

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROBERTO PEREIRA DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00758

CONTA: 000000049052-4

Nr. da Autenticação E1CB9D4668ABDF0A

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190598096 **Cidade:** Caicó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROBERTO PEREIRA DE ARAUJO **Data do acidente:** 15/05/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA SEGMENTAR DE FÊMUR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO) P5 9 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0368732/19

Vítima: ROBERTO PEREIRA DE ARAUJO

CPF: 523.816.414-91

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROBERTO PEREIRA DE ARAUJO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ROBERTO PEREIRA DE ARAUJO : 523.816.414-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/10/2019
Nome: ROBERTO PEREIRA DE ARAUJO
CPF: 523.816.414-91

ROBERTO PEREIRA DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES

Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190598096

Vítima: ROBERTO PEREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 15/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROBERTO PEREIRA DE ARAUJO

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, 13 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190598096

Vítima: ROBERTO PEREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 15/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROBERTO PEREIRA DE ARAUJO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 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: ROBERTO PEREIRA DE ARAUJO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000758

Conta: 0000049052-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: _____ 4 - Nome completo da vítima: _____

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

5 - Nome completo: **ROBERTO PEREIRA DE ARAUJO** 6 - CPF: _____
7 - Profissão: **MOTOTRISTA** 8 - Endereço: **ANTONIO VIGITA** 9 - Número: **1255** 10 - Complemento: **C**
11 - Bairro: **NOVA DESCOBERTA** 12 - Cidade: **CAICÓ** 13 - Estado: **RN** 14 - CEP: **55300-000**
15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): **9998.89** **9522**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$7.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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: _____

AGÊNCIA: **0758** CONTA: **49052** **4**

(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 tive direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concorrendo, 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - 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 provar em 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.

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

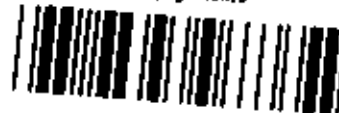
38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Autorização de pagamento



Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, **CAICÓ - 19-10-2019**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



POUPANÇA




6277 8015 0924 4004

VALIDO ATÉ
01/21

ROBERTO PEREIRA DE ARAUJO

0758 013 00048052-4

elo

ASSINATURA AUTORIZADA

Este Endereço   exclusivo para o atendimento

Atendimento Comercial: 3004 1105 (Capitais e cidades metropolitanas)

0800 726 0305 (Demais regiões)

Outros: 0800 725 7474

CAIXA

AQUI

Banco24Horas

elo

DEBITO



Boletim de ocorrência



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19025710B01



Para maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prf.gov.br/novobat /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em Imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por RENAN CAVALCANTI, matrícula 1608579, Policial Rodoviário Federal, em 15/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19025710B01 e o número de controle 07FC6E7B022A288A0B9CE55901FFD1.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19025710B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 15/05/2019 Hora: 14:40 Município: CAICO/RN
BR: 427 KM: 96,0 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: RENAN CAVALCANTI, 1608579

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 15/05/2019, por volta das 14h40, no KM 96 da BR 427, em Caicó/RN, ocorreu um acidente do tipo colisão frontal, com vítimas (1 ferido grave). O veículo envolvido foi uma honda cg 150, vermelha de placas: QGA1653 (V1) e o outro foi um chevrolet classic ls, prata, de placas OKB1659 (V2). Com base na análise dos vestígios materiais identificados, constatou-se que V1 trafegava na faixa de trânsito do sentido Jardim do Seridó / Caicó-RN, quando foi surpreendido por V2 que vinha em sentido contrário e adentrou na contramão de direção, colidindo frontalmente com V1. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local, concluiu-se que o fator principal do acidente foi a mudança de faixa feita por V2, vindo a colidir em V1. Observações: O local do acidente estava parcialmente desfeito e já estavam no local uma VTR do SAMU e uma do corpo de Bombeiros. O local apresentava sinalização horizontal de proibição de ultrapassagem em ambos os sentidos. O condutor de V1 teve atendimento pré hospitalar por uma equipe da SAMU e foi encaminhado ao hospital. O condutor de V2 não teve ferimentos e não precisou de socorro. O veículo V1 foi entregue ao irmão do acidentado que compareceu ao local. O veículo V2 foi recolhido ao pátio pois encontrava-se com licenciamento vencido. As câmeras de segurança de um estabelecimento comercial próximo, filmou o momento do acidente.

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Documento assinado eletronicamente por RENAN CAVALCANTI, matrícula 1608579, Policial Rodoviário Federal, em 15/05/2019, conforme horário oficial do Brasil, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/movob01/autenticar>, informando o protocolo 19025710B01 e o número de controle 07FC6E7B022A288A0B9CE55901FFD1.

191



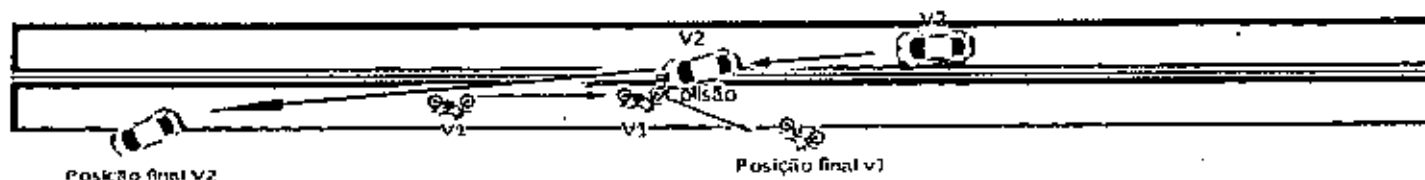
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19025710B01



Local do acidente



← JARDIM DO SERIDÓ

CAICÓ →

AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão frontal	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
--------	---------	--------------	----------------	------------------

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Sollicitação	Comparecimento
---------------	--------------	----------------

V1 - VEÍCULO 1 - QGA1653 - MOTOCICLETA

V1 - Informações

Placa: QGA1653 Marca/modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI Renavam: 01048686610
Ano fabricação: 2015 Chassi: 9C2KC1680FR211936 Tipo de veículo: Motocicleta
Espécie: Passageiro Categoria: Particular Cor: Vermelha
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

V1 - Encaminhamento

Motivo: Outros

Tipo de Receptor: Outro



Documento assinado eletronicamente por RENAN CAVALCANTI, matrícula 1608579, Policial Rodoviária Federal, em 15/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19025710B01 e o número de controle 07FC6E7B022A2B8A0B9CE55901FFD1.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19025710B01

Informações complementares: Veículo ficou sob responsabilidade do Sr. Francisco Pereira de Araujo, CPF 67268510497, irmão do acidentado.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por RENAN CAVALCANTI, matrícula 1608579, Policial Rodoviário Federal, em 15/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-7, de 24 de agosto de 2001, no art. 4º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobadeverificac>, informando o protocolo 19025710B01 e o número de controle 07FC6E7B027A2BBA0B9CE55901FFD1.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19025710B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/CG150 FAN ESDI

Placa: QGA1653

Nº BOAT: 19025710B01

Nome do Agente: RENAN CAVALCANTI

Matrícula do Agente: 1608579

Data: 15/05/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro		X		
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (Iriciclos)			X	

Dano de Monta: Média

V1 - Imagens Obrigatórias

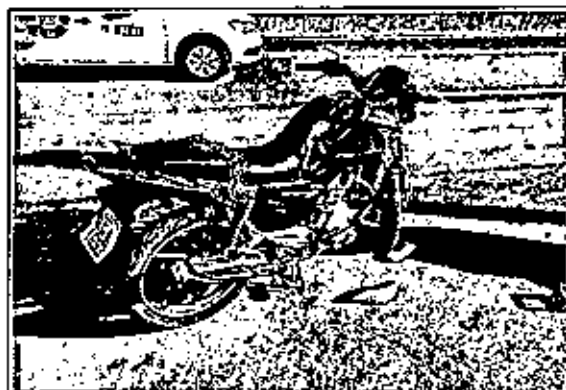


IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por RENAN CAVALCANTI, matrícula 1608579, Polícia Rodoviária Federal, em 15/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobate/autenticar>, informando o protocolo 19025710B01 e o número de controle 07FC6E7B022A28BA0B9CE55901FFD1.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19025710B01

V1 - Proprietário

Nome: BRUNO BRITO DA NOBREGA
Email:
Endereço: CAICO-RN

CPF/CNPJ: 058.733.424-07
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - ROBERTO PEREIRA DE ARAUJO

V1C - Informações

Nome: ROBERTO PEREIRA DE ARAUJO
CPF: 523.816.414-91
Estado físico: Lesões Graves

Data de Nascimento: 11/01/1967
Sexo: Masculino
Usava capacete: Sim

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB
UF: RN
Observações CNH: 15

Primeira habilitação: 16/07/1993
Vencimento da habilitação: 27/03/2023

Nº Registro: 02774481598
Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim
Visíveis sinais de embriaguez: Não
Resultado obtido: 0,00 mg/l

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: ANTONIO VIEIRA, 1255, C, NOVA DESCOBERTA, CAICO-RN
Telefone:

Email:

V1C - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico
Tipo de Receptor: SAMU
Informações complementares: Foi socorrido pela SAMU para o hospital.

V2 - VEÍCULO 2 - OKB1659 - AUTOMÓVEL

V2 - Informações

Placa: OKB1659 Marca/modelo: I/CHEVROLET CLASSIC LS
Ano fabricação: 2013 Chassi: 8AGSU19F0ER109034
Espécie: Passagello Categoria: Particular
Manobra no momento do acidente: Mudando de faixa

Renavam: 00567559076
Tipo de veículo: Automóvel
Cor: Prata

Informações complementares: Veículo recolhido ao pátio, tendo em vista, encontrar-se não licenciado.

V2 - Encaminhamento



Documento assinado eletronicamente por RENAN CAVALCANTI, matrícula 1608579, Policial Rodoviário Federal, em 15/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-7, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19025710B01 e o número de controle 07FC6E7B022A28BA0B9CE559D1FFD1.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19025710B01

Motivo: Outros

Tipo de Receptor: Outro

Informações complementares: Veículo recolhido ao pátio, tendo em vista, encontrar-se não licenciado.



Documento assinado eletronicamente por RENAN CAVALCANTI, matrícula 1608579, Policial Rodoviário Federal, em 15/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobai/autenticar>, informando o protocolo 19025710B01 e o número de controle 07FC6E/B022A38BA0B9CE55901FFD1

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19025710B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / I/CHEVROLET CLASSIC LS

Placa: OKB1659

Nº BOAT: 19025710B01

Nome do Agente: RENAN CAVALCANTI

Matrícula do Agente: 1608579

Data: 15/05/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Painel corta-fogo			X	
2	Longarina dianteira esquerda			X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X		
4	Estrutura da soleira esquerda			X	
5	Air Bags Frontais			X	
6	Air Bags Laterais			X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda			X	
8	Estrutura da coluna central esquerda			X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda			X	
10	Caixa de roda traseira esquerda			X	
11	Assoalho central esquerdo			X	
12	Longarina traseira esquerda			X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba			X	
14	Longarina traseira direita			X	
15	Caixa de roda traseira direita			X	
16	Estrutura da coluna traseira direita			X	
17	Estrutura da soleira direita			X	
18	Estrutura da coluna central direita			X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita			X	
20	Assoalho central direito			X	
21	Caixa de roda dianteira direita			X	
22	Longarina dianteira direita			X	

Dano de Monta: Pequena



Documento assinado eletronicamente por RENAN CAVALCANTI, matrícula 1608579, Policial Rodoviário Federal, em 15/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 7º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 19025710B01 e o número de controle 07FC6E7B022A288A089CE55901FFD1.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19025710B01

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por RENAN CAVALCANTI, matrícula 1608579, Policial Rodoviário Federal, em 15/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobab/autenticar>, informando o protocolo 19025710B01 e o número de controle 07F6E7B022A2BBA0B9CE55901FFD1.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19025710B01

V2 - Proprietário

Nome: MARIA EULALIA DOS SANTOS
Email:
Endereço: CAICO-RN

CPF/CNPJ: 202.085.294-20
Telefone:

V2C - CONDUTOR DE V2 - JOSE MARCOS DOS SANTOS

V2C - Informações

Nome: JOSE MARCOS DOS SANTOS
CPF: 513.087.894-91
Estado físico: Ileso

Data de Nascimento: 01/10/1967
Sexo: Masculino
Usava cinto de segurança: Ignorado

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB
UF: RN
Observações CNH: A

Primeira habilitação: 11/08/1992
Vencimento da habilitação: 12/12/2023

Nº Registro: 02675649367
Motorista profissional: Não

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim
Visíveis sinais de embriaguez: Não
Resultado obtido: 0,00 mg/l

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: WASHINGTON LUIZ, 59, BOA PASSAGEM, CAICO-RN
Telefone:

Email:



Documento assinado eletronicamente por RENAN CAVALCANTI, matrícula 1608579, Polícia Rodoviária Federal, em 15/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 7º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobs/autenticar>, informando o protocolo 19025710B01 e o número de controle 07FC6E7B022A288A0B9CE55901FFD1.



GOVERNO DO
RIO GRANDE DO NORTE



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAICÓ
SAMU METROPOLITANO

Comp. Reg. de Acidentes Declarados



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o usuário dos serviços de saúde ROBERTO PEREIRA DE ARAUJO, 52 anos, foi atendido pela equipe do serviço de atendimento móvel de urgência - SAMU-192-RN da cidade de Caicó -RN no dia 15.05.19 às 15:21 horas, no endereço AV. CORONEL MARTINIANO, VIA PUBLICA, paciente vítima de CAVÃO MOVO X CARRO.

A presente declaração expressa a verdade

Caicó-RN 28 de JUNHO de 2019

Jardênia Azevedo da Silva Noronha
COREN-RN 264.657 - ENF ESP

Jardênia Azevedo da Silva Noronha
Coordenadora da base descentralizada do SAMU metropolitano em Caicó/RN
COREN-RN 264.657

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A.
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.

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

Eu, BRUNO BRITO DA NOBRETA

RG nº 182521, data de expedição 10/10/2019

Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 058.733.424-07

com domicílio na cidade de CAICÓ, no Estado de

RIO GRANDE DO NORTE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA TEREZA MEDEIRAS, BAIRRO: BOA PASSAGEM, nº 544

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

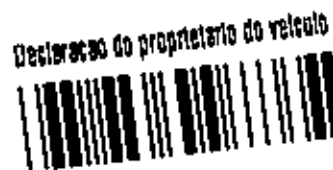
ROBERTO PEREIRA DE ARAUJO, cujo o condutor era

ROBERTO PEREIRA DE ARAUJO

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/CG 150 FAN BSOI Ano: 2015

Placa: QGA 1653 Chassi: 9C2KG1680FR211936

Data do Acidente: 15/05/2019



Local e Data: CAICÓ RN 09 DE OUTUBRO 2019

Bruno Brito da Nobre

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DO
PROTÓTIPO DE NOTAS E
PROTÓTIPO DE TÍTULOS

Tabelão Ref. Maria de Lourdes Reges de Araújo
Av. Cel. Sampaio, 156 - Centro - CEP: 59300-000 - CAICÓ-RN
Fone: (84) 3417-2226 - E-mail: oficial@cartorio.caicornd.com

RECONHECIMENTO DE FIRMA Nº 2019-009535

Protestado por este cartório a firma de:

BRUNO BRITO DA NOBRETA

Em 15/10/2019 às 10:19:24

Cartório - RN, 10/10/2019 às 10:19:24

EMEL 9.89 FOLIO 00 PORCPH 000 15830.14 FUNAFIO 000

SELO DIGITAL: RZ02C2093550014472 WEA

Firmado digitalmente por Bruno Brito da Nobre

em 15/10/2019 às 10:19:24

S

HOSPITAL REGIONAL DO S
Telecila Freitas FonteEstrada da Parimônia, 114, Jd. do Salgueiro, 8
Fundo VI - Centro-RN / Contatos: 84 3424-9630 / 34
CNPJ: 08.241.754/0135-57

Documentação médica - hospitalar



BOLETIM DE ATENDIMENTO PRONTO SOCORRO

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO	DATA	HORA DE ENTRADA	Nº ATENDIMENTO
<i>Quis</i>	15.05.19	16:06	194

CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviaturas e de forma legível.

NOME	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO
ROBERTO PEREIRA DE ARAUJO	11.01.67	52	M
CPF	RG	DATA DE EXPEDIÇÃO	CARTÃO SUS
523 816 414-91	863 557	-	705 0044 1270 9553
NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	RACIA/COR
CAICO	E	MOTOTAXI	B
NOME DA MÃE	NOME DO PAI		
M ^{re} MEDICINOS ARAUJO	SEBASTIAO PEREIRA ARAUJO		
ENDEREÇO	BAIRRO		
AV. ANTONIO VIEIRA 1255	NOVA DESCOBERTA		
CIDADE/ESTADO	TELEFONE DE CONTATO	ESCOLARIDADE	
CAICÓ	9684 1413	PRIMARIO	
FORMA DE CHEGADA			
☐ ESPONTÂNEA ☐ CORPO DE BOMBEIROS	☒ SAMU ☐ POLÍCIA MILITAR	☐ AMBULÂNCIA/MUNICÍPIO ☐ OUTRO:	

CAMPO 2 - SINAIS VITAIS

Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de saúde.

PA: 140/90 mmHg	FC: 130 bpm	FR: 20 lpm	Temp. axilar: °C	SpO2: 100 %	Glicemia: mg/l
-----------------	-------------	------------	------------------	-------------	----------------

CAMPO 3 - AVALIAMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro responsável pelo ACCR.

☒ VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL				ESCORE DE GLASGOW					ESCORE DE DOR					
AO	RV	RM	AP	TOTAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
QUEIXA PRINCIPAL					HISTÓRIA BREVE									
ADRENTE DE TRANSITO					MOTO X AUTOMÓVEL									
ALERGIAS					COMORBIDADES									
OBSERVAÇÃO OBJETIVA														
REAVALIAÇÃO					REAVALIAÇÃO					REAVALIAÇÃO				
HORA					HORA					HORA				
16:03					16:03					16:03				
ENFERMEIRO PLANTONISTA/COREN														

CAMPO 4 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO

Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.

Vítima de colisão MOTO / CARRO	
Dor + lacrimas para E	
DIAGNÓSTICO INICIAL	fx perna E

CAMPO 5 - EXAMES SOLICITADOS

Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.

☐ HEMOGRAMA + PLAQUETAS	☐ TGO + TGP	☐ GASOMETRIA ARTERIAL	☐ ELETROCARDIOGRAMA
☐ UREIA + CREATININA	☐ CKMB + CPK	☐ COAGULOGRAMA	☒ RAIO-X: COTA E AP/P
☐ GLICEMIA	☐ TROPONINA	☐ EAS	☐ TOMOGRAFIA: 12x Perna AP
☐ AMILASE	☐ IONOGRAMA	☐ PCR	☐ OUTROS:

Confere com o Original

Calcó - RN, 25.1.06.119.

[Assinatura]

MAT-153808-0

CAMPO 6 - PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro plantonista do PS.

☐ SUTURA - QUANT: _____	☐ SONDAGEM VESICAL - QUANT: _____	☐ RETIRADA CORPO ESTRANHO - QUANT: _____
☐ SNG/SNE - QUANT: _____	☐ LAVAGEM GÁSTRICA - QUANT: _____	☐ DRENAGEM DE ABSCESSO - QUANT: _____
☐ PARACENTESE - QUANT: _____	☐ NEBULIZAÇÃO/INALAÇÃO - QUANT: _____	☐ CURATIVO SIMPLES - QUANT: _____

CAMPO 7 - ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.

☐ INTERNAMENTO - SETOR: _____	☐ ESPECIALIDADE MÉDICA: _____
--	--

CAMPO 8 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.

Volto 75 IM
DIPINNO 2AMA + 10 CLAD P-16

MÉDICO PLANTONISTA/CRM

RESP. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO/COREN

CAMPO 9 - SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro plantonista do PS para posterior coleta do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar.

ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO ☐ SIM ☐ NÃO		TRATAMENTO INDICADO ☐ SORO ANTI-RÁBICO ☐ VACINA ☐ SORO + VACINA		SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA ☐ INTERPESSOAL ☐ AUTOPROVOCADA		ENCAMINHADO AO SERVIÇO DE REFERÊNCIA? ☐ SIM ☐ NÃO	
PESO DO PACIENTE: _____ kg QUANT. SORO APLICADA: _____ ml N° LOTE: _____ VALIDADE: _____ / _____ / _____		ACIDENTE DE TRABALHO ☐ SIM ☐ NÃO EMISSION DE CAT ☐ SIM ☐ NÃO		TIPO DE VIOLÊNCIA: ☐ FÍSICA ☐ PSICOLÓGICA/MORAL ☐ SEXUAL ☐ OUTRA: _____		EM CASO DE VIOLÊNCIA SEXUAL, PROCEDIMENTO REALIZADO: ☐ CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA ☐ TESTE RÁPIDO HIV ☐ TESTE RÁPIDO SÍFILIS ☐ TESTE RÁPIDO HEPATITE B	
ACIDENTE DE TRÂNSITO ☐ SIM ☐ NÃO		EM CASO POSITIVO, O USUÁRIO ERA: ☐ CONDUTOR ☐ PASSAGEIRO ☐ PEDESTRE				ENFERMEIRO PLANTONISTA/COREN	

CAMPO 10 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE

Este campo pode ser preenchido por qualquer profissional da equipe de enfermagem.

MOTIVO DA SAÍDA ☐ ALTA MÉDICA ☐ EVASÃO ☐ RECUSA DO TRATAMENTO ☐ ÓBITO		REMOÇÃO/TRANSFERÊNCIA UNIDADE DE DESTINO: _____ CIDADE: _____ HORA DE SAÍDA: _____ DATA DE SAÍDA: _____ / _____ / _____	
HORA: _____ DATA: _____ / _____ / _____			



HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
Telecia Freitas Fontes



RELATÓRIO CIRURGIA SEGURA

DADOS DO PACIENTE

Nome: Roberto Pereira de Araújo
Data de nascimento: 11/10/67 Idade: 52 Sexo: ☒ M ☐ F
Nome da Mãe: Maria Medeiros de Araújo
Número do prontuário: 029293 Cartão do SUS: 305 0044 1270 9553
Endereço: Rua Antônio Vieira, 1255 Castelo
Bonito Cidade de procedência: Cacoa - RN

PRÉ-OPERATÓRIO

Data do procedimento: 31/05/19
Setor de procedência: ☒ Clín. cirúrgica ☐ Clín. médica ☐ UTI ☐ Urgência Ent/Leito: 116-2
Jejum? ☒ Sim Tempo de Jejum: _____ ☐ Não Tipo de alimentação: _____
Alergias? ☐ Sim Quais? _____ ☒ Não
Tricotomia no local da incisão para cirurgia geral? ☐ Sim ☒ Não ☒ NA
Lateralidade? ☐ Direita ☒ Esquerda ☐ NA
Retirada de adornos e/ou próteses? ☒ Sim ☐ Não ☐ NA
Uso de marcapasso? ☐ Sim ☒ Não ☐ NA
Profilaxia para TEV? ☐ Sim ☐ Não ☐ NA
Comorbidades? ☐ Sim Quais? _____ ☒ Não
Uso contínuo de medicamentos? ☐ Sim Quais? _____ ☒ Não

Sinais vitais: PA: _____ mmHg Glicemia: _____ mg/dL Tax: _____ °C

Porta exames complementares que auxiliem no procedimento? ☒ Sim ☐ Não

Prontuário? ☒ Sim ☐ Não

Transporte seguro até o centro cirúrgico? ☒ Sim ☐ Não

Tipo de transporte: ☒ Maca ☐ Cadeira de rodas

Paciente encaminhado para o centro cirúrgico às 14h05min

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem/COREN: _____
(Assinatura/Carimbo)

TRANS-OPERATÓRIO

Chegada do paciente às 14h10min Sala de cirurgia nº 01

Checkagem de equipamentos e da sala

☒ Carro de anestesia + alarmes ☒ Oxigênio/oxímetro ☒ Focos de luz
☒ Aspirador ☒ Bisturi elétrico + placa ☒ BIC
☒ Realizada desinfecção da sala ☒ Validação das embalagens esterilizadas

Tipo de procedimento: Int. cirúrgica de patula segmentar em femur E

Tipo de anestesia: Raqui (14h20min)

Equipe cirúrgica

Cirurgião: Dr. Silveira Filho Cirurgião/Auxiliar: Dr. Sandro

Anestesiista: Dr. Sérgio Instrumentador: Lucia

Circulante(s): Valdemir, Arimateia, Dalva

Transposição do paciente: ☒ Maca e mesa niveladas ☒ Trava da maca e da mesa cirúrgica

Risco de perda sanguínea? ☐ Sim (2 AVP calibrosos) ☒ Não

Reserva de hemocomponentes? ☐ Sim ☐ Não

Horário de início do procedimento: 14 h 40 min

Uso de bisturi elétrico? ☒ Sim ☐ Não

Local de posicionamento da placa: Tórax ☐ NA

Medicações administradas na sala: Oxacilina (HRA), Dexametasona
Ondansetron 1, Rontidina

Material para análise anatomopatológico? ☐ Sim ☒ Não

Peça corretamente identificada/protocolada? ☐ Sim ☐ Não ☒ NA

Material conservado em: N/A

Horário de término do procedimento: 17 h 00 min

Sector de destino: ☒ Clin. cirúrgica ☐ Clin. médica ☐ UTI ☐ Urgência Enf/Leito: 116-2

Condições de encaminhamento: ☒ Consciente ☐ Semiconsciente ☐ Sonolento
☐ Intubado ☐ Outros: _____

Oxigenioterapia? ☐ Sim Tipo: _____ ☒ Não

Acesso venoso permeável? ☒ Sim ☐ Cateter periférico MSG ☐ Não
☐ Cateter central _____

Náusea/Vômito? ☐ Sim ☒ Não

Sistema de drenagem? ☐ Sim ☐ SVD ☐ SNG/SNE ☐ Dreno _____ ☐ Ostomia
☒ Não

Curativo? ☒ Sim Tipo: _____ ☐ Com sangramento ☒ Sem sangramento
☐ Não

Sinais Vitais ao final do procedimento: PA: 115/76 mmHg Sat O₂: 99 % Tax: _____ °C

Checkagem final após procedimento

☒ Contagem de instrumentais/agulhas e compressas

☒ Transporte seguro do paciente da mesa operatória para maca

☒ Drenos, sondas e acessos pinçados e identificados

Transporte seguro até o setor de destino (na maca)? ☒ Sim ☐ Não

Paciente encaminhado para o setor de destino às 17h00min

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem/COREN: _____
(Assinatura/Carimbo)

PÓS-OPERATÓRIO

Checkagem ao chegar no setor de destino:

☐ Transporte seguro do paciente da maca para o leito

☐ Drenos, sondas e acessos abertos (CPM)

☐ Abrir horário das medicações

Complicações: ☐ Sim ☐ Não

☐ TEV ☐ Queda ☐ Sangramento ☐ Anemia ☐ Infecção sítio cirúrgico ☐ PCR

☐ Outras: _____

Alta hospitalar: ☐ Domicílio ☐ Outro local _____ ☐ Transferência (outro setor) _____

Bom estado geral: ☐ Sim ☐ Não

Avaliação da ferida cirúrgica: ☐ Limpa em cicatrização ☐ Aberta ☐ Infecionada

Orientações para cuidados domiciliares e retorno ambulatorial: ☐ Sim ☐ Não

Outras observações:

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem/COREN: _____
(Assinatura/Carimbo)



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Subúrgi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

LAUDO DE CIRÚRGIA

Nome do Paciente:	Roberto Pereira de Araújo	Nº Registro	0129293	Data de Admissão					
-------------------	---------------------------	-------------	---------	------------------	--	--	--	--	--

Nome do Procedimento Cirúrgico:	Trat e - Prost Segunda perna EQ
Descrição do Ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)	

Data	Início	Término	Duração	Gazes	Compr.	Dreno
310579	14:00	16:30h	2h30m			

DDPA

Trat e

Trat e - Prost Segunda perna EQ

Redução e fixação Prost HRC EQ

Redução e fixação Prost da perna esquerda EQ

Hemostasia

Dreno

Suturas

Curativo

1º Auxiliar

2º Auxiliar

Cirurgião
Dr. 99000
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 4419 - 1981
CPF 021.342.107-40

LAUDO DE ANESTESIA																			
Data				Início		Término		Duração											
3	4	0	5	/	1	4	0	0	h	1	0	5	3	0	m	2	h	30	m
PRESSÃO ARTERIAL																			

Hand-drawn graph on a grid showing two data series over 4 hours. The top series is labeled '1.1' and the bottom series is labeled '1.2'. Both series show a general downward trend with some fluctuations. The top series starts at approximately 280 and ends at 240. The bottom series starts at approximately 100 and ends at 80. The graph is divided into four 15-minute intervals labeled '1ª HORA', '2ª HORA', '3ª HORA', and '4ª HORA'.

Tipo Anestesia	Agente	Volume

[illegible]

Cirurgião



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR-AIH

1. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ	2. CNES: 6.778.580
3. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: NOME: ROBERTA PEREIRA DE ARAÚJO	4. Nº DO PRONTUÁRIO: 02923
CPF: 5 2 3 8 1 6 4 1 4 9 1	RG: 8 6 3 3 5 7

5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 10 5 0 0 4 4 1 0 7 0 9 5 3 3	6. DATA DE NASC: 11 10 67	7. SEXO: MASC. ☒ FEM. ☐
8. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: MARIA MENDES DE ARAÚJO	DDD: 84	9. TELEFONE DE CONTATO: 9684-1413
10. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Rua Antonio Vieira 1255	12. COD. IBGE MUNICÍPIO: 2100000	13. UF: RN
11. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: CNAU	14. CEP: 59300	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

15. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: história de (seguinte) Dent. deformidade

16. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Re

17. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Hct + R			
18. DIAGNÓSTICO INICIAL: Dist. Seguintes fêmeas	19. CID 10 PRINCIPAL: 2100000	20. CID 10 SECUNDÁRIO:	21. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

22. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Trat. Cirúrgico	23. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:		
24. CLÍNICA:	25. CARATER DA INTERNAÇÃO:	26. DOCUMENTOS () CNS () CPF:	27. Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLIC./ASSIST.:
28. NOME DO PROF. SOLICITANTE: Dr. Sérgio Pinheiro	29. DATA DA SOLICITAÇÃO: 3.1.5.19	30. ASSINATURA E CARIMBO DO REG. DO CONSELHO: Dr. Sérgio Pinheiro	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES, VIOLÊNCIA, ETC.)			
31. () ACID. DE TRANSITO	34. CNPJ DA SEGURADORA:	35. Nº DO BILHETE:	36. SÉRIE:
32. () ACID. TRABALHO TÍPICO	37. CNPJ DA EMPRESA:	38. CNAE DA EMPRESA:	39. CBOR:
33. () ACID. TRABALHO TRAJETO			
40. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () O EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

41. NOME DO PROF. AUTORIZADOR:	42. COD. ORGÃO EMISSOR:	43. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR
44. DOCUMENTOS () CNS () CPF:	45. Nº DOC. (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR:	
46. DATA DA AUTORIZAÇÃO:	47. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO):	



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOME DO PACIENTE: ROBERTO PEREIRA DE AMORIM		DATA NASCIMENTO: 11.01.67		SEXO: M
REGISTRO/PRONTUÁRIO: 029.293		BAIRRO: CASTEL BOMBO		
ENDEREÇO (Rua, Número): Rua Antônio Vieira, 1258		CEP: 59300	TELEFONE: 9684.1413	
MUNICÍPIO: Caicó		UF: RN		
NOME DO PAI: SEBASTIÃO PEREIRA DE AMORIM		NOME DA MÃE: MARIA MONTANOS DE AMORIM		
RESPONSÁVEL: MARYLENE CESARIN				
PREENCHIMENTO MÉDICO (Preenchimento médico)				
CLÍNICA: ☐ MÉDICA ☒ ORTOPÉDIA ☐ CIRÚRGICA ☐ PEDIATRIA		ENFERMARIA/LEITO: INTERNAÇÃO DECORRENTE DE ACIDENTE ☐ DE TRABALHO ☐ DE TRANSITO ☐ DE OUTROS FINS ☐ NÃO		
DIAGNÓSTICO INICIAL: Fract. Segmente Lateral Esq.		MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Silvio Santos Pinheiro CRM-RN 4419 - TBM 0671 CPF 021.120.284-46		
INTERNAÇÃO		ORIGEM RESIDÊNCIA?		
DATA	HORA	☐ SIM ☐ NÃO		
PROCEDÊNCIA:		CARÁTER DE INTERNAÇÃO: ☐ ELETIVA ☐ NORMAL ☐ EMERGÊNCIA		
RESUMO DA SAÍDA (Preenchimento médico)				
PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição): Tração		TIPO DE PROCEDIMENTO: ☐ LIMPO ☐ INFECTADO ☐ CONTAMINADO ☐ POTENCIAL M. CONTAMINADO		
PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição):		DATA: HORA:		
APRESENTOU INFECÇÃO? ☐ HOSPITALAR ☐ COMUNITARIA ☐ NÃO		FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO: ☐ PROFILATICAMENTE ☐ NÃO ☐ TERAPEUTICAMENTE		
MOTIVO DA SAÍDA (AIH): ☐ ALTA ☐ REMOÇÃO ☐ ÓBITO ATÉ 24 HORAS ☐ ÓBITO APÓS 24 HORAS		SE MOTIVADO SAÍDA = 1 (remoção) ASSINAL DETALHAMENTO DA ALTA ☐ CURADO ☐ MELHORADO ☐ INALTERADO ☐ A PEDIDO ☐ ADMINISTRATIVO ☐ POR INDICIPLINA ☐ EVASÃO ☐ INTER.P/DIAGNOSTICO ☐ P/COMPLETAÇÃO F.DE ACIDENTE		
PREENCHER SE MOTIVO 2 = (REMOÇÃO)				
INDICAÇÃO CLÍNICA:		DESTINO:		
PREENCHER SE MOTIVA SAÍDA = ÓBITO		OCORREU ÓBITO CAUSADO POR INFECÇÃO: ☐ SIM ☐ NÃO		
CAUSA MORTE:		MÉDICO RESPONSÁVEL: (carimbo/assinatura)		

[illegible]



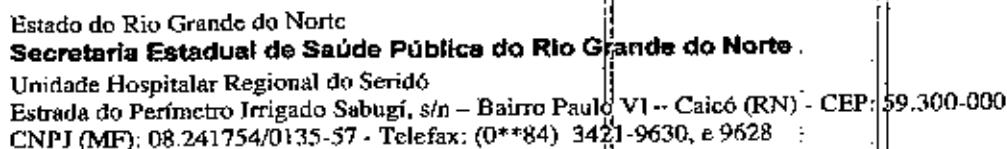
ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ - TELECILA FREITAS FONTES
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo IV - Caicó/RN
CEP: 59.300-000
CNPJ (ME): 08.24174/0135-57 - (84) 3421-9620, 9621 e 9628

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		ENFERMARIA: 116	LEITO: 01
DATA DE ADMISSÃO: 15.05.19 às 9:10		Nº DO PRONTUÁRIO: 029293	
NOME DO PACIENTE: Roberto Pereira			
DATA E HORA: 01.06.19 às		HD: Vitalina Ferreira E	
SINAIS VITAIS: PA: mmHg T: °C FR: rpm FC: bpm SatO ₂ %			
☒ Acamado ☐ Deambulante, com ajuda:		Higiene: Corporal Oral	
Estado Geral: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Comprometido ☐ Grave			
Pele: ☒ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Cianose ☐ Icterícia			
Nível de consciência: (Glasgow) Nível de sedação: (Ramsy)			
Oxigenoterapia: ☐ MV % ☐ Cateter nasal ☐ VMI Desmame:			
Dieta:		☐ Sonda:	
Drogas vasoativas: ☐ AVP ☐ CVC ☐ BIC ☐ Gravidade			
Exames/cirurgias:		Preparo de exames: ☐ Sim ☐ Não	
Antibioticoterapia:		Parecer médico:	
Feridas e curativos:		Braden: Morse:	
Diagnóstico de enfermagem:			
Prescrição de enfermagem:			
Evolução: Paciente supineco em O ₂ ambiente, sinais vitais normais com queixas (náuseas e vômitos) com dor no membro afetado.			

Adm. Vitalina Ferreira E
01.06.2019
COEL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		ENFERMARIA: 116	LEITO: 01
DATA DE ADMISSÃO: 15.05.19		Nº DO PRONTUÁRIO: 029293	
NOME DO PACIENTE: Roberto Pereira			
DATA E HORA: 02.06.19		HD: Vitalina Ferreira E	
SINAIS VITAIS: PA: mmHg T: °C FR: rpm FC: bpm SatO ₂ %			
☐ Acamado ☐ Deambulante, com ajuda:		Higiene: Corporal Oral	
Estado Geral: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Comprometido ☐ Grave			
Pele: ☐ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Cianose ☐ Icterícia			
Nível de consciência: (Glasgow) Nível de sedação: (Ramsy)			
Oxigenoterapia: ☐ MV % ☐ Cateter nasal ☐ VMI Desmame:			
Dieta:		☐ Sonda:	
Drogas vasoativas: ☐ AVP ☐ CVC ☐ BIC ☐ Gravidade			
Exames/cirurgias:		Preparo de exames: ☐ Sim ☐ Não	
Antibioticoterapia:		Parecer médico:	
Feridas e curativos:		Braden: Morse:	
Diagnóstico de enfermagem:			
Prescrição de enfermagem:			
Evolução: Paciente, evolui em O ₂ , supineco em O ₂ ambiente. Realizado curativos. Sem queixas no momento. Segue em cuidados de enfermagem.			

Adm. Vitalina Ferreira E
02.06.2019
COEL



NOME DO PACIENTE: <u>Roberto Pereira de Araujo</u>	Nº de Registro					Data Admissão				

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
31/05/19	14h20min	Paciente, 52 anos admitido no centro cirúrgico para realizar Tratamento cirúrgico de fratura segmentar de fêmur esquerdo. Usga alegando e comorbidades. Dieta zero desde ontem a noite. Submetido a anestesia raqui. Após procedimento o paciente foi encaminhado para clínica cirúrgica. PA: 115x76 mmHg. Sat O2: 99%.	
03/06/19		Alta Hosp.	

AVALIAÇÃO MÉDICA.

AVALIAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ PERMANENTE (PARA SEGURO DPVAT)

(APÓS O TRATAMENTO FINAL DO PACIENTE)

1. NOME DO PACIENTE: ROBERTO PEREIRA DE ARAUJO
2. RG. 863557 SSP / RN C.P.F.: 523.816.414.91
3. DATA DO ACIDENTE: 15/05/2019
4. O (A) PERICIANDO (A) FOI PORTADOR DE LESÃO FÍSICA? ☒ SIM () NÃO
5. QUAL A CAUSA? Acidente de moto
4. O (A) PERICIANDO (A) FOI PORTADOR DE LESÕES AO TERMINO DO TRATAMENTO? ☒ SIM () NÃO
6. QUAIS SUAS SEQUELAS? Dor + emendadura perna em UTE
7. QUAL TRATAMENTO REALIZADO? ☒ CIRÚRGICO () CONSERVADOR
8. SE CONSERVADOR QUAL TRATAMENTO E SUAS SEQUELAS? Prescritos
9. DAS LESÕES RESULTAM REDUÇÃO DA CAPACIDADE LABORAL OU FISIOLÓGICA? ☒ SIM () NÃO
10. INFORMAR O GRAU DA INCAPACIDADE DEFINITIVA DA VITIMA, SEGUNDO O PREVISTO NA ALÍNEA II, § 1º DO ART. 3º DA LEI 6.194/74 COM REDAÇÃO INTRODUZIDA PELO ARTIGO 31 DA LEI 11.945/2009, COM RELACIONANDO O PERCENTUAL AO SEU RESPECTIVO DANO, EM CADA SEGMENTO CORPORAL ACOMETIDO.

SEGMENTO ANATÔMICO MARQUE O PERCENTUAL.

- 1ª Lesão Membro Inferior Esq () 25% Leve () 50% Média ☒ 75% Intensa
- 2ª Lesão _____ () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa
- 3ª Lesão _____ () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa
- 4ª Lesão _____ () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa

Cauco EM 10/10/19

LOCAL E DATA

Dr. Silvio Santos Filho
TEOT 1975 Traumatologista
CRM/PA 1975
ASSINATURA DO MÉDICO COM CRM.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ROBERTO PEREIRA DE ARAUJO

DOC. IDENTIDADE / CDD (MISSÃO / FUR) 863557-BSP RN

CNP 523.816.414-92 DATA NASCIMENTO 11/01/1967

RELACÃO

SEBASTIAO PEREIRA DE ARAUJO
 MARIA MEDEIROS DE ARAUJO

PERMISSÃO ACC CAT. HAB. 1 AB

REGISTRO 02774481598 VALIDADE 27/03/2023 T. HAB. / TACAO 16/07/1993

OBSERVAÇÕES

EAR CNH CNH CNH CNH CNH

Roberto Pereira de Araujo

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL CATCO, RN DATA EMISSÃO 05/04/2016

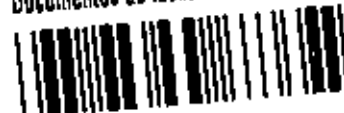
Luiz Eduardo Machado Pereira 01801524111
 Diretor Geral 00703242575

RIO GRANDE DO NORTE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1563756710

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1563756710

Documentos de Identificação



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0368732/19

Vítima: ROBERTO PEREIRA DE ARAUJO

CPF: 523.816.414-91

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/05/2019

Titular do CPF: ROBERTO PEREIRA DE ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de registro de acidente declarado

Dedaração de Inexistência de IML

Dedaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Documentos de Identificação

Outros

ROBERTO PEREIRA DE ARAUJO : 523.816.414-91

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

UNICOR



ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das seqüelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/10/2019
Nome: ROBERTO PEREIRA DE ARAUJO
CPF: 523.816.414-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

ROBERTO PEREIRA DE ARAUJO

JULIANA MARQUES RODRIGUES

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ **INVALIDEZ PERMANENTE** ☐ **DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)** ☐ **MORTE**

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: ROBERTO PORRUBA DE ARAUJO
Data do Acidente: 15.10.2019 Possível CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 523.816.414-91

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovações das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originals)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados: _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): ROBERTO PORRUBA DE ARAUJO
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 523.816.414-91
E-mail: Rmduailma@hotmail.com Tel.: 849.9998-5522
Data: 14.10.2019 Assinatura: [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): _____
Atendente: RANIERA DE ARAUJO BATISTA Matrícula: 862A584-4
Data: 14.10.19 Assinatura: [Assinatura]