



Número: **0817487-52.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **20ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **21/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
NATALIA DEBORA DOS SANTOS SILVA (AUTOR)	TAHISE NELLIGANE DA SILVA (ADVOGADO) NADJA KELLY DOS SANTOS (ADVOGADO)
SEGURADORA DPVAT (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57758 651	17/07/2020 15:24	<u>2735078_CONTESTACAO_Anexo_03</u>	Outros documentos

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



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 17/07/2020 15:24:13
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071715241309800000055482272>
Número do documento: 20071715241309800000055482272

Num. 57758651 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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 FÉMUR 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:

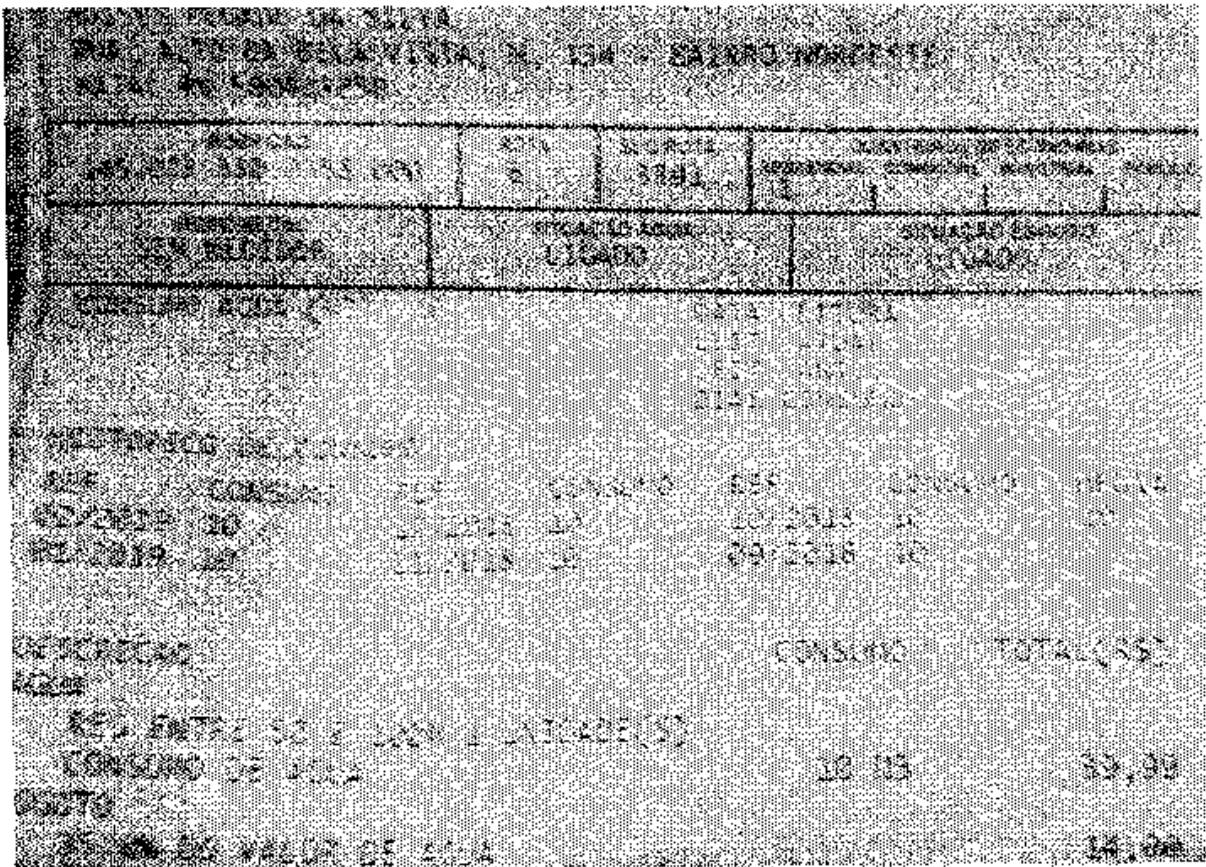
Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 04.

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





PROTÓCOLO
RECEBIDO

26 MAR 2010

TEARADO SOL. ADM.
E CORRETOVAD. SEGS.



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 17/07/2020 15:24:13
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071715241309800000055482272>
Número do documento: 20071715241309800000055482272

Num. 57758651 - Pág. 3



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 estabelecido a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT¹, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELÔ CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGUARDO. 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 Tacíis Enverda da Silva
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 02.543.534-83 na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário
Natália Debora da Silva Inscrito (a) no CPF sob o Nº 080505834-65
do sinistro de DPVAT cobertura IPVA Lider da Vítima Natália Debora da Silva
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 080505834-65 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresenta os documentos comprobatórios:
 Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Engenheiro Lúcio C. da Silveira 247</u>	Número: <u>247</u>	Complemento: <u>—</u>
Bairro: <u>Paraiso</u>	Cidade: <u>Porto Alegre</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: <u>fernanda.flor@lider.com.br</u>	CEP: <u>59010-120</u>	Tel. (DDD): <u>—</u>

Local e Data: Porto Alegre RN 25/03/19

Assinatura do Declarante

PROCESSO RECEBIDO
26 MAR 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGUROS



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

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE OCÉLIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES

3515168

5- PACIENTE

NATALIA DEBORA DOS SANTOS SILVA

6- NÚMERO DO PRÓNTUÁRIO

163493

7- CARTÃO NACIONAL SUS

898 0058 9896 6635

Identificação do Paciente

8- DATA DE NASCIMENTO

28/11/1994

9- SEXO

FEMININO

10- RACIAÇÃO

PARDA

11- NOME DA MÃE

DOMERINA DOS SANTOS SILVA

12- TELEFONE DE CONTATO

987133677

13- NOME DO RESPONSÁVEL

DOMERINA DOS SANTOS SILVA

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, N°)

1. PERITO JOSE LOURENÇO, 20

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Fazendo esse profissionalizar o
não 14 dias*

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

urgência

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

23- DIAGNÓSTICO INICIAL	24- CID 10 PRINCIPAL	25- CID 10 SECUND.	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
<i>fractura fechar o</i>			

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

fractura amparar

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Rogerio Santos

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

81218

31- DOCUMENTO

32- N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Ortopedia e Traumatologia

DRMIR 1236 - SBOT 1341

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AG. TRÂNSITO

40- N.º DO BILHETE

41- SÉRIE

37- () AG. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

38- () AG. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

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

<i>CONFERE CÓDIGO DE DATA: 27/07/2020</i>



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA ORTÓPEDIA	REGULAÇÃO 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 SOLTEIRA	PROFISSÃO DO LAR	
ENDERECO (RUA, N°) R. PERITO JOSE LOURENÇO,20		
MUNICÍPIO NATAL	BAIRRO LAGOA NOVA	UF RN
LOCAL DE TRABALHO	CEP 59054650	
FILIAÇÃO DOMERINA DOS SANTOS SILVA	TELEFONE 987133677	
ENDERECO O MESMO		
DIAGNÓSTICO PROMOTORIO		
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO		

DATA DE ADMISSÃO 08-12-18

ALTA 13-12-18

ÓBITO

HISTÓRIA CLÍNICA

CONFIRA
DATA 20/12/2018
- 30/12/2018





TEC
28713
3677

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLECIOS M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

ORTOP

me = DOMINGA DOS SANTOS SILVA

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº

42

NOME: NATALIA DEBORA DOS SANTOS SILVA
IDADE: 28/11/1994 COR: F SEXO: F ESTADO CIVIL: SOLT

NATURALIDADE: NATAL PROFISSÃO: PROCEDÊNCIA: ENDEREÇO: R. DA CRUZ 833 BAIRRO: NOROESTE CIDADE: NATAL DATA: 08/12/2018 HORA: 16:44

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM	<input type="checkbox"/>	REGULAR	<input type="checkbox"/>	COM DISPNEIA	<input type="checkbox"/>	CHOCADO	<input type="checkbox"/>	COMATOSO	<input type="checkbox"/>
C/ HEMORRAGIA	<input type="checkbox"/>	EM CONVULSÃO	<input type="checkbox"/>	POLITRAUMATIZADO	<input type="checkbox"/>	AGITADO	<input type="checkbox"/>	OUTROS	<input type="checkbox"/>

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM NÃO

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

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

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

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)
Faca E. Ma 14 díz

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL
Fractura fechada 3

CONFIRMO: ORIGINAIS
DATA: 20/07/2019
Assinatura





Hospital

Nome do paciente	NATALIA DÉBORA DOS S. SILVA			Nº prontuário
Data operação	11/12/16	Enf.	Leito	
Operador	CARLOS MAGNO		1º auxiliar	RECARDO ALESSANDRO
2º auxiliar	3º auxiliar		Instrumentador	
Anestesista	LUCAS TONISI			
Diagnóstico pré-operatório	FRACTURA DE FEMUR ESQUERDO			
Tipos de operação	TTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO INTERNA			
Diagnóstico pós-operatório				
Relatório imediato do patologista				
Exame radiológico no ato				
Acidente durante a operação				

DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO

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

PACIENTE SOS AESTHESIA, ASSESSIA
CRUZOS, INCISAO LATERAL, DISSECAÇÃO, LIMPEZA.
ZS SOS REAGUENTOS, REAGUENTOS, PLACA ZEP
COM 10 TUBOS OS PARATUBOS CORTICAN, SE
TURNO POR PARATUBOS, CORTICAN

Dr. Carlos Magnu P. do Carmo
Traumatologista
Ortopedista Traumatologista
Painel 005 - IEOPT 5981

| 1) GRUMGIAS MULTIPPLAS
| (8433030012)
| 2) POLIRRAUMATIZADO
| (8433030013)
| 3) PRG. CLINICO

PROF. CIRURGICO
0408050579

EBO 225225

EBO 225270

6 DIAS

CID 5723

CONFIDENTIAL
DATA: 26/07/2017
SIGNED: 26/07/2017



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital HDMU		Enfermaria	Leito	Nº prontuário
Nome Natália Debora dos Santos Silva		Idade 24a	Sexo F	Cor
Data 11.12.18	Pressão arterial	P脉	Respiração	Temperatura
Tipo sanguíneo	Hematíes	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia
	Urina			Uréia
Ap. respiratório				Astea Bronquite
Ap. circulatório N.D.N				Eletrocardiograma
Ap. digestivo				Ap. urinário
Estado mental Glasgow 15		Atacicos	Corticoides	Alergia N.G.A Hipotensores
Diagnóstico pré-operatório Fratura de fíbula				Estado físico Risco ASA I
Anestesias anteriores				
Medicação pré-anestésica		Aplicada às	Efeito	
Agulhas Anestésicos	ECG	Pulseira		
	SpO ₂	Modelo		
Líquidos	Opér.			
	Anest.			
O Resp.	260			
	250			
O P脉	240			
	230			
O Peso	220			
	210			
O Altura	200			
	190			
O Idade	180			
	170			
O Peso	160			
	150			
O Altura	140			
	130			
O Idade	120			
	110			
O Peso	100			
	90			
O Altura	80			
	70			
O Idade	60			
	50			
O Peso	40			
	30			
O Altura	20			
	10			
SÍMBOLOS	midazolam - 10mg	Cloridrato - 0,5mg		
E	Fentanil - 0,005mg	Dexanest - 0,1mg		
ANOTAÇÕES	Neostamina P - 0,1ml	cefazolina - 0,2g		
	Dinor 0,2mg/ml - 0,1ml	Dindinset - 0,6mg		
POSIÇÃO	glc. dorsal			
Agentes	ver. acima			
Técnica	Blóqueio subaracnóide + sedação			
Operação	TTO. cirúrgico de fratura de fíbula			
Cirurgiões	Dr. Carlos Magno + Dr. Ricardo Araújo			
Anestesistas	Dr. Larissa Tomasi			
Observações	Sem intercorrências			
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias		Perda sanguínea		

Larissa Tomasi
Anestesiologista
CRM RN 8270
207701994-61



EXAMES COMPLEMENTARES*Ass. do Responsável***ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE**

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

CONDUTA*Ass. do Responsável***DESTINO DO PACIENTE**

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>DR. JO. PEGORI</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____/_____/_____ HORA _____ PARA _____
HORA _____ HS		
RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/>	A REVELIA <input type="checkbox"/>
DATA _____/_____/_____	HORA _____	
ÓBITO _____/_____/_____	HORA _____	
ENTREGUE	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
<i>Rogério Santos Ortopedia e Traumatologia CRM-RN 1266 - SBOT 1341</i>		
MÉDICO (Carimbo)		CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)





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



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 61346 /2018
Admissão: 24/11/2018 02:07:11

CIRURGIA GERAL - AMARELO *Gr*

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

Compl:

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	SalO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
16:10:00	—	28.1	—	—	22	76	—	—	—

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISÃO MOTO/CARRO COM FRATURA EXPOSTA EM MIE

Horário: 16:10:00 Paciente vítima de colisão moto-carro
uso de capacete, n/a perda de consciência.
Possivel lesão, alega lesão, passou fratura
membro inferior. AE, AP, ABD, NT.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vida aérea perfeta, sem certeza
- B O2 amparo
- C Hemodinamicamente estável
- D Ossos gálios
- E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saida: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID





IDENTIFICAÇÃO

Nome: Natalia Debora dos Santos Reg. N°

Diagnóstico pré-operatório: Fratura de diáfise do fêmur

Indicação terapêutica: Truço Orqueúltico Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: _____ Início: _____ Término: _____ Duração: _____

Operador: Acácio Alves CRM/CRO: _____

1º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____

2º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: _____ CRM/CRO: _____

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Paciente em ORT sob anest.

analgésico de MID

atropina + antimusca + cipro

anestesiado no Truço Orqueúltico T.1.1.1.

Curativo -

AMARALINHO
CRM 5479

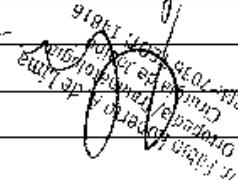
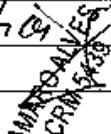
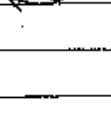
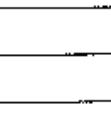
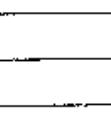
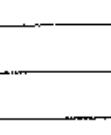
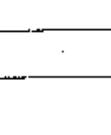
24/11/18

07:00

Coleta de material anatomo-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 Walfrido Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho		RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO
Nome: <u>Welson Pedro dos Santos Lho</u>			
Leito:	Idade:	Nº Registro:	
HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS			
Data: <u>24/11/18</u>		Hora: _____	
<u>Alergias</u> Sem nenhuma de anafilaxia de nenhuma gravidade ou reação imunológica Poxo → fármaco de humor tony CT: as ec			
			
<u>24/11/18</u> foto anexa of the op Tranquillizer			
			
			
			
			
			
			
			
			



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1: <i>Urgência</i>	
ANAMNESE	
<p>foi admitido de urgência devido a dor abdominal aguda de forte intensidade</p>	
EXAME FÍSICO	
<p>Na o palpável de dor aguda</p>	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
<p>Doença de Jejum aguda</p>	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
	OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	
<p>- Laxante - 01ml 07 ml moli 1/2000 - Transt 100mg + 100ml SFO 91 - 20g de glicose - As CC p/ realização de procedimento</p>	
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
<p>430</p>	
<p>CRM 2856 / SET 1991 Clínica de Emergência Oficina de Radiologia Dr. Bento Loureiro A. 01/1991</p>	
<p>Assinatura e Carimbo do Responsável</p>	
<p>Assinatura e Carimbo do Responsável</p>	

INTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura/Orientação (A)	
Consciente, orientado, respondendo imediatamente.	
Outros se abrem ao comando verbal. Não conseguem dizer o dia, nome, informar se existem 2+2 ou 6+6.	3
Outros se abrem por estimulo doloroso.	2
Outros não se abrem.	1
Maneira de responder verbal (M/HV)	
Correto (Máscara): Aponta falação e apropriada ao que perguntaram ou seu humor, dia, local, etc., ou pergunta de volta.	5
Confuso (Responde por perguntas certamente, mas não conseguindo falar e confundir)	4
Paroxístico (Responde de forma agitada, mala, viva, bruta, com intensidade)	3
Balançando (Quando se sente embalado/galvanizado)	2
Assentir.	1
Motor (Respostas corporais (MRM))	
Responde a estímulos.	5
Responde a estímulos dolorosos.	4
Responde a estímulos de alta intensidade.	3
Responde a estímulos de baixa intensidade.	2
Não responde.	1

"ESCALA DE TRAUMA ID TRAUMA REVISADA - RT-9	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
13 - 150	= 4
9 - 129	= 3
8 - 80	= 2
4 - 50	= 1
30	= 0
18 - 250	= 1
200	= 2
6 - 10	= 2
1,50	= 1
00	= 0
> 500	= 1
75-500	= 2
50-50	= 2
1,00	= 1

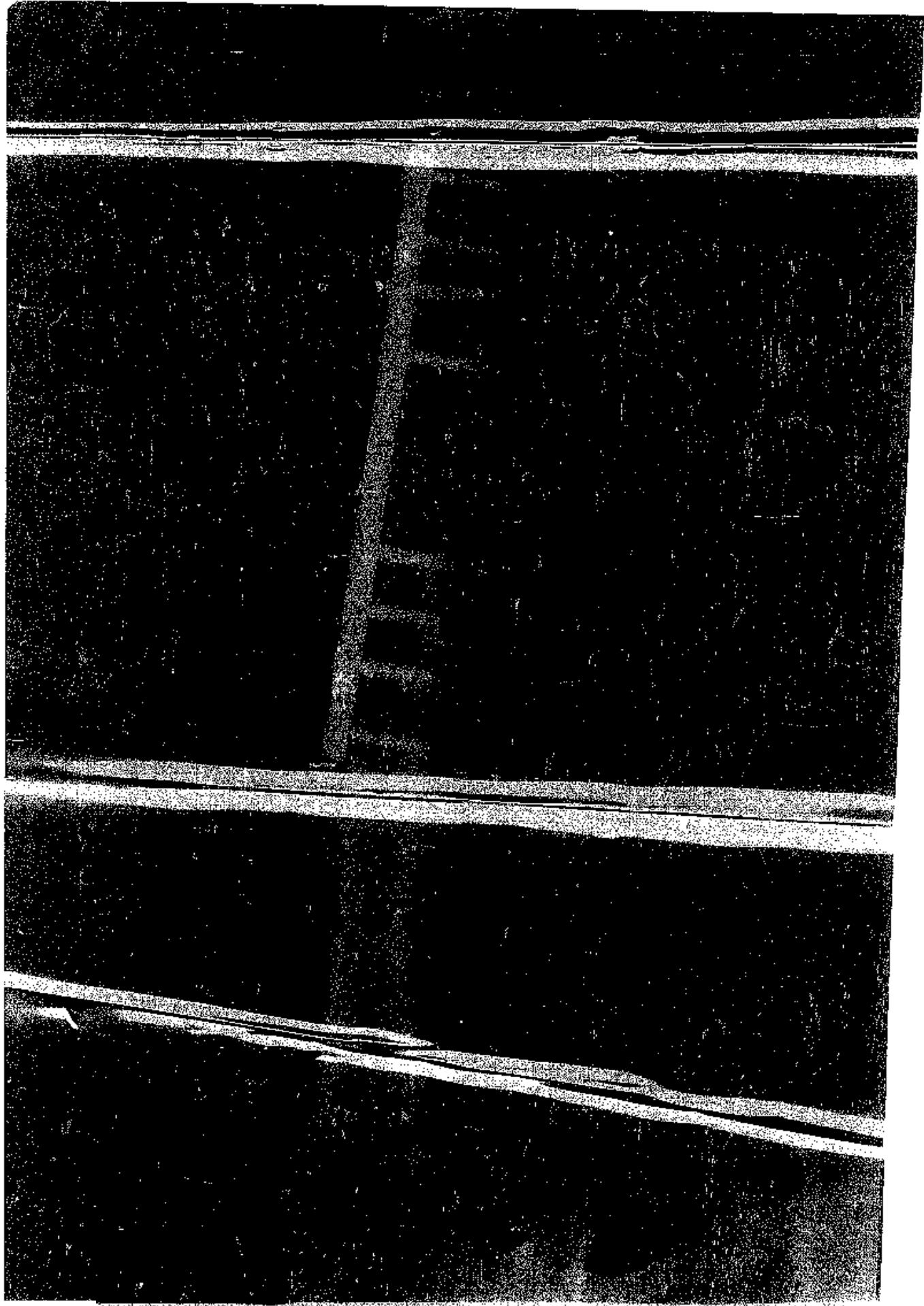
EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)		
A		
;		
B		
C		
D		
E		
A(ALERGIAS)	Alergia	
M(MEDICAÇÃO EM USO)	Ninguna	
P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)	Alergias	
L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)		
A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)		
V(PASSADO VACINAL)	Pneumonite	
EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)	Radiografia torso, joelho e perna e PA e perfil, Radiografia torso AP	
CONDUTA PRIMÁRIA(MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	Rx de dor no tórax e abdômen. Alta da C. Geral	
	Dr. José da Mota Cirurgia Geral CRM/RN 8900	
ASSINATURA E CARAMBÔ DO RESPONSÁVEL	ASSINATURA E CARAMBÔ DO RESPONSÁVEL	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		
ESPECIALISTA 1	Dr. Pedro	HORA: 02:00 DATA: 29/11/18
ESPECIALISTA 2		HORA: DATA:
ESPECIALISTA 3		HORA: DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTENÇÃO NA CLÍNICA: DATA / / HORA

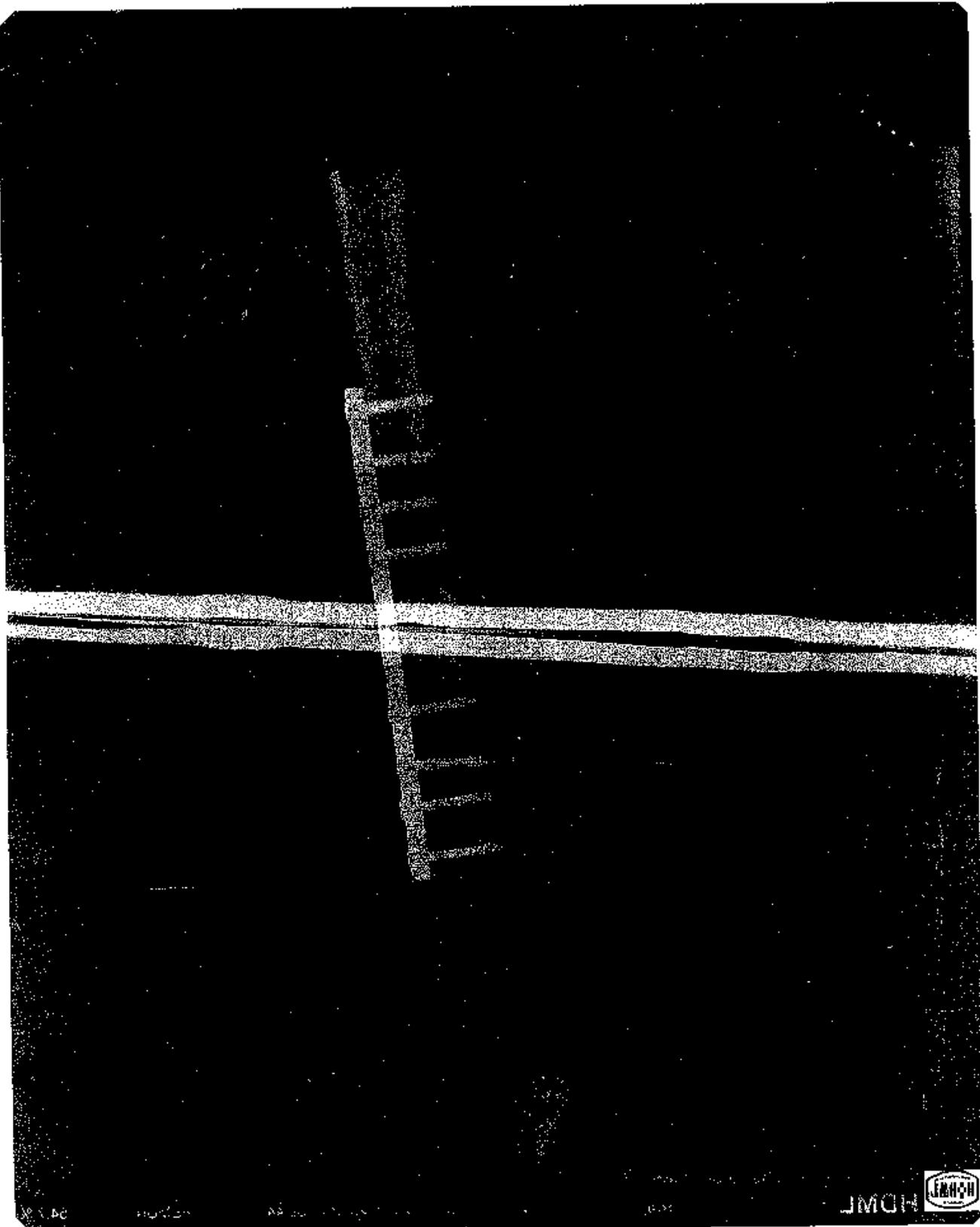
DECISÃO MÉDICA REVELIA TRANSFERIDO PARA:





Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 17/07/2020 15:24:13
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071715241309800000055482272>
Número do documento: 20071715241309800000055482272

Num. 57758651 - Pág. 16

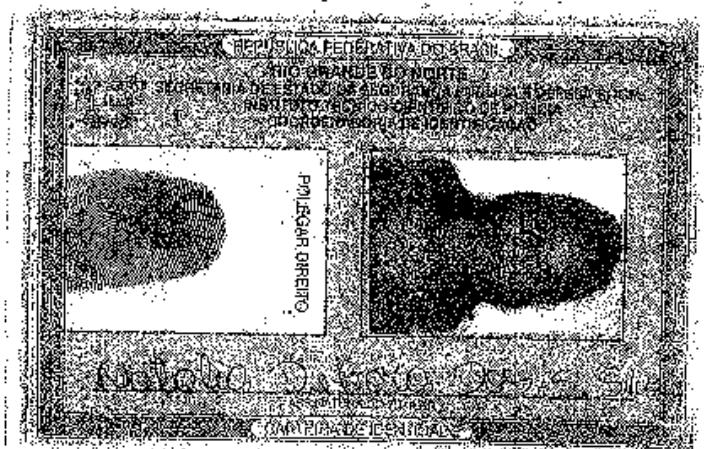


Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 17/07/2020 15:24:13
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071715241309800000055482272>
Número do documento: 20071715241309800000055482272

Num. 57758651 - Pág. 17

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

NAME: JOHN DOUGLAS REED		DATE: 07/01/2012
ADDRESS: 1000 10TH AVENUE, SUITE 1100, SEATTLE, WA 98101		
PHONE NUMBER: (206) 467-1234		EMAIL: REED.J@WIRELESS.COM
SOCIAL SECURITY NUMBER: 123-45-6789		
DATE OF BIRTH: 01/01/1960		AGE: 52
GENDER: MALE		
RACE: WHITE		
ETHNICITY: AMERICAN		
RELIGION: PROTESTANT		
MILITARY SERVICE: NO		
EDUCATION: COLLEGE GRADUATE		
EMPLOYMENT: WIRELESS COMMUNICATIONS		
HABITS: SMOKES, DRINKS, GAMES, GARDENING		
INTERESTS: TECHNOLOGY, SPORTS, MUSIC, TRAVEL		
PREFERENCES: NO PREFERENCES		
NOTES: NO NOTES		



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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/11/2018

Titular do CPF: NATALIA DEBORA DOS SANTOS SILVA

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

TACIO EWERTON DA SILVA

THIARA VIRGINIA DA HORA



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 17/07/2020 15:24:13
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071715241309800000055482272>
Número do documento: 20071715241309800000055482272

Num. 57758651 - Pág. 19



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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00559/00560 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 14116927



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 17/07/2020 15:24:13
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071715241309800000055482272>
Número do documento: 20071715241309800000055482272

Num. 57758651 - Pág. 20

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

Rio de Janeiro, 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, contados 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

Carta nº 14118244

Pag. 00605/00606 - carta_01 - INVALIDEZ



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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	080.505.834-65	Natalia Debora dos Santos Silva		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA/FÍSICA (V/TIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		Nome:		
Profissão:	Endereço:	CPF:	Número:	Complemento:
RECUSO	100A ALTO DA BEIRA VISTA	08050583465	134	-
Saíra:	Cidade:	Estado:	CEP:	
NONDESTE	NATAL	RN	59042-250	
E-mail:	(84) 98883 1857			

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

RENDIMENTO CADASTRAL

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

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

CONTA POUPLANÇA (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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar no 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 IMI - 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 de 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. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (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 viverem juntos e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de devolver o que já foi recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

RECEBIDO

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: 08/08/19 RN 25/03/19
Nome: _____	TESTEMUNHAS
CPF: _____	1º Nome: _____ CPF: _____

Assinatura
2º Nome: _____ CPF: _____
Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Natalia Debora dos Santos Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

EPC 001 001/2018





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: 013 - POUPLANCA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: [REDACTED]

TELEFONE DEPOSITANTE: 84 98886-3636

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



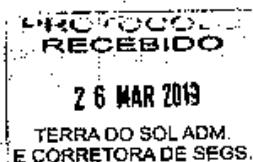
VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE

> 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





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 101011

1. LOCAL DA OCA

Local Av. José de Freitas Bairro Alfândega
Cidade/UF NATAL P. Ref. EXCELENTE SE. SEGURO
Data 29/11/2018 Hora do acidente 01:20 Hora do registro 09:53 Dia da semana TERÇA-FEIRA

2. NATUREZA DO ACIDENTE

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

3. VEÍCULO 01

Placa ou Chassi OWE 7985 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. PIATI DODGE TECNA CIVIC Cor BRANCA Ano 2014 / 2015
Proprietário ELIANA FONSECA DA SILVA N.º de Ocupantes 02
Condutor ELIANA FONSECA DA SILVA Data de Nasc. 02/03/1976
Endereço Rua Francisco Góes, N° 63 Fone 9333553056
Bairro Alfândega Cidade SAC. GONÇALO UF RN
CPF/N. 022.971.564-61 CNH/N. 00.509.024.992 Validade 28/03/2019 Categoria AB
Local de Trabalho TRABALHO Bairro Cidade
End. N.º Bairro Cidade

4. VEÍCULO 02

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor. _____ Ano. _____
Proprietário _____ N.º de Ocupantes _____
Condutor MARIN MIGUEL DE OLIVEIRA Data de Nasc. 22/06/1995
Endereço Rua Dr. Mário José Oliveira N.º 10 Fone 937133677
Bairro João pessoa Cidade NATAL UF RN
CPF/N. 204.493.364.50 CNH/N. 020.6204.6937 Validade 26/05/2019 Categoria AB
Local de Trabalho: _____ Bairro: _____ Cidade: _____
End. _____ N.º _____ Bairro _____ Cidade _____

PROTOCOLO
ENCERRADO

5. VEÍCULO 03

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

6. VEÍCULO 04

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

Autenticação Nº do Boletim: 101011 N.º da Ocorrência: 284093 Data Registro: 29/11/2018 Hora Registro: 09:07:57 Número/Controle: B6515778C8000158



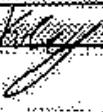
17. VERSÕES DOS CONDUTORES

Sobre V1 - Em que Rua/Av. Transitava? NO CEMOVEL ESTACIONAMENTO

Em que sentido? PARA BAIXO

Em que faixa? PIRACI

Verão do condutor: ALÉM DA QDO TRANSITAVA NORMALMENTE AO SE APROXIMAR DO ENTRAMENTO PODEU OUVER O SINAL ESTAVA LIGADO, BARRADO, VIZ. QUE NO NOITE SENTIMOS ALGUMO O SINAL SILENCIOSO E CELULOIV. EM VIZ. QUE A JUNTA TENTOU ENTENDE A COLISÃO RELATADA O VIZINHO, MESMO AFIRMANDO POR POSSUIR E OUTRA A IMPACTO COM VIZ.

Assinatura do Condutor do V1 

Sobre V2 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Verão do condutor:

Assinatura do Condutor do V2

Sobre V3 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Verão do condutor:

Assinatura do Condutor do V3

Sobre V4 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Verão do condutor:

Assinatura do Condutor do V4

Autenticação Nº do Boletim: 101011 Nº da Ocorrência: 284893 Data Registro: 29/11/2018 Hora Registro: 09:07:57 Número/Controle: 8651BF76C800C156



280505 00465

11. Vítima condutora Passageira Motorista Passageiro Passageira Motorista Passageiro

Nome: **VALMIR MIGUELLE DE OLIVEIRA** Cognome: **BRANT**
RG N°: **003085384** Órgão Expedidor: **TCEP** Data de Nascimento: **22/10/1935**
Endereço: **Rua CENTRO 336 Lourdes** N°: **20** Fone: **387133677**
Bairro: **MONSERRATE** Cidade: **NAZARÉ** UF: **PE**
Versão:

Assinatura: Hora:

12. Vítima condutora Passageira Motorista Passageiro Motorista Passageiro

Nome: **VALMIR MIGUELLE DE OLIVEIRA** Cognome: **BRANT**
RG N°: **003085384** Órgão Expedidor: **TCEP** Data de Nascimento: **22/10/1935**
Endereço: **RUA DA CRUZ** N°: **433** Fone: **983153958**
Bairro: **MONSERRATE** Cidade: **NAZARÉ** UF: **PE**
Versão:

Assinatura: Hora:

13. Vítima condutora Passageira Motorista Passageiro Motorista Passageiro

Nome: **VALMIR MIGUELLE DE OLIVEIRA** Cognome: **BRANT**
RG N°: **003085384** Órgão Expedidor: **TCEP** Data de Nascimento: **22/10/1935**
Endereço: **RUA PERNAMBUCO** N°: **20** Fone: **987133676**
Bairro: **MONSERRATE** Cidade: **NAZARÉ** UF: **PE**
Versão:

Assinatura: Hora:

14. Vítima condutora Passageira Motorista Passageiro Motorista Passageiro

Nome: **VALMIR MIGUELLE DE OLIVEIRA** Cognome: **BRANT**
RG N°: **003085384** Órgão Expedidor: **TCEP** Data de Nascimento: **22/10/1935**
Endereço: **RUA PERNAMBUCO** N°: **20** Fone: **987133676**
Bairro: **MONSERRATE** Cidade: **NAZARÉ** UF: **PE**
Versão:

Assinatura: Hora:

15. **ACIDENTE AUTOMOTIVO**
Placa: **5AMW** Cidade: **NAZARÉ** UF: **PE** Marca/Modelo:
Nome: RG N°: Órgão Exp.: N°: Fone:
Endereço: Bairro: Cidade: UF:
Baixar: Cidade: N°: Fone:

16. **IMAGENS/OTOS** SIM NAO AUTODRAG SIM NAO ALINH **0000150**

17. **OBSEVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO**
INFORMANTE QUE OS CONVIDADOS DE U2 FORAM VISTOS CONDUZINDO
UMA E OUTRA CARROS SEM SUSPETA DE INFRAÇÃO MAS TAMBÉM SEM VAGAS
ESTACIONAMENTO PELA PRAIA.

INFORMANTE TAMBÉM QUE U2 FICOU DESMAREGADA NO HOSPITAL
E RECOMENDOU QUE ENTRASSE EM LIGA A ENFERMAGEM DA PRAIA

INFORMANTE TAMBÉM QUE A CONDIÇÃO DE U2 FOI AUTOARMAZADA

INFORMANTE QUE NÃO FOI POSSÍVEL COLOCAR AUTOMÓVEL, JÁ QUE ESTA FICOU
ESTACIONADA NO PAVIMENTO MAS TAMBÉM ESTAVAM PRIMARIA E TAMBÉM ALÉM DA POSSIBILIDADE

Nome Completo do Agente: **ADRIANO ALVITO DA SILVA**
Posto/Grado: **2º SGT** PMN: **02033** Matur: **One 168** Sétima: **19 0916**
Local e Data: **NAZARÉ** **24 de NOVEMBRO de 2010**

Autorização N° do Boletim: 101011 N° de Ocorrência: 284893 Data Registro: 28/11/2010 Hora Registro: 09:07:57 Número/Controle: 85515F76C800C15B





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

080.505.874-65 Natacha Debora dos Santos Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CÍRCULO DE SUSPENSO N° 445/2012

Nome completo:

CPF:

Profissão:

Número:

Bairro:

Complemento:

E-mail:

CEP:

Endereço:

UF (DDD):

Cidade:

INN:

Estado:

59042-250

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 (Sómente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0034

CONTA: 91592

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 atende 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 na existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

PRATICADO
RECEBIDO

Local e Data: 20/07/19 25/03/19
Impressiono
digital da
vítima e sua
representante
não são aceitáveis
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Natalia Debora dos S. Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

FPS.001 V001/2018



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 17/07/2020 15:24:13
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007171524130980000055482272

Número do documento: 2007171524130980000055482272

Num. 57758651 - Pág. 29



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



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

Rua Potiguates, 300 - Dix Sept Rosado - Natal/RN – CEP: 59054-280
Tel.: (84) 3232-9222 (84) 3232-9211 - e-mail: admsamunatal@yahoo.com.br



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 17/07/2020 15:24:13
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071715241309800000055482272>
Número do documento: 20071715241309800000055482272

Num. 57758651 - Pág. 30

20/03/2019

samunatal.hopto.org:8089/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=232445&Digito=1&ReadOnly=1

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 232445/1

Data: 24/11/2018

CHAMADO:

TARM: MATEUS FELIX FERREIRA

Médico Regulação: MARCOS ANTÔNIO PEREIRA DANTAS JÚNIOR

Rádio Operador: CLAUDIO ADRIANO RODRIGUES ZACARIAS

Médico Cena: CARLA SOUZA MACEDO

Equipe Enfermagem Cena: COMUNICADOR

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 07 (UPA 24 ZONA SUL)

Equipe VTR: JEAN DIEGO SIMPLÍCIO DE SOUSA COSTA - CONDUTOR DE
VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
WASHINGTON LANE - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

REGULAÇÃO MÉDICA

ATROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: ANDERSON

Telefone: 084996834428

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 LÉO VELÓZ

Nº: VP

Bairro: ALECRIM

Outro Bairro:

Referência/Complemento: CRUZAMENTO COM AV 9

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALPREDO GURGEL

Queixa Primária: COLISÃO CARRO MOTO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

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

APH: TRAJA / **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 CONVÉNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apoio:

OBSEVAÇÕES:

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

Observação: EM FRENTE A CAMARO VEÍCULOS

CRACOIS APROVADOS:

Tipo de Cancelamento: Cancelado envio da VTR

Motivo Cancelamento:

Nome Sólicitante:

Nome do Usuário: VIVIAN TAVARES DO NASCIMENTO

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

Data: 24/11/2018 01:06

MOVIMENTOS DA CIRCUITO

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

Observação do Apoio:

CONVÉNIO MÉDICO PÁRATICO

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

PT

Recebido por:

Número do conselho:

Número da ficha de Remoção:

Vaga Negada

Vaga Negada - Motivo:

SELECIONE

H. ligação ao serv prop.:

01:49

Motivo da entrada:

Ass:

PERTENÇAS

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:

