



Número: **0800444-41.2019.8.20.5162**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **24/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO FAGNER MEDEIROS DE SOUZA (AUTOR)		OLGA CAROLINA AUGUSTA M B LIMA DE M E ALBUQUERQUE (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
42256063	24/04/2019 20:34	Petição Inicial	Petição Inicial
42256224	24/04/2019 20:34	Ação Francisco Fagner x DPVAT	Documento de Comprovação
42256227	24/04/2019 20:34	DOC PESSOAL FRANCISCO FAGNER2019021418171346	Documento de Identificação
42256232	24/04/2019 20:34	comprovante de residencia	Documento de Identificação
42256235	24/04/2019 20:34	PROCURAÇÕES - Francisco Fagner2019021418214977	Procuração
42256236	24/04/2019 20:34	bo francisco fagner - dpvat20190214 18070719	Documento de Comprovação
42256239	24/04/2019 20:34	declaração - dpvat20190214 18081430	Documento de Comprovação
42256241	24/04/2019 20:34	DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO - LIDER2019021418204069	Documento de Comprovação
42256243	24/04/2019 20:34	declaração SAMU - dpvat20190214 18092685	Documento de Comprovação
42256246	24/04/2019 20:34	documento - reabertura de processo	Documento de Comprovação
42256260	24/04/2019 20:34	DOCUMENTO DA MOTO20190214 18162395	Documento de Identificação
42256262	24/04/2019 20:34	documento prazo seguradora lider	Documento de Comprovação
42256264	24/04/2019 20:34	ENTRADA NOS DOCS - LIDER20190214 18195533	Documento de Comprovação
42256268	24/04/2019 20:34	FICHA DE AUTORIZAÇÃO - LIDER2019021418181085	Documento de Comprovação
42256270	24/04/2019 20:34	infomação de documento não conclusivo	Documento de Comprovação
42256277	24/04/2019 20:34	laudo médico com porcentagem de deficiência	Documento de Comprovação
42256279	24/04/2019 20:34	Laudo técnico constatando deficiência	Documento de Comprovação
42256281	24/04/2019 20:34	NECESSIDADE CIRURGICA WALFREDO - dpvat20190214 18135971	Documento de Comprovação

42256 286	24/04/2019 20:34	OCORRENCIA SAMU - dpvat20190214 18101063	Documento de Comprovação
42256 288	24/04/2019 20:34	OCORRENCIA SAMU 2 - dpvat20190214 18114708	Documento de Comprovação
42256 291	24/04/2019 20:34	RELATORIO HOSPITAL ANT PRUDENTE - dpvat20190214 18144198	Documento de Comprovação

em anexo





**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA
COMARCA DE EXTREMOZ/RN.**

FRANCISCO FAGNER MEDEIROS DE SOUZA, brasileiro, casado, CPF nº: 083.068.154-08, residente e domiciliado na rua Augusto Severo nº68 – Moinho dos Ventos - Extremoz/RN, CEP: 59571-260, vem perante V. Ex^a, com fulcro nos artigos 318 e 319 do CPC/2015 e no artigo 3º, II, da lei 6.194/74 com alteração dada pelas leis 8.441/92 e 11.482/2007, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT

em face da **SEGURADORA LÍDER**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita CNPJ nº 09.248.608/0001-04, com sede na R Senador Dantas, 74 5,6,9,14 E 15 ANDAR, Rio De Janeiro - RJ, (21)3861-4600, CEP 20031-205, pelos motivos e fatos que passa a expor.

DA GRATUIDADE DE JUSTIÇA

O autor é pessoa de baixa renda, motivo pelo qual, requer desde já, a concessão da gratuidade da justiça nos termos dos Artigos 98 e 99 do CPC/2015 e do Art. 5º, inciso LXXIV da CF/88, haja vista não possuir condição financeira de arcar com custas e despesas processuais, além dos honorários advocatícios, sem o prejuízo do seu próprio sustento e de sua família.



Vale ressaltar que, tal benefício, não está subordinado à comprovação da impossibilidade de custear as despesas processuais sem sacrificar a subsistência própria e da família. Nos termos do § 3º do artigo 99 do NCPC, presume-se verdadeira a alegação de insuficiência feita exclusivamente por pessoa natural, só sendo possível o indeferimento da gratuidade se estiver provado nos autos a falta dos pressupostos legais para a sua concessão, conforme previsão do §2º do supracitado artigo.

Diante do exposto, requer a concessão do benefício da **GRATUIDADE DA JUSTIÇA**, por ser medida da mais perfeita Justiça, conforme os dispositivos legais acima expostos.

DO INTERESSE DE AGIR

O benefício foi requerido pela via administrativa, conforme documentação acostada nos autos, porém em razão da morosidade e negativa fundamentada na inexistência de documentação suficiente para comprovar a necessidade do benefício, o autor, vem requerer o que entende ser de seu interesse.

DA CITAÇÃO

O Código de Processo Civil em vigor estabelece, em seu Art. 240 que a citação válida, ainda quando ordenada por Juízo incompetente, induz litispendência, torna litigiosa a coisa e constitui em mora o devedor, sendo assim, direito que assiste à parte requerente.

Por sua vez, segundo o Art. 239 do NCPC, é indispensável à citação do réu, senão vejamos:



Art. 239. Para a validade do processo é indispensável a citação do réu ou do executado, ressalvadas as hipóteses de indeferimento da petição inicial ou de improcedência liminar do pedido.
(Grifamos)

Ressalte-se ainda que, para que ocorra a audiência de conciliação ou mediação deverá o réu ser citado com antecedência mínima de 20 dias, in verbis:

Art. 334. Se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, devendo ser citado o réu com pelo menos 20 (vinte) dias de antecedência. (Grifamos)

Assim, por todo o exposto, requer a parte autora que seja determinada por este MM. Juízo, a citação da Seguradora Ré na forma estabelecida nos Artigos 239 e 334 do Código de Processo Civil.

DOS FATOS

Trata-se de seguro devido em face de acidente ocorrido no dia 24/02/2018, quando o autor saía do trabalho pilotando a sua moto (documentos anexos) as 06:14 da manhã, quando, chegando nas proximidades da AMBEV, um ciclista atravessou em sua frente, momento em que colidiu e caiu. Foi socorrido pela SAMU (documentos em anexo), levado ao hospital Walfredo Gurgel e em seguida encaminhado ao Hospital Antônio Prudente.

Foi realizado procedimento cirúrgico (conforme documentos) foi constatada uma lesão permanente em seu punho (conforme



laudos médicos) e essa lesão fez com que o autor passasse a se enquadrar como pessoa com deficiência.

O autor deu entrada administrativamente no pedido de liberação do seguro no dia 03 de Abril de 2018, conforme SINISTRO Nº 3180150365, inclusive, a seguradora sempre dificultava o andamento do processo que passou meses parado, e quando andava sempre alegavam estar faltando documentos, motivo pelo qual o processo foi interrompido e sempre o prazo seria renovado (conforme documentação em anexo).

Cansado de esperar, tendo em vista ser possuidor do direito de receber o seguro em razão da lesão sofrida em acidente automobilístico que afetou em 30% de sua capacidade de desempenho de atividades com uma das mãos, vem através do judiciário requerer a liberação do seguro.

DO DIREITO

A Lei 6.194/74 prevê que o beneficiário receba o valor da cobertura do seguro DPVAT junto a qualquer seguradora do Consórcio Estabelecido no Artigo 7º da referida norma.

Ainda de acordo com a supramencionada Lei, basta a mera demonstração de que a incapacidade ou debilidade permanente decorreu de acidente automobilístico e a qualidade de beneficiário/vítima de quem requer a indenização.

Conforme a documentação colacionada aos autos do processo, os requisitos legais supracitados encontram-se devidamente comprovados. Ressalte-se que, tendo a Medida Provisória n. 340, de 29 de Dezembro de 2006, posteriormente convertida na Lei nº. 11.482/2007, fixado o valor devido aos segurados em razão da invalidez ou debilidade permanente,



estabelecendo o valor máximo de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), desvinculando-o do salário mínimo, faz-se necessária a preservação do valor estabelecido pelo legislador, devendo ser aplicada a correção monetária a partir da data do evento danoso.

Neste sentido, decidiu o Superior Tribunal de Justiça em 27 de maio de 2015 ao julgar o Recurso Especial tombado sob o número 1.483.620 – SC.

Nos termos do art. 3º da lei nº. 6.194/74, os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar:

Art. 3º - Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

Conforme documentação probatória, o nexo de causalidade entre o fato ocorrido (acidente) e o dano dele decorrente são inequívocos, fazendo jus o Autor ao recebimento do seguro obrigatório nos termos do art. 5º da Lei nº 6.194/74:



Art. 5º. O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado. (grifo nosso)

No presente caso, tem-se em tela um ato ilícito pelo descumprimento de obrigação contratual por parte do Réu, o que se enquadra no Código Civil nos seguintes termos:

Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

Ou seja, pela omissão voluntária do réu, que reflete diretamente num prejuízo ao Autor tem-se configurado um ato ilícito.

No mesmo sentido, o Código Civil dispõe:

Art. 389. Não cumprida a obrigação, responde o devedor por perdas e danos, mais juros e atualização monetária segundo índices oficiais regularmente estabelecidos, e honorários de advogado.

Portanto, trata-se de necessária indenização proporcional ao dano sofrido pelo Autor, conforme precedentes sobre o tema:

DPVAT. Ação de cobrança. Boletim de Ocorrência que revela a dinâmica do acidente.



Carro desgovernado que atinge o braço do Autor. Acidente coberto pelo seguro obrigatório. Sentença confirmada. Recurso desprovido. (TJ-SP 10172507820168260451 SP 1017250-78.2016.8.26.0451, Relator: Pedro Baccarat, 36ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 04/05/2018)

DPVAT. Seguro obrigatório. Acidente automobilístico. Sequelas residuais permanentes. Obrigatoriedade do pagamento do DPVAT às vítimas de acidentes. De acordo com entendimento do Superior Tribunal de Justiça, a indenização do seguro, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. Incidência da correção monetária desde o evento danoso, nos termos da súmula 580 do STJ. Provimento parcial do recurso. (TJ-RJ - APL: 01481217420148190001 RIO DE JANEIRO CAPITAL 44 VARA CÍVEL, Relator: FERDINALDO DO NASCIMENTO, DÉCIMA NONA CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 11/05/2018)

Trata-se da necessária aplicação da lei, uma vez que demonstrado o compromisso firmado pelo contrato e a ocorrência do descumprimento, outra solução não resta se não o imediato pagamento do valor do seguro que o autor possui por direito.

CORREÇÃO MONETÁRIA - TERMO INICIAL



Conforme precedentes sobre o tema, o valor apurado deve sofrer correção monetária a partir da data do sinistro, conforme clara redação da Súmula 43 do STJ:

Súmula 43 - Incide correção monetária sobre dívida por ato ilícito a partir da data do efetivo prejuízo. (Súmula 43, CORTE ESPECIAL, julgado em 14/05/1992, DJ 20/05/1992)

Este entendimento predomina na jurisprudência, vejamos:

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT. ATUALIZAÇÃO DO VALOR INDENIZATÓRIO PREVISTO NA LEI N. 6.194/1974 DESDE A DATA DO EVENTO DANOSO. SÚMULA 580 DO STJ. SENTENÇA MANTIDA. RECURSO DESPROVIDO. (TJ-SC - AC:

03101020720168240033 Criciúma 0310102-07.2016.8.24.0033, Relator: Maria do Rocio Luz Santa Ritta, Data de Julgamento: 08/05/2018, Terceira Câmara de Direito Civil) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA. TERMO INICIAL. DATA DO EVENTO DANOSO. TESE FIRMADA PELO STJ SOB O FORMATO DO ART. 543-C DO CPC (REsp. 1.483.620/SC).

JUROS DE MORA. TERMO INICIAL. CITAÇÃO (STJ, SÚMULA 426). RECURSO PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA. 1. Ocorrido o acidente automobilístico, aferido que as lesões experimentadas pela vítima determinaram sua incapacidade parcial permanente decorrente da debilidade permanente do membro inferior esquerdo em um segmento que passara a afligi-la, patenteado o nexo de causalidade enlaçando o evento danoso à invalidez que a acomete, assiste-lhe o direito de receber a indenização derivada do seguro obrigatório - DPVAT - (...), a



omissão legislativa sobre a previsão de atualização do delimitado como simples forma de preservar a identidade das coberturas no tempo por estarem sujeitas ao efeito corrosivo da inflação obsta que seja determinada a correção das indenizações devidas desde o momento da fixação da base de cálculo, determinando que sejam atualizadas somente a partir do evento danoso, conforme tese firmada pela Corte Superior de Justiça sob o formato do artigo 543-C do CPC/73 em sede de julgamento de recursos repetitivos (Resp 1.483.620/SC), e incrementadas dos juros de mora legais a contar da citação (STJ, súmula 426). 5. Apelação conhecida e provida. Unânime. (TJ-DF 20170110092880 DF 0002977-97.2017.8.07.0001, Relator: TEÓFILO CAETANO, Data de Julgamento: 25/04/2018, 1ª TURMA CÍVEL, Data de Publicação: Publicado no DJE : 03/05/2018 . Pág.: 124-140)

Por tais motivos, o pagamento deve ser realizado levando-se em consideração a data do evento danoso, qual seja 24.02.2018.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS – DO REGRAMENTO DO NOVO CPC

O Novo Código de Processo Civil estabelece em seu Artigo 85, §8º que, ao Julgar a ação, o Juiz fixará o valor dos honorários por apreciação equitativa, quando for irrisório ou inestimável o proveito econômico ou quando o valor da causa for muito baixo.

Nesta senda, levando em conta o grau do zelo profissional, bem como o trabalho realizado pelo patrono do autor, requer a



condenação da parte Ré ao pagamento de honorários em valor não inferior a R\$ 2.000,00 (dois mil reais) nos termos do NCPC.

DOS PEDIDOS

Pelo exposto, requer:

- a) A concessão da **GRATUIDADE DA JUSTIÇA**;
- ☐ b) A citação da Seguradora Ré na forma estabelecida nos Artigos 239 e 334 do Código de Processo Civil;
- ☐ c) Realização de Perícia Médica antecipada e custeada pela Seguradora Ré, nos termos do Art. 139, VI do CPC/2015;
- ☐ d) Inversão do ônus da prova;
- e) Seja julgada a presente Ação TOTALMENTE PROCEDENTE, reconhecendo o direito a indenização, e determine que a seguradora pague a indenização referente ao SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT com juros a partir da citação, e CORREÇÃO MONETÁRIA com o índice INPC, a partir da data em que entrou em vigor a medida provisória nº 340/2006;
- f) A condenação da Requerida no pagamento das custas e demais despesas processuais, bem como no pagamento dos honorários advocatícios;
- g) Seja a Ré condenada ao pagamento em favor do Autor da indenização no valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), a ser corrigido monetariamente a partir da data do evento danoso e observado o correto grau de invalidez, bem como a devida proporcionalidade das lesões e suas REPERCUSSÕES;
- h) Requer ainda que os honorários advocatícios, estes arbitrados em valor não inferior a R\$ 2.000,00 (dois mil reais) nos termos do Art. 85, §8º do NCPC.

Protesta provar por todos os meios de prova em Direito admitidos, especialmente prova pericial médica, e, ainda, prova



documental, em especial complementar com a ulterior juntada de documentos.

Dá-se à presente causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Nestes termos, pede deferimento

Natal/RN, 24 de abril de 2019

Olga Carolina A.M.B.L.de M e Albuquerque
OAB/RN 13.352



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1333780931



IMPRIMIR

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTERUA MERMOS, 150, BALDO
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços do Rio Grande do Norte-

ARSEP 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE!

FRANCISCO FAGNER MEDEIROS
DE SOUZA

DATA DE VENCIMENTO

16/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 88,05

DATA EMISSÃO DA NOTA
FISCAL

13/04/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

13/04/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

022644817

CONTA CONTRATO
7011007575

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
Monofásico
B1

PERÍODO CONSUMO

16/03/2019 a 13/04/2019

CONSUMO

118

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 18,00 valor do imposto R\$ 13,80

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO

7011007575

MÊS/ANO

04/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 88,05

VENCIMENTO

16/05/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este canhoto será usado em
leitora ótica.

838500000008 880500384079 011007575209 012239380537



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

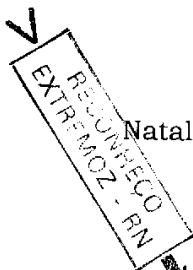
FRANCISCO FAGNER MEDEIROS DE SOUZA, brasileiro, CPF nº083.068.154-08, Residente e domiciliado na Rua Augusto Severo, nº 65, Moinho dos Ventos, Extremoz/RN, CEP: 59071-260.

OUTORGADA:

OLGA CAROLINA AUGUSTA MEDEIROS BEZERRA LIMA de MESQUITA e ALBUQUERQUE, brasileira, solteira, Advogada, inscrita na OAB/RN sob o nº 13.352, CPF nº 015.927.514-82, com escritório profissional à Rua Doutor Múcio Galvão, nº 477, Barro Vermelho, CEP 59022-530, Natal-RN.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo minha bastante procuradora outorgada acima e qualificada, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima **FRANCISCO FAGNER MEDEIROS DE SOUZA**.

Natal/RN, 14 de Março de 2018.



Francisco Fagner Medeiros de Souza

FRANCISCO FAGNER MEDEIROS DE SOUZA.



RECONHEÇO a assinatura de Francisco Fagner Medeiros de Souza por Autenticação Extremoz 15 de 03 de 18
Em Testemunho 9 da Verdade.

Maria Lúcia Costa de Souza
Maria Lúcia Costa de Souza
Tabelião Substituto




Procuração Particular

Outorgante: **FRANCISCO FAGNER MEDEIROS DE SOUZA**, brasileiro, CPF nº083.068.154-08, Residente e domiciliado na Rua Augusto Severo, nº 65, Moinho dos Ventos, Extremoz/RN, CEP: 59071-260.

Outorgada: **OLGA CAROLINA A. M. B. L. de M. e ALBUQUERQUE**, brasileira, solteira, Advogada, inscrita na OAB/RN sob o nº 13.352, com escritório profissional à Rua Doutor Múcio Galvão, nº 477, Barro Vermelho, CEP 59022-530, Natal-RN.

Poderes: Os poderes das cláusulas "*AD JUDICIA ET EXTRA*", para o foro em geral, podendo dito(s) procurador(es) em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(s) nas contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, bem como, fazer acordos, assinar documentos, dar quitações, passar recibos, inclusive em Cartórios, dar e receber quitações, usando de todos os meios e recursos legais, enfim praticar todos os demais atos necessários ao bom, fiel e cabal desempenho deste mandato, agindo em conjunto ou separadamente, independentemente da ordem de nomeação e especialmente para atuar na Justiça Estadual, e, inclusive, substabelecer, total ou parcialmente, como bem lhe (s) aprover.

NATAL/RN, 05 de Março de 2018.


FRANCISCO FAGNER MEDEIROS DE SOUZA





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE EXTREMOZ
Endereço: RUA COMANDANTE DIDDIER VIANA, S/N, CONJUNTO ESTRELA DO MAR, EXTREMOZ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018021000367 1.2 Data de Expedição: 28/02/2018 13.57.30
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: 24/02/2018 06.14.00 2.2 Autoria: Desconhecida
2.3 Fato: Consumado 2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo 2.7 Logradouro: PASSAGEM DA VILA
2.6 Tipo do local: Via Pública 2.9 CEP: 59.575-000
2.8 Número: SN 2.11 Ponto de Referência: PROX. A AMBEV
2.10 Complemento: 2.13 Cidade: EXTREMOZ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: HELOISA DOS SANTOS TORRES 3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.3 Nome Social: 3.4 Pai: NILSON DA SILVA TORRES
3.5 Etnia: Parda 3.6 Mãe: FRANCISCA MARIA DOS SANTOS TORRES
3.7 Sexo: FEMININO 3.8 Orientação Sexual:
3.9 CPF: 09860481431 3.10 Identidade de Gênero:
3.11 Nacionalidade: 3.12 Data de Nascimento: 10/03/1993
3.13 Profissão: DO LAR 3.14 RG: 003102976 - ITEP/RN
3.15 Telefone(s): 84 988928187 3.16 Passaporte:
3.17 Número: 65 3.18 Naturalidade: NATAL - RN
3.19 Bairro: MOINHO DOS VENTOS 3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 3.22 Logradouro: RUA AUGUSTO SEVERO
3.23 Cidade: EXTREMOZ 3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 Nome Completo: FRANCISCO FAGNER MEDEIROS DE SOUZA 4.1.2 Estado civil: Solteiro(a)
4.1.3 Nome Social: 4.1.4 Pai: FRANCISCO BATISTA DE SOUZA
4.1.5 Mãe: FRANCINETE MARIA DE MEDEIROS DE SOUZA 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: 11/09/1989
4.1.11 CPF: 08306815408 4.1.12 RG: 002826322
4.1.13 Nacionalidade: 4.1.14 Profissão: ESTOQUISTA
4.1.15 Logradouro: RUA AUGUSTO SEVERO 4.1.16 Passaporte:
4.1.17 Número: 65 4.1.18 E-Mail:
4.1.19 Bairro: MOINHO DOS VENTOS 4.1.20 CEP: 59575000
4.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 4.1.21 Cidade: EXTREMOZ

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não 7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi: LXYJCKL00E0516268 7.1.4 Renavam: 01025184685
7.1.5 Placa: OWB7225 7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
7.1.7 Marca: I/SHINERAY XY 150 GY 7.1.8 Modelo:
7.1.9 Ano do Modelo: 2014 7.1.10 Ano de Fabricação: 2013
7.1.11 Cor do veículo: BRANCA 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 FAGNER MEDEIROS DE SOUZA 7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:
7.1.17 Nome do condutor: FRANCISCO FAGNER MEDEIROS DE SOUZA
7.1.18 Observações: CNH DE NÚMERO 06756567553

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico
A COMUNICANTE INFORMA QUE NA DATA DE 24/02/2018 POR VOLTA DAS 06:14 MINUTOS, A PESSOA DA VÍTIMA PILOTAVA SUA MOTO DO SEU TRABALHO EM DIREÇÃO A SUA RESIDÊNCIA, QUANDO NAS PROXIMIDADES DA LADEIRA DA AMBEV, UM CICLISTA ATRAVESSOU EM SUA FRENTE, QUE O MESMO COLIDIU E CAIU. QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELA SAMU ATÉ O HOSPITAL WALFREDO GURGEL EM NATAL, EM SEGUIDA FOI ENCAMINHADO AO HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE. NADA MAIS DISSE.
9.2 Informações do CIOSP

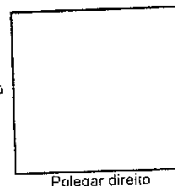
10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data: 28/02/2018 13.57.30

Policial

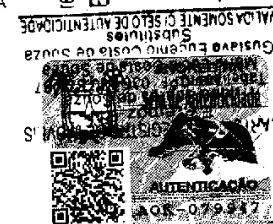
Interessado



Polegar direito

Certifico que a presente cópia é verdadeira e fiel reprodução do original, do que dou fé.
Extrezo 15 de 03 de 18

MARIA LUCIA COSTA DE SOUZA
TABELA SUBSTITUA



Protocolo: J2018021000367 - Código de autenticação: 933a6247380644325a118a1426c0410

LIDER
Seguradora do Seguro DPVAT**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal"):

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Francisco F. Medeiros de Souza

CPF da Vítima

0806815408

Data do Acidente

24/02/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Natal 2 de 04 de 18

Local e Data

Francisco F. Medeiros de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001-2017

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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 OLGA CAROLINA AUGUSTA MENDIROS BEZERRA inscrita (a) no CPF/CNPJ 019.927.514-88 / LIMA DE MESQUITA E ALBUQUERQUE na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FRANCISCO FAGNER MENDIROS DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 083.063.154-1 / 08, do sinistro de DPVAT cobertura da Vítima FRANCISCO FAGNER MENDIROS DE SOUZA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 083.063.154-1 / 08, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: ADVOGADA Renda: 2.500,00 e apresento os documentos comprobatórios:

EXTRATO BANCÁRIO DOS ÚLTIMOS 3 MESES / IR DE 2017.

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA PRAIA DE TIBAU</u>		Número <u>601</u>	Complemento <u>RESIDENCIAL ZONA SUL</u>
Bairro <u>NOVA PARNAMIRIM</u>	Cidade <u>PARNAMIRIM</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59.191-550</u>
Email <u>OLGABEZERRA@GMAIL.COM</u>		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(84) 99955-4446</u>

Natal / RN, 15 de Março de 2018
Local e Data

Olga Carolina Augusta Mendiros Bezerra Lima de Mesquita e Albuquerque
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 RN



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fazem necessário, que em busca no sistema informatizado do SAMU 192 RN foi encontrado a ocorrência Nº 37610/1 referente ao paciente **FRANCISCO FAGNER MEDEIROS DE SOUZA** 28 anos atendido pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 RN, no dia 24/02/2018 em Extremoz/RN vítima colisão moto/bike Conforme ficha anexa.

Natal, 27 de fevereiro 2018

Dra. Sabrina Câmara de Macedo
Coordenadora da Regulação Médica do SAMU 192 RN
Mat. 195864-0

SAMU 192 RN

END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 - BARRO VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
CEP: 59.022-545
FONE: 84 3209-5316





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

Rio de Janeiro, 25 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180150365

Vítima: FRANCISCO FAGNER MEDEIROS DE SOUZA

Data do Acidente: 24/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: OLGA CAROLINA AUGUSTA M B LIMA DE M E ALBUQUERQUE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO FAGNER MEDEIROS DE SOUZA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00285/00286 - carta_16 - INVALIDEZ

00010143



Carta nº 13752079



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

ETERN - RN Nº 013251405852
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 Cód. RENAVAM: 01025184655 R.N.T.R.C.: EXERCÍCIO: 2017

NOME: FRANCISCO FAGNER MEDEIROS DE SOUZA

PLACA: 085.068.154-08 OWB7225

PLACA ANT / UF: OWB7225 / RN

CHASSI: LKXJCKL00E0516268

ESPECIE TIPO: COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: ANO FAB: 2013 ANO MOD: 2014

SHINERAY XY 150 GY CAP / POT / CL: CATEGORIA: COR PREDOMINANTE: BRANCA

CV/150 CILINDRADAS PARTICULAR

COTA ÚNICA: VENC. COTA ÚNICA: 05/05/2017 1º PAGO

FAIXA IPVA: PARCELAMENTO / COTAS: 2º PAGO

050708 3X R\$ 3.333,33 3º PAGO

TARIFARIO (R\$): IOF (R\$): PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: *** LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES: FOR: 162FMJEA071571

DATA: 11/05/2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS E MATERIAIS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

O SEGURO DPVAT COBRE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO.

ESTÃO COBERTOS TODOS OS CIDADÃOS, EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL, SEJAM ELER MOTORISTAS, ASSAQUEIROS OU PEDESTRES.

SÃO OFERECIDOS TRÊS TIPOS DE COBERTURA: MORTE, VALORIZ PERMANENTE E REEMBOLSO DE DESPESAS ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES (DAMB).

SE VOCÊ FOR VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO OU SEU FAMILIAR, SOLICITE A INDENIZAÇÃO EM UM DOS PONTOS DE AUTOMATIZADO AUTORIZADOS (CONSULTE-OS EM www.sac.dpvat.com.br) SE TIVER DÚVIDAS, LIGUE PARA O SAC DPVAT 0800 022 1204.

VALORES DE INDENIZAÇÃO POR PESSOA VITIMADA E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA NECESSÁRIA PARA PEDIDO DE INDENIZAÇÃO:

MORTE (1) VALORIZ PERMANENTE (2) DAMB (3)

R\$ 13.500,00 R\$ 13.500,00 R\$ 13.500,00

(1) MORTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CERTIDÃO DE ÓBITO, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E DO DOENÇA (FOLHETOS) E PROVA DA QUALIDADE DE BENEFICÍARIO(S) (VÍNCULO COM O CALELUGO).

(2) VALORIZ PERMANENTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E DO DOENÇA (FOLHETOS) E PROVA DA QUALIDADE DE BENEFICÍARIO(S) (VÍNCULO COM O CALELUGO).

(3) DAMB: DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, BOLETIM DE INDENIZAÇÃO MÉDICO-HOSPITALAR, OU DOCUMENTO EQUIVALENTE QUE COMPROVE QUE AS DESPESAS HOSPITALARES EFETIVADAS POSSAM OCORRER EM VÍNCULO À VÍTIMA DE DANOS MATERIAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, CÓPIA DA VEÍCULO A QUE SE REFERE O ACIDENTE, COM A VENCIMENTAÇÃO DE QUANTIAÇÃO DAS DESPESAS PERMANENTES, DESPESAS DE ALUGUÍO COM O PERCENTUAL DE 10% (DÉCIMA) CONSTANTES DO ANEXO DA LEI 6.194/1974.

IMPORTANTE:

NÃO É NECESSÁRIO ADVOGADO, DESPACHANTE OU QUALQUER INTERMEDIÁRIO PARA OBTENÇÃO DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO OU ACOMPANHAR O ANDAMENTO DO PROCESSO.

O REEMBOLSO DE DIÁRIOS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES, ESTÁ LIMITADO A VALORES DEFINIDOS EM TABELA QUE ATENDE AOS REQUISITOS DO ART. 15 DA RESOLUÇÃO CNSP Nº 273/2012.

PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO: TRINTA DIAS, A PARTIR DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA.

A INDENIZAÇÃO SERÁ PAGADA COM BASE NO VALOR VIGENTE NA DATA DA OCORRÊNCIA DO SINISTRO.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS PROPRIETÁRIOS DE VEÍCULOS DE ACQUÍDO COM PLACA 8.194/1974, SENDO PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO ANUAL DE VEÍCULOS.

PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO: DE 01 DE JANEIRO A 31 DE DEZEMBRO DO EXERCÍCIO A QUE SE REFERE ESTE BILHETE.

O SEGURO DPVAT DEVE SER PAGADO JUNTAMENTE COM A PRIMEIRA COTA OU COM A COTA ÚNICA DO IMPÓSTO DE PROPRIEDADE DE VEÍCULOS AUTOMOTORES - IPVA, CASO SEJA FEITA A CIRCULAÇÃO PELO PARCELAMENTO, O VENCIMENTO TAMBIÉM ESTARÁ ATRELADO AO PAGAMENTO DAS PARCELAS DO IPVA, OS VENCIMENTOS DO IMPÓSTO E DO SEGURO DPVAT SEMPRE NA MESMA DATA.

O VEÍCULO NÃO ESTARÁ VENTAMENTE LICENCIADO SE O SEGURO OBRIGATORIO NÃO FOR PAGO (RESOLUÇÃO CONTRAN Nº 664/1993).

50% DO VALOR DO IMPÓSTO DO SEGURO OBRIGATORIO PAGO TEM A SEGUINTE DESCONTO.

45% AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS, DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA-HOSPITALAR ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (ART. 27 DA LEI 8.112/1991).

5% AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO - DENATRAN, PARA ATENDIMENTO EM PROGRAMAS DESTINADOS À PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 78 DA LEI Nº 5.503/1997 - CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO).



ATENDIMENTO AO PÚBLICO
SAC DPVAT 0800 022 1204
www.seguradoralider.com.br

INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURO DPVAT, PEDIDOS DE INDENIZAÇÃO E REEMBOLSO, ANDAMENTO DE SOLICITAÇÕES, LOCALS DE ATENDIMENTO, DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA, PRAZOS E DEMAIS DÚVIDAS.



DISQUE - SUSEP
0800 021 8484
www.susep.gov.br

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS E MATERIAIS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 013251405852 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSA: 11/05/2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA: 1 CPF / CNPJ: 085.068.154-08 PLACA: OWB7225

RENAVAM: 01025184655 MARCA / MODELO: 17 SHINERAY XY 150 GY

ANO FAB: 2013 CAT. IFA: 9 Nº CHASSI: LKXJCKL00E0516268

PRÊMIO TARIFARIO

FNS (R\$): DENATRAN (R\$): CUSTO DO SEGURO:

CUSTO DO BILHETE (R\$): IOF (R\$): TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO

PAGAMENTO: ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO:

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

SEGURO OBRIGATORIO

IPVA - 1ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2ª COTA

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

MULTAS DE TRÂNSITO

ENCARGOS DO DETRAN

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO FAGNER MEDEIROS DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180150365

Vítima: FRANCISCO FAGNER MEDEIROS DE SOUZA

Data do Acidente: 24/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: OLGA CAROLINA AUGUSTA M B LIMA DE M E ALBUQUERQUE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180150365**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12613093

Pag. 01317/01318 - carta_01 - INVALIDEZ



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0115928/18
Vítima: FRANCISCO FAGNER MEDEIROS DE SOUZA
CPF: 083.068.154-08

Data do Acidente: 24/02/2018
CPF de: Próprio Titular do CPF: FRANCISCO FAGNER MEDEIROS DE SOUZA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FRANCISCO FAGNER MEDEIROS DE SOUZA : 083.068.154-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

OLGA CAROLINA AUGUSTA M B LIMA DE M E ALBUQUERQUE : 015.927.514-82

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

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/04/2018
Nome: FRANCISCO FAGNER MEDEIROS DE SOUZA
CPF/CNPJ: 083.068.154-08

FRANCISCO FAGNER MEDEIROS DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/04/2018
Nome: Luciana Barros Silvano
CPF: 980.503.544-15

Luciana Barros Silvano



Remessa de Documentação
ASL-0115928/18
OLGA CAROLINA AUGUSTA M B LIMA DE M E
ALBUQUERQUE



A011592818



B0021004800



C779772417



D801986127

Documentos nessa remessa:

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

No caso de problemas na recepção ou conferência
desta documentação, favor retorná-la para:

SINCOR/RN
Avenida Amintas Barros, 2756 - Lagoa Nova
Natal - RN - CEP 59054-830



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

083.068.154.08

Nome completo da vítima

Francisco Fagner Medeiros de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Francisco Fagner Medeiros de Souza		CPF titular da conta 083.068.154.08	Profissão Op. de Máquinas
Endereço Rua: Augusto Severo		Número 65	Complemento Coba
Bairro Moinho dos Ventos	Cidade Extremoz	Estado RV	CEP 59575-000
Email fagnermc@gmail.com			Telefone (DDD) 98892-8487

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input checked="" type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0321 D/V 2 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome _____ NRO. _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. 00446123 D/V 0 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Natal de abril de 2018
Local e Data

Francisco Fagner Medeiros de Souza
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Rio de Janeiro, 28 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO FAGNER MEDEIROS DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180150365

Vítima: FRANCISCO FAGNER MEDEIROS DE SOUZA

Data do Acidente: 24/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: OLGA CAROLINA AUGUSTA M B LIMA DE M E ALBUQUERQUE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180150365**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00693/00694 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13022800





ANTONIO
PRUDENTE
Natal

Relatório Médico

O paciente possui fratura
membros de Souza, 29 anos, foi
suscetível a tratamento cirúrgico
de fratura do punho (RA20/Ulna
distal) em 20/07/2018 com a colocação
de placa + parafusos. Evoluindo
com redução da amplitude de movimento
do punho (D) (10% flexão/20% extensão
/ 30% de extensão) e eventual dor
sobre os esforços.

Ata / RU

22/09/18

João Paulo Araújo
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia da Coluna
RUA/RN 5798 / TEGT 13274

Hospital Antonio Prudente - Av. Presidente Quaresma, 930, Bairro Alecrim



LAUDO TÉCNICO PARA CERTIFICAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA

(modelo sugerido de acordo com as informações exigidas pelo Art. 8º da IN MTE nº 98 de 15/08/12 - DOU de 16/08/2012.)

Nome: Francisco Fagnun Medeiros de SouzaCPF: 083.068.254-08 RG: 002826322 Órgão emissor: ITEP**TIPO DE DEFICIÊNCIA:**☒ **FÍSICA** - CID 10: _____

PARAPLEGIA		PARAPARESIA		MONOPLEGIA		MONOPARESIA		TETRAPLEGIA
TETRAPARESIA		TRIPLEGIA		TRIPARESIA		HEMIPLEGIA		HEMIPARESIA
OSTOMIA		AMPUTAÇÃO OU AUSÊNCIA DE MEMBRO				PARALISIA CEREBRAL		
NANISMO	X	MEMBROS COM DEFORMIDADE CONGÊNITA OU ADQUIRIDA						

Interferência funcional da deficiência: redução da amplitude de movimento do punho direito (40% flexão, 20% pronação e 20% de extensão).☐ **AUDITIVA** (anexar audiometria): Perda bilateral, parcial ou total, nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz com percepção de ruído de 41(dB) ou acima.

CID 10: _____

PERDA AUDITIVA (dB):	FREQUÊNCIA (Hz)			
	500	1000	2000	3000
Ouvido direito:				
Ouvido esquerdo:				

☐ **VISUAL** (anexar exame oftalmológico): Cegueira: acuidade visual igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica. baixa visão: acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica. Ou nos casos em a somatória da medida do **campo visual**, em ambos os olhos, for **igual ou menor que 60°**. Visão monocular: conforme parecer Conj/MTE Nº 444/2011; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

CID 10: _____

DEFICIÊNCIA VISUAL:	Olho Direito	Olho Esquerdo
Acuidade Visual:		
Campo Visual:		
Visão monocular		

☐ **INTELLECTUAL/MENTAL/ ESPECTRO AUTISTA** (anexar exame de especialista): funcionamento intelectual inferior a média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: a) comunicação, b) cuidado pessoal, c) habilidades sociais, d) utilização dos recursos da comunidade, e) saúde e segurança, f) habilidades acadêmicas, g) lazer, h) trabalho.

CID10: _____

Interferência funcional da deficiência: _____

☐ **MÚLTIPLA** - Quando coexistem duas ou mais deficiências. (Preencher os campos correspondentes)

Atesto o enquadramento legal do(a) empregado(a) acima identificado, para integrar a cota da reserva legal de cargos, de acordo com as definições estabelecidas na Convenção nº 159 da OIT, Parte I, art. 1; Decreto nº 3.298/99, art. 3º e 4º, com as alterações dadas pelo art. 70 do Decreto nº 5.296/04, que regulamenta a Lei 8213/91, Parecer Conj/MTE Nº 444/2011 Ou fundamentado em decisão judicial.

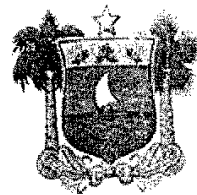
Notas: 12/11/18
Local e data:Marcos Daniel H. de Macedo
Médico
CRM 5524-RN

Assinatura do profissional de saúde de nível superior, com carimbo e nº do CR

Estou ciente e de acordo com minha inclusão na reserva legal de cargos de pessoa com deficiência e autorizo tornar público, quando necessário, a minha condição de deficiente.

Assinatura do empregado: Francisco Fagnun Medeiros de Souza

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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 8817 /2018

Admissão: 24/02/2018 07:32:59

CIRURGIA GERAL - VERDE

f.2

Paciente: 62740 - FRANCISCO FAGNER MEDEIROS DE SOUZA (28 a 5 m 13 d)
Nascimento: 11/09/1989 Natural: SAO BENTO DO NORTE, BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: 898003727628652 CPF: Prof:
Mãe: FRANCINETE MARIA DE MEDEIROS DE SOUZA Pai:
Endereço: AUGUSTO SEVERO, 65 Cidade: EXTREMOZ
CEP: 59575000 Bairro: EXTREMOZ
Telefone: 84 88928187 Compl:

Motivo: CONSULTA DE URG/EMERGENCIA
Origem: AMBUL. SAMU RN

Tipo: REFERENCIADO
*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

BS: ACIDENTE MOTO/BICICLETA

Classificação: 24/02/2018 07:26:56

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	120/80		99%		18	72			

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

cas: FRATURA PUNHO, ESCORIAÇÕES JOELHO

Paciente vítima de colisão moto-bicicleta há 30 min. Relata dor em MSD e MIE. Não perde de consciência, vômitos, náuseas.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A abd. abdo. positivos s/ cervicalgia
B MV+ simétrico s/PA
C ext. al.

ECG: IS

escoriação em joelho e

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

abdome e pelve: s/ alterações

Ida: -

AGNOSTICO INICIAL - CID

Será via SX por FRANCISCA LUCIA MACIEL. Impresso em 24 de Fevereiro de 2018.

RAIOS X

24/02/18



O EXAME FÍSICO SECUNDÁRIO E A AVALIAÇÃO DETALHADA CRITÉRIOS DO PACIENTE (DA CABEÇA AOS PÉS), VEJA, NÃO APENAS OLHE; OUÇA, NÃO APENAS ESCUTE; SINTA NÃO APENAS TOQUE

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A
B
C
D
E

A (ALERGIAS): Não medicamentos, AAS, AINES

M (MEDICAÇÃO EM USO):

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):

L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS)

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

V (PASSADO VACINAL): Atualizado

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

Rx de MTD APE perfil
Rx de mão D APE oblíquo
Rx de torax AP
Rx de MIE APE perfil

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUITA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

1) Tramal 50mg - 0,5amp +
Sac me SFO 10% - 10ml, com
em 0,5hora

2) VAT, IM

3) Tramal 50mg - 0,5amp +
Sac me SFO 10% - 10ml, com
em 0,5hora
Tramal 50mg - 0,5amp +
Sac me SFO 10% - 10ml, com
em 0,5hora
Tramal 50mg - 0,5amp +
Sac me SFO 10% - 10ml, com
em 0,5hora

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: <u>ORTOPEDIA</u>	HORA: <u>07h48</u>	DATA: <u>24/02/18</u>
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:

Dra. Jéssica Mariano
Médica
CRM 89091/RN

MÉDICO (CARIMBO)

O preenchimento do boletim de atendimento produz uma ação em saúde mais qualificada, um serviço hospitalar com registros mais fidedignos e protege o profissional de saúde, contribui para a melhoria da assistência no HMWG.

ALGORTIMO PI SUPORTE BASICO DE VIDA: 1- AVALIE A RESPONSABILIDADE DA VITIMA 2- PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAIS) 3- PEÇA UM DESFIBRILADOR 4- AVALIE RESPIRAÇÃO VER, OUVIR, SENTIR 5- SE APNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSÃO VALVULA MASCARAS) 6- AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMORAL (BRAFIDUAL) 7- SE NÃO HOUVER PULSO, INICIE RESSUSCITAÇÃO CARDÍACA 8- SE HOUVER PULSO, MAS SEM RESPIRAÇÃO, INICIE VENTILAÇÃO 9- SE HOUVER PULSO E RESPIRAÇÃO, MAS SEM CONSCIÊNCIA, INICIE MANEIO DA VITIMA 10- INICIE MANEIO DA VITIMA 11- AVALIE A RESPIRAÇÃO DA VITIMA 12- PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAIS) 13- PEÇA UM DESFIBRILADOR 14- AVALIE RESPIRAÇÃO VER, OUVIR, SENTIR 15- SE APNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSÃO VALVULA MASCARAS) 16- AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMORAL (BRAFIDUAL) 17- SE NÃO HOUVER PULSO, INICIE RESSUSCITAÇÃO CARDÍACA 18- SE HOUVER PULSO, MAS SEM RESPIRAÇÃO, INICIE VENTILAÇÃO 19- SE HOUVER PULSO E RESPIRAÇÃO, MAS SEM CONSCIÊNCIA, INICIE MANEIO DA VITIMA 20- INICIE MANEIO DA VITIMA

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Cilios se abrem espontaneamente	4
Cilios se abrem ao comando verbal (não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3)	3
Cilios se abrem por estímulo doloroso	2
Cilios não se abrem	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Oscurecimento (Responde corretamente e apropriadamente as perguntas sobre seu nome, idade onde está, etc. ou (porquê, a data e etc.)	5
Comunicação (Responde as perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Faz alegria, mas sem troca conversacional)	3
Som ou palavras sem sentido (Somando sem articular palavras)	2
Silêncio	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Oscurecimento (Responde corretamente e apropriadamente as perguntas sobre seu nome, idade onde está, etc. ou (porquê, a data e etc.)	6
Localiza o estímulo doloroso	5
Retirada inspecção a dor	4
Palavras de dor (Desorientação)	3
Palavras de dor (Desorientação)	2
Silêncio	1
Total	

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4
	9-12 = 3
	6-8 = 2
	4-5 = 1
	3 = 0
FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20 = 4
	12-20 = 3
	6-20 = 2
	4-20 = 1
	3 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90-120 = 4
	70-90 = 3
	50-70 = 2
	40 = 1
	30 = 0

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)				
SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

03 - Grave (necessidade de intubação imediata);
09- 3º moderado;
14-15-leve

* Referência: TEASDALE G., JENNET B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-84

** A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com o teste superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa aplica-se ao doente que classifica a intensidade do seu dor de acordo com os seguintes adjetivos:



FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

610/1

Data: 24/02/2018

RM: WIONADJA SAONARA DE MELO OLIVEIRA

Médico Regulação: CLÁUDIO AUGUSTO CÂMARA DE MACEDO

Rádio Operador: KLEBERSON PLATINY COUTO SILVA

Médico Cena: WALKER FERREIRA DA SILVA

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 49 (CEARÁ-MIRIM)

Equipe VTR: ALDEMIR MACIEL DA SILVA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

EDINALDO DA SILVA BEZERRA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

REGULAÇÃO MÉDICA TROTE INFORMAÇÃO ENGANO QUEDA DA LIGAÇÃO CONTATO COM EQUIPE SAMU TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: EXTREMOZ

Nome do Solicitante: ALVARO

Telefone: (84) 99664-0771

Nome do Paciente:

FRANCISCO FAGNER MEDEIROSE DE SOUZA

Idade: *

28 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

Endereço não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: Longitude:

Endereço: RH

Nº: 00

Bairro:

Outro Bairro: ZONA RURAL

Referência/Complemento: PX. A PASSAGEM DA VILA - DEPOIS DA LADEIRA DA AMBEV

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL MONSINHOR WOLFREDO GURGEL

Observações Rádio Operador: PCTE AOS CUIDADOS DO DR KERGINALDO NO HCS.

Queixa Primária: MOTO X BIKE

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Residência

Histórico Regulação Médica:

24/02/2018 06:15:00 - Dr(a). CLÁUDIO AUGUSTO CÂMARA DE MACEDO

APH: TRAUMA - HD: ACIDENTE MOTO X BICICLETA

REGULAÇÃO: COLISÃO MOTO X BIKE, 02 VÍTIMAS, RESPIRANDO BEM COM ESCORIAÇÕES EM BRAÇO E PERNA

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE:

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO:

Apoio:

Data: 24/02/2018 06:16:04 Usuário: (TARM) WIONADJA SAONARA DE MELO OLIVEIRA

Observação: COMPLEMENTO: Rodovia BR-101, Km 6.

Data: 24/02/2018 06:20:49 Usuário: (RADIO OPERADOR) HUGO HENRIQUE OLIVEIRA NAZÁRIO

Observação: Controle de frota: USB 49 NO QTI SAINDO DO PA SGA

Data: 24/02/2018 07:49:58 Usuário: (RADIO OPERADOR) KLEBERSON PLATINY COUTO SILVA

Observação: Controle de frota: PCTE AOS CUIDADOS DO DR KERGINALDO NO HCS.

Chamado:
24/02/2018
06:14:07Saída Local:
24/02/2018
06:50:00Regulação Médica:
24/02/2018
06:15:30Chegada Destino:
24/02/2018
07:22:00Solicitação VTR:
24/02/2018
06:17:54Liberação Destino:
24/02/2018
07:49:54Saída VTR:
24/02/2018
06:20:35Liberação VTR:
24/02/2018
07:49:55Chegada Local:
24/02/2018
06:40:00

ção

Conduta Médico Regulador:

24/02/2018 06:59:13 - WALKER FERREIRA DA SILVA
VITIMA DE QUEDA DE MOTO (APOS COLISÃO COM BIKE). CONSCIENTE E ORIENTADO. APRESENTA SINAIS DE TRAUMA EM PUNHO DIREITO COM DEFORMIDADE (FRATURA FECHADA) E TRAUMA LM JOELHO ESQ. CONDUTA: IMOB. CF. PROTOCOLO. QTI PS CLOVIS SARINHO (POLITRAUMA)

24/02/2018 07:13:18 - WALKER FERREIRA DA SILVA
CONTATO COM DR HUGO (PSCS)/POLITRAUMA

WALKER FERREIRA DA SILVA

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL (NP) - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGE

Vaga Negada - Motivo:

- SELECIONE -

H. ligação ao serv. prop.:

F:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

Vaga Negada

Vaga Zero

Motivo da entrada:

Ass:

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:

Sim Não

Sim Não



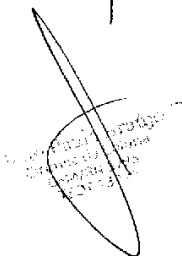


ANTONIO
PRUDENTE
Natal

Relatório médico

O paciente Francisco Francisco
nasceu de Souza foi suscitado
A cirurgia ortopédica para com
os ps fraturas do Rino, após
data de 24/02/18, sendo de
responsabilidade de fratura sem
atrasos profissionais por 90 dias
(avaliação)

Natal/RN
28/02/18.



Hospital Antonio Prudente - Av. Presidente Quaresma, 930, Bairro Alecrim.

