

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: 14/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NATALIA DEBORA DOS SANTOS SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00034

CONTA: 000000041542-9

Nr. da Autenticação B5199F87F809763F

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190232233 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NATALIA DEBORA DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 24/11/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS 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: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 04.

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

RECEBIMOS DA EMPRESA
 RUA ALTO DA BOA VISTA, N. 134 - SAO RO DO SUL - RS
 91.140-000

DATA DE EMISSAO	DATA DE RECEBIMENTO	VALOR TOTAL	VALOR EM LETRAS
09/03/2018	26/03/2018	33,99	TRINTA E TRÊS REAIS

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	VALOR
CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	33,99

DATA DE EMISSAO	DATA DE RECEBIMENTO	VALOR TOTAL	VALOR EM LETRAS
09/03/2018	26/03/2018	33,99	TRINTA E TRÊS REAIS

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	VALOR
CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	33,99
TOTAL	33,99

PROTOCOLADO
 RECEBIDO
 26 MAR 2018
 TERA DO SOL ADM
 E CORRETORA DE SEGS.

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

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

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 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/BIBLIOTECAWEB/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, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

TACIO EVERTON DA SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ

02.543.534 / 83

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

NATALLIA DEBORA DOS SANTOS SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 080.505.839 / 65

do sinistro de DPVAT cobertura

LIDER

da vítima

NATALLIA DEBORA DOS SANTOS SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº

080.505.839 / 65

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:

RUA CRFELMIR DO SOUZA C. DA SILVA

Número:

47

Complemento:

Bairro:

ARCO VERDE

Cidade:

PARANÁ

Estado:

PR

CEP:

59010-120

E-mail:

Tel.(DDD):

Local e Data:

PARANÁ 25/03/19

Tacio Everton da Silva

Assinatura do Declarante

**PROTOCOLADO
RECEBIDO**

26 MAR 2019

**TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.**



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

4- CNES

HOSPITAL DEOCLEIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

NATALIA DEBORA DOS SANTOS SILVA

163493

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

10- RAÇA/COR

898 0058 9886 6635

28/11/1994

FEMININO

PARDA

11- NOME DA MÃE

12- TELEFONE DE CONTATO

DOMERINA DOS SANTOS SILVA

987133877

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

DOMERINA DOS SANTOS SILVA

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

1. PERITO JOSE LOURENÇO, 20

16- MUNICÍPIO

17- BAIRRO

18- UF

19- CEP

NATAL

LAGOA NOVA

RN

59054650

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente com profusa febre há 14 dias

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

urgência

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

Diagnóstico inicial

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Diagnóstico inicial

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Tratamento de urgência

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

81218

() CNS () CPF

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Rogério Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 1226-5801 1341

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

38- () ACI. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGAO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

CONFERE COM ORIGINAL
DATA: 29/10/19
11176-30230



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA
ORTOPÉDIAREGULAÇÃO
WALFREDO GURGEL

OBS

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO
		163493
DATA	HORA	CATEGORIA
08/12/2018	17:53	GIH
PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO
NATALIA DEBORA DOS SANTOS SILVA		28/11/1994
ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	
SOLTEIRA	DO LAR	
ENDEREÇO (RUA, Nº)		
R. PERITO JOSE LOURENÇO, 20		
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF
NATAL	LAGOA NOVA	RN
CEP	TELEFONE	
59054650		
LOCAL DE TRABALHO		
FILIAÇÃO	NAO DECLARADO	
DOMERINA DOS SANTOS SILVA		
RESPONSÁVEL	TELEFONE	
DOMERINA DOS SANTOS SILVA	987133677	
ENDEREÇO		
O MESMO		
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO		
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO		

DATA DE ADMISSÃO

08-12-18

ALTA

13-12-18

ÓBITO

HISTÓRIA CLÍNICA

CONFERE
DATA 13/12/18
ASSINATURA
16.30.20



TEL: 48713
3677

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

Mr. DOMINGA DOS SANTOS SILVA

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº

42

NOME: NATALIA DEBORA DOS SANTOS SILVA

IDADE: 28/11/1994 COR: = SEXO: F ESTADO CIVIL: SOLT

NATURALIDADE: NATAL PROFISSÃO: = PROCEDÊNCIA: =

ENDEREÇO: R. DA CRUZ 833 BAIRRO: NOROESTE

CIDADE: NATAL DATA: 28/12/2018 HORA: 16:44

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)

Acidente com queda
fechada E. no 14 dia

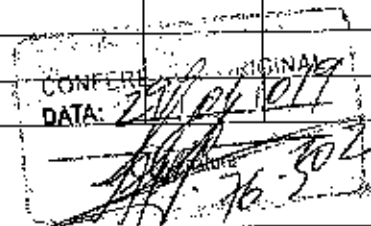
EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura fechada E



Nome do paciente

NATALIA DEBORA DOS S. SILVA

Nº prontuário

Data operação

11.12.18

Ent.

Leito

Operador

CARLOS MAGDO

1º auxiliar

RICARDO ARAUJO

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

ELIZIA

Anestesiologista

LARISSA TOMASI

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

FRATURA DE FEMUR ESQUERDO

Tipo de operação

TTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO INTERNA

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 - viceras

PACIENTE SOB ANESTESIA, ASSEPSIA CAMPOS, INCISÃO LATERAL, DISSECAÇÃO, LIMPEZA DOS FRAGMENTOS, REDUÇÃO, PLACA DCP COM 10 TUBOS OS PARAFUSOS CORTICIS, SUTURANDO POR PLACAS, CURATIVO

Dr. Carlos Magdo P. do Carmo
Ortopedia - Traumatologia
Registro em Traumatologia
RTEO 5981
RMA 44

1) CIRURGIAS MÚLTIPLAS
(045030012)
1) POLITRAUMATIZADO
(045030013)
1) PROC. CLÍNICO
1) PROC. CIRÚRGICO
0408050519
1) CBO 225225
1) CBO 225270
6) DIAS
1) CID S723

CONFERÊNCIA ORIGINAL
DATA: 21/01/2019
30/20

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital H2DML				Enfermaria		Leito		Nº prontuário																																																								
Nome Natália Debora dos Santos Silva						Idade 24a		Sexo F		Cor																																																						
Data 11.12.18		Pressão arterial		Pulso		Respiração		Temperatura		Peso																																																						
Tipo sanguíneo		Hemáticas		Hemoglobina		Hematócrito		Glicemia		Uréia																																																						
		Urina																																																														
Ap. respiratório								Asma		Bronquite																																																						
Ap. circulatório								Eletrocardiograma																																																								
Ap. digestivo				Dentes		Pescoço		Ap. urinário																																																								
Estado mental Glasgow 15				Ataracicos		Corticoides		Alergia NEGA		Hipotensores																																																						
Diagnóstico pré-operatório Fratura de fêmur								Estado físico		Risco ASA I																																																						
Anestésias anteriores																																																																
Medicação pré-anestésica						Aplicada às			Efeito																																																							
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">Agentes Anestésicos</td> <td>50cc</td> <td>100cc</td> <td>150cc</td> <td>200cc</td> <td>250cc</td> <td>300cc</td> <td>350cc</td> <td>400cc</td> <td>450cc</td> <td>500cc</td> <td>550cc</td> <td>600cc</td> <td>650cc</td> <td>700cc</td> <td>750cc</td> <td>800cc</td> <td>850cc</td> <td>900cc</td> <td>950cc</td> <td>1000cc</td> </tr> <tr> <td>100cc</td> <td>200cc</td> <td>300cc</td> <td>400cc</td> <td>500cc</td> <td>600cc</td> <td>700cc</td> <td>800cc</td> <td>900cc</td> <td>1000cc</td> <td>1100cc</td> <td>1200cc</td> <td>1300cc</td> <td>1400cc</td> <td>1500cc</td> <td>1600cc</td> <td>1700cc</td> <td>1800cc</td> <td>1900cc</td> <td>2000cc</td> </tr> </table>												Agentes Anestésicos	50cc	100cc	150cc	200cc	250cc	300cc	350cc	400cc	450cc	500cc	550cc	600cc	650cc	700cc	750cc	800cc	850cc	900cc	950cc	1000cc	100cc	200cc	300cc	400cc	500cc	600cc	700cc	800cc	900cc	1000cc	1100cc	1200cc	1300cc	1400cc	1500cc	1600cc	1700cc	1800cc	1900cc	2000cc												
Agentes Anestésicos	50cc	100cc	150cc	200cc	250cc	300cc	350cc	400cc	450cc	500cc	550cc		600cc	650cc	700cc	750cc	800cc	850cc	900cc	950cc	1000cc																																											
	100cc	200cc	300cc	400cc	500cc	600cc	700cc	800cc	900cc	1000cc	1100cc	1200cc	1300cc	1400cc	1500cc	1600cc	1700cc	1800cc	1900cc	2000cc																																												
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">Líquidos</td> <td>260</td> <td>250</td> <td>240</td> <td>230</td> <td>220</td> <td>210</td> <td>200</td> <td>190</td> <td>180</td> <td>170</td> <td>160</td> <td>150</td> <td>140</td> <td>130</td> <td>120</td> <td>110</td> <td>100</td> <td>90</td> <td>80</td> <td>70</td> <td>60</td> <td>50</td> <td>40</td> <td>30</td> <td>20</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>260</td> <td>250</td> <td>240</td> <td>230</td> <td>220</td> <td>210</td> <td>200</td> <td>190</td> <td>180</td> <td>170</td> <td>160</td> <td>150</td> <td>140</td> <td>130</td> <td>120</td> <td>110</td> <td>100</td> <td>90</td> <td>80</td> <td>70</td> <td>60</td> <td>50</td> <td>40</td> <td>30</td> <td>20</td> <td>10</td> </tr> </table>												Líquidos	260	250	240	230	220	210	200	190	180	170	160	150	140	130	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	260	250	240	230	220	210	200	190	180	170	160	150	140	130	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10
Líquidos	260	250	240	230	220	210	200	190	180	170	160		150	140	130	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10																																					
	260	250	240	230	220	210	200	190	180	170	160	150	140	130	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10																																						
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">Oper. Arest. O Resp. P Pulso</td> <td>260</td> <td>250</td> <td>240</td> <td>230</td> <td>220</td> <td>210</td> <td>200</td> <td>190</td> <td>180</td> <td>170</td> <td>160</td> <td>150</td> <td>140</td> <td>130</td> <td>120</td> <td>110</td> <td>100</td> <td>90</td> <td>80</td> <td>70</td> <td>60</td> <td>50</td> <td>40</td> <td>30</td> <td>20</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>260</td> <td>250</td> <td>240</td> <td>230</td> <td>220</td> <td>210</td> <td>200</td> <td>190</td> <td>180</td> <td>170</td> <td>160</td> <td>150</td> <td>140</td> <td>130</td> <td>120</td> <td>110</td> <td>100</td> <td>90</td> <td>80</td> <td>70</td> <td>60</td> <td>50</td> <td>40</td> <td>30</td> <td>20</td> <td>10</td> </tr> </table>												Oper. Arest. O Resp. P Pulso	260	250	240	230	220	210	200	190	180	170	160	150	140	130	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	260	250	240	230	220	210	200	190	180	170	160	150	140	130	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10
Oper. Arest. O Resp. P Pulso	260	250	240	230	220	210	200	190	180	170	160		150	140	130	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10																																					
	260	250	240	230	220	210	200	190	180	170	160	150	140	130	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10																																						
SÍMBOLOS midazolam - 10mg E Fentanyl - 50mcg ANOTAÇÕES Neosacina P - 01 Amp Dilomox 0,2mg/ml - 01 Amp Clonidina - 01 amp Dexamet - 01 Amp cefazolina - 02g Ondanset. - 08mg Tenoxicam - 40mg																																																																
POSICÃO dec. dorsal																																																																
Agentes ver. acima																																																																
Técnica Bloqueio subaracnóide + sedação																																																																
Operação TTO. cirúrgico de fratura de fêmur																																																																
Cirurgiões Dr. Carlos Magno + Dr. Ricardo Araújo																																																																
Anestesiistas Dra. Isadora Tomaz																																																																
Observações sem intercorrências																																																																
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias Perda sanguínea																																																																

Larissa Tomasi
Anestesiologia
CRM RN 8270
207701994-61

EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

☐ HEMATOLOGIA	☐ NEUROLOGIA	☐ NEFROLOGIA	☐ CIR. VASCULAR	☐ ENDOSCOPIA
☐ CLÍNICA MÉDICA	☐ CIRURGIA GERAL	☐ ORTOPEDIA	☐ BUCO-FACIAL	☐ UROLOGIA
☐ NEUROCIRURGIA	☐ OTORRINO	☐ OFTALMOLOGIA	☐ C. PLÁSTICA	☐

CONDUTA

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

☐ FICOU NO LOCAL	☒ INTERNADO NO SERVIÇO DE	☐ REMOVIDO EM ____/____/____
HORA ____:____:____ HS	<i>Ortopedia</i>	HORA ____:____:____ PARA ____:____:____
RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA ☐	A REVELIA ☐
DATA ____/____/____	HORA ____:____:____	
ÓBITO ____/____/____	HORA ____:____:____	
ENTREGUE	A FAMÍLIA ☐	S.V.O. ☐
		I.T.E.P. ☐
<i>Rogério Santos</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 1245 / SBO 1341 MÉDICO (Carimbo)		CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 61346 /2018

Admissão: 24/11/2018 02:07:11

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 102866 - NATALIA DEBORA DOS SANTOS SILVA (23 a 11 m 26 d)

Nascimento: 28/11/1994 Natural: NATAL BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: CPF: Prof:

Mãe: DOMERINA DOS SANTOS SILVA Pai:

Logradouro: PERITO JOSE LOURENCO, 20

CEP: 59054650 Bairro: LAGOA NOVA Cidade: NATAL

Telefone: 84 987133677 Comol:

Motivo: MOTO X CARRO - COLISÃO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 24/11/2018 02:01:49				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	66x90	—	98%		22	76			

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISÃO MOTO/CARRO COM FRATURA EXPOSTA EM MIE

Horas: 02:10 Paciente vítima de colisão motocarro
uso de capacete, nãg. pulso de consciência.
Possível lesões de fratura, possível fratura
membro inferior
A.E., A.P., A.B., A.D., A.E.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A	Via aérea permeável, sem ceratol
B	sem O2 suplementar
C	Hemodinâmica estável
D	Glasgow 15
E	

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Salinho

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Natália Debora do Santos Reg. NºDiagnóstico pré-operatório: Fratura de diáfise do fêmur DIndicação terapêutica: Tratop Orquidica Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: Início: Término: Duração:

Operador: AMARAL ALVES CRM/CRO:

1º Auxiliar: CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista: CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Paciente em DTH sob antrosabdução de MIDatropina + antiprurico + compinstalação de Tratop Orquidica T.mil.Qualidade

AMARAL ALVES
CRM 5439
24/11/18
07:00

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

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



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

RELATÓRIO DE
HISTÓRIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICO

Nome: Adalberto Ribeiro dos Santos Filho

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data: 24/11/2018

Hora:

Algodão

Recebeu vítima de acidente de moto quando estava em uma rua residencial

Recebeu ferimento de faca no
abdômen

91011-1000
Cidade de Natal
Estado do Rio Grande do Norte
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

24/11/18 Fato criminoso de tipo Tração

AMARAL
CRIMINOSO

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1-AVALIE A RESPIRAÇÃO DA VÍTIMA 2-MEÇA-AJUNTA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAIS) 3-ABRIR A VIA AÉREA 4-AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUIR, SENTIR) 5-SE A PRÉVIA APLIQUE 2 VENTILADORES DE RESCATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, VASCARAI) 6-AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMORAL (BRANQUIAL EM LACTENTES) 7-SE PULSO AUSENTE, INICIE COMPRESSIONES TORÁCIAS. INICIE (PROPÓSITO) 21 ATÉ A CHEGADA DO DEB 8-DEJA DISPONÍVEL-ANALISE O RITMO 9-RITMO CHOCHANEI-APLIQUE 1 CHOQUE 360 (OU 170 DEB INFÁNCIA) 5-REINICIE RCP 10-RITMO NÃO CHOCHANEI-REINICIE RCP 2x 11-AVALIE O RITMO A CADA 2 CICLOS 12-PARE RCP QUANDO O EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MOVIMENTAR 13-COLOQUE A EMPOBORAÇÃO DE RECUPERAÇÃO

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1: *Adressado*

ANAMNESE

*Land vítima de acidente de moto ocorrido com
em uma queda de frente unilateral*

EXAME FÍSICO

Na palpacao da zona equid

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura de fêmur esquerdo

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

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDIÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

*- Analgesia - Oxal + Oxal + Oxal 100mg
- Tranq 100mg + 100mg 500.95
- 2V 810L
- De CC p/ realização de procedimentos*

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

430

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

NTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASSOW	
Abertura Ocular (AO)	
Olhos se abrem espontaneamente	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se acusticar com 4.94 não 3)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem	1
Movimento resposta verbal (MBV)	
Oste (pelo) Responde de forma adequada e apropriada em resposta verbal (não "tudo bem, está, o porquê, a data e etc.)	5
Correto Responde de forma adequada, mas há alguma desorientação e confusão	4
Palavras inapropriadas (não "tudo bem, mas não há nada de errado")	3
Sons indistinguíveis. (Gargalhadas sem sentido ou palavras)	2
Ausente	1
Movimento resposta motora (MRM)	

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASSOW	15-130 ±4
	9-12 ±3
	8-6 ±2
	4-5 ±1
FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA	20 ±0
	10-20 ±4
	12-20 ±3
	8-10 ±2
PRESSÃO ARTERIAL BISTOUCA	1-50 ±1
	60 ±0
	70-90 ±4
	90-50 ±2

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)

93 - 03-grave (baixa chance de sobrevivência)
Anúncio (medicinal)
Dx: 2a modalidade
14-18 anos

2-Resposta: TEADALE G. JENNET E
Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2(813-5)

A escala Glasgow é utilizada para avaliar o nível de consciência e a resposta motora e verbal de acordo com os seguintes critérios:

SEM	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALERGIAS)

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

Radiografia coxa, Joelho
Radiografia Torax AP

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

e perna @ PA e Perol

OUTROS

CONDUTA PRIMARIA@MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Rx de Torax 1/ alvaros
Alta da C. Geral

Dra. Jéssica Maciel
Cirurgia Geral
CRM/RN 8900

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

ESPECIALISTA 2

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

HORA:

DATA:

HORA:

DATA:

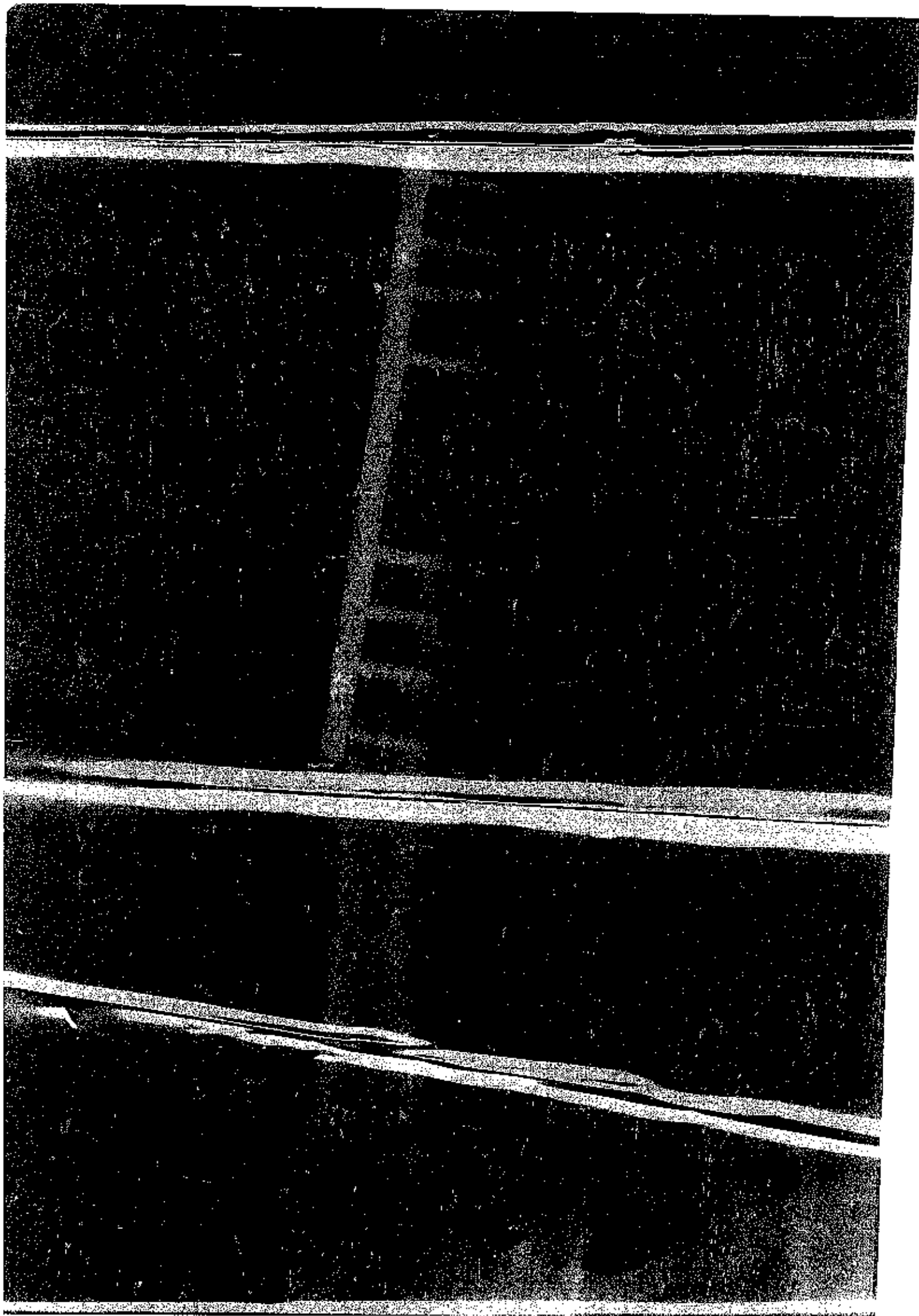
DESTINO DO PACIENTE:

TERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

HORA

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



1000

1000

1000

1000

1000

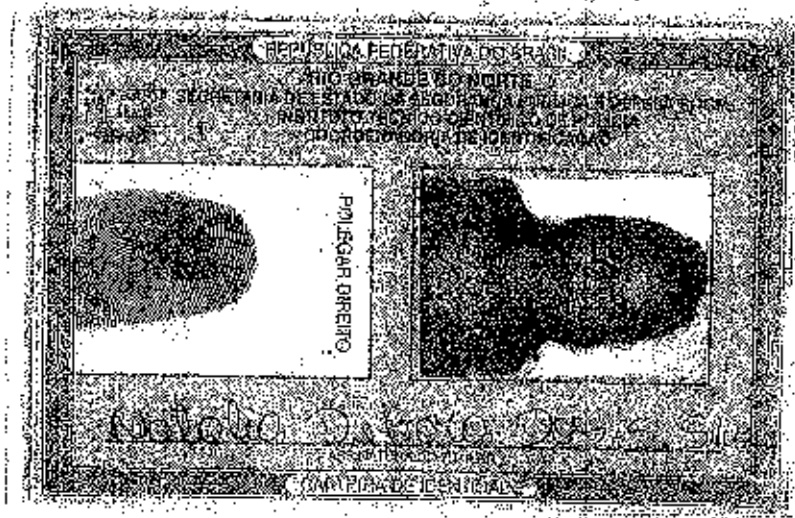
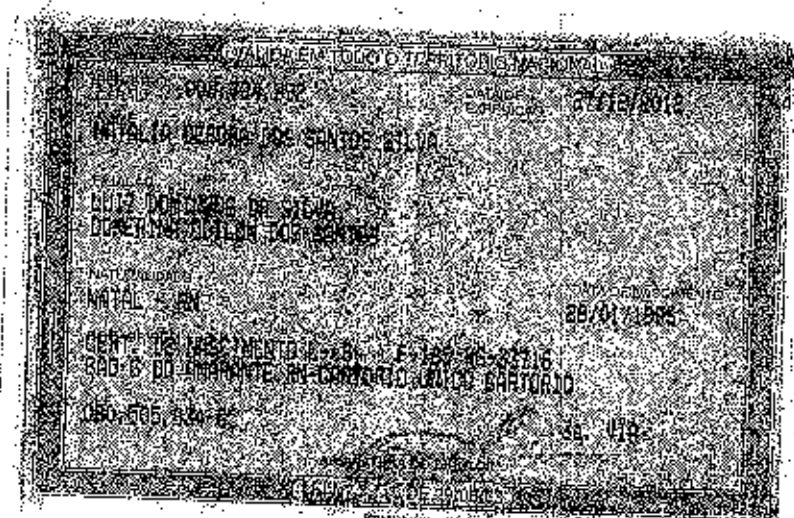
1000



RECEBIDO

26 MAR 2013

**TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS**



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0102991/19

Número do Sinistro: 3190232233

Vítima: NATALIA DEBORA DOS SANTOS SILVA

CPF: 080.505.834-65

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 24/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: NATALIA DEBORA DOS SANTOS SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 02/05/2019
Nome: TACIO EWERTON DA SILVA
CPF: 072.543.534-83

TACIO EWERTON DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/05/2019
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

THIARA VIRGINIA DA HORA

Rio de Janeiro, 28 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190232233

Vítima: NATALIA DEBORA DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 24/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TACIO EWERTON DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), NATALIA DEBORA DOS SANTOS SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190232233

Vítima: NATALIA DEBORA DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 24/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TACIO EWERTON DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), NATALIA DEBORA DOS SANTOS SILVA

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, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190232233

Vítima: NATALIA DEBORA DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 24/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TACIO EWERTON DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), NATALIA DEBORA DOS SANTOS SILVA

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: NATALIA DEBORA DOS SANTOS SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000034

Conta: 0000041542-9

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **080.505.834-65** Nome completo da vítima: **NATALIA DEBORA DOS SANTOS SILVA**

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

Nome completo: **NATALIA DEBORA DOS SANTOS SILVA** CPF: **080.505.834-65**

Profissão: **RECUSO** Endereço: **120A ALTO DA BENAVIDES** Número: **134** Complemento: _____

Bairro: **NONDETE** Cidade: **NATAL** Estado: **RN** CEP: **59042-250**

E-mail: _____ Tel-ADDD: **(84) 98883.1857**

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

RENTA 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 POUPOANÇA (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: **0034** CONTA: **41542** **9**

(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 Líder a creditar na conta bancária informado, 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) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ 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 eu declarar e providenciar esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de indenizar e a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão
dígito da
vítima ou
beneficiário
não alterado

Local e Data: **NATAL RN 25/03/19**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Natalia Debora Dos S. Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

RECIBO

26 MAR 2019

TERRA DO SOL ADM.

E COBERTORA DE SEGS.

(*) 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.



AUTO-ATENDIMENTO - AG TIROL

DATA: 26/03/2019

HORA: 07:32:04

TERMINAL: 07591012

CONTROLE: 075910120025

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0034 013.00041542-9

NOME: NATALIA DEBORA DOS SANTOS SILVA

TIPO DE CONTA: 019 - POUANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: ~~000,00~~

TELEFONE DEPOSITANTE: 84 96886-3536

NÚMERO DO ENVELOPE: 3429323241

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE

> RESULTADO > AUTENTICAÇÃO > Boletim de Acidente de Trânsito

VISUALIZAÇÃO DO DOCUMENTO DIGITALIZADO

O boletim nº 101011 foi registrado em nosso banco de dados em 29/11/2018 às 09:07:57 com o código de controle 8551

NOVA CONSULTA

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



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 101011

1. LOCAL E DATA

Local AV. LEÃO VELOSO Bairro ALBORIM
Cidade/UF NATAL R. Ref: ESTRADA DE SEBASTIÃO
Data 24/03/2018 Hora do acidente 01:20 Hora do registro 01:53 Dia da semana SEXTA-FEIRA

2. NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3. VEICULO 01

Placa ou Chassi ONE 2985 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. FIAT LUNA TERNALUCE Cor BRANCA Ano 2014 1205
Proprietário KELLY TERNALUCE DA SILVA Nº de Ocupantes 02
Condutor KELLY TERNALUCE DA SILVA Data de Nascimento 22/03/1976
Endereço RUA MONTEIRO CARLOS NORONHA Nº 63 Fone 988553056
Bairro STADION NOVA Cidade SAE GENARLO UF RN
CPF Nº 022.976.544-61 CNH Nº 00.508.039.902 Validade 28/03/2019 Categoria AB
Local de Trabalho TAXISTA Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

4. VEICULO 02

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor MARIN MIRAELEY DE OLIVEIRA Data de Nascimento 22/10/1995
Endereço RUA GILBERTO ROSE TOLENTINO Nº 40 Fone 98.713.3677
Bairro LACERDA NOVA Cidade NATAL UF _____
CPF Nº 204.493.369-50 CNH Nº 07061046957 Validade 28/10/2019 Categoria AB
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

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. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

PROTOCOLO RECEBIDO
26 MAR 2018
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? AV. PEDROVEL ESTEVA
 Em que sentido? NA ESCADA Em que faixa? PLASTICA
 Versão do condutor: ALECOV QUE TRANSITAVA MOVIMENTANDO-SE AO SE APROXIMAR DO CALÇAMENTO PERCEBEU QUE O SINAL ESTAVA VERDE. BASTANDO V2 QUE NÃO OUTO SENTIDO AVANÇOU O SINAL VERMELHO E COLIDIU COM V1 QUE AINDA TENTOU EVITAR A COLISÃO RESULTANDO EM URSUM, MESMO ASSIM NÃO FOI POSSIVEL EVITAR O IMPACTO COM V2.

Assinatura do Condutor do V1: [Assinatura]

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

Assinatura do Condutor do V2: _____

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

Assinatura do Condutor do V3: _____

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

Assinatura do Condutor do V4: _____

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: 080.505.894-65 Nome completo da vítima: NATALIA DEBORA DOS SANTOS SILVA

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

Nome completo: NATALIA DEBORA DOS SANTOS SILVA CPF: 080.505.894-65

Profissão: RECUSO Endereço: RUA ALTO DA BERNARDETA Número: 134 Complemento: _____

Bairro: NONDESTE Cidade: NATAL Estado: RN CEP: 59042-250

E-mail: _____ Tel.(DDD): (84) 98883.1857

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

DADOS CADASTRAIS

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)

AGÊNCIA: 0034 CONTA: 41542 9

(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 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 (na Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhas? ☐ 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 enquadram e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituição do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: NATAL RN 25/03/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Natalia Debora Dos S. Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

Assinatura

RECEBIDO

26 MAR 2019

LABORATÓRIO ADM. E CORRETORA DE SEGS.

(*) 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.

 PREFEITURA DO NATAL NOSSA CIDADE	PREFEITURA DO NATAL SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA SAMU 192 NATAL	 SAMU 192
---	--	--

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **NATALIA DEBORA DOS SANTOS**, foi atendida por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 24/11/2018, aproximadamente às 00h53min, na rua Presidente Bandeira, Alecrim, nesta Cidade. **Sob nº de ocorrência 232445/1**, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 20 de março de 2019.


Everton da Silva Rocha
Auxiliar Administrativo
 Matrícula nº 61.096-08
 Coordenação Administrativa SAMU 192 Natal

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 232445/1

Data: 24/11/2018

CHAMADO

TARM: MATEUS FELIX FERREIRA

Rádio Operador: CLAUDIO ADRIANO RODRIGUES ZACARIAS

Equipe Enfermagem Cena: COMUNICADOR

VTR: USB 07 (UPA 24 ZONA SUL)

Médico Regulação: MARCOS ANTÔNIO PEREIRA DANTAS JÚNIOR

Médico Cena: CARLA SOUZA MACEDO

Usuário Pós-Cena:

Equipe VTR: JEAN DIEGO SIMPLICIO DE SOUSA COSTA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
WASHINGTON LANE - TÉCNICO DE ENFERMAGEM☒ REGULAÇÃO MÉDICA☐ TROTE☐ INFORMAÇÃO☐ ENGANO☐ TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: ANDERSON

Telefone: 7084996834428

Nome do Paciente:

NATALIA DEBORA DOS SANTOS SILVA

Idade: *

24 ANO(S)

Sexo: *

NÃO INFORMADO

☐ Endereço não informado☒ Coordenadas Informadas

Latitude: -5.8018851 Longitude: -35.2231203

Endereço: RUA PRESIDENTE LEÃO VELOSO

Nº: VP

Bairro: ALECRIM

Outro Bairro:

Referência/Complemento: CRUZAMENTO COM AV 9

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Queixa Primária: COLISAO CARRO MOTO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

24/11/2018 00:56:02 - Di(a). MARCOS ANTÔNIO PEREIRA DANTAS JÚNIOR

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X AUTO

REGULAÇÃO: 03 VITIMAS ACIDENTE CARRO-CARRO DE ALTO IMPACTO. HÁ UMA VITIMA NO QTH DESACORDADA E OUTRAS DUAS COM FRATURA EXPOSTA.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB, USA

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apoio:

OBSERVAÇÕES

Data: 24/11/2018 00:55:11 Usuário: (TARM) MATEUS FELIX FERREIRA

Observação: EM FRENTE A CAMARO VEICULOS

CANCELAMENTO

Tipo de Cancelamento: Cancelado envio da VTR

Motivo Cancelamento:

Nome Solicitante:

Nome do Usuário: VIVIAN TAVARES DO NASCIMENTO

Justificativa: VTR: USB 08 (BASE DESCENTRALIZADA SÃO JOÃO) - DESVIO

Data: 24/11/2018 01:06

HISTÓRIOS DO CHAMADO

Chamado: 24/11/2018 00:53:41 Saída Local: 24/11/2018 01:45:15	Regulação Médica: 24/11/2018 00:56:02 Chegada Destino: 24/11/2018 02:05:27	Solicitação VTR: 24/11/2018 01:06:43 Liberação Destino: 24/11/2018 02:27:28	Saída VTR: 24/11/2018 01:06:46 Liberação VTR: 24/11/2018 02:27:29	Chegada Local: 24/11/2018 01:16:28
--	---	--	--	---

Observação do Apoio:

CONVÊNIO MÉDICO PARTICULAR

Paciente possui convênio médico particular?*

☐ Sim ☒ Não ☐ Não informado

COMUNICA

☒ Remoção

Conduta Equipe de Enfermagem:

24/11/2018 01:50:36 - COMUNICADOR

TARM ANDREZA.DRA JESSICA VAI RECEBER A PCTE.

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

☐ Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Vaga Negada - Motivo:

- SELECIONE -

H. ligação ao serv prop.:

01:49

R:

Recebido por:

Número do conselho:

Número da ficha de Remoção:

☐ Vaga Negada☐ Vaga Zero

Motivo da entrada:

Ass:

PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass: