

Paciente com sintomas de cefaleia, náuseas e vômito, expressando-se observando, febre, dor de cabeça e dor nas costas.

EXAME FÍSICO

Observação, febre, dor de cabeça e dor nas costas.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Pulseira (10).

EXAMES COMPLEMENTARES (RÁDIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO

Festinação esportiva.

OUTROS

dos ossos da perna.

CONDUTA PRIMÁRIA (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

A.C.C.

Cefalotina 2g, IV.

oxigênio.

Tromental 100mg p/100ml 560ml & frasco.

CONFIRME CONFORME
MATERIAL 301001

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

ASSINATURA

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica

À Revélia

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado

S.V.O.

I.T.E.P.

Médico de Armação

Descrever nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica

À Revélia

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado

S.V.O.

I.T.E.P.

Identificação

Enfermaria: _____ Leito: 911 UTI: _____ Leito: _____
 Data de admissão: 03/01/2008 Alta: _____ / / / Naturalidade: BOA VISTA / DF
 Nome: HOMERENE MARIA CHAVES Idade: 33 Sexo: () Masculino (X) Feminino Data de Nascimento: 13/09/1985
 RG: 50830461 Estado Civil: SOLTEIRA Nível de Instrução: 2º ELEM INC.
 Filiação: Pai: FRANCISCO DAS CHAGAS CHAVES
 Mãe: LIAETIENE MARIA CHAVES
 Endereço: AV. DILMA RANGOS, 647 - MARGA AZUL Cidade: MAFRA
 Telefone: 98731-2263 () Residencial () Trabalho () Recado
 Contato: 098731-2277 Outros telefones:
 Composição familiar: REBECA COM COLIBANHEIRA + ENTEADA
 Outras informações: Faz uso de (X) Alcool (X) Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: PROFISSÃO Trabalho c/ vínculo empregatício () Não (X) Sim
 () Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
 Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PET () PSF () CAPS () SAD
 Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa: MATAL 30/10/19

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento	() Trazido por familiares	MAT. N° _____ (X) Trazido pelo SAMU
() Socorrido em via pública	() Outros meios	ASSINATURA
() Encaminhado: Hospital de origem: _____		

Critérios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo?

Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental

Responsável pelo paciente: CECILIA VITÓRIA SARIBABA DA SILVA

Parentesco: COUSINA Telefone: 98731-2263

Endereço do Responsável: R. VESUVIO

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

PACIENTE VENUE DE COLHEITA MOTO X MOTO. COLHEITA MOTO
 ORIENTADA DIA SABAE NOITE NOITE HOSTELARIA E CONGREGAÇÃO
 DO CÓDIGO DOS DOCUMENTOS

Assistente Social
 CRESS/864

Saída

Óbito: Encaminhamento: Itep () SVO () DO () Obs.

Alta hospitalar () Transferência () Destino:

Orientações/Encaminhamentos:



Nome Francklin Mano Chaves

Leito:

Idade:

Nº Registro:

DATA

Evolução Multidisciplinar

23/11/18

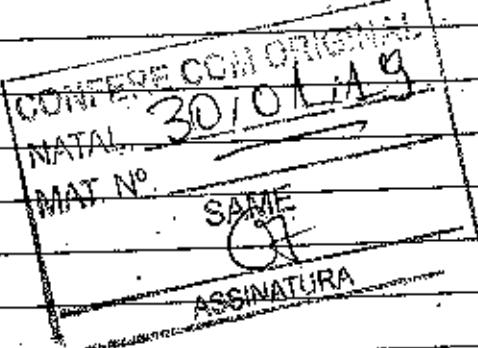
Paciente feto operatório medico
de foliculo do fuso D, observar
intervenção

Ronaldo Marcello M. Teixeira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN - 5148

Paciente 15 dias bair, MTR bom
apresentando f.d. com bom aspecto
sem deficit (le) neurológico

Caf UTM

Ronaldo Marcello M. Teixeira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN - 5148





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Francluz Manoel Giauxs Reg. N°

Diagnóstico pré-operatório:

Indicação terapêutica: Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data:	Início:	Término:	Durada:
Operador:	<u>Jr. Damião</u>		CRM/CRO: <u>3010119</u>
1º Auxiliar:	<u>Jr. Damião.</u>		CRM/CRO: <u>3010119</u>
2º Auxiliar:			CRM/CRO: <u>SAME</u>
Instrumentador:			<u>ASSINATURA</u>
Anestesista:	<u>Jr. Fábio.</u>		CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- Coletar desidratado aboral sob efeito de
mentol vaporoso

- Aquecer e lavar os olhos com Sif 10C
- Aquecer e MPT
- Higiene de bainha
- Enxistar mucosas - Garganta
- Remoção de hachuras
- Redimir e Fazer eferva líquido
- Preparar infusão
- Antiinflamatórios

Até 30m mitralomas

*Antônio Marcello da Fonseca
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RN - 3148*

Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL? 8310118

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALERGIAS) N E G A

M(MEDICAÇÃO EM USO) _____

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) N E G A

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS) _____

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA) _____

V(PASSADO VACINAL) _____

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

M. BaemM. Pernas Esverdeadas

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Dr. Fernan

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Ex. Fernan Lins Reis
CRN 3223

CONDUTA PRIMÁRIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

Proteína FibrinogênioDr. Fernan
CRN 3223Hematoxisina de GiemsaDr. Fernan Lins Reis
CRN 3223

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1 DR. TOLEDO

HORA:

DATA:

23/11/78

ESPECIALISTA 2 _____

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3 _____

HORA:

DATA: Dr. Fernan Lins Reis
CRN 3223

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA / /

HORA

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

ÓBITO: DATA / / HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATES: S.D.O () S.V.O () ITEP

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNÉSE

(039-21) 17-49

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW

Abertura Ocular (AO)	4
Olhos fechados imediatamente.	3
Olhos se abrem por movimento vertical, não conseguem olhar para os lados ou horizontalmente, ou assimilar energia (E, ac. cfo. E)	2
Olhos se abrem por estímulo doloroso	1
Olhos fechados de sempre.	0
Motilidade ocular normal (MOV).	5
Motilidade incompleta ou incompleta com prejuízo da visão (Mov. incompleto, visão parcial ou desfocada)	4
Contração pupilar de paroxismo, visão fuligineosa, visão fuligineosa e confusão	3
Aparência de perda de consciência, visão fuligineosa e confusão	2
Sens. fisiológico (consciência e seu conteúdo perdeidos)	1
Assentos	
Motilidade motora (MM)	4
Responde a ordens verbais e Max. responde ao menor estímulo é orientado	3
Locais responde verbalmente	2
Locais responde verbalmente com dificuldade	1
Não responde verbalmente	0
Padrão fisiológico à dor (Desconhecido)	3
Padrão fisiológico à dor (Desconhecido)	2
Não responde verbalmente	1
Total	

ESCALA DE TRAUMA DO TRAUMA REVISADA - RTS

DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
10-15	4
9-10	3
6-9	2
4-5	1
3	0
10-10	4
200	3
1-10	2
1-10	1
10	0
>200	0
70-100	2
50-70	1
1-50	0
0	0

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (AVLS 2001)

0 = Abnegação (nenhum sinal de lesão interna ou externa)

1 = Sintomas leves

2 = Sintomas moderados

3 = Sintomas graves

4 = Sintomas muito graves

5 = Sintomas extremamente graves

6 = Sintomas fatais

7 = Sintomas mortais

8 = Sintomas mortais

9 = Sintomas mortais

10 = Sintomas mortais

*Escala de Trauma Revisada (RTS): Escala de sobrevivência para pacientes de trauma feita pelo autor. Adaptação de Champion VL, Scopp ME, Capra, et al. A revision of the Trauma score. J Trauma 29(5):844, 1990.

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior
0	1	2	3	4

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 12010 /2018

Prontuário: 1178065

Paciente: 102744 - FRANCILENE MARIA CHAVES

Cartão SUS:

Idade: 33 anos 2 meses 8 dias

Sexo: F

CPF:

Etnia: SEM
INFORMACAO

Dt Nasc: 15/09/1985

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARTILENE MARIA CHAVES

Nome do pai:

Rua/Av: NILA JALES

Complemento:

CEP: 59139440

Telefone: 84 987211263 84 987211263

Especialidade: ORTOPEDICA

Responsável: FRANCILENE MARIA CHAVES -

Usuário: GILBERTO DA SILVA CARLOS

Nº:677

Bairro: LAGOA AZUL

Cidade: NATAL

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1002

Admissão: 23/11/2018 10:19:45 Alta: Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.2 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
408050500 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

NATAL, 23 de Novembro de 2018.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Flávia e Lene Marta Chaves

ASA: P 3 E

Idade: 33 a. Sexo: F

Registro:

Diagnóstico: Fratura exposta fibra D

Data: 23/11/2018

Clínica Realizada: VTR e reanimação. Fissuras expostas.

Clínico: Ramal + castro

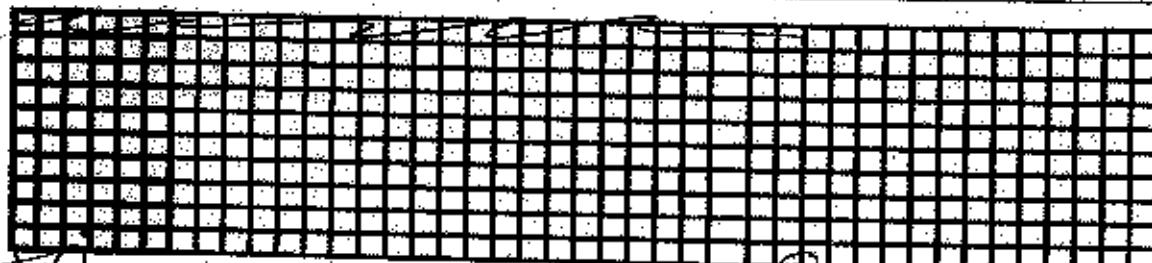
Auxiliar:

Anestesiologista: Fredrich Marches

Enfermagem:

História Clínica Admisional: Paciente vítima de acidente de trânsito. Fissuras expostas fibra D.

Técnica Anestésica: Raiz e ramo. Duração de 14 min.
Anestesia 276. Bloqueio da articulação.



Início: 11:10

Término:

Anestésicos Utilizados:

1. N2 - 1000 ml
2. Neogámea 0,5% 0,1%
3. Midazolam - 0,1 mg
4. Ketamina - 0,3 mg
5. O2 - 62 l/min
6. Ureteral - 0,1 mg
7. Ureteral - 0,1 mg
8. Ureteral - 0,1 mg
9. Ureteral - 0,1 mg
10. Ureteral - 0,1 mg
11. Ureteral - 0,1 mg
12. Ureteral - 0,1 mg
13. Ureteral - 0,1 mg

2. Sfo, 3% - 800 ml
4. Doroflex 0,1%
6. Dipirona 0,5 g
8. Dextrose 0,9% - 0,1 mg
10.
12.
14.

Encaminhamento: Procureta encaminhada ao cirúrgico

Fredrich Marches Abreu de Góes
Fredrich Marches Abreu de Góes
Anestesiologista CRM 2542
Assinatura CRM 2542 - 23/11/2018

CPF: 065.485.634-44



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
ANTA PARNAMIRIM /RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA ORT N° 46

NOME: FRANCILENE MARIA CHAVES

IDADE: 33 ANOS COR: PARENSEXO: F ESTADO CIVIL: SOLTEIRA

NATURALIDADE: RECIFE PROFISSÃO: PROCEDÊNCIA:

ENDERECO: QD. 1 AV. NILZA JARD. 677 BAIRRO: L. AZUL

CIDADE: NATAL DATA: 08-12-2018 HORA: 18:00 hrs

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM NÃO

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

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

TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	T.A.
-------	------------	-------	------

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Perme e los Fracasso com fratura

EXAME FÍSICO

096920-0
CONFIRMOU ORIGINAL
DATA: 08/01/2019

Med. Pádua
S. Paulo

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura exposta perme E-



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA ORTOPEDIA	REGULAÇÃO WALFREDO GURGEL	OBS
ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO 163502
DATA 08/12/2018	HORA 19:18	CATEGORIA GIH
PACIENTE FRANCILENE MARIA CHAVES		DATA DE NASCIMENTO 15/09/1985
ESTADO CIVIL SOLTEIRO	PROFISSÃO PROFESSORA	
ENDEREÇO (RUA, N°) AV NILA JALES, 677		
MUNICÍPIO NATAL	BAIRRO LAGOA AZUL	UF RN CEP 59139440
LOCAL DE TRABALHO		TELEFONE
FILIAÇÃO MARTILENE MARIA CHAVES	FRANCISCO DAS CHAGAS CHAVES	
RESPONSÁVEL CECILIA VITORIA BARBOSA DA SILVA		TELEFONE 987211263
ENDEREÇO O MESMO		
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO	<i>Fu MR</i>	<i>Dona JM</i>
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO		

DATA DE ADMISSÃO *08-12-18*ALTA *19-12-18*

ÓBITO

HISTÓRIA CLÍNICA

CONFERENCE ORIGINAL
DATA: *08/09/2019*

*Med. Galvão
S. P. culto*



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

FRANCILENE MARIA CHAVES

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

163502

7- CARTÃO NACIONAL SUS

706 3041 0472 3380

8- DATA DE NASCIMENTO

15/08/1985

9- SEXO

FEMININO

10- RACAO/COR

PARDA

11- NOME DA MÃE

MARTILENE MARIA CHAVES

12- TELEFONE DE CONTATO

987211263

13- NOME DO RESPONSÁVEL

CECILIA VITORIA BARBOSA DA SILVA

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, N°)

AV NILA JALES, 677

16- MUNICÍPIO

NATAL

17- BAIRRO

LAGOA AZUL

18- UF

RN

19- CEP

59139440

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Ocorre Derrame
d'origem r - Dofchus parox*

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

O derrame crônico

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

Rx Derrame

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Funz. Vena

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Prat. exame

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

*Procedimento de rotina
angiografia e Traumatologia
(RM 24/07)*

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Entro Roda

() CNS () CPF

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

35- ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

Wendone de Souza

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AC. TRÂNSITO

40- N.º DO BILHETE

41- SÉRIE

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

38- () ACI, TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISOR

52- N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51- ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

036921-0

1- CONFERE com o original

DATA: 08/01/2019

Maria da Conceição S. Paula

Assinatura

MEDICO (Carimbo)		CHEFE DO PLANTAO (Carimbo)
<input type="checkbox"/> ENTREGUE	<input type="checkbox"/> A FAMILIA	<input type="checkbox"/> S.V.O.
<input type="checkbox"/> DEBITO	<input type="checkbox"/> HORAS	<input type="checkbox"/> LITER
<input type="checkbox"/> DATA	<input type="checkbox"/> HORAS	
<input type="checkbox"/> RETIROU-SE POR	<input type="checkbox"/> DECISAO MEDICA	<input type="checkbox"/> A REVELIA
<input type="checkbox"/> HORAS	<input type="checkbox"/> HS	<input type="checkbox"/> PARA
<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM / /	<input type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVICO DE	<input type="checkbox"/> HORAS
<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL		

DESTINO DO PACIENTE

Rogério Santos
Ass. do Responsável

Medicina Interna
Ass. do Responsável

de posse e de volta
CONDUITA

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA	<input type="checkbox"/> CLINICA MEDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLASTICA		<input type="checkbox"/> CIRURGIA	<input type="checkbox"/> ORTOPEDICA	<input type="checkbox"/> BUCCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA	

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

Ass. do Responsável

EXAMES COMPLEMENTARES

1968



Hospital

Nome do paciente	FRANCILENE MARIA CHAVES			Nº prontuário
17/12/2018				
Data operação	Enf.	DR. JOAN	DR. MARCUS	leito
Operador			Auxiliar	
2º auxiliar	3º auxiliar	Instrumentador		
Anestesista	Tipo de anestesia			
Diagnóstico pré-operatório	FRATURA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDAS			
Tipo de operação	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE OSSOS DA Perna ESQUERDA			
Diagnóstico pós-operatório				
Relatório imediato do patologista				
Exame radiológico no ato				
Acidente durante a operação				

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA.
2. ESVAZIAMENTO MID + GARROTEAMENTO
3. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA.
4. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS.
5. INCISÃO E DISSECÇÃO POR PLANOS EM TOPOGRAFIA DA CRISTA ILÍACA DIREITA PARA RETIRADA DE ENXERTO ÓSSEO DE OSSO ILÍACO.
6. INCISÃO E DISSECÇÃO POR PLANOS NA Perna ESQUERDA.
7. LIMPEZA E CRUENTIZAÇÃO DE FOCO DA FRATURA, OBSERVADA INTENSA PERDA ÓSSEA.
8. REDUÇÃO E FIXAÇÃO O MAIS ANATÔMICO POSSÍVEL COM PLACA 4,5 MM + PARAFUSOS CORTICais.
9. COLOCAÇÃO DE ENXERTO ÓSSEO EM FALHA NA TÍBIA.
10. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF0,9%.
11. SUTURA POR PLANOS DE AMBAS AS INCISÕES.
12. SOLTURA DO GARROTE
13. BOA PERFUSÃO DISTAL
14. CURATIVO

Marcus Vinícius C. Freire
Ortopedia / Traumatologia
CRMESP 5781
CREFITO 44910

<input type="checkbox"/>	CIRURGIAS MULTIPLAS
<input checked="" type="checkbox"/>	(6415010012)
<input type="checkbox"/>	POLITRAUMATIZADO
<input checked="" type="checkbox"/>	(6415030013)
<input type="checkbox"/>	PROC. CLÍNICO
<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	PROC. CIRÚRGICO
<input checked="" type="checkbox"/>	OSOPOSUSVO
<input type="checkbox"/>	TCBO. 22525
<input checked="" type="checkbox"/>	TCBO. 225270
<input type="checkbox"/>	13 DIAS
<input type="checkbox"/>	ICD

S 82.2

Nome do paciente	Francilene M. Chaves			Nº prontuário
Data operação	12/12/18	Enf.		Leito
Operador	Dr. Marcus			1º auxiliar
2º auxiliar		3º auxiliar		Instrumentador
Anestesista				Tipo de anestesia
Diagnóstico pré-operatório	Fratura das ossos de perna e retirada de fixador externo			
Tipo de operação				
Diagnóstico pós-operatório				
Relatório imediato do patologista				
Exame radiológico no ato				
Acidente durante a operação				

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

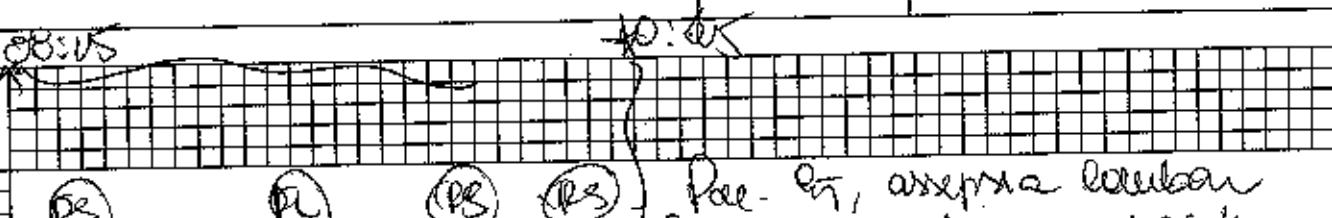
Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras

Abordagem quirúrgica decúbito dorsal
através da canela, retirada do fixador
externo na perna e施行
exército de massagem de todo o
quadrilátero.

Dr. Marcelo Nogueira Rocha
Ortopedista
CRM-RN 3522
TEOT BA36

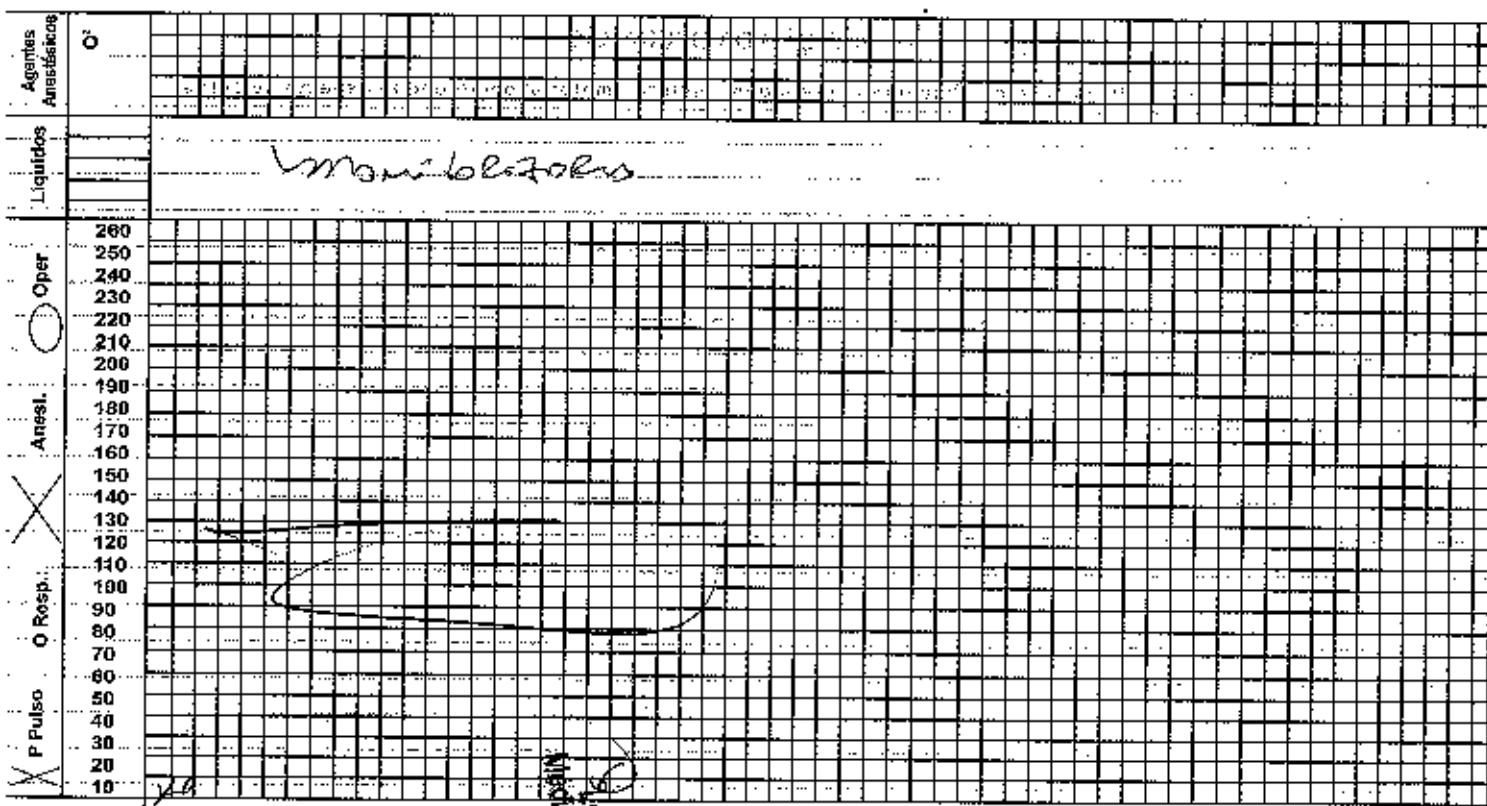
1) CIRURGIAS MÚLTIPLAS
0415010012)
2) DEPARTAMENTALIZADO
0415030013)
3) PROC. CLÍNICO
4) PROC. CIRÚRGICO
0400060300
5) CGO. 225225
X CGO. 225270
6) DIAS
7) COD. 78941

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital:					Enfermaria	Lefio	Nº prontuário
Nome <u>Franicleine Mana Chaves</u>					Idade	Sexo	Cor
Data <u>17-12-16</u>	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros	
Tipo sanguíneo	Hematíes	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Ureia		
	Urina						
Ap. respiratório					Asma	Bronquite	
Ap. circulatório					Eletrocardiograma		
Ap. digestivo			Dentes	Pescoco	Ap. urinário		
Estado mental			Ataracicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores	
Diagnóstico pré-operatório					Estado físico		Risco
Anestesias anteriores							
Medicação pré-anestésica				Aplicada às		Efeito	
 <p><i>OBJSUS</i> <i>10:00</i></p>							
Agentes Anestésicos	O	(O)	(O)	(O)	(O)	(O)	(O)
Líquidos	(O)	(O)	(O)	(O)	(O)	(O)	(O)
Oper.	260	250	240	230	220	210	200
Anest.	190	180	170	160	150	140	130
O Repp.	120	110	100	90	80	70	60
P Pulso	50	40	30	20	10		
SÍMBOLOS	<i>PR</i>		<i>PR</i>		<i>CONFERENCIA</i>		
E					<i>DATA</i>		
ANOTAÇÕES	<i>Medicamentos: Sux; Cefazolina</i> <i>Agentes: Neostamina 20mg; Dimeg. 100mg; Claudina 50mg; Tiltastide 10mg; Dipirona</i> <i>Técnica: Raquianestesia</i> <i>Operação: Fratura de tibia e fíbula - ORF</i> <i>Clurgiões: Can + Marcellus</i> <i>Anestesiistas: Thomaz Rodrigues</i>						
Observações	<i>Assinatura: J. Edil Gólio S. Gatto</i> <i>Dra. Hélia Rodrigues</i> <i>Médica Anestesiologista</i> <i>CRM 5314</i>						
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias							
Perda sanguínea							

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital					Enfermaria	Leito	Nº prontuário
Nome <i>Fábio Henrique Cipolla</i>					Idade	Sexo	Cor
Data <i>12.12.18</i>	Pressão arterial	P脉	Respiração	Temperatura	Peso	Outros	
Tipo sanguíneo	Hematíes	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Ureia		
	Urina						
Ap. respiratório					Asteia	Bronquite	
Ap. circulatório					Eletrocardiograma		
Ap. digestivo		Dentes	Pescoço	Ap. urinário			
Estado mental		Ataracicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores		
Diagnóstico pré-operatório					Estado físico	Risco	
Anestesias anteriores							
Medicação pré-anestésica				Aplicado às	Efeito		



SÍMBOLOS

8

ANOTAÇÕES

POSIÇÃO

Agencies

-Tecnica

Operações

Annotations

Образование

Anotas no meu

— 1 —

Leonardo Belotti
DENTISTA
CRM-RN 4281

CONFERENCE - 096926-0
DATA: 09/09/1987

POSIÇÃO	
Agentes	Assistente + Reagoç
Técnica	Scalp
Operação	Boneada marcas
Cirurgões	D. Elton
Anestesiistas	D. Leonardo
Observações	Médico CRM/PR 1261 Médico CRM/PR 1262 Período Pós-操 Perda sanguínea
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias	

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

SENADOR SALGADO FILHO, 1 - TIROL - NATAL - RN - CEP 59015-000

2^a via

Paciente: FRANCILENE MARIA CHAVES C.C.: 4 - 4 ANDAR, ENFERMARIA Dt. Emis. Laudo: Car.Int.: 2 - Urgência Filiação: MARTILENE MARIA CHAVES Dt. Nascim.: 15/09/1985 33 a 4 m Sexo: Fem Cor: SEM INFORMAC Ocupação: Religião: Procedência: Endereço: NILA JALES Bairro: LAGOA AZUL C.E.P.: 59130-440 Telefone: (84) 987211263 Reg. Pac.: Responsável/Contato p/urg´ncias: FRANCILENE MARIA CHAVES Endereço: Cidade: NATAL UF: RN C.E.P.: - Telefone: (84) 987211263 Parentesco: Cat. Int.: 1 - SISTEMA UNICO DE SAUDE Cod. Cnvl: 1 - GRATUITO Senha: Cond. Pac.: Segurado: Clínica: ORT - ORTOPEDICA Dieta: Obeerv.: para diocesio	Reg. Internação: 4 / 1178065 Qt./Leito: 3/411 Data Int.: 23/11/2018 Hora: 10:19 Autoriz.: Não IGNORADO:			
Estado Civil: Naturalidade: Num.: 677 Cidade: NATAL Num.: UF: RN Parentesco: A/H/Gula: Matrícula: Responsável: _____				
CPF: Instrução: Apart.: UF: RN Reg. Pac. SMS: 0 Reg. de Autoriz.: 0 Apart.:				
CID: S82.2 AMB/SSM: 408050500 Valor do Procedimento: 846,36				
CID: S82.2 CID: AMB/SSM: 408050500 Valor do Procedimento: 846,36				
Permanência: _____ Responsável: _____				
CRM 1/RN CRM:				
Tratamento realizado: Paciente com Alta	Cód. AMB/SSM Paciente com Alta Repassar Hon. Médicos () SIM () NÃO Creditar Aux. A (PR) (1) (2) (3) (4)	Repassar Hon. Médicos () SIM () NÃO Creditar Aux. A (PR) (1) (2) (3) (4)	Profissional Nome e CPF CRM e Assinatura	Paciente com Alta
Tratamento realizado: Paciente com Alta	Cód. AMB/SSM Paciente com Alta Repassar Hon. Médicos () SIM () NÃO Creditar Aux. A (PR) (1) (2) (3) (4)	Repassar Hon. Médicos () SIM () NÃO Creditar Aux. A (PR) (1) (2) (3) (4)	Profissional Nome e CPF CRM e Assinatura	Paciente com Alta
Tratamento realizado: Paciente com Alta	Cód. AMB/SSM Paciente com Alta Repassar Hon. Médicos () SIM () NÃO Creditar Aux. A (PR) (1) (2) (3) (4)	Repassar Hon. Médicos () SIM () NÃO Creditar Aux. A (PR) (1) (2) (3) (4)	Profissional Nome e CPF CRM e Assinatura	Paciente com Alta
Tratamento realizado: Paciente com Alta	Cód. AMB/SSM Paciente com Alta Repassar Hon. Médicos () SIM () NÃO Creditar Aux. A (PR) (1) (2) (3) (4)	Repassar Hon. Médicos () SIM () NÃO Creditar Aux. A (PR) (1) (2) (3) (4)	Profissional Nome e CPF CRM e Assinatura	Paciente com Alta
Tratamento realizado: Paciente com Alta	Cód. AMB/SSM Paciente com Alta Repassar Hon. Médicos () SIM () NÃO Creditar Aux. A (PR) (1) (2) (3) (4)	Repassar Hon. Médicos () SIM () NÃO Creditar Aux. A (PR) (1) (2) (3) (4)	Profissional Nome e CPF CRM e Assinatura	Paciente com Alta
Tratamento realizado: Paciente com Alta	Cód. AMB/SSM Paciente com Alta Repassar Hon. Médicos () SIM () NÃO Creditar Aux. A (PR) (1) (2) (3) (4)	Repassar Hon. Médicos () SIM () NÃO Creditar Aux. A (PR) (1) (2) (3) (4)	Profissional Nome e CPF CRM e Assinatura	Paciente com Alta

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
 SENADOR SALGADO FILHO, 1 - TIROL - NATAL - RN - CEP 59015-000

2º via

Paciente:	FRANCILENE MARIA CHAVES	Reg. Internação:	4 / 1178065
C.C.:	4 - 4 ANDAR, ENFERMARIA	Qt./Leito:	3/411
Dt. Emis. Laudo:	Car.Int.: 2 - Urgência	Data Int.:	23/11/2018
Filiação:	MARTILENE MARIA CHAVES	Hora:	10:19
Dt. Nascim.:	15/09/1985 33 e 4 m	Sexo:	Fem Cor: SEM INFORMAC
Ocupação:		IGNORADO:	
Religião:		Estado Civil:	
Procedência:		Naturalidade:	
Endereço:	NILA JALES	Num.:	677
Bairro:	LAGOA AZUL	Cidade:	NATAL
C.E.P.:	59139-440	Reg. Pac.:	
Responsável/Contato p/urgâncias:	FRANCILENE MARIA CHAVES	Num.:	
Endereço:			
Cidade:	NATAL	UF:	RN
C.E.P.:	-	Telefone:	(84) 987211263
Cat. Int.:	1 - SISTEMA UNICO DE SAUDE	Parentesco:	
Cod. Conv.:	1 - GRATUITO	Senha:	
Cod. Pac.:		Segurado:	
Clinica:	ORT - ORTOPEDICA	Dieta:	
Observ.:	para díocleio		

Autorizo ao hospital fornecer cópia do meu prontuário e auditoria médica do meu convênio.

Hospital: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL Func.:

Profissional: 3083/RN - MAURO CARNEIRO CALHAU Responsável: _____

Impressão diagnóstica Inicial: FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Procedimento proposto/solicit.:	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	CID: S82.2
Perm. S.U.S.:	4 (Perm. Mínima: 2 dias)	AMB/SSM: 408050500
Diagnóstico definitivo/principai:	FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	Valor do Procedimento: 846,36

Diagnóstico(s) secundário(s):	CID: S82.2	
Procedimento(s) reafizado(s):	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	AMB/SSM: 408050500
HOR.PROCED:	CONTA: FIA: 4 - 12010 / 2018 NIP: 102744	Valor do Procedimento: 846,36

Data Internação: 28/11/2018 10:19 Data Alta: 08/12/2018 15:56

Permanência: _____

Recebimento de Exames: () SIM () NÃO

Responsável: _____

Condição de Alta: () MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () ÓBITO

Médico Responsável: MEDICO PLANTONISTA

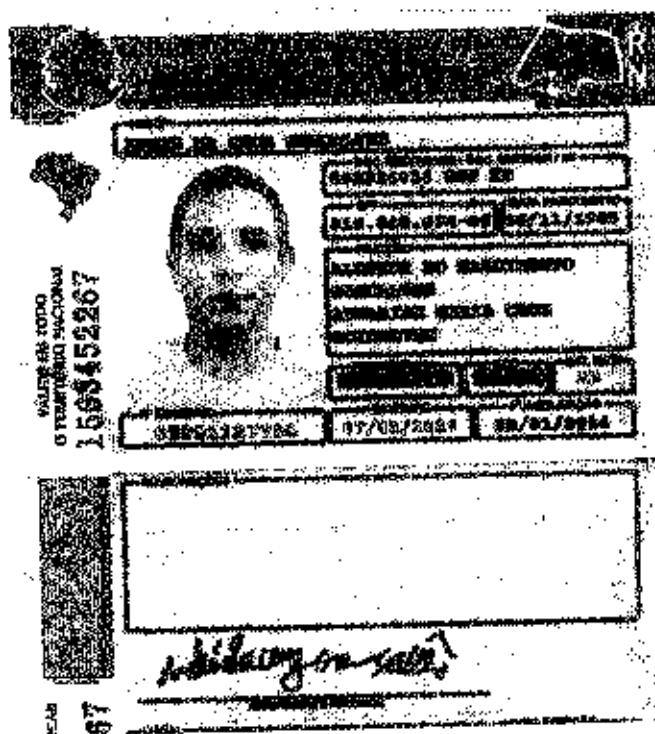
CRM 1/RN
CRM:

Tratamento realizado: Paciente com Alta	Cód. AMB/SSM Paciente com Alta	Repasso Hon. Médicos () SIM () NÃO Creditar Aux. A (PR) (1) (2) (3) (4)	Profissional Nome e CPF CRM e Assinatura	Paciente com Alta
Tratamento realizado: Paciente com Alta	Cód. AMB/SSM Paciente com Alta	Repasso Hon. Médicos () SIM () NÃO Creditar Aux. A (PR) (1) (2) (3) (4)	Profissional Nome e CPF CRM e Assinatura	Paciente com Alta
Tratamento realizado: Paciente com Alta	Cód. AMB/SSM Paciente com Alta	Repasso Hon. Médicos () SIM () NÃO Creditar Aux. A (PR) (1) (2) (3) (4)	Profissional Nome e CPF CRM e Assinatura	Paciente com Alta
Tratamento realizado: Paciente com Alta	Cód. AMB/SSM Paciente com Alta	Repasso Hon. Médicos () SIM () NÃO Creditar Aux. A (PR) (1) (2) (3) (4)	Profissional Nome e CPF CRM e Assinatura	Paciente com Alta
Tratamento realizado: Paciente com Alta	Cód. AMB/SSM Paciente com Alta	Repasso Hon. Médicos () SIM () NÃO Creditar Aux. A (PR) (1) (2) (3) (4)	Profissional Nome e CPF CRM e Assinatura	Paciente com Alta
Tratamento realizado: Paciente com Alta	Cód. AMB/SSM Paciente com Alta	Repasso Hon. Médicos () SIM () NÃO Creditar Aux. A (PR) (1) (2) (3) (4)	Profissional Nome e CPF CRM e Assinatura	Paciente com Alta

COMPROVATÓRIO
NATAL 28/11/2018
SAME

Assinatura
Efetivo S. 2018
Data 28/11/2018



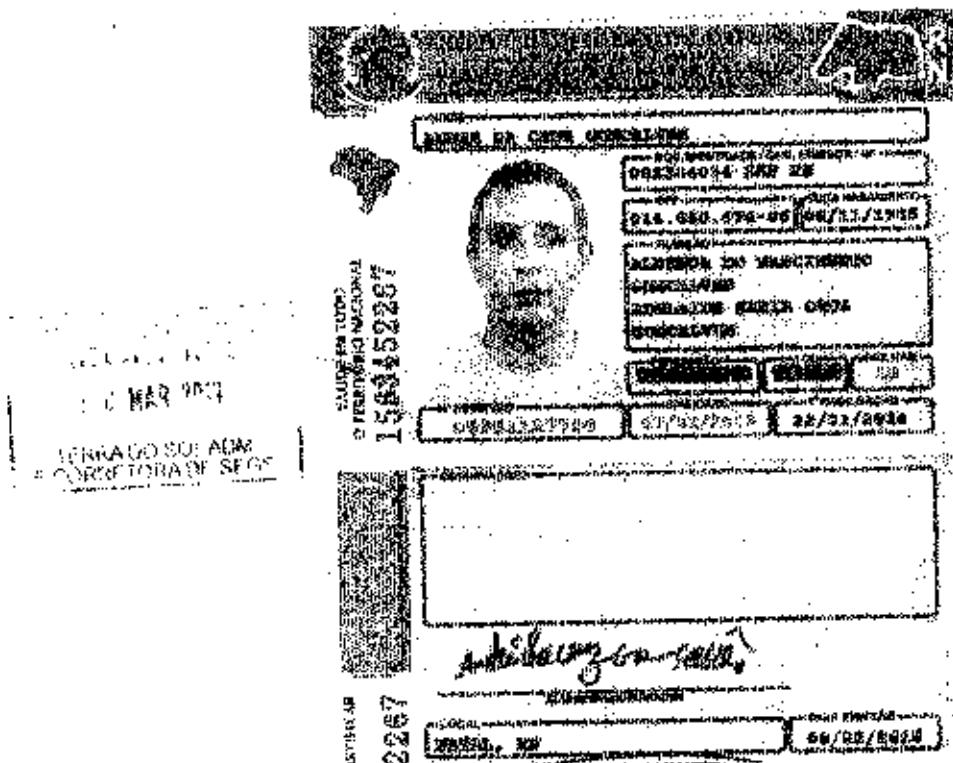


RECEBIDO

27 MAR 2013

TERRA DO SOL ALM.
CORRETORA DE SEGUROS

67



THE INFLUENCE OF VIBRATION ON BACTERIA

卷之三

SISTEMA OBRIGATÓRIO DE SÁGOS PESSOAIS CAUSA AUTONOMIA DE VAI TERRESTRE, DA PONTEIRA VISADOS POR INGLÊS, O

BN NP 013710434948 BLHENE
E-RESERVE 6/2011

ESTE E O SÉRIE DE DIAZ, MUITO
PARA MIM, NUNCA HOUVE. MAIS NUNCA
AS COISAS DEZEMOSSEME CAVAR NO TÚMULO
NUNCA, AQUELA MORTE, COMER UMA

**PROTOCOLO
RECEBIDO**

27 MAR 2019

**TERNA DO SOL ADM.
CORRETORA DE SEGS.**

SECURAPORRA LIBER - DIAVOLI DELLA BATTAGLIA - DIAVOLA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190235980 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCILENE MARIA CHAVES **Data do acidente:** 23/11/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA EM TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- FIXADOR EXTERNO- OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190235980 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCILENE MARIA CHAVES **Data do acidente:** 23/11/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA EM TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.14,15)- FIXADOR EXTERNO- OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

27 MAR 2019

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Francilene Maria Chaves, brasileiro(a), estado civil Casada profissão: professora, portador(a) do Rg. nº 5983244 - SSP/P.E e CPF de nº: 065.485.134-44, residente e domiciliado na Rua IV Nilo Peçanha, nº 677, Bairro Lagoa Azul - Município de Natal/RN, CEP: 59139-440, com telefone para contato: (84) 98853-3660;

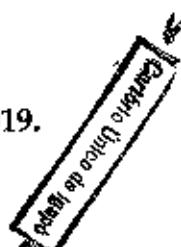
OUTORGADO: ANDRÉ DA CRUZ GONÇALVES, brasileiro, casado, assistente administrativo, residente e domiciliado à Rua fazenda Nova, nº 8, Bairro da Cidade Da Esperança – Natal/RN CEP 59070-390, inscrito no CPF de nº 016.640.974-06 e no RG de nº 002.324.034 SSP/RN, com telefone para contato (84) 9 8779.0612.

Por este instrumento particular de procuração, o(a) OUTORGANTE nomeia e constitui o OUTORGADO seu bastante procurador, para o fim especial de requerer juntó à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Francilene Maria Chaves, ocorrido em 23/12/2018 conforme registrado no B.O anexado ao processo.

Podendo o dito PROCURADOR, representar o(a) OUTORGANTE como se o próprio fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar declarações de endereço, assinar autorização de pagamento/crédito de indenização de sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Natal, 18 de Fevereiro de 2019.

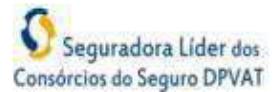
Francilene Maria Chaves
CPF nº: 065.485.134-44
Outorgante



Obs: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0104861/19

Número do Sinistro: 3190235980

Vítima: FRANCILENE MARIA CHAVES

CPF: 065.485.134-44

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/11/2018

Titular do CPF: FRANCILENE MARIA CHAVES

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

ANDRE DA CRUZ GONCALVES : 016.640.974-06

Documentos de identificação

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/03/2019
Nome: ANDRE DA CRUZ GONCALVES
CPF: 016.640.974-06

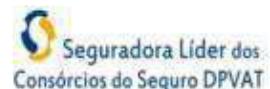
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/03/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

ANDRE DA CRUZ GONCALVES

GERCIA LOURENCO DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0104861/19

Vítima: FRANCILENE MARIA CHAVES

CPF: 065.485.134-44

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/11/2018

Titular do CPF: FRANCILENE MARIA CHAVES

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ANDRE DA CRUZ GONCALVES : 016.640.974-06

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

FRANCILENE MARIA CHAVES : 065.485.134-44

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/03/2019
Nome: ANDRE DA CRUZ GONCALVES
CPF: 016.640.974-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/03/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

ANDRE DA CRUZ GONCALVES

GERCIA LOURENCO DA SILVA

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, 29 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190235980 **Vítima: FRANCILENE MARIA CHAVES**

Data do Acidente: 23/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ANDRE DA CRUZ GONCALVES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCILENE MARIA CHAVES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 12 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190235980 **Vítima: FRANCILENE MARIA CHAVES**

Data do Acidente: 23/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ANDRE DA CRUZ GONCALVES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCILENE MARIA CHAVES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: FRANCILENE MARIA CHAVES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000000995-4

Conta: 0000049105-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	065.485.134-44	Francilene Maria Clara	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:			CPF:
Profissão:	Endereço:	Número: Complemento:	
Professor	R. Nilo Galo	677	B
Bairro:	Cidade:	Estado:	
Jaguar Azul	Natal	RN	
E-mail:	CEP: 59.139.440		
prof_francilene@hotmail.com	Tel.(DDD): 84.98853-3660		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
 Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (viver)?: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: 27/03/19
 Nome: Francilene Maria Clara
 CPF: 065.485.134-44

(*) Assinatura de quem assina A RODO
 Francilene Maria Clara

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: RECEBIDO
 CPF:
 27 MAR 2013
 TERRAS DO MAR
 E CORRETORA DE SEGUROS
 2º | Nome:
 CPF:

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cópia do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



BDN - Bradesco Dia e Noite
Deposito Conta Corrente

Hora: 08:46

Data: 28/03/2019 Term: 017829 N.Trans: 548

Valor:

Favorecido:

Banco: 237

Agencia: 0995 / S.GONCALO AMARANTE

Conta: 0049106-5

Titular 1: FRANCILENE MARIA CHAVES

Subjeto a conferencia.

O deposito realizado durante o expediente
bancario ao publico sera conferido e
validado no mesmo dia, de acordo com os
valores encontrados no interior do envelope.



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

BOLHIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 100957

1 - LOCAL E DATA

Local RUA DOUTOR ANTONIO MACHADO DE ALMEIDA Bairro PASSEIOS
Cidade/UF NATAL / RN P. Ref. UPA
Data 23/11/2005 Hora do acidente 08:00 Hora do registro 09:55 Dia da semana SEXTA-FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> - Colisão Frontal | <input type="checkbox"/> - Colisão Lateral | <input type="checkbox"/> - Capotamento | <input type="checkbox"/> - Atropelamento |
| <input checked="" type="checkbox"/> - Colisão Posterior | <input checked="" type="checkbox"/> - Colisão Transversal | <input type="checkbox"/> - Choque | <input type="checkbox"/> - Outro(s) _____ |

3 - VEÍCULO 01

Placa ou Chassi OMG 1735 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. YAMAHA / YBR 125 FACTOR Cor. PRETA Ano 2015 / 2016
Proprietário MATHEUS SOUZA DE MELO Nº de Ocupantes 01
Condutor 11 11 11 11 Data de Nasc. 25/10/1997
Endereço RUA BRUITAMU Nº 95 Fone 99663-0160
Bairro GRAMÔDIO / LAGOON AZUL Cidade NATAL UF RN
CPF N° 700587564-82 CNH N° 07072147320 Validade 14.10.2019 Categoria A1D
Local de Trabalho ESTUDANTE Fone 98316-4879
End. 10001 - 10001 Nº 10001 Bairro 10001 Cidade 10001

4 - VEÍCULO 02

Placa ou Chassi NNW 5291 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. 77A / SUZUKI INTERSTATE 125 Cor. VERMELHO Ano 2011 / 2012
Proprietário FRANCIONE MARIA ENNEVET Nº de Ocupantes 01
Condutor AV. MIA SALES Data de Nasc. 15/09/1985
Endereço AV. MIA SALES / LAGOON AZUL Nº 677 Fone 98853-3660
Bairro LAGOON AZUL Cidade NATAL UF RN
CPF N° 065485134-44 CNH N° 068450066555 Validade 20.10.2019 Categoria A1B
Local de Trabalho COLEGIO ABSOLUTO Fone
End. RUA LAGOON AZUL 10001 Nº 10001 Bairro PASSARÉ Cidade NATAL

5 - VEÍCULO 03

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

RECEBIDO

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

6 - VEÍCULO 04

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

ASSINATURAS DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? Dr. Antônio MACHADO DE ALCANTARA
Em que sentido? SANTAREM / SANTO OSCARIA **Em que faixa?** VIA LIVRE
Versão do condutor INFECTA QUE TRANSITAVA NORMALMENTE QUANDO V2 AVANÇOU O ENFRAQUECIMENTO DA VIA A MÍDIA ALTA DESVIOU E ACERCA OS FALCOS MAS NÃO OBSTACELIZOU CHEGANDO À COLISÃO NA LATERAL ESQUERDA DE V2.

Assinatura do Condutor do V1

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? DOCTOR JÚLIO DE MESQUITA

Em que sentido? EM SENSIBILIDADE **Em que faixa?** VIA LIVRE

Versão do condutor ESTAVA NO MÍDIA ALTA

Assinatura do Condutor do V2

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava? AVENIDA DIOSENTE

Em que sentido? EM SENSIBILIDADE **Em que faixa?** VIA LIVRE

Versão do condutor ESTAVA NO MÍDIA ALTA

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava? AVENIDA DIOSENTE

Em que sentido? EM SENSIBILIDADE **Em que faixa?** VIA LIVRE

Versão do condutor ESTAVA NO MÍDIA ALTA

Assinatura do Condutor do V4

100957

8 - CONDIÇÕES DA VIA

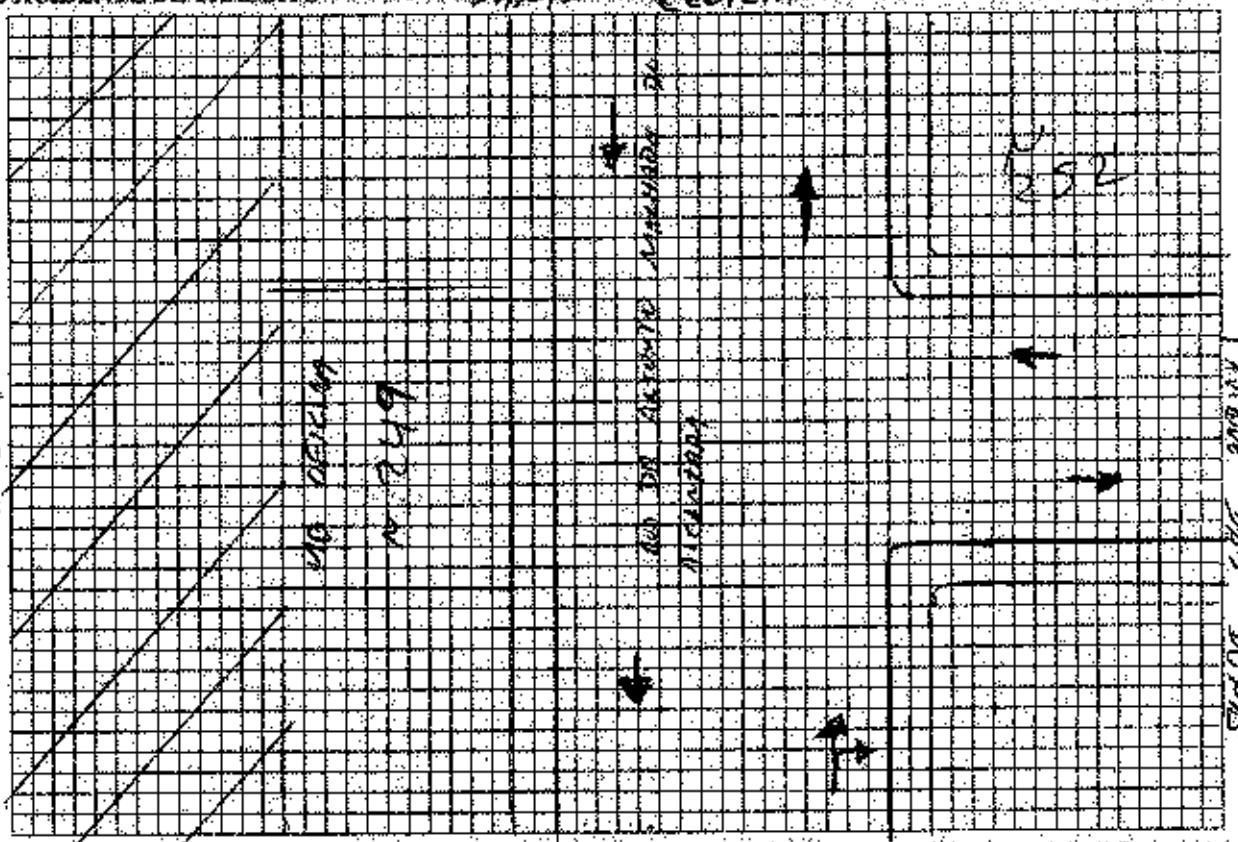
Luminosidade	Cond./Tempo	Tipo da Pista
<input type="checkbox"/> Amanhecedor	<input checked="" type="checkbox"/> Bem	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo
<input type="checkbox"/> Apolitecedor	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto
<input type="checkbox"/> Noite e Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulosa	<input type="checkbox"/> Cascalho
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros

Carnet./Pista	Cond./Pista
<input type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca
<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada
<input type="checkbox"/> Aclice Ingreme	<input type="checkbox"/> Inundada
<input type="checkbox"/> Aclice Suave	<input type="checkbox"/> Poças d'água
<input type="checkbox"/> Declive Ingreme	<input type="checkbox"/> Oleosa
<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Encharcada
<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras
<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco
<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia
<input type="checkbox"/> Rotorão	
<input type="checkbox"/> Entroncamento	
<input type="checkbox"/> Bifurcação	

Sinalização
<input checked="" type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> De Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> De Semáforo
<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Linha
<input type="checkbox"/> Placa(s)
<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. ____ KM/H
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

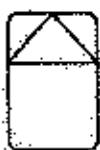
-  ÁRVORE
-  VESTÍGIOS
-  SEMÁFORO
-  PEDESTRE
-  BICICLETA OU MOTO
-  CARRO DE PEQUENO PORTO
-  CAMINHÃO OU ÔNIBUS
-  CARRETA



10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

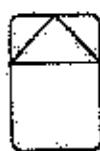
AVARIAS DO VEÍCULO 1

DANOS NA MÍNHA, GUARDA DO FAROL,
PUNTO DIANTEIRO, DIRETORIO DE
ESCAPE



AVARIAS DO VEÍCULO 3

DANOS NA MÍNHA, GUARDA DO FAROL,
PUNTO DIANTEIRO, DIRETORIO DE
ESCAPE



AVARIAS DO VEÍCULO 2

DANOS NA MÍNHA, GUARDA DO FAROL,
PUNTO DIANTEIRO, DIRETORIO DE
ESCAPE



AVARIAS DO VEÍCULO 4

DANOS NA MÍNHA, GUARDA DO FAROL,
PUNTO DIANTEIRO, DIRETORIO DE
ESCAPE



Vítima condutora V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Condutor para V1 V2 V3 V4 Presencista Fato Registro
 Nome MARIA SONYA DE MORAES RG Nº 003.313.419 Órgão Expedidor IFAP/PA Data de Nascimento 25/10/1999
 Endereço O MEIRAO N° _____ Fone _____
 Bairro 7004 CS PECMALL 14100000 Cidade PAULISTA UF PA
 Versão 1.1

Assinatura _____ Hora 10.25
 Vítima condutora V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Condutor para V1 V2 V3 V4 Presencista Fato Registro
 Nome FRANCINE MONICA CHAVES RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento 15/09/1985
 Endereço _____ N° _____ Fone 98853-3660
 Bairro 009 ESSENCIA Cidade PARAÍBA UF PA
 Versão 2.2

Assinatura _____ Hora _____
 Vítima condutora V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Condutor para V1 V2 V3 V4 Presencista Fato Registro
 Nome _____ RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
 Endereço _____ N° _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
 Vítima condutora V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Condutor para V1 V2 V3 V4 Presencista Fato Registro
 Nome _____ RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
 Endereço _____ N° _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
15 - SOCORRISTAS E VEÍCULO UTILIZADO
 Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
 Nome _____ RG Nº _____ Órgão Exp. _____ N° _____
 Endereço _____
 Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16 - IMAGENS / FOTOS SIM NÃO AUTORIZADO SIM NÃO ATIVADA CODIDESD

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

INFOMA ELE AO CHEGAR AO LOCAL OS VEÍCULOS HAVIAM SIDO RETIRADO DA VIA POR POPULARES. O CONTEÚDO DO V2 JA TINHA SIDO SOCORRIDO PELA SAMU.
V2 FOI ENTREGUE AO SA FABRICIO DAS CHAVES CHAVES RB 5467184 X FABRICIO DESPACHANTE INFORMOU AINDA QD O CERCAVAN DE V2 JÁ QUE ESTAVA EM POSSE DO BOAT DEVIDO LIGADO PRA MFG DIREITA
INFORMA EM COMODA MAIS
FOI POSSIVEL CONFERIR A VERSÃO DE V2 (CINQUENTAS)

Nome Completo do Agente MARCELO NOVINSOLIO MOLHO DE SANTOS
 POSTO/GRAD.: 3º SGT PM N° 20001153 Viatura ÁGUA 039 Subunid.: 65043 ÁGUA
 Local e Data PAULISTA 23 de NOVEMBRO de 2018 Assinatura do Agente de Trânsito

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do síntese ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	065.485.134-44	Francilene Maria Chaves		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo:		CPF:		
Nome completo:	Francilene Maria Chaves	CPF:	065.485.134-44	
Profissão:	E-mail:	Número:	Complemento:	
Professora		677	B	
Bairro:	Endereço:	CEP:		
Jagoo Azul	R. Vilas Galo	59.139.440		
Cidade:	Estado:	Tel.(DDD):		
Natal	RN	84.98853-3660		
E-mail:	Prof. francilene@hotmail.com			

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL

RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: 37000850

AGÊNCIA: CONTA: 49105
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo-o dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções)**:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no CRM) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
 Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/filhos vivos? Sim Não

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

Local e Data:	<input type="text"/> 27/03/19
Nome:	<input type="text"/>
CPF:	<input type="text"/>

Local e Data,

Nome:

CPF:

(* Assinatura de quem assina A BOGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS	PROTOCOLO
1 ^a Nome: <input type="text"/> RECEBIDO	CPF: <input type="text"/>
2 ^a Nome: <input type="text"/> 27 MAR 2019	CPF: <input type="text"/>
TERRITÓRIO SOMÁRIO E CORRETORA DE SEGS.	
2 ^a Nome: <input type="text"/>	Assinatura
CPF: <input type="text"/>	

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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

BOLETIM DE Ocorrência de Acidente de Trânsito

BOAT 100957

1 - LOCAL E DATA

Local Rua DOUTOR APÓSTOL MAGNADO DE MACHADO Bairro PASUGANA
Cidade/UF NATAL RN P. Ref. UPA
Data 23/11/2018 Hora do acidente 08:00 Hora do registro 09:55 Dia da semana SEXTA-FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01

Placa ou Chassi OWG 1735 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. YAMAHA / YBR 125 FACTOR Cor. Preta Ano 2015/2016
Proprietário PLAYMEUS SOUZA DE MELO N° de Ocupantes 01
Condutor LL N° 11 Data de Nasc. 25/10/1999
Endereço RUA BURITAMA N° 95 Fone 99663-0160
Bairro GRAMOMÓT / LAGOA AZUL Cidade NATAL UF RN
CPF/Nº 700.573.567-82 CNH N° 07072147320 Validade 14/10/2019 Categoria A2
Local de Trabalho ESTUDANTE Fone 98716-4874
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02

Placa ou Chassi NWV 5291 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. TAISUQUER MOTOCICL 125 Cor. VERMELHO Ano 2011/2012
Proprietário FRANCILICE MARIA CHAVES N° de Ocupantes 01
Condutor AA MESMA Data de Nasc. 15/09/1985
Endereço RUA MICA SAIRES N° 677 Fone 98853-3660
Bairro RUA ESPERANÇA / LAGOA AZUL Cidade NATAL UF RN
CPF/Nº 065.485.134-44 CNH N° 06845006555 Validade 20/10/2019 Categoria AB
Local de Trabalho COLEGIO ABSOLUTO Fone _____
End. Rua 14601 - ALTO BELAS N° 100 Bairro PASUGANA Cidade NATAL

5 - VEÍCULO 03

Placa ou Chassi	Cidade	UF
Marca/Mod.	Cor	Ano
Proprietário		N° de Ocupantes
Condutor		Data de Nasc.
Endereço	N°	Fone
Bairro		UF
CPF N°	RECEBIDO	
CNH N°		Validade
Local de Trabalho		Categoria
End.	TERRA DO SOL/DM	
	E CORRETORA DE SEGS.	

6 - VEÍCULO 04

Placa ou Chassi	Cidade	UF
Marca/Mod.	Cor	Ano
Proprietário		N° de Ocupantes
Condutor		Data de Nasc.
Endereço	N°	Fone
Bairro		UF
CPF N°	CNH N°	Validade
Local de Trabalho		Categoria
End.	N°	Fone
	Bairro	Cidade

Autenticação N° do Boletim: 100957 N° da Ocorrência: 963928 Data Registro: 28/11/2018 Hora Registro: 10:34:52 Número/Controle: 8141B696CD21DC1F

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCILENE MARIA CHAVES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00995-4

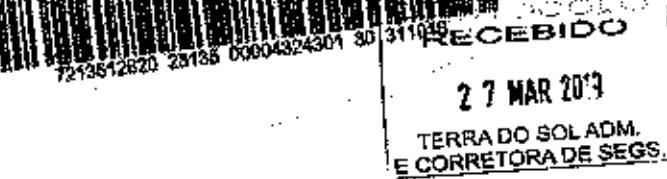
CONTA: 000000049105-5

Nr. Autenticação

BRADESCO09042019050000000002370099500000049105236250 PAGO



CTO RECIFE PE PLB
ANDRE DA CRUZ GONCALVES
RUA FAZENDA NOVA B
CIDADE DA ESPERANCA
59070-380 - NATAL - RN



FAC

0912041037/2013 ORRJUSPM

OI

Correios

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 81 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/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 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, TCM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu André da Cruz Gonçalves

inscrito (a) no CPF/CNPJ 06.640.974 / 06, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francilene Maria Chaves inscrito (a) no CPF sob o Nº 065.485.134-44
do sinistro de DPVAT cobertura FRAUDE da Vítima Francilene Maria Chaves

inscrito (a) no CPF sob o Nº 065.485.134-44, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia 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>Fazenda eva</u>	Número:	<u>2</u>	Complemento:
Bairro:	<u>idote de esperança</u>	Cidade:	<u>NATAL</u>	Estado:
E-mail:				CEP: <u>59070-390</u> Tel(DDD): <u>(81) 987.89-0617</u>

Local e Data: NATAL 20.02.2010

Assinatura do Declarante

