



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 61184 /2018

Admissão: 23/11/2018 09:28:27

CIRURGIA GERAL - AMARELO

FATURAMENTO
Guilherme
23/11/18

Paciente: 102744 - FRANCILENE MARIA CHAVES (33 a 2 m 8 d)
Nascimento: 15/09/1985 Natural: JABOATAO DOS GUARARAPES, BRASIL Sexo: F Cor: SEM INFORMACAO

CNS: CPF: Prof: Mãe: MARTILENE MARIA CHAVES Pai: Logradouro: NILA JALES, 677 CEP: 59139440 Bairro: LAGOA AZUL Cidade: NATAL Telefone: 84 987211263 Compl:

Motivo: MOTO X MOTO - COLISÃO Tipo: REFERENCIADO Origem: AMBUL. SAMU NATAL

Fluxograma:				Disseminador:					
OBS:				Classificação: 23/11/2018 09:28:20					
HORA	P.A.	HGT	SalO2	FO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RIS
09:40	130x20		97%		20	85		15	

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 30/01/18
MAT. Nº. 977
SAME
ASSINATURA

RAIOS-X
Realizado em: 1
Técnico: [assinatura]

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISAO MOTO/MOTO COM FRAURA EXPOSTA NA PERNA ESQUERDA
Hora: _____

Acidentat transito moto/carro
condutor da moto, hipotermia que
aparece na perna esquerda

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E
Voz: [assinatura]
Sinal: [assinatura]

PROTOCOLO
RECEBIDO
27 MAR 2018
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Tórax e abdome sem alterações
Deformidade fratura e fratura tíbia
Saída: Ferimento aberto / fratura pé direito ++

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID FRISSUR EXPOSTA PERNA

ESCRITO

ANAMNESE

Exame com história de colúmbio
nato e nato, expressando

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 30/01/2019

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica ☐À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐S.V.O. ☐I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

CRM 14421
C.O. OREDEISTA
C.O. OREDEISTA

Destacar 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 Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐S.V.O. ☐I.T.E.P. ☐

FICAR ATENTO A SITUAÇÃO DE ABUSO E MAUS TRATOS, EM ESPECIAL A CRIANÇAS, MULHERES E IDOSOS, DENUNCIAR À POLÍCIA E À SEÇÃO DE PROTEÇÃO À FAMÍLIA E À CRIANÇA.

**GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE**

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

**FICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL****Identificação**

Enfermaria: _____ Leito: 911 UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 03/11/2008 Alta: 1/1/1
Nome: FRANCINE WALEA CHAVES Naturalidade: JOÃO PÃO DE
Idade: 33 Sexo: () Masculino (X) Feminino Data de Nascimento: 13/09/1985
RG: 5983041 Estado Civil: SOLTEIRA Nível de Instrução: SUPERIOR IV.
Filiação: Pai: FRANCISCO DAS CHAGAS CHAVES
Mãe: MARTINE WALEA CHAVES
Endereço: AV. NINA LAGES, 647 - LAGOA AZUL
Cidade: NATAL
Telefone: 98421-2063 () Residencial () Trabalho () Celular
Contato: 98421-2077 Outros telefones: _____
Composição familiar: KEBIAE COM COUENHEIRA + ENTEADA
Outras informações: Faz uso de (X) Alcool (X) Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: PROFESSORA Trabalho c/ vínculo empregatício () Não (X) Sim
() Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPS () AD 19
Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa: NATAL, 30/01/2009

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares
() Socorrido em via pública () Outros meios
() Encaminhado: Hospital de origem: _____

MAT. N.º _____

(X) Trazido pelo SAMU
ASSINATURA

Crerios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo? _____
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: CECÍLIA VITÓRIA BARBOSA DA SILVA
Parentesco: COUENHEIRA Telefone: 98421-2063
Endereço do Responsável: O MESMO

Evolução

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

PACIENTE VITÓRIA DE COUENHEIRA MOTOX MOTO. COUENHEIRA
ORIENTADA SOBRE AS NOVAS HOSPITALIDADES E CONDIÇÃO
DO CORPO DOS DOCUMENTOS

Marta da Conceição Nascimento
Assistente Social
CRESS/864

Saída

óbito: Encaminhamento: ITP () SVO () DO () Obs. _____
Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____
Orientações/Encaminhamentos: _____



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

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

Nome

Francisco Manoel Chaves

Leito:

Idade:

Nº Registro:

DATA

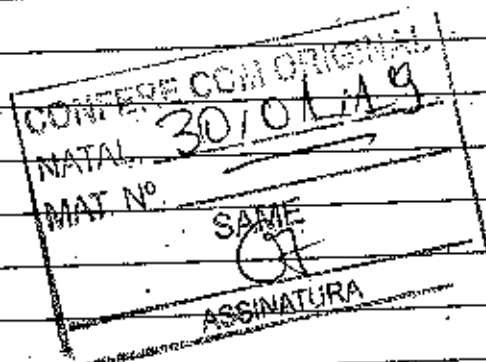
EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

23/10/18

Cont. por episódios recorrentes
de fadiga de tipo C, de natureza
intercorrente

Rafaela Araújo R. Teixeira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN - 5148

Cont. com episódios de
profundidade F.D. com trauma de fecho
sem desloc. (L) neurológico
C/ VM

Rafaela Araújo R. 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: FRANCOZ MARI CHAVES Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório:

Indicação terapêutica:

Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: Início: Término: Duração:

Operador: Dr. Pinaux CRM/CRO:1º Auxiliar: Dr. LAUAY. CRM/CRO: MAT. Nº:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista: Dr. FARI. CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- Conto dentado dorsal sob efeito de mentos pignato
- Preps e laços e pontos d/ SF 10L
- Hepar + MAT
- Hepar de laços
- Linhas malaras - Carga
- Pontos de transectores
- Redund. + Falcoo externa Amos
- Preps por gnos
- Caudas
- Ats com miltalomas

Assinatura: Marcelo da Rocha
Otorrinolaringologista
CRM - 3148

Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL? 23/11/18

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

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

3.

B

D

E

NEBA

01

NE 6A

GERIDOS}

OS DO TRAUMA)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

RA PERMANENTE ESQUERDO PP:

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Profructa Felsen
AE

E. FERNANDO LIMA ROSA
PBB 3253

Dr. Fernando Lima Reis
CBB 13253

Liberado de Causa Geral e mais
 nome de JJ **DE TORNADO**
 Dr. Fernando V.

~~Dr. Fernando Luis Ruiz~~
~~CHM 3253~~

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL.

ESPECIALISTA 1

0150/ED15

HORA:

DATA:

TE 73 11.78

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

Dr. Fernando Lima Reis
CRM 5259

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

HORA

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

OBITO: DATA			HORA
-------------	--	--	------

ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESADO () S.V.O () ITEP

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUITA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM.

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA DE GLASGOW	
Abertura dos olhos (AE)	4
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. Não consegue com o despertar de uma pessoa não consciente, se olhar for exigido. 3. Se não há	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem	1
Resposta verbal (RV)	5
Resposta verbal adequada e apropriada às perguntas sobre hora, lugar e estado pessoal. 4. Resposta verbal inadequada e apropriada às perguntas sobre hora, lugar e estado pessoal. 3. Resposta verbal inadequada e inapropriada às perguntas sobre hora, lugar e estado pessoal. 2. Nenhuma resposta verbal. 1.	5 4 3 2 1
Resposta motora (RM)	6
Obedece a comando verbal. 6. Resposta motora adequada e apropriada às perguntas sobre hora, lugar e estado pessoal. 5. Resposta motora inadequada e apropriada às perguntas sobre hora, lugar e estado pessoal. 4. Resposta motora inadequada e inapropriada às perguntas sobre hora, lugar e estado pessoal. 3. Nenhuma resposta motora. 2. Nenhuma resposta motora. 1.	6 5 4 3 2 1
Total	

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS"	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 3
	9-12 = 2
	6-8 = 1
	4-5 = 0
	3 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20 = 2
	6-9 = 1
	3-5 = 0
	1-2 = 0
	0 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90-100 = 3
	60-89 = 2
	40-59 = 1
	0-39 = 0
	0 = 0

*Escala de Triagem Revisada (RTS) tem sido de sobrevida para pacientes de trauma. Referências: Adaptado de Champion HL, Sacco WJ, Copes, et al. A revision of the Trauma score. J Trauma 20(5) 544, 1980.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (AVLS 2007)

13-15 graves (necessidade de intervenção hospitalar)
9-12 moderado
6-8 leve
4-5 leve
3 leve

1. Paciente: TRAMPA, ROBERTO
Assinatura de como e impedido
conhecimento. A partir de 1980
1974-1980

A escala propõe-se a ser usada em conjunto com a escala de coma de Glasgow para a avaliação da gravidade do trauma de cabeça e pescoço.

SEM DOR	LEVE	Moderada	Grave	Positivo
0	1	2	3	4

RTS 13-15
RTS 9-12
RTS 6-8
RTS 4-5
RTS 3

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 12010 /2018

Prontuário: 1178065

Paciente: 102744 - FRANCILENE MARIA CHAVES

Cartão SUS:

CPF:

Idade: 33 anos 2 meses 8 dias

Sexo: F

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:

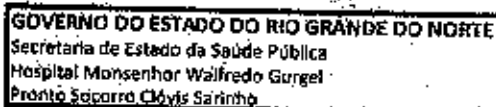
DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.2 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
408050500 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

NATAL, 23 de Novembro de 2018.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



Paciente: Francisco Maria Chaves ASA: P3 E
Idade: 33a. Sexo: F Registro: _____
Diagnóstico: fratura exposta fíbula D Data: 23/11/2018
Cirurgia Realizada: OTI cirúrgico + fixados externo
Cirurgião: Bauer + Calhaz Auxiliar: _____
Anestesiologista: Frederick Marcus Enfermagem: _____
História Clínica Admissional: Paciente vítima de acidente de
modo, apresentando fratura exposta de
fíbula D.
Técnica Anestésica: Raqui-anestesia. Pneu e ca c/
agulha 27G. Rlaq - 3ml de bupivacaína.

[illegible]

Inicio: 11/10

Término: _____

Anestésicos Utilizados:

- | | | | |
|-----|---------------------|-----|---|
| 1. | RL - 1000 ml | 2. | StO, 3% - 800 ml |
| 3. | Negativna 0.3 - 0.4 | 4. | D. m. f. p. r. - 0.4 |
| 5. | M. d. g. h. - 0.4 | 6. | D. p. l. a. r. - 0.4 |
| 7. | Kep. 3.1 - 0.3 | 8. | D. a. t. i. v. e. f. a. c. t. o. r. - 0.1 |
| 9. | Or - 0.2 | 10. | |
| 11. | | 12. | |
| 13. | | 14. | |

Encaminhamento: Processo encaminhado ao eio

Assinatura do(a) **Frederich Marcks** Abre de G...
do(a) **Frederich Marcks** Abre de G...
Assinatura do(a) **Frederich Marcks** Abre de G...
do(a) **Frederich Marcks** Abre de G...



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA ORT Nº 46

NOME: FRANCELENE MARIA CHAVES
IDADE: 33 anos COR: PARDA SEXO: F ESTADO CIVIL: SOLTEIRA
NATURALIDADE: RECIFE PROFISSÃO: _____ PROCEDÊNCIA: _____
ENDEREÇO: RUA: AV. NELA 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 TA

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Perme e fratura

EXAME FÍSICO

096920-0
CONFERE COM ORIGINAL
DATA: 08/01/2019
de Freitas
S. Paulo

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura exposta perna E



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

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

DATA DE ADMISSÃO

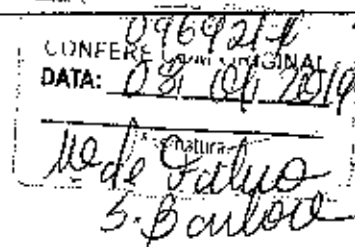
08-12-18

ALTA

19-12-18

OBITO

HISTÓRIA CLÍNICA





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 DEOCLEGIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES

3515188

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

15/09/1985

9- SEXO

FEMININO

10- RAÇA/COR

PARDA

11- NOME DA MÃE

MARILENE MARIA CHAVES

12- TELEFONE DE CONTATO

987211263

13- NOME DO RESPONSÁVEL

CECILIA VITORIA BARBOSA DA SILVA

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

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

Doença crônica de longa duração, com sintomas de dor e desconforto.

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

O paciente apresenta quadro clínico de dor crônica, necessitando de tratamento especializado.

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

Exames realizados: RX de coluna, com alterações compatíveis com a dor crônica.

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento de dor crônica.

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

ORTOPEDIA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

() CNS () CPF

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

LEANDRO DE MATTOS

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AC. TRÂNSITO

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

38- () ACI, TRABALHO TRAJETO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

03692-1
CONFERE ORIGINAL
DATA: 08/01/2019
Mariana de Sá
Assinatura
S. Paula

MÉDICO (Carimbo)		CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)	
ENTREGUE <input type="checkbox"/> A FAMÍLIA <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>		DATA <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> HORA <input type="text"/>	
RETIROU-SE POR <input type="checkbox"/> DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> A REVELIA <input type="checkbox"/>		HORA <input type="text"/> HS	
<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL		<input type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE	
PARA <input type="text"/> HORA <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	

DESTINO DO PACIENTE

CONDUTA

de posse e Ar 12

Ass. do Responsável

Rogério Santos

Otorrinolaringologia e Transmologia

CRM 122958 OT 1341

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPIEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

963



Hospital

Nome do paciente		FRANCILENE MARIA CHAVES		Nº prontuário	
Data operação		17/12/2018			
Operador		DR. JOAN		Enf. DR. MARCUS	
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					

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

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, OBERVADA 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
CRM 5781
RSCF 14910

()	CIRURGIAS MÚLTIPLAS
()	(B415010012)
()	POLITRAUMATIZADO
()	(B415030013)
()	PROC. CLÍNICO
()	
(X)	PROC. CIRÚRGICO
(X)	040P030500
()	TCBU: 225225
(X)	TCBU: 225270
()	DIAS
()	CID

582.2

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

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Realizada uma incisão dorsal sob anestesia, retirado fixador externo na perna E. Limpeza cuidadosa e colocação de talco.

Dr. Marcelo Ambreaga Rocha
Ortopedista
CRM - RN 3522
TEOT 0432

<input type="checkbox"/>	GIRURGIA MULTIPLES
<input type="checkbox"/>	0415010012
<input type="checkbox"/>	POLITRAUMATIZADO
<input type="checkbox"/>	0415030013
<input type="checkbox"/>	PROC. CLINICO
<input checked="" type="checkbox"/>	PROC. CIRURGICO
<input type="checkbox"/>	0408060300
<input type="checkbox"/>	CEB. 225225
<input checked="" type="checkbox"/>	CEB. 225270
<input type="checkbox"/>	DIAS
<input type="checkbox"/>	CHD 7844

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

[illegible]

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital				Enfermaria	Leito	Nº prontuário	
Nome <i>Francisco Carlos</i>				Idade	Sexo	Cor	
Data <i>12.12.18</i>	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros	
Tipo sanguíneo	Hemátias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia		
	Urina						
Ap. respiratório					Asma	Bronquite	
Ap. circulatório					Eletrocardiograma		
Ap. digestivo			Dentes	Pescoço	Ap. urinário		
Estado mental			Atarácicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores	
Diagnóstico pré-operatório					Estado físico	Risco	
Anestésias anteriores							
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito		

Agentes Anestésicos	Líquidos	Oper	Anesi.	O Resp.	P Pulso	Gráfico de Monitorização									
						<p><i>Monitorização</i></p>									

SIMBOLOS		
NOTAÇÕES		
POSICÃO		
Agentes	<i>Atarácicos - Propofol</i>	
Técnica	<i>Intubação</i>	
Operação	<i>Resecção</i>	
Cirurgiões	<i>Dr. Leão</i>	
Anestesiistas	<i>Dr. Leão</i>	
Observações	<p><i>Perda sanguínea</i></p> <p><i>Medico Anestesiologista</i></p> <p><i>Medico Anestesiologista</i></p>	

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

2ª 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

Responsável/Contato p/urgências: FRANCILENE MARIA CHAVES

Endereço:

Cidade: NATAL

UF: RN

C.E.P.:

Telefone: (84) 987211263

Cat. Int.: 1 - SISTEMA UNICO DE SAUDE

Cod. Cnv: 1 - GRATUITO

Cond. Pac.:

Clínica: ORT - ORTOPEDICA

Observ.: para diálise

Estado Civil:

Naturalidade:

Num.: 677

Cidade: NATAL

Reg. Pac.:

Num.:

Parentesco:

Num.:

Parentesco:

Num.:

Num.:

Num.:

Num.:

Num.:

CPF:

Instrução:

Apart.:

UF: RN

Reg. Pac. SMS: 0

Reg. de Autoriz.: 0

Apart.:

AIH/Guia:

Matrícula:

Reg. Internação: 4 / 1178065

Qt./Leito: 3/411

Data Int.: 23/11/2018 Hora: 10:19 Autoriz.: Não

IGNORADO:

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

SND:

Hospital: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL Func.:

Responsável:

Profissional: 3063/RN - MAURO CARNEIRO CALHAU

Impressão diagnóstica inicial: FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Procedimento proposto/solicit.: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

CID: S82.2

Ferm. S.U.B.: 4

(Perm. Mínima: 2 dias)

AMB/SSM: 408050500

Diagnóstico definitivo/principal: FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Valor do Procedimento: 846,36

Diagnóstico(s) secundário(s):

Procedimento(s) realizado(s): TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

CID: S82.2

CID:

AMB/SSM: 408050500

HOR.PROCED:

CONTA:

FIA: 4 - 12010 / 2018

NIP: 102744

Valor do Procedimento: 846,36

Data Internação: 23/11/2018 10:19 Data Alta: 08/12/2018 15:56

Recebimento de Exames: () SIM () NÃO

Permanência:

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

Responsável:

Médico Responsável: MEDICO PLANTONISTA

Residente:

CRM 1/RN

CRM:

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

COPIA COM ORIGINAL
NATAL, 15/10/18
NIP: 102744
SAME
ASSINATURA
Enviado para o SSM
Data: 08/12/2018
FIA: 4 - 12010/2018

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

2ª via

Paciente: FRANCILENE MARIA CHAVES
C.C.: 4 - 4 ANDAR, ENFERMARIA
Dt. Emis. Laudo: Car.Int.: 2 - Urgência
Filiação: MARTILENE MARIA CHAVES
Dt. Nasclm.: 15/09/1985 33 a 4 m Sexo: Fem Cor: SEM INFORMAC
Ocupação: IGNORADO:
Religião:
Procedência: Estado Civil: CPF:
Endereço: NILA JALES Naturalidade: Instrução:
Bairro: LAGOA AZUL Num.: 877 Apart.:
C.E.P.: 59139-440 Cidade: NATAL UF: RN Reg. Pac. SMS: 0
Responsável/Contato p/urgências: FRANCILENE MARIA CHAVES Reg. de Autoriz.: 0
Endereço: Num.: Apart.:
Cidade: NATAL UF: RN
C.E.P.: Telefone: (84) 987211263 Parentesco:
Cat. Int.: 1 - SISTEMA UNICO DE SAUDE
Cod. Cavi: 1 - GRATUITO Senha: AIM/Guia:
Cond. Pac.: Segurado: Matrícula:
Clínica: ORT - ORTOPEDICA Dia: 1
Observ.: para dioclecio
Autorizo ao hospital fornecer cópia do meu prontuário e auditoria médica do meu convênio. SND:
Hospital: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL Func.: Responsável:
Profissional: 3083/RN - MAURO CARNEIRO CALHAU
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/principal: FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA Valor do Procedimento: 846,36

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

Data Internação: 23/11/2018 10:19 Data Alta: 08/12/2018 15:56

Recebimento de Exames: () SIM () NÃO

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

Médico Responsável: MEDICO PLANTONISTA

Residente:

CRM 1/RN
CRM:

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

COPIA COM ORIGINAL
NATAL 15/10/18
MAIO 18
SAME
ASSINATURA
Enviado para
Pronto Socorro SA
08/12/2018 15:54:20

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE FEDERAL
INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

FRANCILENE MARIA CHAVES

065.485.134-44

FRANCILENE MARIA CHAVES

15/09/1985

065.485.134-44

06/06/2018

RIO GRANDE DO NORTE

1566572251

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

065.485.134-44

FRANCILENE MARIA CHAVES

RECEBIDO
27 MAR 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

FRANCILENE MARIA CHAVES

Data Nasc.: 15/09/1985 Sexo: F

706-3041 0472-3380

DISQUE SAÚDE 136

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SUS

TERRA DO SOL ADAR
CORRETORA DE SEGS

159345267
TINCHINICHURU
KANDAM TOWN



RESEARCH IN CONTEMPORARY EDUCATION

00231603-4 3/13/97 22:00

[illegible]

DECLASSIFIED AND DECLASSIFIED

ATTENTION: SEARCH OFFICER

4-2-2015

Abstract

Abstract

11:28

○ 臺灣省立美術館

[illegible]

東洋の文化、経済、政治

2007-05-15 15:45:45

15. O_2 和 H_2 的混合气体 4 g 在 1000 K 和 101.325 kPa 下燃烧，生成 H_2O 和 CO_2 。求该过程的 ΔG 。

香蘭 / 桂花 / 玫瑰 / 茉莉

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS VIAS

SEGURO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL

SEGURO Nº 013710434999 - BILHETE Nº 001

CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

VEÍCULO

SEGURADOR

SEGURADO

PREMIOS

COBERTURA

CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

VEÍCULO

SEGURADOR

SEGURADO

PREMIOS

COBERTURA

SEGURO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL

SEGURO Nº 013710434999 - BILHETE Nº 001

CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

VEÍCULO

SEGURADOR

SEGURADO

PREMIOS

COBERTURA

CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

VEÍCULO

SEGURADOR

SEGURADO

PREMIOS

COBERTURA

PROTOCOLO RECEBIDO
27 MAR 2013
TERNA DO SOL ADM.
CORRETORA DE SEGS.

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- OSTEOSSÍNTESE 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

PROTÓCOLO
RECEBIDO
27 MAR 2019
TERRADO SOLADM.
E CORRETORA DE SEGS

mentos que
ais amlo e

NATAL CARTEIRO UNICO JUDICIARIO DE ISGAPU
Praça São Vicente de Paulo, nº 2 - Centro - Natal/RN - CEP: 55.100-010
Telefone: (084) 301-22819

RECONHECO por **AUTENTICIDADE** de: **dt(s)** **Amel(s)** de:

FRANCILENE MARIA CHAVES (195004) cujo documento está autenticado.

NATAL/RN, 18 DE SETEMBRO DE 2011

CE 110.326.52
EAO: 684246
ISSUINR10.14

Alberto Martins de Moura, Escrevente Autenticado

RECEBUE
NATAL/RN

FIRMA
NATAL/RN

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0104861/19

Número do Sinistro: 3190235980

Vítima: FRANCILENE MARIA CHAVES

CPF: 065.485.134-44

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCILENE MARIA CHAVES

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

ANDRE DA CRUZ GONCALVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GERCIA LOURENCO DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0104861/19

Vítima: FRANCILENE MARIA CHAVES

CPF: 065.485.134-44

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/11/2018

Titular do CPF: FRANCILENE MARIA CHAVES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-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

ANDRE DA CRUZ GONCALVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GERCIA LOURENCO DA SILVA

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

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

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 Chaves
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Francilene Maria Chaves	065-485-134-44	
Profissão:	Número:	Complemento:
Professora	677	B
Bairro:	Cidade:	Estado:
Jaquea Azul	Natal	RN
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
prof-francilene@hotmail.com	59-139-440	84-98853-3660

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

REDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: <u>BRADDESCO</u> AGÊNCIA: <u>0995</u> <u>4</u> CONTA: <u>49105</u> <u>5</u> <small>(Informar o dígito se existir)</small>

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 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 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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: Natal 27/03/19
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A SOGO
Francilene Maria Chaves
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____

2ª | Nome: _____
 CPF: _____

RECEBIDO
27 MAR 2019
TERRA DO SOLAR
E CORRETORA DE SEGS.

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fidejussão do inteiro 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

Data: 28/03/2019 Term: 017829 N.Trans: 548
Hora: 08:46

Valor: ~~2.000~~

Favorecido:
Banco: 237
Agencia: 0995 / S.GONCALD AMARANTE
Conta: 0049105-5

Titular 1: FRANCILENE MARIA CHAVES

Sujeito 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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 100957

1 - LOCAL E DATA

Local RUA DOUTOR ANTONIO MACHADO DE ALCAANTARA Bairro PATUCARA
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 - VEICULO 01

Placa ou Chassi OWG 1735 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. VW/MAHA / YAR 175 FACTA Cor PRETA Ano 2015/2016
Proprietário MATHEUS SOUZA DE MELO Nº de Ocupantes 01
Condutor II Data de Nascimento 25/10/1997
Endereço RUA BRITANIA Nº 95 Fone 99663-0160
Bairro BRAMODE / LAGOA AZUL Cidade NATAL UF RN
CPF Nº 700549564-82 CNH Nº 07072247320 Validade 14.10.2019 Categoria A/B
Local de Trabalho ESTUDANTE Fone 98316-4874
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEICULO 02

Placa ou Chassi NAN 5291 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. ITA/SUZUKI INTIMIDA 125 Cor VERDE Ano 2011/2012
Proprietário FRANCISCA MARIA ENAVES Nº de Ocupantes 01
Condutor A MESMA Data de Nascimento 15/07/1985
Endereço AV. NINA SALES Nº 677 Fone 98853-3660
Bairro BOA ESPERANÇA / LAGOA AZUL Cidade NATAL UF RN
CPF Nº 065485134-44 CNH Nº 06845006555 Validade 20.10.2019 Categoria A/B
Local de Trabalho COLEGIO AB30LUTO Fone _____
End. RUA LAGOA - ALUMS BEIAS Nº _____ Bairro PATUCARA Cidade NATAL

5 - VEICULO 03

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

RECEBIDA
27 MAR 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

6 - VEICULO 04

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

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? DR. ANTONIO MACHADO DE ALcantara
 Em que sentido? SANTAREM / SANTA CECILIA Em que faixa? UNICA
 Versão do condutor: INFORMA QUE TRANSITAVA NORMALMENTE QUANDO O V2 AVANÇOU O ENCRUZAMENTO DA VIA O MESMO ALTA DESVIOU E ACIONOU OS FARIAS MAS NAO OBTIVE CITO CHECKANDO A COLISAO NA LATERAL ESQUERDA DE V2.

Assinatura do Condutor do V1. X

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? DOUGLA JUNIO DE MESQUITA
 Em que sentido? _____ Em que faixa? _____
 Versão do condutor: _____

Assinatura do Condutor do V2. _____

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____
 Em que sentido? _____ Em que faixa? _____
 Versão do condutor: _____

Assinatura do Condutor do V3. _____









SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____
 Em que sentido? _____ Em que faixa? _____
 Versão do condutor: _____

Assinatura do Condutor do V4. _____





8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./Tempo	Tipo da Pista	Carnet./Pista	Cond./Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amarelhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> Inexistente
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Amolecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Active Ingreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulosa	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Active Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Ingreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente	_____	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s) _____
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. _____ KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input checked="" type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/> _____	
			<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

 ÁRVORE
 VESTÍGIOS
 SEMÁFORO
 PEDESTRE
 BICICLETA
 OU MOTO
 CARRO DE
 PEQUENO PORTE
 CAMINHÃO
 OU ONIBUS
 CARRETA

19 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1		AVARIAS DO VEÍCULO 2	
	<p>PARAFUSO DANFADO, SUPORTE DO FAROL, PUNHA DIREITO, PROTETOR DE ESCAPE — //</p>		<p>PISCA MANT. DIREITO, MOTA CA- PULADA, CARRACA DO PLINEL, PRO- TECTOR DE ESCAPE, BAC- DO FAROL TAMBOR AMASSADO, TAMBO DO MO- TOR, LADO ESQUERDO</p>
AVARIAS DO VEÍCULO 3		AVARIAS DO VEÍCULO 4	
			

11- ☒ Vítima condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Condição para: UBA 20 F331GMM Presença de ☐ Foto ☐ Registro
Nome MATHEUS SOUZA DE ARAÚJO
RG N° 003313419 Órgão Expedidor 146P/AM Data de Nascimento 25/10/1999
Endereço 0 MEMO N° _____ Fone _____
Bairro ROA ESPERANÇA / LAGOA AZUL Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora 10.25
12- ☒ Vítima condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Condição para: UBA 20 F331GMM Presença de ☐ Foto ☐ Registro
Nome FRANCISCO MARCIO CHAVES
RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento 15/10/1985
Endereço _____ N° _____ Fone 98893-3560
Bairro ROA ESPERANÇA / LAGOA AZUL Cidade NOVA UF AM
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
13- ☐ Vítima condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Condição para: _____ Presença de ☐ Foto ☐ Registro
Nome _____
RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
14- ☐ Vítima condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Condição para: _____ Presença de ☐ Foto ☐ Registro
Nome _____
RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
15- SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO
Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
Nome SAMU RG N° _____ Órgão Exp. _____
Endereço _____ N° _____
Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16- IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☒ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☒ NÃO AUT N° _____ CÓD/DESD _____

17- OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO
INFORMO QUE AO CHEGAR AO LOCAL OS VEÍCULOS HAVIAM
SIDO RETENIDOS NA VIA POR PORQUE O CONDUTOR DO V2
JA TINHA SIDO SOCORRIDO PELO SAMU.
V2 FOI ENTREGUE AO SR FRANCISCO DAS CHAVES CHAVES
RG 5457184 E TRANSPORTADO PARA O HOSPITAL. INFORMO AINDA
QUE O CONDUTOR DO V1 JA ESTAVA EM CONDIÇÕES
DE ASSIMILAR O BOMT DEVIDO LESÃO NA MÃO DIREITA.
INFORMO EM
TEMPO QUE NÃO
FOI POSSÍVEL COLHIA
A VERSÃO DO V2
(CIURGIA)

Nome Completo do Agente MARCIO RODRIGUE MELO DE SAES
POSTO/GRAD.: 3º SGT PM N° 20001157 Viatura AGUIA 039 Subunidade: ESQUADRÃO AGUIA
Local e Data ATAI, 23 de NOVEMBRO de 2018

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 065.485.134-44 Nome completo da vítima: Francilene Maria Chaves

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

Nome completo: Francilene Maria Chaves CPF: 065.485.134-44

Profissão: Professora Endereço: Av. Nelson Galvão Número: 677 Complemento: B

Bairro: Lagoa Azul Cidade: Natal Estado: RN CEP: 59.139-440

E-mail: prof-francilene@hotmail.com Tel.(DDD): 84.988533660

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

RENDA 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: BRB

AGÊNCIA: 0995 4 CONTA: 49105 5

(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 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 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Gráu 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem 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: Natal 27/03/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A SOGO

Francilene Maria Chaves

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: Francilene Maria Chaves

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

TERRA DE SOBRADO
E COOPERATIVA DE SEGS.

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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 - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 100957

1 - LOCAL E DATA

Local AV. DOUTOR ANTÔNIO MACHADO DE ALCANAR Bairro PASULCARA
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. V.A. MAHA / YCA 125 FACTOR Cor PACTA Ano 2015/2016
Proprietário MATHEUS SOUZA DE MELO Nº de Ocupantes 01
Condutor II Data de Nasc. 25/10/1999
Endereço RUA BUAITAMA Nº 95 Fone 99663-0160
Bairro RAMOAL / LAGOA AZUL Cidade NATAL UF RN
CPF Nº 700513564-82 CNH Nº 07072747320 Validade 14/10/2019 Categoria A/B
Local de Trabalho ESTUDANTE Fone 98716-4874
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02

Placa ou Chassi NWV 5291 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. ITA / SUZUKI INTRUDER 125 Cor VERDE Ano 2011/2012
Proprietário FRANIZONE MARIA ENAVES Nº de Ocupantes 01
Condutor A MESMA Data de Nasc. 15/09/1985
Endereço AV. NINA SALES Nº 677 Fone 98853-3660
Bairro BOA ESPERANÇA / LAGOA AZUL Cidade NATAL UF RN
CPF Nº 065485134-44 CNH Nº 06845006555 Validade 20/10/2019 Categoria A/B
Local de Trabalho COLÉGIO ABSOLUTO Fone _____
End. AV. LAGOA - ALVOS BEIROS Nº _____ Bairro PASULCARA 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 _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Bairro _____ Cidade _____

RECEBIDO
CNH Nº _____
27 MAR 2019
TERRA DO SOL DOM. 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 _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

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

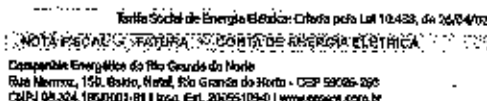
BANCO: 237

AGÊNCIA: 00995-4

CONTA: 000000049105-5

Nr. Autenticação

BRADESCO0904201905000000000023700995000000049105236250 PAGO



ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV 634 A. JAL ES 677 -R

LAGOA AZUL/AREA URBANA
NATAL RN
59138-440

208139-140
BIBLIOGRAPHY: 1970-1979

3063045681 012018

28/01/2019 15/02/2019

181.95

204101
CESTOIEZ, O. D. S. NOTA FISCAL

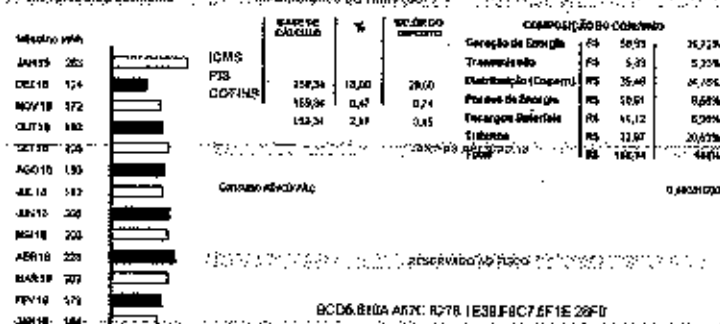
	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(MAN)			
Contrô. Juri. Pública Municipal	269,00000001	0,50505037	135,83
Multa por atraso-DF 015568563 - 16/11/18			18,8
Juros por atraso-DF 015568563 - 16/11/18			2,2
Juros por atraso-DF 015568563 - 16/11/18			1,3

PROTOCOLADO
RECEBIDO
27 MAR 2013
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

DOI: 10.1002/for

Nº DO MEDICAMENTO	TOMAS MENSUAIS	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO EM
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
2011069996	CAI	17/02/2009	13,378/01	16/01/2010	81,262/00	30	1,00000		203,00

[HISTORICAL DOCUMENTS](#)
[INFO: MAGNETIC YIELDING](#)
[INFO: MAGNETIC YIELDING](#)



Página 1 de 2

ATENÇÃO: A COSERINFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

EM ATÉ 15 DIAS, DE 102 ESTUDANTES CALIFÓRNIA-CONDOM

Vendo	Comprare	Valor	Varia	Diferencia	Valor
24/03/2018	16/01/2018	40.24			

É a combinação de dois aspectos de alto interesse: a HCG com o ácido de 2500 unidades. Como a composição do hormônio é purificada por dois ciclos de filtração, possui 99,9% de pureza. Já o ácido é produzido a partir de urina humana, com o uso de técnicas de ultrafiltração e de alta pressão. O ácido é produzido a partir de urina humana, com o uso de técnicas de ultrafiltração e de alta pressão. O ácido é produzido a partir de urina humana, com o uso de técnicas de ultrafiltração e de alta pressão.

[illegible] $\chi^2_{\text{red}} = 1.62$ [illegible]

52507472	Lado D47H 32,22	FUCD - Valor do [reajuste do] do Salário pessoal de julho = 17112,38
----------	-----------------	--

[illegible]

7003245681	01/2019	23/01/2019	181.95
------------	---------	------------	--------

83840000001-4 81950038407.1 00324566120-9 01214385703-0





CTO RECIFE PE PL8
ANDRE DA CRUZ GONCALVES
RUA FAZENDA NOVA 8
CIDADE DA ESPERANCA
59070-390 - NATAL - RN



7213512620 23135 00004324301 30 311039

RECEBIDO
27 MAR 2013
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

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 91 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 06.640.944 / 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 INVALÍDELA 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 NOVA</u>	Número: <u>2</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>CIDADE DE ESPERANÇA</u>	Cidade: <u>NATAL</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: _____	CEP: <u>59070-390</u>	Tel (DDD): <u>(84) 287.82-0617</u>

Local e Data: NATAL 20.02.2019

André da Cruz Gonçalves
Assinatura do Declarante

**PROTOCOLO
RECEBIDO**
27 MAR 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.