



Número: **0849613-97.2016.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT**

Última distribuição : **07/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 0,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EVANIA RODRIGUES BATISTA (AUTOR)		ITAMAR OLIMPIO DE VASCONCELOS MAIA (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO S/A (RÉU)			
EUCIMAR PEREIRA GUIMARAES (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
40283531	07/03/2019 14:06	Petição	Petição
40283553	07/03/2019 14:06	2569617 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01	Outros documentos
40283561	07/03/2019 14:06	2569617 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01	Outros documentos

Juntada de petição.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 24ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN

Processo: 08496139720168205001

PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **EVANIA RODRIGUES BATISTA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, haja vista o correto pagamento realizado em seara administrativa.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

NATAL, 7 de março de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR
5432 - OAB/RN



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2016

Carta nº: 9299361

A/C: EVANIA RODRIGUES BATISTA

Sinistro: 3160198042 ASL-0135780/16
Vítima: EVANIA RODRIGUES BATISTA
Data Acidente: 21/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO MANOEL DE SOUZA DANTAS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

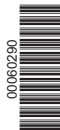
ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00579/00580 - carta_02





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2016

Carta nº: 9394421

A/C: EVANIA RODRIGUES BATISTA

Sinistro: 3160198042 ASL-0135780/16
Vitima: EVANIA RODRIGUES BATISTA
Data Acidente: 21/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO MANOEL DE SOUZA DANTAS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: EVANIA RODRIGUES BATISTA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002008

Conta: 0000076115-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 0190301904 - carta_15R



10

Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 *T1%*



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Evânia Rodrigues Batista
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2980923 EXPEDIDO POR SSP/BA EM 23/08/2016
 CPF 10383210405 /CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO do lar
 E RENDA MENSAL DE R\$ 8,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Evânia Rodrigues Batista, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2008 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 7615-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO. DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Pernambuco 02 de fevereiro de 2016
 LOCAL E DATA

Evânia Rodrigues Batista
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG CAMARA CASCUDO

DATA: 07/03/2016

TERMINAL: 15851016

HORA: 18:30:49

CONTROLE: 158510160658

COMPROVANTE DE TRANSFERÊNCIA ELETRÔNICA
DE VALORES - TEV

FAVORECIDO

CGC/AGÊNCIA

CONTA

NOME

2008 / PARNAMIRIM

: 013.00 076.115-0

: EVANIA RODRIGUES BATISTA

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

PROTOCOLO
RECEBIDO
11 MAR 2016
JEM REGULADORA



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT

90001

1 - LOCAL E DATA

Local AV. BELA PARNANDOLIM Bairro VILA NOVA
Cidade/UF PARANAMIRIM/RN P. Ref. COLEGIO SISTEMA INFANTIL
Data 21/12/15 Hora do acidente 12:00 Hora do registro 13:00 Dia da semana SEGUNDA-FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ - Colisão Frontal ☒ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento
☐ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Outro(s) _____

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi MYE-9788 Cidade PARANAMIRIM UF RN
Marca/Mod. VW/GOL Cor BRANCA Ano 1993/1993
Proprietário SEVERINO SOEL DE MELO Nº de Ocupantes 02
Condutor JULIANA MAYARA BATESTA Data de Nasc. 23/08/1993
Endereço RUA MIRANDOLINA TEIXEIRA DE ANDRADE Nº 650 Fone _____
Bairro TABOADA / BOSQUE DAS COLINAS Cidade SÃO JOSE DE MITEMBU UF RN
CPF Nº 104.643.244-32 CNH Nº _____ Validade 1 Categoria _____
Local de Trabalho AUTONOMA Fone 9929-3341
End. RUA PENE DE CAMPO Nº 3802 Bairro P. DE AREIA Cidade PARANAMIRIM

DOCUMENTO 1 *T1%*

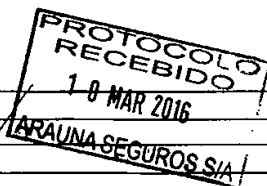


4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. NOTONETA TRAX Cor PRETA Ano 2008/2008
Proprietário _____ Nº de Ocupantes 02
Condutor EVANICA RODRIGUES BATESTA Data de Nasc. 17/09/1990
Endereço 4ª TRAVESSA MAR DA GALLEDA Nº 93 Fone 9454-1446
Bairro MONTA CASTELO Cidade PARANAMIRIM UF RN
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade 1 Categoria _____
Local de Trabalho DO LAR Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____



6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V2 Em que Rua/ Av. Transitava? AV. BELA PARNAMIRIM

Em que sentido? BR 304 X MOITA VERDE

Em que faixa? DIREITA

Versão do condutor INFORMA QUE TRAFEGAVA NA UDA CITADA QUANDO A SUA FLEUTE TRAFEGAVA UM ONIBUS QUE ENTROU A DIREITA E DE REPENTE V1 QUE SAIU DA RUA JOKEY CLUB, CHEGANDO A SER COLHIDO POR V2).

Assinatura do Condutor do V1* Enamira Rodrigues Batista

SOBRE V1 Em que Rua/ Av. Transitava? AV. PERIMENTAL

Em que sentido? BR 304 X JOKEY CLUB

Em que faixa? DIREITA

Versão do condutor INFORMA QUE TRAFEGAVA NA UDA CITADA QUANDO DE REPENTE UM ONIBUS QUE TRAFEGAVA NA AV. BELA PARNAMIRIM DOA ENTRAR A DIREITA NA AV. PERIMENTAL E DEU VER A V1 PARA REZAR A AV. BELA PARNAMIRIM QUANDO DE REPENTE V2 QUE TRANSITAVA NA MESMO SENTIDO DO ONIBUS COLISOU NA LATERAL DIANTEIRA DE V1.

Assinatura do Condutor do V2* Juliane Mayara Batista 14:25

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V4

8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./ Tempo	Tipo da Pista	Carnet./ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
☐ Amanhecendo	☒ Bom	☒ Asfalto	☐ Reta	☒ Seca	☐ Inexistente
☒ Pleno Dia	☐ Nublado	☐ Paralelepípedo	☐ Curva	☐ Molhada	☐ Do Agente de Trânsito
☐ Anoitecendo	☐ Chuva	☐ Concreto	☐ Active Íngreme	☐ Inundada	☐ Do Semáforo
☐ Noite c/ Iluminação	☐ Nebulina	☐ Cascalho	☐ Active Suave	☐ Poças D'água	☒ Faixa de Pedestre
☐ Noite s/ Iluminação	☐ Outros _____	☐ Terra	☐ Declive Íngreme	☐ Oleosa	☐ Linha _____
☐ Iluminação Deficiente	_____	☐ Outros _____	☐ Declive Suave	☐ Enlameada	☐ Placa(s) _____
			☐ Lombada	☐ Em Obras	☐ Lombado eletrônico
			☒ Cruzamento	☐ Com Buraco	☐ Vel. Máx. Perm. _____ KM/H
			☐ Rotatória	☐ Com Areia	☐ _____
			☐ Retorno	☐ _____	☐ _____
			☐ Entroncamento	☐ _____	☐ _____
			☐ Bifurcação	☐ _____	

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO


 ÁRVORE

 VESTÍGIOS

 SEMÁFORO

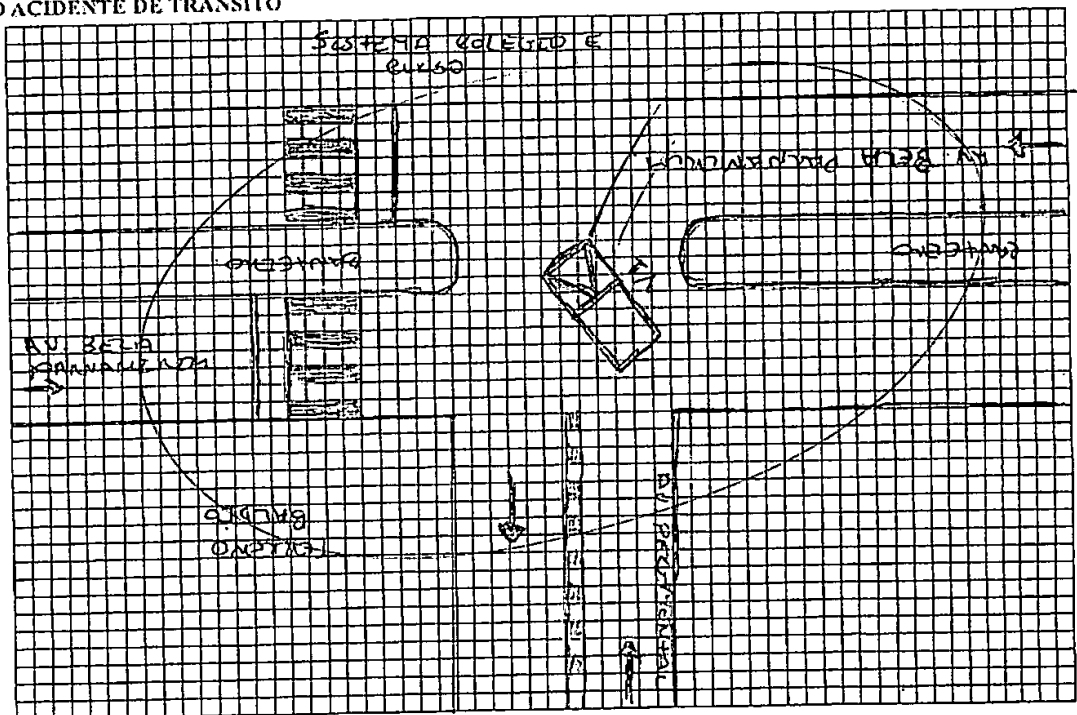
 PEDESTRE

 BICICLETA
 OU MOTO

 CARRO DE
 PEQUENO PORTE

 CAMINHÃO
 OU ÔNIBUS

 CARRETA



10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO I

AVARIAS DO VEICULO:

FAROL LADO DIREITO - SINALIZAÇÃO
DO LADO DIREITO -

AVARIAS DO VEÍCULO 3

AVARIAS DO VEÍCULO 3

AVARIAS DO VEÍCULO 2

KENNETHSON LAJO DIRECTO
MANETA LAJO DIRECTO.

AVARIAS DO VEÍCULO 4

11 - ☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☒ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
Nome EVANGDA RODRIGUES BATESTA Data de Nascimento 17/09/1990
RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Nº _____ Fone _____
Endereço _____ Cidade _____ UF _____
Bairro _____
Versão A MESMA DA CONDUTORA DE V2

Assinatura _____ Hora _____
12 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: DIOPLESIO MARQUES
Nome EDONALJA SEQUEIRA DE SOUZA Data de Nascimento 11/03/1983
RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Nº 03 Fone 98813-6884
Endereço RUA JOÃO FELIPE SEABRA Cidade PARNAMIRIM UF RN
Bairro VELA NOVA
Versão INFORMA QUE TRAVESSA NA RUA BELA PARNAMIRIM QUANDO A SUA FRENTE VINHA UM ÔNIBUS QUE AO ENTRA A DREITA LOGO ATAS V2 QUANDO JA CRUZOU DE REPENTE A SUA FRENTE
Assinatura Edonalia Sequeira de Souza 13 25 Hora _____

13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
Nome _____ Data de Nascimento _____
RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Nº _____ Fone _____
Endereço _____ Cidade _____ UF _____
Bairro _____
Versão _____
Assinatura _____ Hora _____

14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
Nome _____ Data de Nascimento _____
RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Nº _____ Fone _____
Endereço _____ Cidade _____ UF _____
Bairro _____
Versão _____
Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO
Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
Nome _____ RG Nº _____ Órgão Exp. _____
Endereço _____ Nº _____
Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16 - IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☒ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☒ NÃO ARTº _____ CÔD/DESD _____
17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO
O CONDUTOR DE V2 RETENOU SUA TRAXX DO LOCAL.
A TRAXX ESTAVA SEM DOCUMENTAÇÃO.
FOI FEITO UM AUTO DE INFRAÇÃO PARA O V1.
N2A-18 076672 - ART. 501-O

Nome Completo do Agente Guaracido Viana de Melo
POSTO/GRAD.: 2B PM Nº 99111 Viatura 310 Subunid.: 3ª GPPE
Local e Data PARNAMIRIM 27 de Dezembro de 2015
Assinatura do Agente de Trânsito _____



RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLICIAMENTO RODOVIÁRIO ESTADUAL
1º DISTRITO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
SETOR DE TRÁFEGO

Rua Porto de Imbituba, s/n, Conjunto Santa Catarina, Potengi - Natal - Rio Grande do Norte
Fone: (84) 3232-1514 - E-mail: cpresetordetrafe@hotmai.com

Natal/RN, 29 de Dezembro de 2015.

BOAT nº: 90001

Data: 21/12/2015

Local: Av. Bela Parnamirim - Vida Nova - Parnamirim/RN

Veículos envolvidos:

(V-1) VW/ GOL CL - MYC 9788

(V-2) TRAXX/

De acordo com o Código de Trânsito Brasileiro, o condutor de V - 1 deixou de observar o que preceituam os artigos 28, 34 e 309. Já o condutor de V - 2 deixou de observar o que preceitua o artigo 309.

Tb

Tony Swamarn Vale Castro Cap. QOPM

Mat. 170.077-4

CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO

Magmacy 1º Ten
Mat. 196.114-4

Verificação de autenticidade na internet: <http://www.prn.m.gov.br> na tela de consulta de boletim.

Número do Boletim: 90001 Número da Ocorrência: 467600 Data Registro: 29/12/2015 Hora Registro: 01:57:12
Número/Controle: RW2RRHXU38

*Somente possuem valor legal os pareceres que estejam assinados pelo chefe do setor ou autógrafo.

naufna

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Evania Rodrigues Batista, portador da carteira de identidade nº 2910923 e inscrito no CPF/MF sob o nº 103.832.704-05, residente e domiciliado na RV 4 MAR da Galícia - 93 Monte Castelo, Cidade Parnamirim, Estado RN, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

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

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

DOCUMENTO 3 *T3%*



Evania Rodrigues Batista

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Parnamirim/RN 02/02/2016

Local e data



DOCUMENTO 2 *T2%*



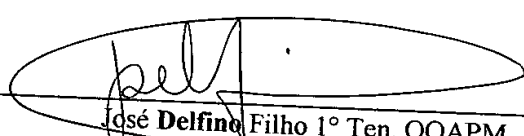
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLICIAMENTO RODOVIÁRIO ESTADUAL
1º DISTRITO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
SETOR DE TRÁFEGO

Av. Cap Mor Gouveia, s/n, Cid. da Esperança, Potengi - Natal - Rio Grande do Norte
Fone: (84) 3232-1514 - E-mail: cpresetordetrafeago@hotmail.com

DECLARAÇÃO
055 / 16

Declaro para os devidos fins que em referência ao **BOAT 90001**, do dia 21 de Dezembro de 2015, não foi possível descrever nem o nome do proprietário, nem os dados do Veículo - 2 no Campo 04, em virtude da condutora do mesmo não portar os documento do veículo na hora do sinistro, apresentando-os posteriormente neste setor, sendo os mesmos listados a seguir: Thelise Silva Melo Alves, CPF: 393.257.844-91 e o 951BXKBB18B001886, conforme documentação anexa.

Natal - RN, 09 de Junho de 2016.


José Delfino Filho 1º Ten. QOAPM
Mat. 052.923-0
CHEFE DO SETOR DE TRÁFEG



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODoviÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOAT 90007

1 - LOCAL E DATA
Local AV. BEIJA PARNANDOLIM Bairro VESIA NOVA
Cidade/UF PARANANDOLIM / RN P. Ref. COLEGIO SISTEMA INFANTIL
Data 21/12/15 Hora do acidente 12:00 Hora do registro 13:00 Dia da semana SEGUNDA FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA
☐ - Colisão Frontal ☒ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento
☐ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Outro(s) _____

3 - VEÍCULO 01
Placa ou Chassi MYC-9788 Cidade PARANANDOLIM UF RN
Marca/Mod. VW / GOL Cor BRANCA Ano 1993 / 1991
Proprietário SEVERINO JOEL DE MELO Nº de Ocupantes 02
Condutor JULIANA MAYARA BATISTA Data de Nasc. 23/08/1993
Endereço RUA MIRANDOLINA TEIXEIRA DE ANDRADE Nº 650 Fone _____
Bairro TABOUEIRA / BOSQUE DAS COLINAS Cidade SÃO JOSÉ DE MIPAMBU UF RN
CPF Nº 104.643.244-32 CNH Nº _____ Validade 1 / 1 / _____ Categoria _____
Local de Trabalho AUTONOMA Fone 9929-3341
End. RUA FERNES DE CAMPO Nº 3802 Bairro P. DE AREIA Cidade PARANANDOLIM

4 - VEÍCULO 02
Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. NOTONETA TRAXA Cor PIRELLA Ano 2008 / 2008
Proprietário _____ Nº de Ocupantes 02
Condutor EVANDA RODRIGUES BATISTA Data de Nasc. 17/09/1990
Endereço 4ª TRAVESSA MAR DA GALLEDA Nº 93 Fone 9454-1446
Bairro MONTES CASTELO Cidade PARANANDOLIM UF RN
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade 1 / 1 / _____ Categoria _____
Local de Trabalho DO LAR Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03
Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ / _____ / _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04
Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ / _____ / _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

Ato Declaratório



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Evânia Rodrigues BatistaRG nº 2910923, data de expedição 23/08/2006, Órgão SSP/RN

CPF nº 103.832.704-05, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>TRV 4 MAR da galícia</u>
Número	<u>93</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Monte Castelo</u>
Cidade	<u>Parnamirim</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59.240-000</u>
Telefone de Contato	<u>99454-14961 2010-7615</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Parnamirim/RN 02/02/2016Assinatura do Declarante: Evânia Rodrigues Batista



CAERN - 08.334.385/0001-35

Nº Documento: 2016068304238

ESCRITÓRIO

ESC DIST DE ROSA DOS VENTOS

MATRÍCULA 00830423.8	CLIENTE TERESA CRISTINA ANTUNES SOUZA	CPF/CNPJ: 379.147.904-00	VENCIMENTO 16/06/2016
INSCRIÇÃO 503.003.584.0015.000	ENDEREÇO DO IMÓVEL TRV 4 MAR DA GALILEIA, N 93 - MONTE CASTELO PARNAMIRIM RN 59140-000	ROTA DE ENTREGA 07.7570	FATURA 06/2016-1
RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA		ÁGUA LIGADO	ESGOTO POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS		LEITURA		CONSUMO		CONSUMO/DIA	
05/2016 - 10	04/2016 - 10	ANTERIOR	ATUAL	(M³)	DIAS	(M³)	
03/2016 - 10	02/2016 - 10			10			
01/2016 - 10	12/2015 - 10						
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR					
1	10	N 5 10					

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
AGUA ANTIGO RESIDENCIAL 1 001 UNIDADE CONSUMO DE ÁGUA MULTA P/ IMPONTUALIDADE 05/2016	10 M3	35,01 0,70

PROTOCOLADO
RECEBIDO
11 MAR 2016
JEM REGULADORA

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	35,01	1,65	0,58
COPINS	35,01	7,6	2,66

TOTAL R\$ 35,71

" JA ESTA DISPONIVEL NO SITE DA CAERN O RELATORIO
ANUAL DA QUALIDADE DA AGUA 2016 DE SUA CIDADE"
OS EPIS DEVEM POSSUIR CERTIFICACAO E SEU USO DEVE SER FISCALIZADO PELO EMPREGADOR.

MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUIDA (Decreto nº 5.440/05 e Portaria nº 2.914/11 do Ministério da Saúde).					
GERÊNCIA REGIONAL: LITORAL SUL			Mês/Ano 05/2016		
Parâmetros	Turbidez	pH	Colif. Totais	Cloro Residual Livre	Nitrato (como N)
VMP e Recomendações	5,0	6,0 A 9,5	% DE AUSENCIA	0,2 A 2,0 MG/L	<= 10,0 MG/L
Valores obtidos					

VIA CLIENTE	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
Emitido por: INTERNET	Emitido em: 16/06/2016

caern	MATRÍCULA 00830423.8	INSCRIÇÃO 503.003.584.0015.000	ROTA DE ENTREGA 07.7570	FATURA 06/2016-1	NÃO RECEBER APÓS 30/09/2016
VENCIMENTO 16/06/2016		VALOR R\$ 35,71			

GRUPO: 87

FIRMA: 1

82630000000-5 35710006503-0 00830423801-0 06201610003-4

VIA CAERN



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

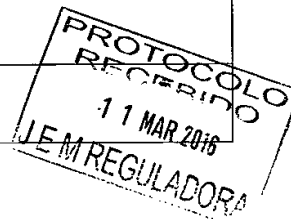
21



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco Manoel de Souza Dantas,
 RG nº 302.4801, data de expedição 30/11/14, Órgão
SSPIRN, CPF nº 094450.824-56, venho perante a este
 instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome,
 sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em
 anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Trav 4 Mor da galileia</u>
Número	<u>93</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Monte costelo</u>
Cidade	<u>Parnamirim</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59440-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Parnamirim RN 02/02/2016

Assinatura do Declarante: Francisco Manoel de Souza Dantas



CAERN - 08.334.385/0001-35

Nº Documento: 2016068304238

ESCRITÓRIO

ESC DIST DE ROSA DOS VENTOS

MATRÍCULA 00830423.8	CLIENTE TERESA CRISTINA ANTUNES SOUZA	CPF/CNPJ: 379.147.904-00	VENCIMENTO 16/06/2016
INSCRIÇÃO 503.003.584.0015.000	ENDEREÇO DO IMÓVEL TRV 4 MAR DA GALILEIA, N 93 - MONTE CASTELO PARNAMIRIM RN 59140-000	ROTA DE ENTREGA 07.7570	FATURA 06/2016-1
RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA		ÁGUA LIGADO	ESGOTO POTENCIAL
ÚLTIMOS CONSUMOS 05/2016 - 10 04/2016 - 10 03/2016 - 10 02/2016 - 10 01/2016 - 10 12/2015 - 10		LEITURA ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M³) DIAS 10 CONSUMO/DIA (M³)	
ECONOMIAS CONS. POR ECONOMIA COD. AUXILIAR 1 10 N 5 10			

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
AGUA ANTIGO RESIDENCIAL 1 001 UNIDADE CONSUMO DE ÁGUA MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2016	10 M3 PROTOCOLO RECEBIDO 11 MAR 2016 EM REGULADORA	35,01 0,70

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	35,01	1,65	0,58
COFINS	35,01	7,6	2,66

TOTAL R\$ 35,71

" JA ESTA DISPONIVEL NO SITE DA CAERN O RELATORIO ANUAL DA QUALIDADE DA AGUA 2016 DE SUA CIDADE"
OS EPIS DEVEM POSSUIR CERTIFICACAO E SEU USO DEVE SER FISCALIZADO PELO EMPREGADOR.

MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUIDA
(Decreto nº 5.440/05 e Portaria nº 2.914/11 do Ministério da Saúde).

GERÊNCIA REGIONAL: LITORAL SUL		Mês/Ano 05/2016			
Parâmetros	Turbidez	pH	Colif. Totais	Cloro Residual Livre	Nitrato (como N)
VMP e Recomendações	5,0	6,0 A 9,5	% DE AUSENCIA	0,2 A 2,0 MG/L	<= 10,0 MG/L
Valores obtidos					

VIA CLIENTE AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 16/06/2016



MATRÍCULA 00830423.8	INSCRIÇÃO 503.003.584.0015.000	ROTA DE ENTREGA 07.7570	FATURA 06/2016-1	NÃO RECEBER APÓS 30/09/2016
-------------------------	-----------------------------------	----------------------------	---------------------	--------------------------------

VENCIMENTO 16/06/2016

VALOR R\$ 35,71

GRUPO: 87

FIRMA: 1

82630000000-5 35710006503-0 00830423801-0 06201610003-4

VIA CAERN



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – 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 9.613/98.

Pelo exposto, eu Francisco Manoel de Souza Dantas, portador(a) do

RG nº 302.480.1, expedido por SSP (RJ), em

01/11/84, CPF/CNPJ nº 091.450.824-56,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Leania

Rodrigues Batista do sinistro de DPVAT da natureza Invalidação

da vítima Leania Rodrigues Batista, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Repositor de loja Renda Mensal: R\$ Reclusa

Documentos comprobatórios: Reclusa

Francisco Manoel de Souza Dantas
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA - CNES 3515168
PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 22 CC

SERVIDOR RESPONSÁVEL (PSA)

KATIA

MATRÍCULA

DATA

21/12/2015

HORA

12:53

DADOS DO PACIENTE

PACIENTE

EVANIA RODRIGUES BATISTA

NACIONALIDADE

BRASILEIRA

ESCOLARIDADE

ENSINO MEDIO

NOME DA MÃE

LUCINEIDE RODRIGUES BATISTA

CPF

RG

ORG.EXP.

UF

CARTÃO DO SUS

7078022640181216

ENDEREÇO

RUA 4 TV MAR DA GALILEIA 93

BAIRRO

MONTE CASTELO

MUNICÍPIO

PARNAMIRIM

UF

RN

CEP

59150 000

RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE

SOCORRIDO PELA SAMU NÃO APRESENTOU INDENT.

PARENTESCO

ESPOSO

TELEFONE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FORMA DE ENCAMINHAMENTO

() Regulado () SAMU () Demanda Espontânea

QUEIXA PRINCIPAL

FLUXOGRAMA

DOENÇAS PREEXISTENTES

PESO

ALTURA

SSV

FR

T

SOZ

PA

GLICEMIA

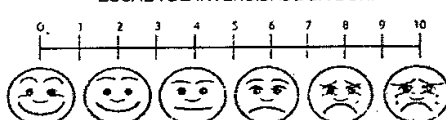
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

COREN

DATA

HORA

ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR:



PRIORIDADE

○ AZUL

● VERDE

○ AMARELO

○ LARANJA

○ VERMELHO

ACOLHIMENTO
COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

- ☐ SALA VERMELHA
- ☐ URGÊNCIA
- ☐ ORTOPEDIA
- ☐ CONSULTA MÉDICA
- ☐ BUCOMAXILO
- ☐ PEQUENA CIRURGIA
- ☐ ACIDENTE DE TRABALHO
- ☐ VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
- ☐ QUEDA
- ☐ OUTROS

Abertura Ocular	Esponânea À voz À dor Nenhuma	4 8 2 1
Resposta Verbal	Orientada Confusa Palavras inapropriadas Palavras incompreensivas Nenhuma	5 1 3 2 1
Resposta Motora	Pede comandos Localiza dor Movimento de retirada Flexão anormal Extensão anormal Nenhuma	3 4 3 2 1

HISTÓRIA CLÍNICA

Reata queda de moto c/ trauma em
MID e ombro Dir.
nega desmaios ou perda de consciência

EXAME FÍSICO

A, B, C, D do trauma s/alt
E - f. escoriações em ombro s/ limitação de
movimento (ombro Dir)
FCC extensa (± 10-15cm) em reg. lat. c/cke
Direta

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Politruma -

DOCUMENTO 4 *T4%



EXAMES COMPLEMENTARES

() LABORATORIAL () RADIOLÓGICO () ECC () TOMOGRAFIA () USG () OUTROS

CONDUTA MÉDICA PARA REGULAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO - NIR

() CLÍNICA MÉDICA () CLÍNICA PSIQUIÁTRICA () CLÍNICA ORTOPÉDICA () PEDIATRIA / NEO
() CLÍNICA OBSTÉTRICA () CLÍNICA GERAL () UTI () OUTROS

DIAGNÓSTICO

CONDUTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA

ABERTURA DE HORÁRIO / CHECAGEM

Rx's transe

Rx's alterações

CD: Sutura de FCC sob anestesia local após intensa limpeza (antisepsia + sepsia). Curativo. Alto c/onto + analgésico e orientação.

Dr. André Mello
Médico
CRM 241.206

CONFERE COM ORIGIN
Servidor
0750794

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DESTINO DO PACIENTE

() ALTA

() ÓBITO

() EVASÃO

() SOLICITADO INTERNAMENTO
NO SERVIÇO DE:

[] SVO [] ITEP [] DECLARAÇÃO

MÉDICO (assinatura e carimbo)

Chefe do Plantão (assinatura e carimbo)



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO

Nome: <u>Evânia Rodrigues Batista</u>		Idade: <u>25</u> D/Nº <u>21/12/15</u>	
Pront.: <u>Bol 22</u> Município: <u>Lucena</u> Procedência: () Interno (X) Externo			
Data da cirurgia: <u>21/12/15</u> Hora Admissão: Bloco: Sala: Hora Saída: Peso:			
Alergias: (X) Não () Sim Comorbidades: () HAS () DM () Outras			
Uso de medicações: (X) Não () Sim Jejum: () Não () Sim			
SSVV Admissão: PA: mmHg Pulso: bpm FI: rpm FC: bpm SpO ₂ : % T: °C			
Enfermeiro(a): <u>Luiane</u> Instrumentado(a): Circulante: <u>Sara + Irani</u>			
Cirurgia: <u>Sutura</u> Especialidade: <u>C. Geral</u> Sala: <u>01</u>			
Hora Início: <u>16:00</u> Hora Término: <u>17:00</u> Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa (X) Contaminada () Infectada			
1ª Cirurgião: <u>M. Ovidice</u> Aux.: Residente:			
Anestesia: (X) 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	☒ Jelco	☐ ECG
☐ Letárgico	☐ Hipocorada	☐ Hipotensão	☐ Acesso V. Central	☒ Oximetria
☐ Coma	☐ Cianótica	☐ Hipertensão	☐ Cat. Diálise	☐ Capnógrafo
☒ Orientado	☐ Ictérica	☒ Normocárdico	☐ Fístula	☐ PA
☐ Desorientado	☐ Desidratada	☐ Bradicardia	☐ Arteriovenosa	☐ Estimul. Nervo
☐ Sedado	☐ Íntegra	☐ Taquicardia	☐ SNG	☐ Diprifusor
☒ 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 O ₂	☐ Aparelho gessado	
☐ Tetraplégico	☐ Manchas		☐ Tração	
☐ Amputações	☐ S/Tricotomia		☐ Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	—	76	76	Bpm
Pulso	—	76	76	Bpm
Oximetria	—	94	93	%
Capnografia	—	—	—	%
PA	—	—	—	mmHg

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

ACESSO VENOSO	
☒ Punção Arterial	
☒ Punção Venosa Periférica	
☐ Punção Venosa Central	
☐ Dissecção venosa	
Local: <u>ME</u>	
Cateter: <u>20</u>	

SONDAGEM GÁSTRICA	
☐ SNG nº	
Retorno:	

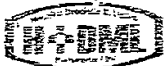
CATETERISMO VESICAL	
☐ SVF nº	☐ SVA nº
Diurese:	
Profissional responsável:	

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

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
() Sim (X) Não () Metal () Descartável	
Local:	
DEGERMAÇÃO	
(X) Sim () Não	
Local: <u>ME</u>	Solução: <u>Clorhexidina</u> Local: —

IMPLANTE CIRÚRGICO	
Drenos:	
Tela:	
Cateter:	
Ostomia:	
Fio de KC:	Parafuso – tipo: <u>0750794</u>
Placa – Tipo:	
Outros:	

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO	
Caixa cirúrgica: <u>P. Curioso</u>	Quant. Material: <u>06</u>
Val.: <u>24/12/15</u>	Contagem de gaze e compressa: (X) Não () Sim



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:						
() Hemoconcentrado _____ Unid.	() Plasma _____ Unid.					
() Albumina _____ Unid.	() Expansor plasmático _____ Unid.					
MEDICAÇÕES UTILIZADAS						
<u>Tilatil 40mg</u> <u>16:30</u>	h: _____					
_____	h: _____					
_____	h: _____					
HIDRATAÇÃO VENOSA						
☒ Soro Fisiológico: <u>1000</u> ml	() Soro Ringer Simples: _____ ml					
() Soro Glicosado: _____ ml	() Soro Ringer Lactato: _____ ml					
Quantidade total de volume administrado: <u>1000</u>						
ANATOMO PATOLÓGICO						
☒ Não () Sim Peça: _____	Peça para sepultamento: ☒ Não () Sim _____					
Swab para cultura: _____	Líquido: _____					
CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES						
FO de aspecto: ☒ Limpo () c/exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Talas () Outros: _____						
INTERCORRÊNCIAS: <u>Realizada limpeza anestesia local, digestão com cloretidina a 3% e 97% e sutura na região lateral da coxa. Realizado curativo.</u>						
Ass: <u>Sneu</u> Coren: <u>554.848</u>						
CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO						
Nível de consciência: ☒ Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado						
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel ☒ O ₂ ambiente Curativo: ☒ Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro: _____						
Diurese: ☒ Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: <u>Alta hospitalar</u>						
UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO						
Hora: _____ Data: <u>1/11/14</u> Nível de consciência: () Acordado () Sonolento () Narcose () Orientado						
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () cânula de Guedel () Cateter O ₂ () O ₂ Ambiente						
Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade						
Venoclise: () Não () Sim Tipo: _____ Local: _____ Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical						
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim () Não Especifique: _____						
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos						
Curativo: () Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo Monitorização: () ECG () Oxímetro () PA						
INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexigoma () Alteração PA () Alteração FC						
Relate: _____						
SINAIS VITAIS						
Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão						
30'						
60'						
Alta						
Líquidos administrados na URPA:						
Soro glicosado: _____ ml						
Soro Fisiológico: _____ ml						
Ringer: _____ ml						
Irrigação vesical contínua: _____ ml						
Eliminações:						
Diurese		Retorno Gást.		Drenagem		Retorno da Irrigação
Recebido da SO						
Desprezado URPA						
Medicações administradas URPA:						
Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:						

Ass: _____ Coren: _____						



PEDIDO DE EXAME

951

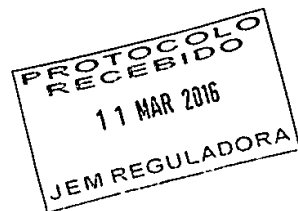
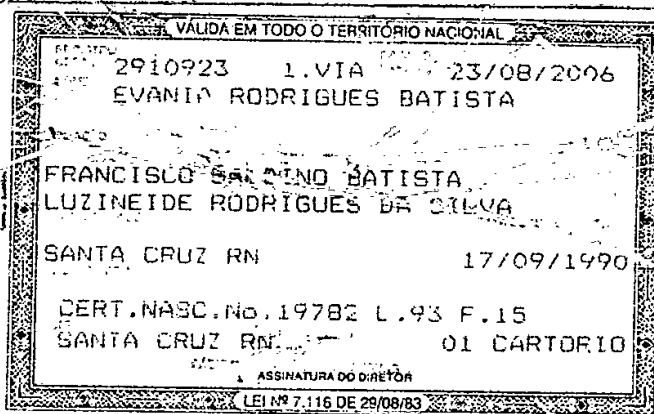
Urgente

Nome:	Evaria Rodrigues Botelho			Matrícula:	
Idade:	25	Ambulatório:		UTI:	
Sexo:		SAU:		CC:	
				Leito:	
NATUREZA DO EXAME	Rx	col. cervical AP e P + dorax pálvica ombone din			
INDICAÇÃO CLÍNICA	Coxa Din AP e P				
Requisitante:	DANIEL RAMON DA SILVA CRM: 24037 661712-4				
CRM:	Data: 21/12/15				

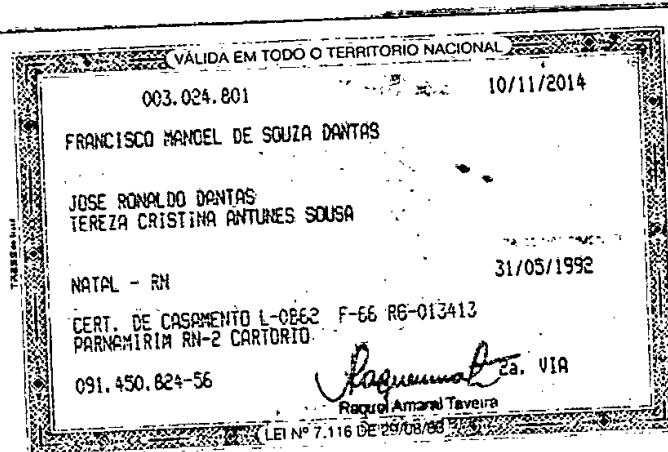
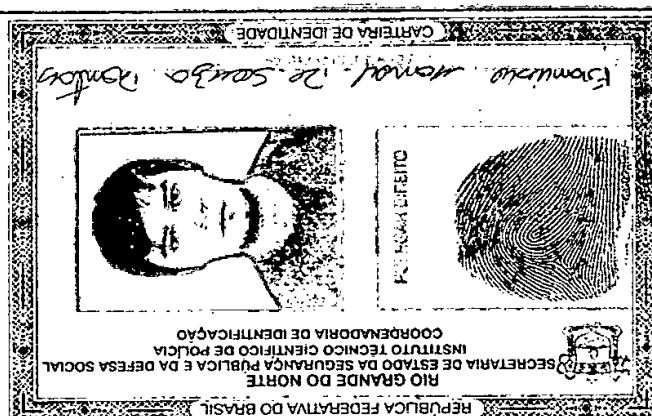
COPIA COM ORIGINAL
760370



DOCUMENTO 5 *T5%*



DOCUMENTO 3 *T3%*



Procurador



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160198042 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EVANIA RODRIGUES BATISTA **Data do acidente:** 21/12/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/07/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA EM MI DIREITO E OMBRO DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTO INCONCLUSIVO

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160198042 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EVANIA RODRIGUES BATISTA **Data do acidente:** 21/12/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: CONTUSÃO DO OMBRO DIREITO COM LESÃO ABRASIVA NA REGIÃO POSTERIOR DO OMBRO. CONTUSÃO NO JOELHO DIREITO COM LESÃO ABRASIVA NA REGIÃO ANTERIOR. FERIMENTO CORTO CONTUSO NA COXA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA REFERE DOR NO JOELHO E COXA DIREITA COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR. REFERE DOR NO OMBRO DIREITO COM DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS E DA FORÇA DO BRAÇO DIREITO. AO EXAME APRESENTA LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO JOELHO DIREITO, HIPOTROFIA DA PANTURRILHA DIREITA E MARCHA CLAUDICANTE. LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE EXTENSÃO, FLEXÃO E ROTAÇÃO INTERNA DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATADO CONSERVADORAMENTE DAS LESÕES SOFRIDAS. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito, Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/07/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Rosa Maria Vaz dos Santos

CRM do médico: 2109

UF do CRM do médico: RN

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 dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

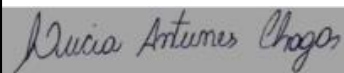
ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: LUCIA ANTUNES CHAGAS

CRM do médico: 52.95117-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Erônio Rodrigues Batista, brasileiro(a),
 estado civil: solteiro Profissão: do lar, portador(a) do RG
2910923, órgão expedidor STEPAN e do CPF: 303.832.704-05, residente
 no(a) TRV 4 MAR DA GALILEIA nº 93
 bairro: Monte Castelo, município: Parnamirim / RN.

OUTORGADO:

Nome: Francisco Manoel de Souza Dantas, brasileiro(a)
 estado civil: casado Profissão: Repente de Loja, portador(a) do RG
003.024.805, órgão expedidor SSBON e do CPF: 091.450.824-56, residente
 no(a) TRV 4 MAR DA GALILEIA nº 93
 bairro: Monte Castelo, município: Parnamirim / 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.

Parnamirim/RN 02/03/2016
 Local e Data

Erônio Rodrigues Batista 
 Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS

Paiva Amaral

TABELÃO: AIRENE JOSÉ AMARAL DE PAIVA

Av. Brigadeiro Souto, 10 - Boa Esperança - CEP: 55000-000 - Parnamirim - RN - Tel.: (84) 2020-3200 / 3272-2285

Reconheço por autenticidade a firma de EVÂNIA

RODRIGUES BATISTA

Parnamirim/RN, 02/03/2016

Em testemunho da verdade. Emol: R\$ 2,34

PEDRO ERASMO DE PAIVA NUNES - Substituto

*Válido somente com selo de autenticidade.



**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

Nome do(a) Examinado(a): **EVANIA RODRIGUES BATISTA** Sinistro: **3160198042** Data: **21/12/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **TRV 4 MAR DA GALILEIA, 93 - MONTE CASTELO - Parnamirim - RN - CEP 59149-206**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: **[ITEP /RN] 2.910.923**

Data local do exame: **[05/07/2016] Natal** **[RN]**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
CONTUSÃO DO OMBRO DIREITO COM LESÃO ABRASIVA NA REGIÃO POSTERIOR DO OMBRO. CONTUSÃO NO JOELHO DIREITO COM LESÃO ABRASIVA NA REGIÃO ANTERIOR. FERIMENTO CORTO CONTUSO NA COXA DIREITA. . VÍTIMA REFERE DOR NO JOELHO E COXA DIREITA COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR. REFERE DOR NO OMBRO DIREITO COM DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS E DA FORÇA DO BRAÇO DIREITO. AO EXAME APRESENTA LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO JOELHO DIREITO, HIPOTROFIA DA PANTURRILHA DIREITA E MARCHA CLAUDICANTE. LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE EXTENSÃO, FLEXÃO E ROTAÇÃO INTERNA DO OMBRO DIREITO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? **[X]** Sim **[]** Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? **[X]** Sim **[]** Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
TRATADO CONSERVADORAMENTE DAS LESÕES SOFRIDAS. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? **[X]** Sim **[]** Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do ombro direito, Limitação funcional do joelho direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o 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"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
Joelho direito

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):
Ombro direito

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

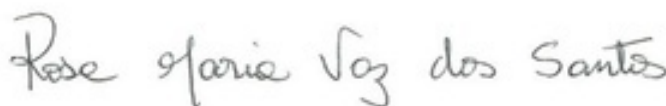
Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Rosa Maria Vaz dos Santos - CRM: 2109 - RN