumoso.](#)

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

[Vítima de acidente de moto onde deu entrada no Hospital intubado e Glasgow 03, realizou TC de crânio onde evidenciou hematoma extra dural agudo fronto parietal direito volumoso, levado imediatamente ao centro cirúrgico. Realizou a primeira cirurgia de descompressão no dia do acidente, foi encaminhado a UTI onde após 24 horas apresentou piora do quadro, sendo levado ao centro cirúrgico para nova abordagem devido a hemorragia, evoluiu bem, ficou 24 dias na UTI e 02 dias na enfermaria até a alta. Hoje apresenta cicatriz de sutura em face e crânio, perda parcial da visão à direita confirmado por laudo médico de Dr. José Vicente de O. Neto, perda de olfato e paladar, apresenta distúrbios de comportamento como agressividade, se alimenta e se veste sem ajuda de terceiros, responde com coerência as perguntas, deformidade leve em calota craniana, tonturas e perda de memória pós trauma.](#)

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

[Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta ausência de movimentos involuntários, ausência de atrofias, assimetrias, marcha normal, força muscular alterada, memória remota alterada, atenção anormal, linguagem normal, humor anormal, afeto anormal, discurso lento, percepção normal, pensamento lógico e coerente, impulsividade controlada.](#)

IV. Nexo 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)

[Não](#)

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

[Hoje apresenta cicatriz de sutura em face e crânio, perda parcial da visão à direita confirmado por laudo médico de Dr. José Vicente de O. Neto, perda de olfato e paladar, apresenta distúrbios de comportamento como agressividade, se alimenta e se veste sem ajuda de terceiros, responde com coerência as perguntas, deformidade leve em calota craniana, tonturas e perda de memória pós trauma.](#)

**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 seqüela 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.

Psíquico e Neurológico - Leve - 25%

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



**Dr. Luis F. C. Nascimento**  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-RN 4863



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210104449 **Cidade:** Martins **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GERSON SILVESTRE DE PAIVA **Data do acidente:** 28/11/2020 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Traumatismo crânio-encefálico com hematoma extra dural agudo fronto parietal direito volumoso.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta ausência de movimentos involuntários, ausência de atrofias, assimetrias, marcha normal, força muscular alterada, memória remota alterada, atenção anormal, linguagem normal, humor anormal, afeto anormal, discurso lento, percepção normal, pensamento lógico e coerente, impulsividade controlada.

**Resultados terapêuticos:** Vítima de acidente de moto onde deu entrada no Hospital intubado e Glasgow 03, realizou TC de crânio onde evidenciou hematoma extra dural agudo fronto parietal direito volumoso, levado imediatamente ao centro cirúrgico. Realizou a primeira cirurgia de descompressão no dia do acidente, foi encaminhado a UTI onde após 24 horas apresentou piora do quadro, sendo levado ao centro cirúrgico para nova abordagem devido a hemorragia, evoluiu bem, ficou 24 dias na UTI e 02 dias na enfermaria até a alta. Hoje apresenta cicatriz de sutura em face e crânio, perda parcial da visão à direita confirmado por laudo médico de Dr. José Vicente de O. Neto, perda de olfato e paladar, apresenta distúrbios de comportamento como agressividade, se alimenta e se veste sem ajuda de terceiros, responde com coerência as perguntas, deformidade leve em calota craniana, tonturas e perda de memória pós trauma.

**Sequelas permanentes:** Déficit moderado neurológico.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 04/05/2021

**Conduta mantida:**

**Observações:** NOTA DO REVISOR: TENDO EM VISTA A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO, O REVISOR OPTOU POR ALTERAR A ESTIMATIVA DA SEQUELA PARA 50% DE DANOS NEUROLÓGICOS.

### 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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
<b>Total</b>			<b>50 %</b>	<b>R\$ 6.750,00</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210104449 **Cidade:** Martins **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GERSON SILVESTRE DE PAIVA **Data do acidente:** 28/11/2020 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Traumatismo crânio-encefálico com hematoma extra dural agudo fronto parietal direito volumoso.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta ausência de movimentos involuntários, ausência de atrofias, assimetrias, marcha normal, força muscular alterada, memória remota alterada, atenção anormal, linguagem normal, humor anormal, afeto anormal, discurso lento, percepção normal, pensamento lógico e coerente, impulsividade controlada.

**Resultados terapêuticos:** Vítima de acidente de moto onde deu entrada no Hospital intubado e Glasgow 03, realizou TC de crânio onde evidenciou hematoma extra dural agudo fronto parietal direito volumoso, levado imediatamente ao centro cirúrgico. Realizou a primeira cirurgia de descompressão no dia do acidente, foi encaminhado a UTI onde após 24 horas apresentou piora do quadro, sendo levado ao centro cirúrgico para nova abordagem devido a hemorragia, evoluiu bem, ficou 24 dias na UTI e 02 dias na enfermaria até a alta. Hoje apresenta cicatriz de sutura em face e crânio, perda parcial da visão à direita confirmado por laudo médico de Dr. José Vicente de O. Neto, perda de olfato e paladar, apresenta distúrbios de comportamento como agressividade, se alimenta e se veste sem ajuda de terceiros, responde com coerência as perguntas, deformidade leve em calota craniana, tonturas e perda de memória pós trauma.

**Sequelas permanentes:** Déficit moderado neurológico.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 04/05/2021

**Conduta mantida:**

**Observações:** NOTA DO REVISOR: TENDO EM VISTA A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO, O REVISOR OPTOU POR ALTERAR A ESTIMATIVA DA SEQUELA PARA 50% DE DANOS NEUROLÓGICOS.

**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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
<b>Total</b>			<b>50 %</b>	<b>R\$ 6.750,00</b>





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210104449 **Cidade:** Martins **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GERSON SILVESTRE DE PAIVA **Data do acidente:** 28/11/2020 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

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

**Data da análise:** 19/04/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA EXTRADURAL

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (TRAQUEOSTOMIA / PIC) E ALTA MÉDICA. PÁG 5/6/10

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** (@ PÁG 12) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
<b>Total</b>			<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087794/21

**Vítima:** GERSON SILVESTRE DE PAIVA

**CPF:** 261.384.118-46

**Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

**Data do acidente:** 28/11/2020

**Titular do CPF:** GERSON SILVESTRE DE PAIVA

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### GERSON SILVESTRE DE PAIVA : 261.384.118-46

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](http://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: 26/03/2021  
Nome: GERSON SILVESTRE DE PAIVA  
CPF: 261.384.118-46

GERSON SILVESTRE DE PAIVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/03/2021  
Nome: BRENO SANTANA DE ANDRADE  
CPF: 106.762.784-77

BRENO SANTANA DE ANDRADE

